

独立行政法人福祉医療機構 平成 26 年度社会福祉振興助成事業
高 齢 が ん 患 者 の 在 宅 移 行 ピ ア サ ポ ー ト

ピアサポーター講習会 & がん患者・家族支援 地域連携フォーラム



はじめに

人口の急速な高齢化に伴い、がんの罹患率は上昇し、国民の二人に一人が「がん」に罹るという時代になりました。日本におけるがんの患者数は増加の一途にあります。団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年前後には、がんの患者数はさらに増加し、まさに「がん社会」が到来すると予測されています。

急性期治療の在院日数短縮化が進み、早期の在宅移行が促進されていますが、高齢がん患者が自身の療養生活について、自分なりの選択や解決策を得るためのサポート体制はまだ不十分な現状があります。また、現代人のライフスタイルが大きく変化し、単身独居や夫婦二人暮らしの高齢患者が増加しています。

そうした状況にある高齢がん患者が安心して退院するためには、適切な相談対応はもとより、当事者の様々な思いに寄り添うことが大切ですが、医療、福祉分野のマンパワーは依然として不足しています。

NPO 法人ミーネットは、がん体験者が一定の講座を修了し、医療機関内で患者や家族と同じ立場で相談対応にあたるというピアサポート活動に取り組んでいます。その実践を通して、高齢がん患者が、医療者と自身をつなぐ身近な相談相手が必要としていることを感じ取ってきました。

そこで、ピアサポーターが身近な相談役として、地域の医療機関などと連携協力を図り、高齢がん患者の不安に寄り添い、その不安や悩みに応じて適切な専門職につなぐことはできないかと考えました。そのためには、ピアサポーターが、がん患者支援にかかわる地域の機関や専門職の役割を理解するなど、連携協力を図るためのスキルを身に付ける必要があります。

今回、独立行政法人福祉医療機構の平成 26 年度社会福祉振興助成が得られ「高齢がん患者の在宅移行ピアサポート事業」として、その一歩を踏み出すことができました。本誌は、そのプログラムの一つとして取り組んだ「高齢がん患者サポートのためのピアサポーター講習会」の内容をまとめたものです。

今後、がん患者支援に関わる方々の、地域連携を促進するためのご参考になれば幸いです。

平成 27 年 3 月
特定非営利活動法人ミーネット
理事長 花井 美紀

Content

広がる がんのピアサポート活動	1
-----------------------	---

REPORT

高齢がん患者の在宅移行ピアサポート・講習会

1. 医療機関との連携により実施する組織的ピアサポート活動	5
NPO 法人ミーネット 理事長 花井 美紀	
2. 現在の医療情勢と病院の機能分化	7
名古屋記念病院 がん相談支援センター 医療ソーシャルワーカー 友松 裕子	
3. 退院支援・退院調整について	13
愛知県がんセンター中央病院 地域医療連携・相談支援センター 看護師・社会福祉士 安藤 聡	
4. ピアサポーターに知ってほしい医療費や介護保険等の基礎知識	17
独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 相談支援センター 主任 医療社会事業専門職 山田 悦子	
5. がん患者さんの在宅医療・介護等の基礎知識	25
財団法人名古屋市療養サービス事業団 名古屋市西区訪問看護ステーション 所長／訪問看護認定看護師 村井 満美子	
6. 化学療法を受ける高齢がん患者さんへのピアサポートを考える	31
愛知県がんセンター中央病院 がん化学療法看護認定看護師 宮谷 美智子	

7.	ピアサポーターが知っておくべきがんの終末期医療と終末期の緩和ケア……………	37
	名古屋市立西部医療センター 緩和ケア認定看護師 武田 ひろみ	
8.	ピアサポーターに大切なコミュニケーション ……………	41
	医療ソーシャルワーカー NPO法人ミーネット ピアサポーター 廣田 圭	
9.	事例検討「余命宣告を受けた人のピアサポート」……………	45
	NPO法人ミーネット スーパーバイザー 高尾 勲子	
10.	これからのピアサポートに求められること ……………	49
	—利用者アンケートの結果を受けて— 豊橋創造大学保健医療学部看護学科 大野 裕美	
11.	倫理審査委員会によるプロトコール審査 実施概要 ……………	53
	特定非営利活動法人健康情報処理センターあいち 倫理審査委員会事務局長 池山 真治	

FORUM

地域連携で支える がん患者さん・家族の暮らし …… 54

～特に高齢がん患者・家族に焦点をあてて～

NPO 法人ミーネット・フォーラム運営プロジェクト

がんの ピアサポート 活動

広がる

「がんのピアサポート活動とは」

「がんのピアサポーター」は、がんの治療体験者が体験からの学びを活かし、がんにかかった方々の悩みや不安を傾聴し、ともに考える役割です。身近な相談役として当事者および医療機関からもニーズは高く、NPO 法人ミーネットでは、「名古屋市がん相談情報サロン・ピアネット」および愛知県内 15 の「がん診療連携拠点病院」でピアサポートによる相談支援活動を実施しています。

がん領域のピアサポートは、これまで患者団体などによる自主的な取り組みとして行われてきましたが、2011 年度には、厚生労働省のピアサポーター育成事業として予算化され、「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム」が策定されました。以降、全国でがんのピアサポーターの養成が進んでいますが、医療関係者の中にも、まだピアサポートの具体的なイメージがわからないという声もあります。

NPO 法人ミーネットは、2007 年からピアサポーター養成に着手。2014 年 3 月現在 156 名のピアサポーターが講座を修了し、行政や医療機関と連携協力を図りながら相談支援活動を進めています。この実績と経験をもとに、今後、がん医療のなかでどのような役割を果たし得るのかを考えながら、がんのピアサポート活動を紹介します。



早わかり

がんのピアサポート

Q がんのピアサポートとは？

A ピア (Peer) とは「仲間」「同じ立場」、サポート (support) は「ささえる」「寄り添う」を意味する言葉。
がん体験者が、コミュニケーション技術やがんの基礎知識を学び、治療体験や療養生活で得た共通の経験と関心を基盤に、相談者（がん患者や家族）の悩みや不安を共感的に受け止め、ともに問題解決の糸口を探ること

Q ピアサポートの具体的な活動は？

A 【ミーネットの場合】
名古屋市と協働で運営する「名古屋市がん相談・情報サロン ピアネット」および愛知県内の病院（2015 年 3 月 1 日現在、国指定がん診療連携拠点病院 9 施設、県指定がん診療拠点病院 4 施設、拠点病院指定・準備中 2 施設の計 15 施設）での相談対応が活動の柱

Q がん患者団体などで行っている患者相談との違いは？

A 【ミーネットの場合】一年間の研修（約 90 時間の講座と実習）を修了したピアサポーターが、ルールを遵守して相談にあたっている

Q 素人ががんの勉強をして相談に対応すると治療に影響がでるのでは？

A 「医療介入（医療的な判断やアドバイスなど）をしない」ことがピアサポートの鉄則。ピアサポーターが、がんの医学的な基礎知識を学ぶのは相談者の悩みを正しく理解するため

Q ピアサポーターが受ける相談の内容や対応の方法は？

A 相談者が語る内容は、医学的な問題（例：自分が受けている治療に対する不安や疑問）、日常生活上の問題（例：患者に適した食事）、心理的な問題（例：自分や家族の行く末に関する不安）など多種多様。傾聴と共感を基本にしながら、がんの個性性に配慮しながら、必要であれば自己の体験を語る。患者がわからないことは、学習や解決の手助けをする意味で共に考え、共に調べる。ピアサポーターが解決するのではなく、患者自身が答えを出せるようにサポートする。内容によって、より適した相談先の紹介や医療者との意思疎通のためのアドバイスなどを行う

Q 相談対応に対する利用者の経済的負担は？

A 相談対応は無料でボランティア活動として実施。ただし、ピアサポーターの交通費や事務費など様々な経費はミーネットが負担する。ピアサポーター養成講座や病院内でのピアサポートを継続するために必要な、安定的財源の確保が今後の課題。

がんの「ピアサポーター」が誕生するまで

ピアサポートは、がん患者の不安や悩みを軽減するための有効な方法として、2012年6月に施行された「第二次がん対策推進基本計画」※にも、その必要性が明記されています。現在、全国の地方公共団体等で、ピアサポーター養成研修が実施されていますが、養成期間は2日程度から1年間まで、かなりのバラつきがあるといわれています。

がんの悩みは多層的であり、時間の経過とともに変化します。また、同じがん種であってもがんの状態や患者自身の価値観などによって、がんの悩みは異なるもの。「がんの個性」に配慮しつつ、相談者をミスリードすることなく共に問題解決の方法を探るために、学ぶべきことは実にたくさんあります。

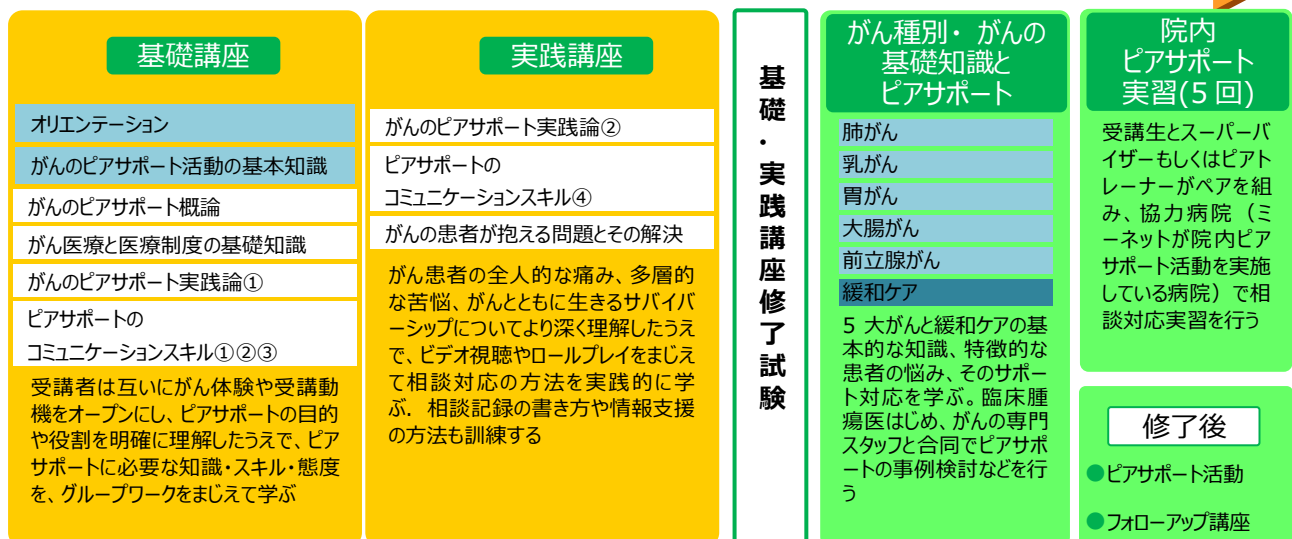
様々なサポートを受けながら局面を乗り越えてきたがんの当事者が「サポートする」立場のピアサポーターとしてデビューするまでをご紹介します。

※第二次がん対策推進基本計画

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験したものががん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

■NPO 法人ミーネット ピアサポーター養成講座の流れ

約90時間分を8か月かけて実施（実習はその後4か月）



ピアサポーター養成講座の意義

- 正しいがんの知識や相談対応の基本を学ぶことが自分自身にも役立つ
- 専門家からの学び、実習、客観的評価などが求められる
- 同じ立場の人たちが同じ目標に向かって努力することの相乗効果が得られる

がんの正しい知識を学ぶ意味は

- 相談者の悩みを「理解して聞く」ためには基本的な知識が必要
- 自分自身のがんを正しく知ることの大切さを伝えられる

ピアサポート相談対応の基本

- 「ピアサポーターの心得」にのっとり対応する
- 傾聴を基本とし、相談者と「ともに考える」
- 医療的な判断は決して行わない



ピアサポート活動で もたらされる変化

ピアサポーターを志したのは「自分が抱えているがんの不安が、同じ立場の人と学ぶことで解消されるのではないか」という思いからです。ところが、仲間と学ぶうちに「他人のために力になることで自分が支えられている」という喜びを得るようになりました。ピアサポート活動に取り組むことで、それまではつらいだけの経験であった「がん体験」も、自分にとって無意味ではなかったと思えるようになりました。これは、がんになってからの私の人生において最大の収穫です。



ピアサポーター
※2013年度より
スーパーバイザー
伊藤和直さん

NPO 法人ミーネット ピアサポーターの心得 15 力条と対応基準

対応基準（一部を抜粋）

- 同じ立場(＝ピア)であるがゆえに何と何役に立ちたいと思うあまり、自分の対応容量を超える相談を抱えこむ、相談者の悩みを自分のことのように感じる、などの状況も起こりうる。内容によってはより適切な相談先を紹介する、ピアサポーター自身も相談相手をもつ、体調が悪いときは無理をしない、などを心がける。

行政や医療機関との連携協力で進めるピアサポート活動

【ピアサポート実施医療機関の声】

名古屋記念病院 副院長 **伊奈研次**さん（2009年6月 愛知県内で初めて院内ピアサポートを導入）

医学は進歩していますが、現状では残念ながら治らないがんもあり、患者さんは病気とうまく共存していく必要があります。ピアサポーターは、がんの正しい知識とともに共存の知恵を持っています。また、闘病中のかたもいますので、相談者にとっては自分と同じ、あるいは自分より厳しい状況にある人が他人のためにボランティアをしている姿は、まさに“生きた教材”であり、医療者も感動を覚えます。ピアサポートの内容を主治医が直接知ることはないのですが、相談後、治療に前向きになった患者さんもいます。

ミーネットのピアサポーターのように、がん医療の知識をもちながら、患者さんの気持ちも考えてくれる存在は稀有だと思います。今後、全国に広がっていくと思いますが、質の担保が必須です。医療機関として取り入れていく、あるいは主治医として患者さんにピアサポーターへの相談を勧めるにあたっては、その団体等がしっかりしたリーダーシップのもとにピアサポーターの養成とフォローアップをきっちり行い、適切な相談記録も残せるような体制があるか、相談にあたるかたの人柄はどうか、などを見極める必要があるでしょう。



中央が伊奈さん（ミーネット患者会にて）

ピアサポーター（養成講座修了者）による相談対応のメリット

1. 患者・家族が医療者に相談しない（できない）悩みや不安を吸い上げてくれる
2. 傾聴するだけでなく、問題解決のためにともに考えてくれる
3. 医療機関とは異なる第三者の立場で中立的な意見を述べてくれる
4. 患者が治療に前向きに取り組めるよう話を進めてくれる
5. 地域のがん医療資源を熟知している

■NPO 法人ミーネット 医療機関内ピアサポート活動（院内ピアサポート実施病院）

	病院名（開始順）	TEL	開催日
1	名古屋記念病院	052-804-1111	①毎月第1・3木曜日／10:00～12:00 ②毎月第4木曜日／15:00～17:00
2	名古屋医療センター	052-951-1111	毎月第3水曜日／9:30～12:00
3	一宮市立市民病院	0586-71-1911	毎月第4月曜日／10:00～12:00
4	愛知県がんセンター中央病院	052-762-6111	第1・3月曜日 第2・4水曜日／9:30～12:00 ※月・水曜日が週2回重なる場合変動あり
5	藤田保健衛生大学病院	0562-93-2920	毎月第4火曜日／10:00～12:00
6	春日井市民病院	0568-57-0057	毎月第4木曜日／10:00～12:00
7	刈谷豊田総合病院	0566-21-2450	毎月第1・3木曜日／10:00～12:00
8	名古屋掖済会病院	052-652-7711	毎月第1金曜日／10:00～12:00
9	安城更生病院	0566-75-2111	毎月第2金曜日／10:00～12:00
10	公立陶生病院	0561-82-5101	毎月第3火曜日／10:30～12:30
11	小牧市民病院	0568-76-4131	毎月第2木曜日／10:00～12:00
12	中京病院	052-691-7151	毎月第2火曜日／10:00～12:00
13	名古屋市立西部医療センター	052-991-8121	毎月第3木曜日／10:00～12:00
14	岡崎市民病衣	0564-21-8111	奇数月第1火曜日／10:00～12:00
15	名古屋第二赤十字病院	052-832-1121	毎月第2月曜日／10:00～12:00

名古屋市がん相談情報サロン ピアネット（名古屋市とミーネットの協働運営）

名古屋市中区丸の内二丁目1番36号 NUP フジサワ丸の内ビル1階

TEL 052-253-5588 Fax 052-253-5587

◆開館日時：火～木曜日・土曜日 10:00～16:00／金曜日 13:00～20:00 ◆休館日：月・日・祝祭日・年末年始

1.医療機関との連携により実施する 組織的ピアサポート活動

NPO 法人ミーネット
理事長 花井 美紀



講義の狙い

■医療機関との連携協力の必要性と、組織としてのピアサポート活動の仕組みを理解する。

はじめに

がんのピアサポート活動には、多種多様な形があります。

たとえば、個人で行うもの、同志がグループや会をつくって活動するもの、病院等が主体となって院内で開催する「がんサロン」などにピアサポーターとして参加する---などがあります。ピアサポートは、基本的にはがん体験同士の相互支援ですから、どのような形式であっても、がんの悩みを抱えた患者・家族の一助になることは間違いがないと思います。その安全性や質の向上をはかり、利用の広がりをめざすには、地域との連携作りを進めることが望まれます。

院内ピアサポートの意義

NPO 法人ミーネットの場合は県・市など行政や医療機関との連携協力のもとに実施しています。ピアサポートの普及推進においては、地域がん対策の中でどのように反映され施策に結び付くかということが、ピアサポートの継続性の意味からも大切なことだと思います。

また、がん診療連携拠点病院などには、入院患者さんはもとより日々多くの患者・家族が受診のために訪れます。つまり、確実にニーズがあり利用者があるわけで、病院はピアサポート活動における最適なフィールドの一つと言えるでしょう。

院内全体へのピアサポート活動の周知は非常に大切です。医師・看護師・薬剤師など医療チームの各専門職にピアサポートの有用性が理解され、院内活動が周知されることで、各専門職から患者さんへのピアサポート紹介が進みます。また、ピアサポーターからも、相談者の相談内容により最適な専門職につなぐこともできるからです。どちらも、相談者の問題解決や解決のための手掛かりを得ることが期待できます。

医療機関との連携協力で進めるピアサポートの流れ

活動する医療機関および院内の相談支援部門と、緊密な連携協力体制が敷かれている一宮市立市民病院での院内ピアサポートの形をご紹介します。

事前

- ① 決定したシフト表を送付（メンバーのがん種や得意ジャンルを明記）
- ② 相談支援室が、院内の部署や患者さんにアナウンスし、予約を取る
- ③ 予約が入ったらミーネット事務局に連絡
- ④ ミーネット事務局は、担当ピアサポーターに連絡
- ⑤ ピアサポーターは予約相談者の状況に応じて自身で準備をする

当日

- ① 9:30 に会場へ集合
- ② 相談支援室と一緒に打合せ。相談者のがん種や状況を聞き、院内リーダーが担当を割り振る
- ③ 相談支援室のサポートが必要な場合はお願いする。
- ④ その他、連絡事項
- ⑤ 院内リーダー、支援室のサポートのもとに相談対応

事後

- ① 終了ミーティング
 - ・ 本日の相談内容をリーダーおよび支援室に報告。
 - ・ 相談内容シートに、1 件につき 3~4 行の簡単な内容記録を書く。
 - ・ 事務局に提出。
 - ・ 事務局はパソコン入力し、データベースに登録したのち病院に送付。

事後処理

- ・ 後日、ピアサポーターから相談記録が送られてくるので、チェックして保存。
- ・ 提出されたことをデータベースに登録し、個人フォルダに保存。
- ・ 期限に提出されないものは請求。
- ・ 相談記録を確認し、問題が見られる場合は理事長に報告。
→理事長はスーパーバイザーの意見を聞き、対処する。



院内ピアサポート運営管理業務の流れ

医療機関との連携協力のもとに実施するピアサポートは、ボランティアとはいえ組織と組織の約束事で成り立つものです。各医療機関の「ボランティアのきまり」や「ミーネットの院内活動のきまり」などを遵守してピアサポートを行うことが、相談者およびピアサポーターの安全で健全なピアサポートの大前提です。また、ピアサポートが円滑に行われ、継続性が担保されるためには、運営管理事務が何より大切です。この必要性と仕組みを、ピアサポーターにも医療機関にも理解していただきたいと思います。



2.現在の医療情勢と病院の機能分化

名古屋記念病院 がん相談支援センター
医療ソーシャルワーカー
友松 裕子



講義の狙い

- 社会保障に関する国の動きと、それに伴い病院の機能がどのように分かれているかを学ぶ。
- がん患者さんが入院、入所できる施設はどのようなところがあるのかを知る。

はじめに

ピアサポーターの皆さんもこんな相談を受けたことはないでしょうか。

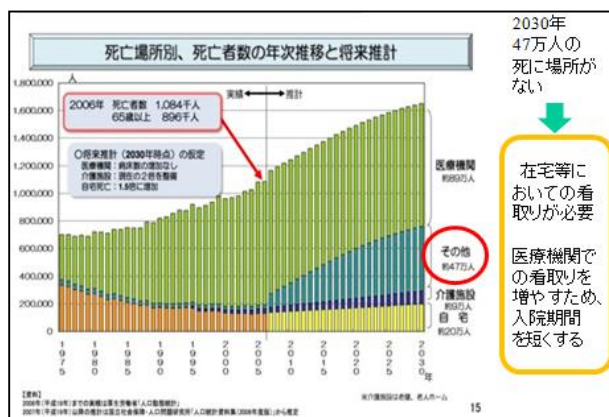
Aさんは胃がんの手術のために入院し、術後、体調が戻るまで、ゆっくり入院したいと考えていたが、主治医から「退院しましょう」と言われた。昔はもう少しゆっくり入院できたように思うが、どうしてすぐ退院しなければいけないのかと疑問が残った。また、Bさんは積極的な治療が難しく、主治医から緩和ケア病棟を紹介されたが、今の病院にずっと入院していることはできないのか、といった相談です。

このように、医療機関から退院や転院を促されという話が時々聞かれるかと思いますが、その背景について、少し大きな視点から話したいと思います。

人口ピラミッドの変化と医療情勢の変化

今、問題になっているのが、働く世代である64歳以下の人口がどんどん減っていき、その一方で、最も人口が多い団塊の世代が高齢者になり、医療や介護が必要となる世代が多くなるということです。1965年は9人の若い人たちが1人の高齢者を支える「胴上げ型」でしたが、2012年には2.4人で1人、2050年には1.2人で1人を支える「肩車型」になると言われています。人口ピラミッドの変化とともに、年金や医療費などの社会保障費がどんどん増え、国内総生産（GDP）に対する比率は2011年で23%となっています。

さらに、高齢者の増加とともに亡くなる人も増加することになりますが、これからの深刻な問題として、看取りの場所の確保があります。2030年には47万人の方が死ぬ場所がないという推計があり、今まで以上に在宅での看取りの体制を整えることが必要になってきますし、医療機関での看取りを増やすために入院期間を短くしなければいけないということも言われています。



社会保障・税の一体改革と医療・介護における改革の方向性

このような現状を踏まえて、日本では社会保障・税の一体改革が進められており、医療や福祉の現場は、この改革に基づいて急速に動いています。大きな方向性は、社会経済の変化に対応した社会保障の機能の強化、現役世代も含めたすべての人が受益できる社会保障制度の再構築です。改革の方向性の柱の一つとして、「社会保障の安定財源の確保」のために消費税を8%、10%と引き上げて、その部分を医療や介護など、社会保障費に充てる予定でした。しかし、景気の回復が予想を下回ったため、2015年10月の消費税10%への引き上げは見送られましたので、医療業界としては、次の診療報酬の改定がとて厳しくなるのではないかと

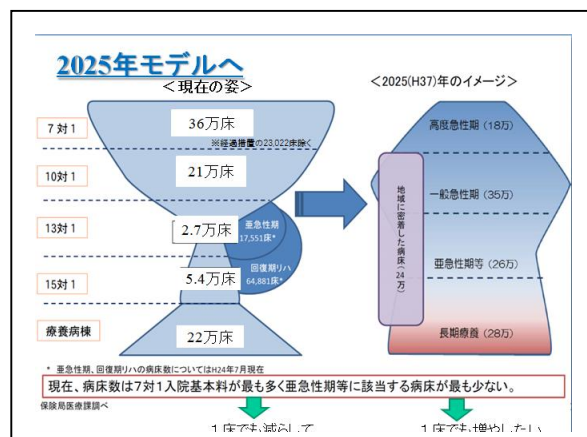
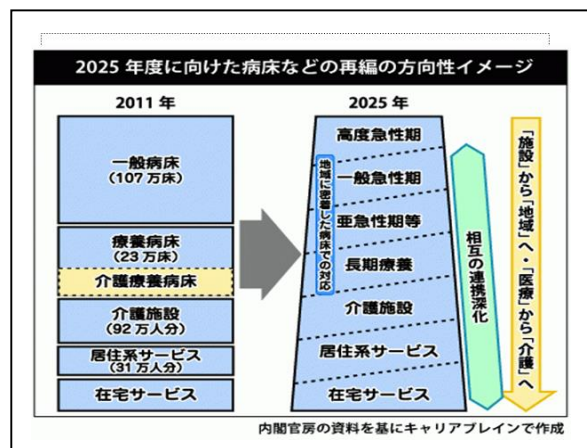
危惧しています。

既にさまざまな取り組みが始められていますが、いくつかのキーワードがあります。子育て支援、貧困層・格差の対策の強化、多様な働き方を支える社会保障制度、全員参加型社会の実現などがありますが、働ける方は働きましょうという方向性があるように思います。医療・介護の分野では、医療サービス提供体制の改革として、まず、病院の機能分化の強化、在宅医療の推進、チーム医療の推進があげられます。在宅の分野では、地域包括ケアシステムの構築、在宅サービスの強化が目指されています。この中で、病院の機能分化と地域包括ケアシステムについて具体的に見ていきたいと思います。病院の機能分化とは、急性期病床を減らして、地域ごとに適切な病床を割り当てるという考え方であり、地域包括ケアシステムは、在宅で療養生活ができる地域づくりを目標としています。改革のキーワードは「2025年を目標に」ということです。2025年は団塊の世代が75歳以上になるので、ここに目標を定めて改革を進めています。

2025年に向けた病床などの再編の方向性イメージ

右の図は2025年に向けた病床などの再編の方向性イメージです。現在（2011年）は、一般病床、いわゆる急性期の治療を積極的に行う病床が107万床ありますが、療養型病床は23万床と少なくなっています。それを2025年にはそれぞれの機能の相互連携を強化していき、医療機関は高度急性期、一般急性期、亜急性期、長期療養の4つにバランスよく分化しようとしています。介護施設、居住系サービス、在宅サービスも、シームレスで行き来がしやすくなることを目標にしています。

病院の病床の種類ごとの数を見ると、現在は、患者7人に対して看護師1人が配置されている「7対1」の看護体制の病床が最も多く36万床もあります。なぜかという、7対1を取ると診療報酬における入院基本料が非常に高くなっていたため、多くの医療機関は7対1の体制を取ることを目標に看護師を増やしました。しかし、将来を見据えると、7対1の急性期はそれほど要らないので、2025年には、高度急性期18万床とし、限られた医療機関、病床に高度急性期を任せて、あとは一般急性期、亜急性期、長期療養はバランスよく割り当てるという考え方になっています。この「2025年モデル」への移行に向けて、行政は今、様々なデータを集めています。例えば、2014年から病床機能報告制度が新しくできました。また、10年程前からDPC（診断群分類包括評価）という診療報酬の枠組みができ、大きな医療機関はほとんどDPCで請求するようになりました。このDPCによっても、膨大な医療に関するデータが集まっています。



地域医療ビジョンがスタート

地域医療ビジョンが2015年度から本格的に始まります。各都道府県は、基本的に二次医療圏ごとに将来の医療の必要量など、その地域にふさわしい医療の振り分けのビジョンを策定しなくてはなりません。名古屋市は一つの二次医療圏ですが、人口も多くとても大きな医療圏です。地域がん診療連携拠点病院も、基本的には二次医療圏に1つですが、名古屋市内には多くの拠点病院があります。一方、二次医療圏の中には、人口が少なく1つしか拠点病院がないところもあります。こうしたことから、二次医療圏の区分ごとに考えるのは無理があり、地域の実情にあった医療を考える必要があります。

先月（2014年11月）、各医療機関は県に最初の病床報告を行いました。医療機器や職員の人員配置など、

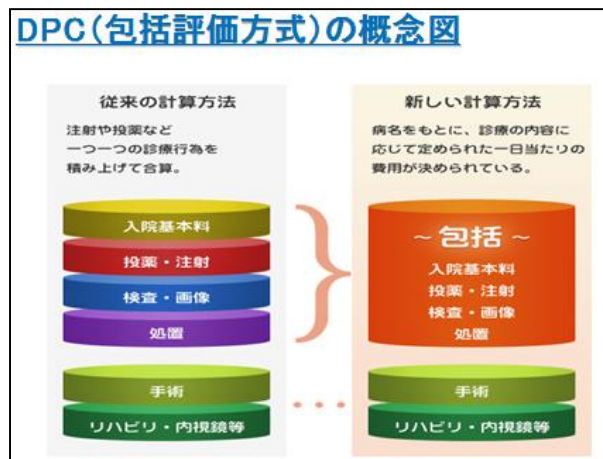
病院の機能を細かく報告しました。さらに、一般急性期、長期療養など、将来どの機能を選択するつもりかといったアンケートのようなものを提出しています。この病床報告制度は、今後、毎年行います。各医療機関がどこを目指していきたいかを考えなくてはならない状況になっています。

人員配置についても、例えば、私どものような相談業務を行う者は、社会福祉士が何人で、どのような仕事をしているかなども報告していますので、いろいろなデータが県に集まっていくと思います。県はこの報告を見て、医療機関の希望も聞きますが、この二次医療圏は高齢者が多いので、長期療養を増やしたいなど、病床の割り振りを考えていくと思われます。

DPC（診断群分類包括評価方式）とは

DPCは診療報酬の請求の枠組で、「包括部分」と「出来高部分」を組み合わせることでできています。包括部分とは、入院基本料や検査、薬などがあわさった部分で、一方、手術など高い処置については出来高で行った分だけ請求できます。

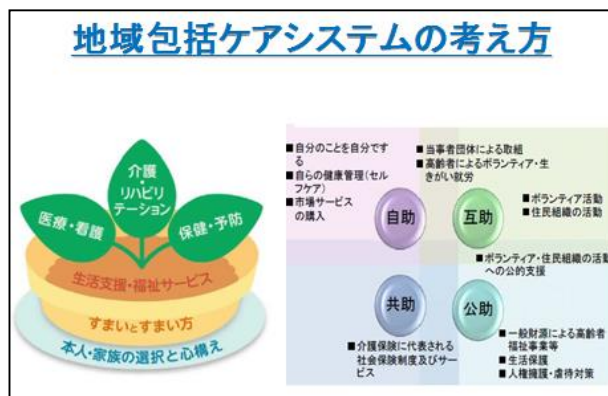
なぜDPCで請求している病院に長く入院できないかというと、皆さんは長く入院すると入院基本料が下がることは知っていると思いますが、DPCでは望ましい入院期間が病名・治療法ごとに決まっています。この望ましい入院日数で退院していただければ、病院としては収益が高いけれども、入院期間が長くなればなるほど収益は下がってしまい、ある一定の日にちを過ぎると出来高方式に変わります。出来高は治療を行った分だけ請求できるとはいえ、この時点ではそれほど治療をしていないことが多いので請求額も少ないということになります。従って、積極的な治療をしていない状況で長く入院することは、病院の経営的には厳しいということになります。



地域包括ケアシステム

このように、長く入院ができない状況で、地域で生活や介護をしていくために考えられたのが「地域包括ケアシステム」です。ここで言う地域は中学校区、30分以内にサービスを提供できる範囲となっています。

地域包括ケアシステムの考え方として、在宅で生活することの意味を国民はよく考えて心構えを持つこと、その方の今まで蓄えてきた資力に応じた住まいで生活することが言われています。また、「自助、互助、共助、公助」という考え方が基本にあります。自助は、ボランティア活動などを積極的に行うなど、お互いに助け合いましょうということです。自助というのは自分のことを自分でするセルフケアを心がけ、自分の資力を使って市場サービス、民間のサービスを購入しましょうということです。国が全面的に公費で賄うというシステムではないという理解が必要です。

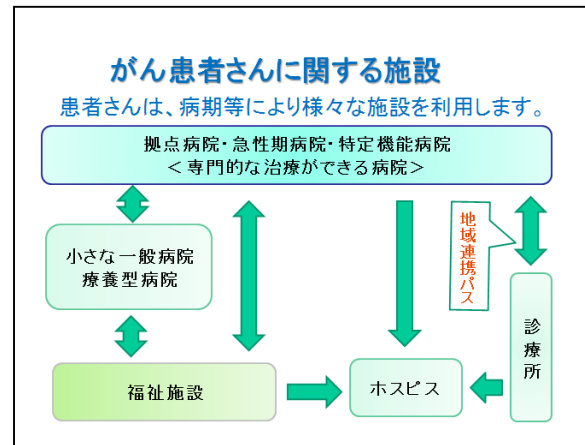


地域包括ケアシステムでは、介護、医療、予防、住まい、生活支援が中学校区内ですべて提供されます。高齢者が住んでいる場所に訪問介護が来てくれたり、施設に通所したり、病院に通院したり、診療所が往診したり、老人クラブや自治体の活動をする。そのコーディネート地域包括センターが行います。高齢者の住まいとして、自宅だけでなく、ケア付き高齢者住宅も含まれているのは注目すべきところだと思います。

がん患者さんに関する施設

現在のがん患者さんの療養・治療の場はどうなっているのでしょうか。がん患者さんは、がん診療拠点病院のような急性期病院で手術をした後、自宅近くの診療所へ通院したり、要介護の状態で療養が必要になると療養型病院に入院されたり、福祉施設に入所しながらがん拠点病院へ通ったりと、様々な場で療養・治療しています。

地域連携パスを使って診療所に通院している方も多くなっていますので、ここで地域連携パスの考え方についてご紹介します。がん診療拠点病院は、5大がん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝がん）の地域連携パスを運用していません。愛知県には愛知県統一パスがあります。まず、がん診療拠点病院で手術をした患者さんが、連携先の診療所に通院することになります。腫瘍マーカーのチェックなど日常の診療は診療所が行い、CTなどの大きな検査だけ3カ月～6カ月に1回程度、拠点病院で行います。がん種により異なりますが、5～10年続けて問題がなければパスは終了となります。



がん患者さんの入院する主な医療機関

がん患者さんが入院する主な医療機関をピックアップしました。まず、がん診療拠点病院を中心とした、積極的ながん治療を行うときに入院できる病院があります。また、50～100床ほどの小さな規模の病院があります。このような病院は名古屋市内にも多くありますが、一部のがん治療はできませんが、緩和医療の専門家がいないなどの問題点があります。療養型病院は様々な種類の病床があるケアミックスとなっていることが最近は多くなっています。ここでは積極的ながん治療は一般的に行いません。療養病床でがんのターミナル患者さんが入院されることもあります。そして、緩和ケア病棟・ホスピスがあります。

がん診療拠点病院は一般病棟であり、積極的な治療をすることを目的とした病床です。大きな手術をした場合、10日で退院できる方は少ないですが、大体1カ月で退院することが多く、3カ月以上入院している方は珍しいというのが現状です。1日の入院基本料は、患者さん7人に対して看護師1人の体制をとっている7対1では1万6,000円程が実費となります。70歳未満の患者さんはその3割を支払うわけです。しかし、長く入院すればするほど、DPCも出来高払いの病院も、この入院基本料は下がっていくことになります。一般病院は積極的な治療のとき、1カ月程しか入院できないというのが現状だと思います。また、看護師の数が少なくなるほど入院基本料は安くなります（10対1：約1万3,000円、13対1：約1万1,000円、15対1：約9,600円）。

がん患者さんの入院する主な医療機関

がん診療拠点病院・大学病院等 <急性期>
積極的ながん治療を行う時期のみ入院・通院

小さな規模の病院 <急性期・亜急性期>
一部のがん治療を行うことができます。緩和医療の専門家がいない等の問題もある。

療養型病院 <亜急性期・慢性期>
(ケアミックス：一般床・地域包括ケア病床・医療療養型病床・介護療養型病床)
慢性期の治療を行う。がんのターミナル患者さんが入院することも多い。

緩和ケア病棟・ホスピス <緩和医療>
がん・AIDSのターミナルの患者さんが対象

	看護師比率	平均在院日数	看護重症度	在宅復帰率
7対1	70%	18日以内	15%以上	75%以上※
10対1	70%	21日以内	—	—
13対1	70%	24日以内	—	—
15対1	40%	60日以内	—	—

※退院患者のうち、自宅・回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟・在宅復帰機能強化加算算定の療養病棟・居住系介護施設（特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付高齢者向け住宅・グループホーム等）・在宅強化型老人保健施設に退院した者の割合が75%以上であること。

なぜ長期間の入院ができないのか

一般病棟で7対1の基準を取っている急性期病院の課題の一つは、平均在院日数を18日以内にしないといけないという基準があることです。また、看護重症度・必要度が一定以上の患者さんが15%以上いなければならないという基準があります。全入院患者さんに対して、看護師が重症度・医療看護の必要度を毎日チェックしています。今日は心電図モニターをしているから何点と、点数化しています。7対1を維持していくために、重症度、医療・看護の必要度の高い患者さんが常に一定以上入院している必要があるため、医療機関としては、常に入院患者さんの状況をみていかなくてはなりません。

在宅復帰率というのは、2014年の診療報酬で新しくできたものです。入院している患者さんが、医療機関に転入院するのではなく、自宅へ退院する割合が75%以上でなければいけないという基準です。これにより病院は、転入院だけではなく在宅支援を視野に入れて退院支援をしなくてはいけなくなります。患者さんから「病院に転入院できませんか」と言われても、病院として、在宅復帰率が引っかけってしまうこともあるかもしれません。現状は、ほとんどの急性期病院の在宅復帰率は75%を大きく超えている場合が多いようですので、差し迫った問題ではないと思いますが、今後の診療報酬の改定で注視しなくてはいけないところだと思います。

もう一つの動きとして、緩和ケア病棟やホスピスは、2012年の診療報酬の改定で逓減制が導入されました。緩和ケア病棟は包括での請求となっていますが、入院日数が30日以内の場合は1日の入院料が約4万8,000円だったのが、31日以上になると約4万3,000円になって、二か月以上になると約3万3,000円になってしまい、入院が長くなるほど、入院料が下がってしまうことになりました。この基準ができて以来、緩和ケア病棟では2カ月以上の入院になりそうな患者さんについては、様子を見て自宅へ退院する場合があることを、入院申込み時に説明することも多くなってきました。また、緩和ケア病棟・ホスピスの施設数が少なく、より重症の患者さんの入院を優先しなくてはならないという理由もあります。

なぜ一般病床で長く入院できないのかというと、先ほど述べたように、7対1の体制の医療機関は、患者さんの平均在院日数が18日以内となります。また、看護重症度・必要度の基準もあり、重症の患者さんが一定数以上入院していなくてはいけませんので、治療を積極的にしていない軽症の状態での入院を継続することが難しくなっています。また、入院が長くなれば、同じ医療を行っていても入院費が安くなってしまうので、病院としては経営上厳しくなります。そして、在宅復帰率によって、なるべくご自宅へ退院することも病院としては考えざるをえない状況もあります。

これらは、主治医の考え方や、ひとつの医療機関の問題ではなく、診療報酬を通じて国が政策的に行っているという認識をしていただければと思います。

がん患者さんが入所できる主な施設

がん患者さんが入所できる施設は増えてきています。様々な種類の施設形態がありますが、ここでは、4つをご紹介します。

介護老人保健施設は老人保健法という法律に基づいてできた施設で、医師が1名います。原則、治療、薬の処方施設で完結しなければならないため、限られた医療を行っている方しか入所できません。がん治療中の患者さんは、一般的には入所不可と思っていた方がよいと思います。化学療法については、一部、別扱いで請求できることになっていますが、全身状態の管理などを考えると、入所はなかなか難しいと思います。

特別養護老人ホーム、特養と言われているところですが、老人福祉法に基づいてできた施設で、昔からあります。医師は施設外の嘱託医となります。積極的に看取りに取り組む施設も出てきましたが、施設基準として24時間看護師が必ずいるわけではないので、なかなか困難なことが多いです。重症の方がより多く入所できるように、2015年4月の介護保険の改定後は、要介護3以上の人しか入所できないことになりました。

介護老人保健施設 入所者100人・医師1名 原則、入所者の治療・処方は施設で完結しなければならないため、医療費の制限あり。がん治療の患者さんの入所は一般的に不可。(化学療法は別請求の特例もある)

特別養護老人ホーム 医師は嘱託医。看取りを行う施設もあるが、施設基準は看護師が24時間配置となっていないため、困難な場合が多い。入所の待機が長期(年単位)。2015年4月～ 要介護3以上の要介護者が入所対象となる。

有料老人ホーム(住宅型・介護型) 医師は嘱託医。がん患者など医療依存度の高い方の入所できる施設もある。概ね高額な入所費用が必要。

サービス付高齢者住宅(サ高住)

自宅と同じ扱いとなるため、在宅のサービスを自由に組み合わせて利用できる。施設の責任の面においては脆弱な面もある。

赤字:在宅扱いの施設

利用料も比較的安いいため、待機者が非常に多く、名古屋市内では、数百人の待機者がいる施設もあります。

有料老人ホームは、民間の施設で、住宅型・介護付など、いろいろな形態があります。有料老人ホームによっては、看護師が24時間いて、医療依存度の高い方を中心に受け入れ、看取りも行う施設もあります。入所費用が概ね高額で、トータルで月30万円程必要な所もあるため、費用を捻出できるかが、入所を検討するにあたってのポイントになると思います。

サービス付き高齢者向け住宅は、「サ高住」とも言われています。国土交通省と厚生労働省が管轄しており、在宅扱いとなっており、今、あちこちに開設されています。

在宅扱いの施設

サ高住のような在宅扱いの施設の多くは、1人に対して1部屋ずつ部屋があり、一見、介護付有料老人ホームなどと変わらないような雰囲気ですが、施設内のサービスとしては食事が出たり、生活の相談に乗ったり、施設職員が安否確認ぐらいはするけれども、例えばおむつ交換などの介護は外の事業者からヘルパーや看護師が来て、訪問介護・訪問看護を行うシステムになっています。例えば、日中は施設の1階でレクリエーションなどのプログラムを利用している方は、デイサービスセンターを利用している扱いになったりします。実際は、ヘルパーも常駐しているので、一見だけでは分からないのですが、仕組みとしてはそのようなになっています。

こうした在宅扱いの施設は、医療依存度の高い患者さんの入所も可能なところもあり、がん患者さんや、脳卒中後の寝たきりの方などにご紹介することもあります。

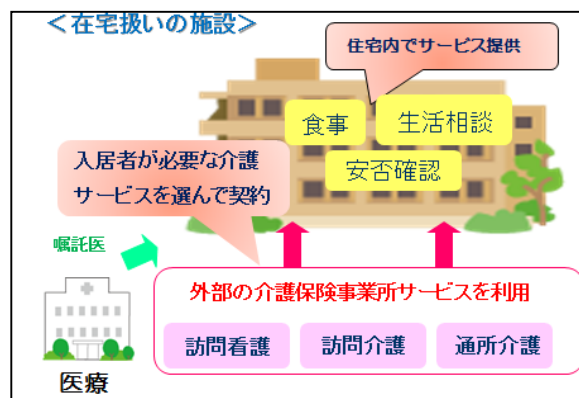
この他、認知症対応のグループホームもあります。ここで、私が担当させていただいた、がん患者さんの事例をご紹介します。74歳女性の方が、化学療法を行っていたのですが、認知症を発症され化学療法を中止しました。徘徊もあり、ご主人がご自宅での介護がとてもできないということでご相談がありました。この方は、がん性疼痛があり、医療用麻薬の痛み止めの貼付薬を貼ると落ち着かれるということで、グループホームの職員に貼付薬を貼ることをお願いすることになりました。一般的に、グループホームでは医療用麻薬の取り扱いが行われていませんので、施設の看護師に当院の薬剤師から説明をして入所となりました。

このように認知症対応のグループホームへ入所されるがん患者さんもいらっしゃいますので、医療情報や必要な処置について、医療機関から正確に伝えることが大切だと思います。

まとめ

国は、団塊の世代が後期高齢者になる2025年に向けて医療機関の機能を再編成して、在宅での療養を推進していこうとしています。がん患者さんも1つの医療機関にかかる従来のスタイルから、そのときの病期に合わせて医療機関や生活の場を変えることも考えなければならない時代になっています。がん患者さんが地域で過ごすために利用できる施設や往診専門のクリニックや、訪問看護ステーションはどんどんできていきますので、社会資源は充実していくことが予想されます。

様々な情報が氾濫していますので、ピアサポーターの皆さんも、今後、行政や地域包括支援センター、私どものようながん相談支援センターの相談員に、この地域の社会資源は何があるのか、どんな動きになっているのかということを、どんどん聞いていただくと良いと思います。



名古屋記念病院 がん相談支援センター
医療ソーシャルワーカー 友松 裕子

3.退院支援・退院調整について

愛知県がんセンター中央病院
地域医療連携・相談支援センター
看護師・社会福祉士 安藤 聡



講義の狙い

- 退院支援・退院調整の目的と実際の流れを知る。
- 入院医療と在宅医療の違い、介護保険の使い方を知る
- がん患者さんの療養先としてどのような選択肢があるかを知る。

地域医療連携・相談支援センターの役割

一般的に、地域医療連携には「前方連携」と「後方連携」があります。「前方連携」とは、診療所や病院で診療を受けている患者さんを、必要に応じて、より高度な医療を提供する病院へ紹介することをいいます。一方、「後方連携」は、入院中や外来通院中の患者さんで、他の病院・診療所・施設などとの連携が必要な場合に行う連携をいいます。今回のテーマである退院支援・退院調整は、「後方連携」に位置付けられます。

愛知県がんセンター中央病院の地域医療連携・相談支援センターでは、地域医療連携として「前方連携」を、相談支援センターとして「後方連携」を行っています。特に、相談支援センターでは医療費や福祉制度、がんに関する医療相談を行っています。患者さんの生活の基盤は自宅であり、退院後、患者さんやご家族が「その人らしさ」を失うことなく過ごすために、地域の医療機関と連携して支援しています。

愛知県がんセンター中央病院における退院支援・退院調整の現状

愛知県がんセンター中央病院は、手術・放射線・化学療法などの治療を受けることを目的とした病院です。退院される患者さんのうち9割は、自宅退院されます。

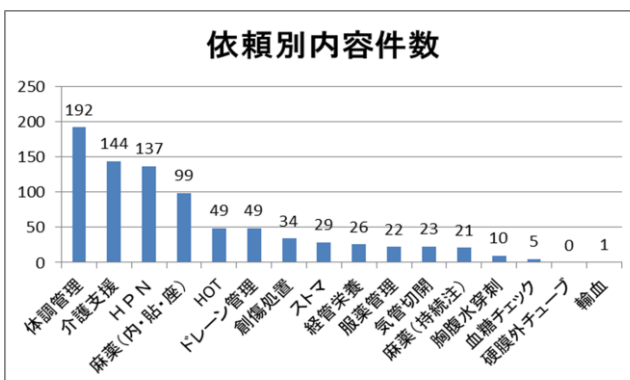
退院調整依頼は年間約800件あります。当院の特徴として、退院調整依頼がある患者さんのほとんどは高齢者で、その大半は、がん末期という状態だということです。そのため、末期のがん患者さんが「どのような場所で、どう暮らしていくのか」を考えることが退院支援の主体となります。

退院調整依頼の内容としては、体調管理や介護支援のほかに、在宅医療を受ける場合、HPN（中心静脈栄養点滴の略）と呼ばれる「高カロリー栄養点滴」や医療用麻薬による疼痛緩和、HOT（在宅での酸素吸入）などの医療行為を必要としている患者さんが多いのが特徴です。そのため、地域の医療機関との連携が重要になります。

退院支援・退院調整を行う対象患者さんは下記のような方になります。

- ・HPNやストーマ管理、HOT、疼痛・症状コントロール（痛み、吐気などの苦痛症状緩和）が必要な人
- ・自宅で最期を迎えたい人
- ・日常生活に介助が必要な人
- ・医療や介護に不安のある人
- ・自宅で利用できるサービスの紹介や、自宅・転院など退院後の療養先についての相談をしたい人

注）患者・家族で管理できる人であれば問題はないが、管理が難しい方や一人暮らし等で訪問看護が必要とされる場合は、訪問看護の紹介なども行う



2013年度 がんセンター中央病院 退院時に必要な処置内容集計結果

退院支援、退院調整とは

退院支援は「患者・患者家族の意思決定支援」

退院支援とは、がん末期の患者さんや患者家族に対して「患者さんやその家族が、この先病気をもちながら、どのように生きていけばよいのか」というところから、「最期の療養先をどこにするのか。自宅に帰るのか、それとも転院をするのか」というところまで、何らかの選択ができるように支援をすることです。

患者さんや家族の意思は揺れ動くことがまれではないため、患者・家族の意志を尊重しながら支援する一方で、生活上の問題を解決するために、多職種と協働して生活上の問題に対して自立支援を行います。

退院調整は「患者・患者家族の意向を踏まえ、その後の療養環境を整える」

退院調整は、患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて、環境・ヒト・モノを社会制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程です。具体的には、地域の医療機関や介護保険サービス事業所などとの連携・調整を行います。

退院調整に関して、「病院から追い出すことを目的としている」というイメージを持っている人もいますが、本来の目的は「患者さんや患者家族がより良い選択をして、退院後、その人らしく過ごすことを手助けする」ことです。決して病院が患者さんを追い出すための「調整」ではありません。

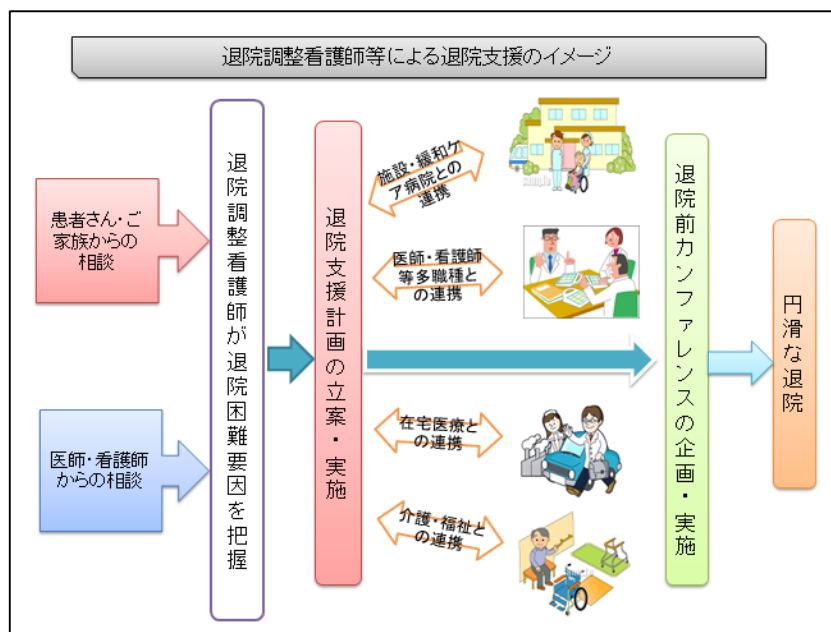
退院調整看護師は、病院と地域との橋渡し役です。患者さんと医療者との橋渡し役のピアサポーターと、よく似た支援をしていると思っています。

退院支援、退院調整の流れ

患者さんや患者家族の「介護力」や「医療依存度」を考え退院困難要因を把握します。入院中の患者さんであれば「退院前カンファレンス」を開催し、患者さんや家族、在宅医や訪問看護師、ケアマネージャー、病院医師、看護師、理学療法士などと一緒に話し合い、安心して退院できるようにしています。

入院医療は、治療（抗がん剤、放射線、手術）と管理が優先されますが、在宅医療は、「その人らしい生き方」を支援します。また、在宅医療は、治療を目的とせず症状をコントロールすることがメインとなります。

在宅へ移行する場合は、患者さんの希望に沿うために、治療や管理上のことをどうするのか考えることが大切です。



がん末期の方の療養先

治療をするかしないのかで、療養先が変わります。右の表のような施設が、がん末期の患者の療養先として挙げられます。

最近多くなってきた「有料老人ホーム」「サービス付高齢者向け住宅（※）」は、医療依存度の高い方や看取りまで対応した有料施設も増えており、今後は選択の一つとなっていくと考えられます。

※「サービス付高齢者向け住宅」：高齢者を対象とした住居兼医療施設

がん末期の方の療養先

治療	自宅	ホスピス	病院	有料施設
する	○	×	△ (治療と治療の間のみの受けられる病院もある。)	○
しない	○	○	△ (ホスピスが亡くなるまでの間なら受け入れられる病院もある。)	○

※ 治療 = 抗がん剤、放射線、手術などの治療

※ 療養病院、回復期病院、急性期病院での療養は難しい

介護保険について

対象：65歳以上 がん末期であれば40歳以上が利用の対象

注意点：①がん末期であっても40歳未満は利用できない

②入院中は（外泊等でも）利用できない

= 自宅での療養を支えるサービスであるため、入院中は対象外

③がん末期の場合、訪問看護は医療保険を利用する（70歳未満は3割負担）

= 制度上、毎日でも利用が可能 高額医療費の対象

④入院中に利用して、退院できなければ実費となる

= 介護保険を利用して福祉用具を購入しても、自宅へ帰れなかった場合は実費となる

事例紹介

患者：76歳男性

状態：すい臓がん 腹膜播種
生命予後は1か月

家族構成：奥様と2人暮らし
近所に長男夫婦在住
介護に対して協力的

症状：痛み、吐き気、食欲不振
日常生活は自立している

医療行為：腹膜播種による腸閉塞。経鼻胃管（写真1）により胃内容物を排出させて、吐き気を抑えていた

高カロリー輸液（写真2）により栄養摂取をしている

医療用麻薬を持続注射（写真3）

患者の意思：自宅に帰りたいが、家族に迷惑がかかる。

自分が起業した会社で仕事をしたり、趣味の囲碁をして楽しみたい

家族の意思：奥様は病院での療養を希望。自宅療養の不安が大きい。

長男は患者の意思を優先したい。

写真1

経鼻胃管

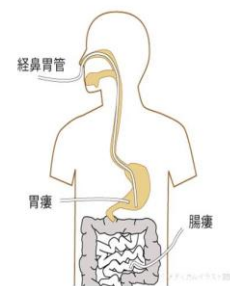


写真2

高カロリー輸液



家族関係：家族関係は良好。患者は家族から尊敬されていた。

【支援内容】

- 本人、妻、長男のそれぞれの思いを代弁し、家族で話し合うように調整した。
- 医療器具の取り扱いの説明、介護保険・医療保険制度の説明、一日のスケジュールを作成し自宅療養のイメージをつけた。
- 退院前カンファレンスの開催
患者や家族だけではなく在宅医師、訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師、病院医師、訪問医療の医師や看護師も同席。今後の起こりうる症状や緊急時の対応について話し合った。
カンファレンス後、在宅療チームの医師や看護師、薬剤師、ケアマネージャーの自信あふれる態度を見て、患者も家族も安心をしたと話していた。

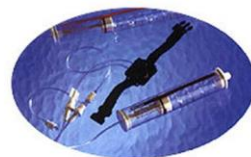
【在宅～最期までの生活（訪問看護師と家族談）】

- 訪問看護は毎日。医師は週 1 回の訪問。
- 家族は（器具の取り扱いなどが）不慣れであったが、それも徐々に慣れていった。
- 患者は短時間ではあるが、仕事に復帰。趣味も楽しむことができた。何より入院中には見られなかった笑顔が多かったことが、一番良かった。
- 長男は仕事が終わると患者宅へ行き介護をした。
- 一番不安の強かった奥様については、長男の支えや、「何かあったら、在宅医や訪問看護師が来てくれる」という安心感があった。
- 退院 2 か月後家族に見守られ、永眠。
- 家族は、本人の希望も叶えられ、満足のいく最期を迎えられたと話していた。

退院支援をきっかけに、新しい家族の関係ができ、「患者さんは家族の愛情を感じながら、最期を迎えられた」と感じている。

写真 3

麻薬持続注射



愛知県がんセンター中央病院
地域医療連携・相談支援センター
看護師・社会福祉士 安藤 聡

4.ピアサポーターに知ってほしい 医療費や介護保険等の基礎知識

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
相談支援センター 主任医療社会事業専門職
山田 悦子



講義の狙い

- 医療保険制度、介護保険制度の役割を理解する
- 医療費負担軽減策や利用者負担の軽減制度を理解する
- 医療保険や介護保険の利用のポイントを知り、ピアサポートに役立てる

はじめに

医療を取り巻く社会的背景の変化に伴い、医療機関の機能分化、在院日数の短縮化が進んでいます。病院に入院して、病気が治ったら退院するのではなく、治癒に至らなくても、病態の変化・入院日数により、医療の場を変えていかなければなりません。退院の概念は、病気が治った時ではなく、入院適用ではなくなった時へと変化しています。それは寝たきりの方でも同じです。

こうした状況の中で、医療ソーシャルワーカーの仕事も変化しており、今や退院支援・経済的な問題への対応がほとんどです。その時に密接に関連する制度が、医療保険制度と介護保険制度です。

医療保険制度の基礎知識

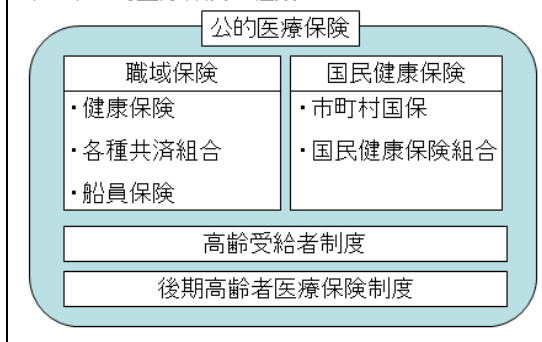
医療保険制度は、治療等が必要になったときに、国民の誰もが適切な医療を受けることができるよう、協同して準備しておく仕組みです。すべての国民が加入し、保険料を出し合い、治療のため医療機関にかかった場合、一部負担金を払うだけでサービスが受けられる、いざというときの備えです。

公的医療保険の種類は、大きく分けると 4 つになります。「職域保険」は被用者保険のことで、健康保険、公務員・教員・学校・警察などの方たちが加入している各種共済組合、船員保険があります。「国民健康保険」には、自治体で入っている市町村の国民健康保険、同職種・同業種が入っている国民健康保険組合があります。その他に、70 歳から 74 歳までの人が対象の「高齢受給者制度」と、75 歳以上の高齢者と 65 歳以上の障害者が対象の「後期高齢者医療保険制度」があります。

自己負担割合は、75 歳以上は基本的に 1 割負担、現役並みの所得者は 3 割負担です。70 歳から 74 歳までは、平成 26 年 3 月までは 1 割負担でしたが、4 月からは 70 歳に達した人から 2 割負担に変更になっています。現役並みの所得者は 3 割負担です。6 歳から 69 歳までの人は 3 割負担、6 歳以下は 2 割負担です。現役並み所得者は、標準報酬月額 28 万円以上の人、課税所得が 145 万円以上の人ですが、例外規定もあります。

医療保険サービス（保険給付）の種類には、現物給付と現金給付があります。現物給付の代表的なものは、病院にかかったときに直接医療を提供してもらえる療養の給付です。入院時食費療養費は、入院したときの食事代です。入院時生活療養費は、療養病棟に入ったときの生活費です。保険外併用療養費は、先進医療な

(※1) 公的医療保険の種類



医療保険サービス（保険給付）の種類

現物給付	現金給付
① 療養の給付	① 傷病手当金
② 入院時食事療養費	② 出産手当金
③ 入院時生活療養費	③ 出産育児一時金
④ 保険外併用療養費	④ 埋葬料
⑤ 訪問看護療養費	⑤ 療養費
⑥ 高額療養費	⑥ 移送費
⑦ 高額介護合算療養費	

どの混合診療の場合です。基本的には自由診療と保険診療を併合した混合診療は認められていませんが、一部認められているものもあります。訪問看護療養費は、訪問看護師に自宅で看護を提供してもらった場合です。高額療養費は、一定金額以上の医療費を支払った場合に払い戻されるものです。高額介護合算療養費は、医療保険と介護保険の一定金額を超えた分が戻ってくるものです。

現金給付のうち、傷病手当金は、病気・けがをして休み、会社から休業保障がない場合に、社会保険から出ます。標準報酬月額額の3分の2が支給されますが、1年6カ月を限度としています。出産手当金は、出産のために会社を休んで給料がもらえない場合、平均日額の3分の2が支給されるものです。出産育児一時金は、出生児1人につき42万円もらえます。亡くなったときの埋葬料は5万円が限度です。療養費は、緊急時で保険が使えなかった場合に、後から請求することによって戻ってくるものです。移送費は、医師の指示により入院・転院が必要で、移送の車代が掛かった場合、申請によって社会保険から戻ってくるものです。通常の通院費が戻るわけではありません。当院から緩和ケア病棟に転院した場合も戻りません。医師の指示により、必要と認められた場合に、社会保険から出るものですが、かなり特殊な場合に限られるので、ほとんど利用することはありません。

医療費負担軽減策

① 高額療養費制度

病院の窓口で支払った医療費の自己負担が1カ月に自己負担限度額を超えた場合に、超過分が後日払い戻される制度です。自己負担額は年齢や世帯の所得により異なり、高額療養費の計算は一定のルールがあります。加入している保険者に申請しますが、70歳以上は手続きが不要です。さかのぼって請求することができますが、2年以内に請求をしなければいけません。払い戻しには3カ月ぐらいかかるので、長期入院には3カ月分の資金が必要になります。

高額療養費の計算方法は、1カ月に同じ医療機関に支払った医療費が対象になります。毎月ごと、患者1人ごと、医療機関ごと、内科と歯科は別、入院と外来は別という計算になります。過去12カ月以内に4回以上高額療養費に該当した場合（多数該当）、4回目以降から自己負担が引き下げられます。同一月に同一世帯で2人以上の場合や、同一人物が2つ以上の医療機関にかかった場合、それぞれの自己負担が2万1,000円以上の場合は、世帯合算が可能です。70歳以上は、病院、診療科、歯科、調剤薬局の区別なく合算して計算します。入院中の食事負担、差額ベッド代などの保険適用外の医療費は対象外です。高額療養費の算定対象世帯に介護保険受給者が居る場合、介護保険の利用者負担も合算でき、高額介護合算療養費として一定額を超える金額が払い戻されます。

平成27年1月から高額療養費の金額が変わりました。以前は世帯の種別が3段階でしたが、5段階になりました。例として、1カ月の総医療費が100万円、年収約370万円から770万円の区分で、窓口負担割合が3割の場合、保険給付は70万円、窓口負担は30

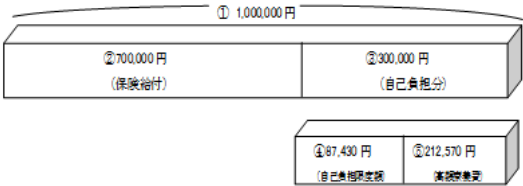
高額療養費の自己負担限度額

【70歳未満の方】世帯の状況に応じて5段階に分かれています。[平成27年1月～]

世帯の種別	自己負担限度額（通常）	年間多数 （4回目以降）
【区分ア】：年収約1,160万円以上 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：※旧ただし書き所得901万円超	252,600円 +（医療費の総額－842,000円）×1％	140,100円
【区分イ】：年収約770～約1,160万円 健保：標準報酬月額53～79万円 国保：※旧ただし書き所得600～901万円	167,400円 +（医療費の総額－558,000円）×1％	93,000円
【区分ウ】：年収約370～約770万円 健保：標準報酬月額28～50万円 国保：※旧ただし書き所得210～600万円	80,100円 +（医療費の総額－267,000円）×1％	44,400円
【区分エ】：年収約370万円以下 健保：標準報酬月額26万円以下 国保：※旧ただし書き所得210万円以下	57,600円	44,400円
【区分オ】：住民税非課税世帯	35,400円	24,600円

（※2）高額療養費の自己負担額（70歳未満の事例）

1ヶ月の総医療費：①1,000,000円 区分「ウ」（年収約370～770万円）のランクで窓口負担割合が3割の場合、保険給付は②700,000円となり、③300,000円を医療機関の窓口で支払い、後日高額療養費申請により④212,570円の払い戻しを受けます。計算式により、80,100円+（①1,000,000円－267,000円）×1％＝④87,430円が自己負担限度額になり、③300,000円－④87,430円＝⑤212,570円が高額療養費となります。



万円になりますが、後日 21 万 2,570 円払い戻しがあります。計算式は、8 万 100 円に、総医療費の 100 万円から 26 万 7,000 円を引いたものの 1 パーセントをかけ、それを足したものが、8 万 7,430 円なので、これが自己負担限度額となります。立て替えの 30 万円から自己負担限度額を引いた 21 万 2,570 円が高額療養費として支給されます。

平成 27 年 1 月に社会保障制度改革推進本部で医療保険制度改革骨子案を決定されており、現在は食費が 1 食 260 円ですが、28 年度から 30 年度の間に順次上げられ、460 円になる予定です。低所得の方は変わりません。

70 歳から 74 歳までの方の医療費負担は、基本的には 1 割負担、平成 26 年 4 月以降に誕生日を迎えた方から 2 割負担、一定以上所得のある方は 3 割負担です。負担上限額は、外来の場合は、1～2 割の方で 1 万 2,000 円、3 割の方で 4 万 4,400 円です。入院の場合は 1～2 割の方で 4 万 4,400 円、3 割負担の方は基準額（8 万 100 円）に総医療費から 26 万 7,000 円を引いたものに 1% をかけ、それを足した額になります。前年の市県民税課税所得が 145 万円以上の方が世帯に 1 人でもいる場合、3 割負担になります。年収が 520 万円以下、単身世帯の場合は 383 万円以下の場合は、申請すれば 1 割でしたが、平成 27 年 1 月 1 日から新しい要件が加わりました。70 歳以上の方全員の市県民税課税所得の合計が 210 万円を超える場合にも 3 割負担になります。老夫婦 2 人で収入額がそれぞれ 130 万円ある場合、145 万円以下なので、以前は 3 割負担にはならなかったのですが、合わせて 260 万円なので、現在は 3 割負担になります。収入額が 520 万円を下回る場合は、申請により 1 割負担、2 割負担になります。

75 歳以上の方、いわゆる後期高齢者は 1 割負担、一定以上所得のある方は 3 割負担です。自己負担上限額は、高齢受給者 70 歳～74 歳までの方と同様です。75 歳以上の方はやはり優遇されています。

高額療養費で戻ってくる限度額と、介護で支払うお金を合算して、一定額を超える場合には超えた分が戻ります（右表）。医療費・介護費用に支払った分、案分されて、それぞれの保険から戻ってきます。加入している保険者に手続きをすることになっています。

＜※3＞高額医療合算介護サービス費（世帯の負担限度額）			
所得区分	保険区分	後期高齢者医療 （世帯内の被保険者） +介護保険	被用者保険または国民健康保険 （世帯内の 70～74 歳）+介護保険
	所得区分	被用者保険または国民健康保険 （世帯内の 70 歳未満）+介護保険	被用者保険または国民健康保険 （世帯内の 70 歳未満）+介護保険
①	一定以上所得がある世帯	67(89)万円	126(168)万円
②	一般世帯	56(75)万円	67(89)万円
③	市民税 非課税世帯	31(41)万円	34(45)万円
④	③のうち、所得が一定以下の世帯	19(25)万円	

- ・初年度については、期間を平成 20 年 4 月 1 日から平成 21 年 7 月 31 日（16ヶ月間）としています。
- ・（ ）内は、初年度（16ヶ月）の限度額です。
- ・所得区分は基準日（7月31日）現在の医療費の自己負担限度額で適用される区分です。

② 限度額適用認定証

あらかじめ手続きをすることにより窓口支払いを軽減できる制度です。高額療養費を計算した分だけ窓口で支払うものです。以前は入院のみの適用でしたが、現在は外来も適用されます。抗がん剤治療で高額になる場合、限度額適用認定証を利用すれば、一定の金額だけ窓口で支払えばよいことになります。月に何回か通院して限度額を超えれば、それ以上病院から請求されません。全体の医療費は、回数が増えるとともに増えてくるので、若干の追加請求はありますが、非課税の方は定額なので追加請求はありません。手続きは加入している保険者に申請します。申請月から有効で、基本的にはさかのぼることはできません。保険料の未納があると利用できないこともあります。

③ 高額療養費受領委任払い制度

仕組みは限度額適用認定証と同じで、医療費の病院窓口払いの負担が自己負担限度額まで支払えばよい制度です。保険料支払いが遅れがちで限度額適用認定証が発行されない方には、この制度を利用します。限度額適用認定証と違い、毎月手続きが必要となります。自治体によっては行っていないところもあります。保険料未納が一定金額以上になると利用できないこともあります。職域保険加入者は対象外です。

④ 高額療養費貸付制度

高額療養費が払い戻されるまでの間、高額療養費支給見込み額の 8～9 割を無利子で貸し付けてくれる制度です。高額療養費と相殺され、残りの 1～2 割は後から戻ってきます。加入している保険者により、申請、貸付割合は異なります。保険者によっては、貸し付けを受けられない、または、一部負担金の支払いがないと貸し付けを受けられないこともあります。又、保険料未納があると利用できないこともあります。高額療養費受領委任払い制度を実施していない自治体は、この制度を行っているところもあります。高額療養費の分

と残りの 1～2 割を病院の窓口で支払わないと、残りのお金は借りられないので、病院は払ってもらうまで待たなければいけません。職域保険の場合は高額療養費受領委任払い制度がないため、この制度を使います。限度額適用認定証を申請すればいいのですが、この制度も残っています。

⑤国民健康保険一部負担金減免制度

国民健康保険のみこの制度があります。災害・事業の休廃止・失業・生活困難などの場合に医療費の支払いが免除、減額、猶予されます。自治体によって手続き、運用は異なります。自営の方で急に病気になった場合、生活保護の適用にはならないが、この制度を使えば医療費の支払いが軽減される方など、利用することがあります。

⑥福祉給付金支給制度

後期高齢者医療被保険者、または、70 歳以上の高齢者が、一定の要件を満たせば、医療費の自己負担限度額が無料になる制度です。対象になるのは、障害者・一人親家庭等、医療費助成制度の受給条件に該当する人、寝たきり・認知症で引き続き 3 カ月以上日常生活介護を受け、本人所得が一定範囲の人などです。私たちが関係するのは、寝たきりの方、認知症の方、障害者の方々です。介護保険でいうと要介護 4～5 の方で、要介護 3 の方も一部対象となる方もいます。

⑦医療費控除制度

医療費負担が直接的に軽減される制度ではありませんが、間接的に負担が軽減される方法です。患者本人・本人と生計を一にする配偶者・その他の親族が支払った 1 年間の医療費の合計が 10 万円を超えた場合、超過分が所得から控除されます。非課税の方は関係ありません。毎年 2～3 月の確定申告のときに、お住まいの税務署に申請します。

所得金額が 200 万円未満の人は、基準額が 10 万円ではなく、所得金額の 5 パーセントになります。控除される最高限度額は 200 万円です。5 年前までさかのぼって申請が可能なので、忘れている場合も申請できます。生計を一にしていなくても、保険が違って、仕送り援助をする子ども・親などと別に暮らしていても、合算は可能です。源泉徴収票・医療費の領収証は原本を用意します。コピーは不可です。所得のある家族が複数居る場合は、課税所得の多い人がまとめて申告するほうが有利です。

医療費控除は、医療費として認められるもの・認められないものがあります（右表）。最終的には税務署が判断するので、領収証を取っておき、確定申告の際に税務署で確認して下さい。

（※3）医療費として認められるもの、認められないもの	
医療費として認められるもの	医療費として認められないもの
・医師・歯科医師の診療による治療費・入院費 ・あんま・マッサージ、はりきゅう師、柔道整復師等による施術の対価 ・検査費用 ・薬局で購入した医薬品の購入費 ・医療用器具等の購入費 ・介護保険で利用した一定の施設・居宅サービスの自己負担額 ・診療のために要した交通費	・治療・入院に関連する費用 ・疲れを癒すために依頼したマッサージ代 ・治療に至らない人間ドック、健康診断費用 ・医薬品関連購入費 ・日常生活用の器具の購入費 ・交通費等
等	等

⑧その他

各種の所得控除を活用すれば、市町村民税を非課税にできることもあります。非課税になると、医療費の自己負担限度額・保険料率が軽減されます。医療費控除、障害者控除、寡婦・寡夫控除、扶養控除などの控除があるので、それらも忘れずに申告してください。場合によっては、高齢者と、一定収入がある家族とを世帯分離することによって、非課税になることもあります。医療費の自己負担が 3 割負担の、原則 70 歳以上の高齢者でも、年収が 2 人世帯で 520 万円未満、単身世帯で 383 万円未満であれば、申請により 2 割、もしくは、1 割に軽減されます。その他にも医療費助成制度があり、医療費の支払いに困る場合は、相談支援センターのソーシャルワーカーに相談してください。最近はジェネリック医薬品が出ているので、医師と相談して活用することもできます。

介護保険制度の基礎知識

退院支援と大きく関わってくるのが介護保険制度です。医療保険と同様、介護問題を社会全体で支えていく仕組みです。40 歳以上の国民が保険料を支払い、介護が必要となったときに、本人や家族の申請と選択で保険医療福祉サービスを受けることができます。サービスを利用するためには手続きが必要です。

介護保険の加入者は、第1号被保険者、第2号被保険者に分かれています。第1号被保険者は65歳以上のすべての方、第2号被保険者は40歳から64歳の医療保険に加入している方が対象です。被保険者証は65歳以上の全員に交付されています。40歳から64歳の方は、要支援・介護認定を受けた方に被保険者証が交付されます。サービスを利用できる人は、第1号被保険者の場合は、要介護者、要支援者です。第2号被保険者の場合は、「特定疾病」により要介護・支援が必要な人です。特定疾病には、がんが入っていますが、一定の条件があります。医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断した者に限るため、抗がん剤治療を続けている人は対象にならないことが多いです。おおむね余命6カ月ぐらいの方が目安になっています。

介護保険料は、第1号被保険者の場合は、年金から引かれ、第2号被保険者の場合は、医療保険の保険料と一括して徴収されます。保険料は自治体によって異なります。名古屋市の場合は、保険料は所得によって12段階になっています。平成26年度までの基準では、一番低い人で年間2万9,000円ほど、一番高い人で年間15万円ほどです。

介護保険サービスを利用するためには、住んでいる市町村に要介護認定の申請をし、要支援・要介護の認定を受ける必要があります。要介護認定は、介護サービスを必要とする被保険者がどのぐらいの介護量が必要かを判定するものです。要支援の区分は2段階、要介護の区分は5段階、全部で7段階に分かれています。

介護度別の状態像としては、要支援1の「日常生活上の基本動作は、ほぼ自分で行うことが可能であるが、現在の状態が悪化し、要介護状態にならないよう支援する必要がある人」から、要介護5の「最重度の介護を要する状態」まであります。身体的には、要介護4～5が寝たきりの人、要介護2～3が車いすの人、要介護1～2が歩行器の人、要支援の人は伝い歩きぐらいのイメージです。

介護保険サービスを利用するための申請をして認定されるまで概ね30日ぐらいの期間を要します。申請日にさかのぼるので、認定が1カ月後でも、サービスを利用することができます。被保険者は、市町村の福祉課などに申請します。市町村職員、委託業者などが被保険者の状態をチェックし、市町村が主治医に意見書を依頼します。コンピューターによる一次判定された後、主治医が書いた意見書、調査者のコメント等により、最終的な結果が出ます。大きな病院では、意見書の遅延がかなりあります。

認定を受けただけではサービスは受けられません。要支援と認定された人は、地域包括支援センターに相談し、サービスを受けます。要介護と認定された人は、自宅で過ごすのか、施設に入るかによって、流れが違います。

介護保険で利用できるサービス

介護保険サービスには、要介護者と認定された人が対象の介護給付と、要支援者と認定された人が対象の予防給付があります。介護給付は23種類、予防給付は17種類あります。介護サービスを機能別に分けると、①自宅に来てもらうサービス、②自宅の環境を整えるサービス、③自宅から日中だけ通うサービス、④自宅から離れて短期間泊まるサービス、⑤自宅から離れて中・長期的に療養するサービス、⑥自宅から移り住むサービス、⑦それ以外のサービスになります。

訪問介護は、ホームヘルパーが家の中で入浴・食事・排泄などの介護、掃除・洗濯などの日常生活上のさまざまな支援を行います。訪問看護は、看護師が家に来て、療養上の世話や診療の補助を行います。訪問看護は、介護保険の中のサービスと、医療保険の中のサービスがあります。法律の優先順位があるので、その方の状態により、どちらを利用するかは異なります。医療費負担のない人は、医療保険の訪問看護を利用し

	第1号被保険者	第2号被保険者
加入者	65歳以上	40歳～64歳の医療保険に加入している人
被保険者証の交付	全員	要介護認定を受けた人に交付
サービスを利用できる人	- 寝たきりや認知症などで常に介護が必要な人（要介護者） - 要介護者になるおそれがあり、家事や身支度など日常生活に支援が必要な人（要支援者）	脳血管疾患や関節リウマチなど、加齢に伴う病気（特定疾病※1）により、介護や支援が必要となった人
介護保険料	年金などから天引き等で徴収	医療保険の保険料と一括して徴収

（※1）特定疾病

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. がん(※) | 11. 多系統萎縮症 |
| 2. 関節リウマチ | 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| 3. 筋萎縮性側索硬化症 | 13. 脳血管疾患 |
| 4. 後縦靱帯骨化症 | 14. 閉塞性動脈硬化症 |
| 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 | 15. 慢性閉塞性肺疾患 |
| 6. 初老期における認知症 | 16. 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | |
| 8. 脊髄小脳変性症 | |
| 9. 脊柱管狭窄症 | |
| 10. 早老症 | |

（※医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

た場合、毎日利用したとしても負担は生じません。他には訪問リハビリ、訪問入浴、夜間だけ巡回してもらうサービスなどがあります。

福祉用具のレンタルは、車いす、ベッド等は要介護2以上の人が対象です。要支援・要介護1の人は例外給付で利用できることもありますので、ケアマネジャー、ソーシャルワーカーに相談してください。福祉用具の購入は、風呂の椅子、ポータブルトイレなどの、直接肌に触れる用具等が対象になります。1年間10万円が限度です。住宅改修は、手すりの取り付け、段差の解消などができます。支給限度は20万円で、基本的には一生に1回の制度です。例外的に、状態がかなり変わり介護度が3ランク上がった場合や、住まいが変わった場合には、もう一度利用することもできます。

デイサービスは日常生活上の介護や趣味活動を中心にサポートしてくれます。デイケアはリハビリに力を入れたサービスです。認知症対応型通所介護は、認知症の人だけが利用できるデイサービスです。

短期入所生活介護は、家族が旅行のとき、体調不良のときなどに、特別養護老人ホーム等で短期間だけお世話してもらうものです。短期入所療養介護は、老人保健施設等で、日常生活上の介護のほか医療や機能訓練等が受けられます。認知症の方も預けられる短期サービスもあります。

自宅で療養するのが難しくなったとき、リハビリが必要になったときに、中・長期的に利用できるサービスとして、介護老人保健施設では、3カ月単位を基本としてやや長い期間入所し、日常生活上の介護、集中的なリハビリが受けられます。要支援の人は対象外です。介護療養型医療施設は、おおむね6カ月を目安として入院し、療養上の管理や看護・介護等が受けられる所ですが、平成29年度末で廃止予定です。その後は、従来の施設より医療面が充実した介護療養型老人保険施設に移行予定です。

特定施設入居者生活介護は、有料老人ホームなどで日常生活上の介護や世話を受けられるサービスです。介護老人福祉施設は、以前は特別養護老人ホームと呼ばれていた施設ですが、日常生活の介護が受けられます。終の棲家として位置付けられていますが、医療的なサービスができないので、がんの痛みのコントロールが必要な患者、食事が取れないような患者等は入所が困難です。入所定員100人あたり、医師1人、看護師3人と、医療面で充実していないためです。多床室は料金的にリーズナブルなので所得の低い人に向いていますが、待機が2～3年あり、急性期病院からの直接入所はまずありません。

認知症向けグループホームの利用には、認知症の診

「わが家」に来てもらう(訪問)サービス

- ・**訪問介護**
ホームヘルパーが、わが家を訪問し入浴・食事・排泄等の介護や掃除・洗濯等の日常生活上の様々な支援を行う。
- ・**訪問看護**
看護師がわが家を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行う。
- ・**訪問リハビリテーション**
理学療法士等のリハビリ専門職が訪問してわが家で機能維持、回復訓練を行う。
- ・**訪問入浴**
介護士2名、看護師1名で訪問し特別な浴槽を持ち込んで入浴助を行う。
- ・**夜間対応型訪問介護(要支援者は対象外)**
夜間に定期的な巡回訪問や通称により、わが家を訪問し、入浴・排泄・食事等、介護、その他日常生活上の世話を行う。
- ・**居宅療養管理指導**
医師や薬剤師、栄養士などが訪問し、在宅生活のさまざまなアドバイスをを行う。
- ・**定期巡回、随時対応型訪問介護看護**
日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回訪問と随時の支援を行う。

「わが家」の環境を整えるサービス

- ・**福祉用具のレンタル**
福祉用具を借りることが出来る。
車いす、特殊寝台、床ずれ防止用具、歩行器等、12品目一部の品目は、要支援及び要介護1の人は対象外
- ・**福祉用具の購入(主にレンタルに馴染まない用具が対象)**
ポータブルトイレや入浴の補助用具等を購入することができる。1年間に10万円が限度。
- ・**住宅改修**
手すりの取り付けや段差の解消など住宅の改修が出来る。
支給限度額は20万円。

「わが家」から日中だけ通う(通所)サービス

- ・**通所介護(デイサービス)**
デイサービスセンター等に通い、入浴・食事・排泄など日常生活上の介護や趣味活動などのサポートが受けられる。
- ・**通所リハビリテーション(デイケア)**
老人保健施設や医療機関等に通い、日常生活上の様々な介護のほか、主にリハビリに力を入れたサービスが受けられる。
- ・**認知症対応型通所介護**
認知症の人だけが利用できるデイサービス。

「わが家」から離れ、短期間泊まるサービス

- ・**短期入所生活介護(ショートステイ)**
特別養護老人ホーム等に短期間だけ入所し、日常生活上の介護等が受けられる。
- ・**短期入所療養介護(ショートステイ)**
老人保健施設等に短期間だけ入所し、日常生活上の介護のほかに、医療や機能訓練等が受けられる。
- ・**認知症対応型共同生活介護の短期利用**
グループホームに短期間だけ入所し、日常生活上の介護等が受けられる。要支援1の人は対象外。

「わが家」から離れ、中・長期間療養するサービス

- ・**介護老人保健施設**
3ヶ月単位を基本としてやや長い期間入所し日常生活上の介護のほかに、集中的なリハビリが受けられる。要支援の人は対象外。
- ・**介護療養型医療施設**
やや長い期間(概ね6ヶ月くらいを目安)入院し、療養上の管理・看護、医学的管理下における介護等の世話及び機能訓練などが受けられる。要支援の人は対象外。



平成29年度末で廃止し、その後は従来の老健より医療面が充実した新型老健(介護療養型老人保健施設)に移行予定。

断が必要です。歩ける人が対象で、車いすの人、医療処置の必要な人は利用が難しいです。住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、24時間介護をする人が居て、環境が整っています。介護付き有料老人ホームはサービスがパッケージになっていて、外部のサービスは受けられません。住宅型有料老人ホームは、自分で事業所と契約してサービスを受けるので、自己負担が増えてくることもあります。

その他のサービスとしては、小規模多機能型施設、複合型サービスがあります。デイサービス、ホームヘルパー、ショートステイなどを1つの施設で一体的に受けられるサービスです。通常のショートステイだと予約制なので急な利用がなかなかできませんが、このサービスを利用していると、介護者の都合によって融通がきくので便利です。

介護保険サービスの値段と利用者負担の軽減制度

介護報酬は介護サービスの値段のことで、居宅サービス事業者・介護保険施設等が保険給付として提供したサービスの対価です。サービスの種類ごとに、サービス内容や提供体制、要介護度、サービスの提供時間・回数・日数、地域等の要素の組み合わせによって基準があります。介護報酬単価は1単位10円です。地域、サービス特性により、加算・減算があります。訪問看護1時間で何単位、ホームヘルパー1回で何単位と値段が決まっており、患者は必要なサービスを必要な分だけ受け、それを積算して1カ月分を計算します。

居宅サービスは要介護度ごとに支給限度額があり、限度額を超えた分は全額利用者負担になります。介護度の枠の中の利用なら1割負担です。施設サービスは支給限度額が設定されず、要介護度別に1日の給付額が設定され、1割が利用者負担です。施設サービス等を利用した場合は、居住費、滞在費、食費、日常生活費等は利用者負担になります。月額の利用負担限度額は、要支援1の人の5万30円から要介護5の人の36万650円まで7段階に分かれています。平成26年4月に消費税が8パーセントに上がったので、この金額になりました。10パーセントになると、また変わるかもしれません。福祉用具の購入は1年間で10万円、住宅改修は原則1人1回で20万円までです。

利用負担の軽減制度として高額介護サービス費があります。1割の利用者負担が著しく高額となる場合、その超えた分が払い戻しされます。所得段階別に上限額が設定され、払い戻しを受けるには毎月申請が必要です。第1段階の1万5,000円から、第4段階の3万7,200円までとなっています。要介護度5の人が36万650円の1割で、3万6,000円ほどなので、普通の世帯では要介護者が複数居ないと該当しません。

介護保険施設における食費、居住費に、利用者の所得段階に応じ負担限度額が適用されます。居住費は居室タイプによって違います。この制度を利用するためには、あらかじめ市町村に申請し、負担限度額認定証を受けなければいけません。最近の介護老人福祉施設はユニット型個室が多くなっています。標準的な月額負担は、多床室で7～8万円、ユニット型個室になると十数万円ぐらいになります。食費・居住費の1日あたりの負担限度額は、所得により3段階に分かれています。

「わが家」から移り住むサービス

- ・**特定施設入居者生活介護**
有料老人ホームなどに入居して、そこで日常生活上の介護などが受けられる。
- ・**地域密着型特定施設入居者生活介護**
地域密着型の小規模な有料老人ホームなどに入居して、そこで日常生活上の介護などが受けられる。要支援1の人は対象外。
- ・**介護老人福祉施設**
特別養護老人ホームに入居して、そこで日常生活上の介護などが受けられる。要支援1の人は対象外。
- ・**地域密着型介護老人福祉施設**
地域密着型の小規模な特別養護老人ホームに入居して、そこで日常生活上の介護などが受けられる。要支援1の人は対象外。
- ・**認知症対応型共同生活介護(グループホーム)**
認知症の人が共同生活の住居に入居し、日常生活上の介護などが受けられる。要支援1の人は対象外。
- ・**住宅型有料老人ホーム**
食事などのサービスの付いた高齢者向けの住居という位置づけで、介護を受ける場合は、外部の訪問介護事業所などを自分で選んで契約する。
- ・**サービス付き高齢者向け住宅**
高齢者が住みやすいように整えられた高齢者専用住宅。介護サービスは住宅型有料老人ホームと同様。

・高額介護サービス費(世帯単位)

1割の利用者負担が著しく高額となる場合、その超えた分が払い戻しされる。所得段階別に上限額が設定され、払い戻しを受けるには毎月申請が必要

<利用者負担(1割)の上限>

1ヶ月あたり

利用者負担段階		上限額
第1段階	生活保護等を受けている方	15,000円(個人)
第2段階	高齢福祉年金受給者で世帯全員が市町村民税非課税の方	15,000円 (個人)
	世帯全員が市町村民税非課税で公的年金等の収入金額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	
第3段階	世帯全員が市町村民税非課税で利用者負担第2段階に該当しない方	24,600円
第4段階	本人が市町村民税非課税で同じ世帯に市町村民税課税者がいる方 市町村民税が課税されている方	37,200円

(*)支給限度額

要支援1	50,030円
要支援2	104,730円
要介護1	166,920円
要介護2	196,160円
要介護3	269,310円
要介護4	308,060円
要介護5	360,650円

- ・福祉用具の購入
毎月4月～1年間で10万円
- ・住宅改修
原則1人1回、20万円まで

*表の限度額は一般的に1単位=10円で計算

介護保険外のその他のサービス

名古屋市の場合、一人暮らしの人の支援として、日常生活用具の給付、福祉電話の貸与、給食サービス、緊急通報事業などがあります。家族介護者教室や家族介護慰労金の支給など、家族の人への支援の制度もあります。

認知症など、判断能力が低下した人への支援として、成年後見制度があります。任意後見制度と法定後見制度があり、任意後見制度は、将来に備え判断能力があるうちに、あらかじめ財産管理や介護に関する契約等を自分に代わって行ってもらえる人を契約により定めておく制度です。法定後見制度は、既に判断能力が低下した人のために、家庭裁判所が選任した後見人等が、財産管理や契約の代理をしたり、不利益な契約を後から取り消したりすることで、本人を保護・支援する制度です。病院に緊急で運ばれてくる患者が、一人暮らしで判断能力のない場合は、ソーシャルワーカーが、市長に後見申請をします。調査の為に半年ぐらいかかり、その間退院支援ができないケースが出てきています。将来に備え、高齢者でご家族がいない方などは特に、任意後見をしておくといいです。

社会福祉協議会が日常生活自立支援事業として、福祉サービスの利用援助、日常的金銭管理サービス、書類等の預かりサービスをしています。名古屋市では権利擁護センターが行っており、比較的低額な料金です。

介護保険利用にあたってのポイント

介護報酬・介護保険は3年に1回見直し、医療保険・診療報酬は2年に1回見直しがあります。平成27年4月から介護保険制度が変わり、介護報酬が2.27パーセント下がります。今回の介護保険改正のポイントが5つあります。①要支援者への予防給付のうち、訪問介護と通所介護が市町村の地域支援事業に移行し、介護予防・日常生活支援総合事業に再編されます。②特別養護老人ホームの入居は要介護3以上の重度者に限定されます。③消費税の増税分を財源として、低所得者の保険料が軽減されます。④一定以上の所得がある高齢者の自己負担が、現状の1割から2割になります。⑤低所得者の施設利用者の食費・居住費を補填する補足給付の要件に資産などを追加しています。預貯金が1,000万円から2,000万円以上ある人は制限があるともいわれていますが、詳細はこれからです。地域支援事業の充実が大きなポイントになっており、2025年問題に備えて、地域で見えていくことを重点課題にしています。

最後に、介護保険利用にあたってのポイントをお伝えしたいと思います。

①信頼できる、かかりつけ医を持ってください。

日頃から主治医との良好な関係をつくり、心身状態等をしっかり把握してもらい、家族状況も主治医に伝えることが大切です。これは介護保険の書類を書いてもらうときに影響します。

②訪問調査は家族が同席してください。

短時間の調査では見えない部分がたくさんあります。調査を受ける本人は、できないことでもできると言ってしまうことがあるので、その場合は、家族が補足して下さい。

③話をよく聞いてくれて、頼りになるケアマネジャーを見つけてください。

ケアマネジャーのベースとなる資格は、医療職から福祉・介護職まで幅広いため、ケアマネジャーの方もそれぞれの強みに差があるので、その方に合ったケアマネジャーを見つけることが大事です。相談支援センターに相談・紹介してもらいたいと思います。

④介護サービスの情報を自分でも収集してください。

インターネットの介護サービス情報公表センターやワムネットの福祉サービス第三者評価情報等の利用も。

⑤介護保険は万能ではないので、フォーマルなサービス・インフォーマルなサービスを駆使してください。

ソーシャルワーカーを利用すればサービスをうまく利用できます。

⑥介護者自身の健康と生活も考え、頑張り過ぎないことです。

介護者が疲れると、いい介護ができません。息抜き、手抜きをしながらやることも大事です。介護者をいかに支援するかということが大きなポイントになります。

⑦相談相手を早目に見つけておくことです。

医療者に限らず、ピアサポーター、ソーシャルワーカー、民生委員、友人なども巻き込みながら療養支援していけるといいと思います。

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター

相談支援センター 主任医療社会事業専門職 山田 悦子

5.がん患者さんの在宅医療・介護等の基礎知識

財団法人名古屋市療養サービス事業団
名古屋市西区訪問看護ステーション 所長
訪問看護認定看護師 村井 満美子



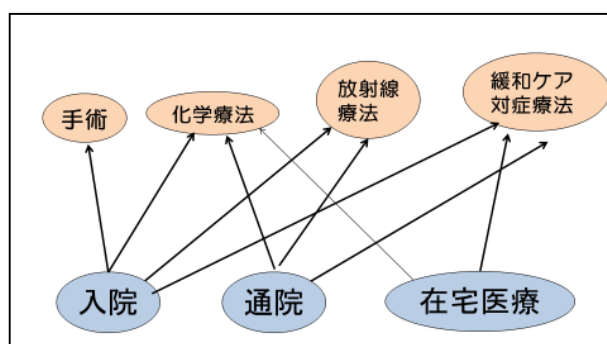
講義の狙い

- がん患者さんの在宅医療と在宅医療・療養を支える資源について学ぶ
- 訪問看護の利用の仕方について学ぶ
- 事例を通してより良い在宅医療のあり方を学ぶ

がん患者さんの在宅医療について

在宅医療とは、医療を受ける者の居宅等において、提供される医療であり、外来・通院医療、入院医療に次ぐ「第3の医療」と位置づけられます。

このうち「訪問診療」とは、通院困難な患者さんに対して、患者さんの同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問（月に最低2回）をして診療を行うことです。また、「訪問看護」は、疾病又は負傷により居宅において継続して療養を受ける状態にある者に対し、その者の居宅において看護師等が行う療養上の世話又は必要な診療の補助を言います。



在宅ではどんな治療が受けられるの？

在宅療養と入院療養の違いを右の図に示します。

病院では、入院および通院治療を主体としており、医療者がすぐ近くにいる安心感があります。しかし、入院中の生活は基本には病院の規則を守ることが求められるため、その人らしい暮らしは難しい部分があります。一方、在宅の場合は、患者さんやご家族の意向に沿った治療やケアが提供され、ご家族の生活が中心になりますが、その一方でご家族の負担が大きく、常に医療者がそばにいるわけではないので不安感があるという側面もあります。

現在、在宅では以下のような治療を受けることができます。手術など一部の治療を除き、ほとんどは在宅で行うことができます。

- ①点滴・注射
- ②酸素療法
- ③腹水穿刺
- ④痛みのコントロール

麻薬などの投与→内服・座薬・貼用剤
持続点滴・持続皮下注射など

病院	在宅	緩和病棟
治療	意向に沿った治療やケア	緩和ケア対症療法
病院の規則	ご家庭の生活中心	常に医療者が傍にいる安心感
入院・通院	ご家族の負担	ご家族の負担軽減



在宅用の栄養点滴と輸液ポンプ



在宅酸素濃縮器



在宅用の吸引器

⑤膀胱留置カテーテル（尿の管）挿入・交換

⑥その他、留置されている管類のケア

気管カニューレ・胃ろう・腸ろう・胆汁などを出す管など

⑦痰の吸引 人工呼吸器 など

点滴ポンプなど在宅向けの医療器具は、コンパクトで家族が操作しやすく、使う人のことを考えた改良、工夫がされています。

訪問看護ステーションの利用者背景

訪問看護の利用者背景について説明します。

【年齢別・疾患別内訳】

小児から高齢者まですべての年齢の方が対象になります。様々な疾患を持つ方が対象になります。がんの方の利用率も多くなっています。

また、高齢者の方は「がん」だけという方は少なく、認知症、糖尿病や慢性心不全などの慢性疾患、何等かの疾患を合わせもつたが多いです。

【介護度別内訳】

要介護度は、病気の重症度で決定するのではなく、人の援助をどれだけ必要としているかが尺度になっています。

がん患者さんの場合は、その方の日常生活動作の状況にもよりますが、比較的軽い介護度（要支援・要介護1・2など）になっていることが多いです。

【介護の状況】

近年、独居世帯や高齢者世帯の方が増加しています。

介護者の方も何等かの疾患を持っている例があります。また、認知介護（認知症の人が認知症の人を介護）するといった例もあります。

在宅医療・療養を支える社会資源

在宅療養を開始する際の相談の窓口として、まず、病院内では、医師・看護師・医療ソーシャルワーカーなどがいます。また、地域の窓口として、地域包括支援センター・市町村窓口（介護保険課など）、かかりつけ医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）などがあります。

利用できる制度には、①介護保険制度、②障害者総合支援法などがあります。

①介護保険制度

・65歳以上の方：要支援・要介護認定を受けた方

・40歳以上65歳未満の方

16 特定疾病の対象者で要支援・要介護認定を受けた方

※16 特定疾病→ がん末期、関節リウマチ、ALS、パーキンソン病、脳血管疾患など

②障害者総合支援法

・身体・精神・知的障がいがあり障害認定区分を受けた方

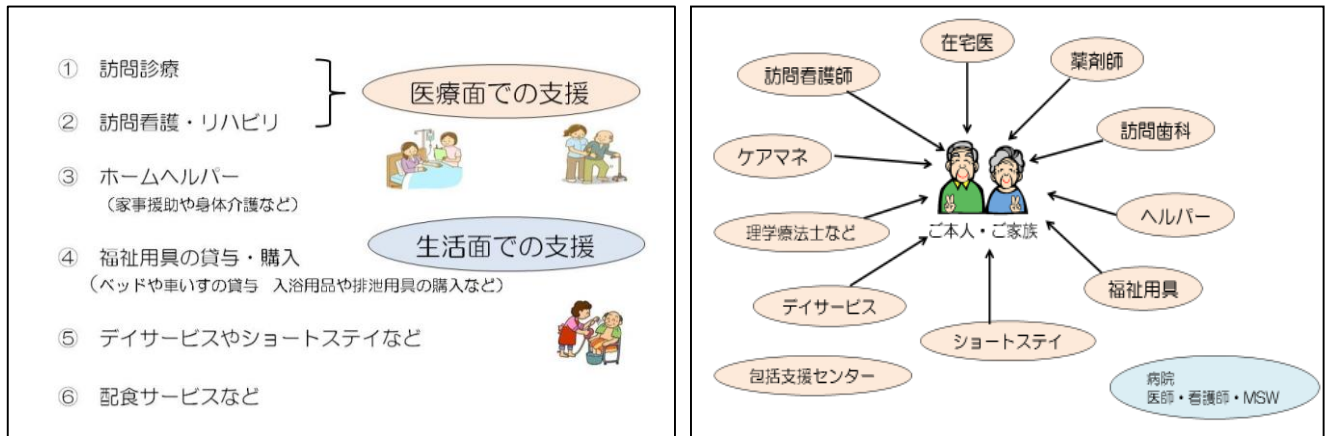
居宅介護（ヘルパー）や短期入所などのサービス利用ができます。

ただし、介護保険認定を受けている方は、介護保険サービスが優先されます。

なお、①②の制度利用に該当しない方でも、お体の状態によっては介護保険と同じようなサービスを利用できることもあります。市町村によって利用できるサービスに違いがあるので、病院や地域の窓口にご相談して下さい。

●在宅医療・療養を支える医療・生活面の支援と支援チーム

在宅医療・療養においては、患者さん本人やご家族を様々な職種がチームで支えます。医師、看護師、ケアマネジャーの他、薬局薬剤師は薬の飲み間違いがないように「一包化」をしたり、訪問歯科による口腔ケアなどの支援もあります。また、市町村によっては、配食サービスや乳酸菌飲料などを戸別に配布して安否確認をする独自のサービスを行っているところもあります。



在宅療養を決定するときに・・・

在宅療養を決定する時に覚えておいていただきたいことがあります。

①ご本人とご家族の間で、治療や療養の場所などについて意向のズレがないか確認します。

ご自宅でどのように過ごしたいか？

痛みや苦痛を伴う症状が出現した時、病状悪化時に入院するのか？ そのまま在宅療養を希望するのか？
など

経過と共に希望や状況が変わってくるので、そのつど確認をすることが必要です。

②お一人暮らしでも在宅療養は可能です

（ただし、重度の認知症を患っている場合など困難なケースもあると思われるので、介護力や環境の査定は必要です）

サポートするケアマネジャーを始め在宅医・訪問看護の他に、訪問介護などの利用をお勧めします。

ご本人の希望する在宅療養を支援してくれる在宅医や訪問看護などを選択することも重要であり、事前に「どのような状態になったら入院をするのか」、「在宅でできる限界」などを話し合っておくことが重要です。

訪問看護について

訪問看護について皆さんはどのようなイメージをお持ちですか？多くの方は次のような疑問をお持ちではないでしょうか。

「どんなことをしてもらえるんだろう？」

「重症な人しか利用できないのかしら？」

「訪問介護と何が違うの？」

訪問看護とは、「介護保険法第8条」によると、「居宅要介護者（主治の医師がその治療の必要の程度につき厚生労働省令に定める基準に適合していると認めたものに限る。）について、その者の居宅において看護師その他厚生労働省令で定めるものにより行われる療養上の世話又は、必要診療の補助を言う」とされています。

訪問看護を提供する事業所には2種類あります。

①訪問看護ステーション（都道府県知事の指定を受け、訪問看護を行う事業所）

②医療機関（病院・診療所）→みなし指定

（病院や診療所内に「訪問看護部門」を設け、退院時に在宅療養が必要な方、病院や診療所に通院したり、訪問診療・往診を受ける方に訪問看護を行う）

また、訪問看護を実施するスタッフは、訪問看護ステーションの場合は、職員として在籍している保健師・助産師・看護師・准看護師の他に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がいます。一方、病院・診療所の場合、看護職員のみとなります。

●訪問看護の内容

右図のように、「かかりつけ医の指示に基づく医療処置」「在宅でのリハビリテーション」「床ずれ予防や処置」「療養上のお世話」「低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス」「ご家族への介護支援・相談」「ターミナルケア」など幅広く、24時間365日、患者さんやご家族の安心をサポートしています。

●訪問看護師の役割

①問診や身体状況の観察・計測などから心身がどのような状態か判断します。

②病気がその方の生活にどのような影響を及ぼしているのか考えます。そのことをご本人やご家族に分かりやすく伝えます。

③医師に身体や生活の状況などを報告します。必要時、臨時の診察・治療を依頼します。

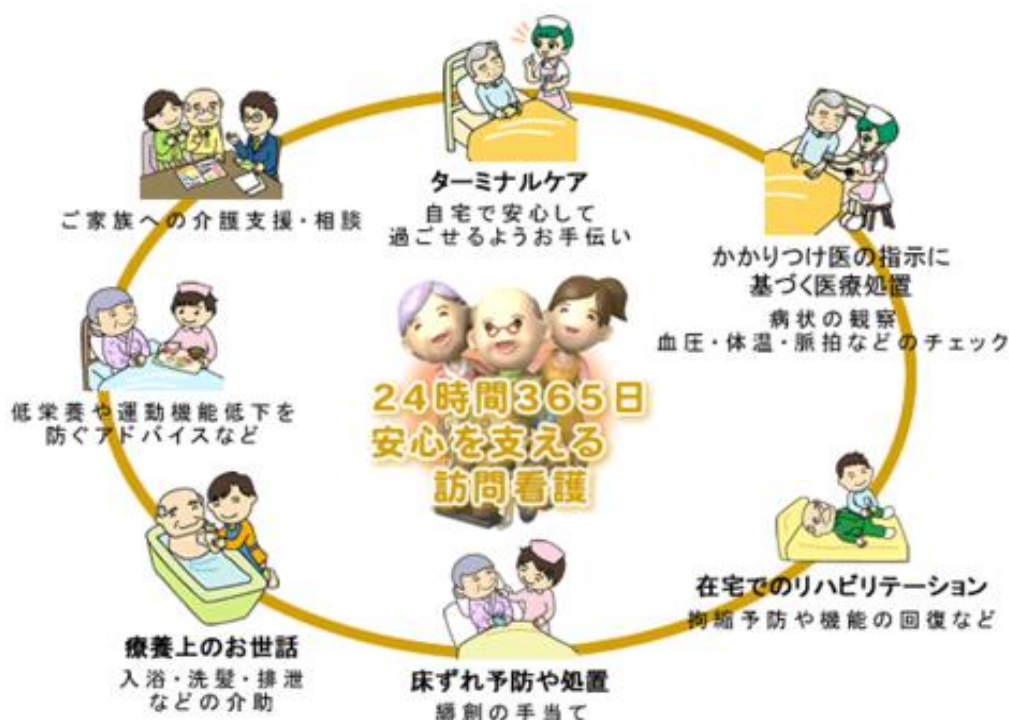
④ケアマネジャー・ヘルパーなどに病気の状況や必要な介護ケアなどを分かりやすく説明します。

⑤ご本人・ご家族・医師・その他ケアチームメンバーそれぞれの意向や考えを確認したり、橋渡し役となります。

●訪問看護と訪問介護（介護職員）の違い

①ヘルパーの支援内容は、家事援助、身体介護（保清援助・排泄や移動援助など）です。痰吸引や経管栄養を実施できるヘルパーもいます。（ただし、特定の研修を受けた者に限る。）

②ヘルパーは、医療処置や医学的な判断はできません。また、看護師は家事援助（掃除・買い物など）をすることはできません。



事例 1 Aさん

＜年齢・性別＞ 80歳代 女性

＜主病名＞ 悪性リンパ腫

＜既往症＞ 高血圧・くも膜下出血

＜要介護度＞ 要介護4 左上下肢麻痺あるが何とか歩行や身の回りのことは出来る

＜家族構成＞ 長男との二人暮らし 長女は他県在住（月1回程度訪問）

長男は長距離トラックの運転手。家を空けることが多く、Aさんは独居に近い状態

＜在宅医療導入までの経過＞

- 病院ケースワーカーからケアマネジャー・在宅医に相談。

- ・ 病気の治療が一段落した。現在、病状は安定しているが、治療の副作用で感染症などを起こす可能性がある。
- ・ 年齢や既往歴を考慮すると継続的に経過観察が必要。
- ・ 外来通院ができれば良いが、体調や麻痺の具合、家族状況を考えると困難な状況。

- 本人の希望：通院は一人では難しいと感じている。でも別の病院に転院するくらいなら自宅で過ごしたい。

＜在宅医療支援チームでの支援内容＞

「医療面の支援」

- ① 訪問診療・・・病状安定時 1回/2週
他 適宜対応
病状悪化後 ほぼ毎日
 - ② 訪問看護・・・2回/週（介護保険）
体調観察・療養指導や相談・入浴介助
- 体調悪化後は、医療保険での訪問看護に切り替え 毎日訪問
状況に応じては1日2回訪問対応。
体調観察・食事や内服の介助・排泄の支援・保清援助
緩和ケア・安否確認。

＜在宅医療支援チームでの支援内容＞

「生活面の支援」

- ① 訪問介護・・・病状安定時 2回/週
買い物・掃除・洗濯など家事支援中心
※ 病状悪化後は毎日訪問。家事支援以外に身体介護も実施。
- ② 福祉用具・・・ 特殊寝台やエアーマットの貸与など
- ③ 近所のお友達・・・安否確認。差し入れ持参。
買い物などの支援
- ④ 配食サービス・・・配食 安否確認 薬の声かけ

＜在宅医療支援チームでの支援内容＞

「在宅支援の調整や取りまとめ」

- ① ケアマネジャー
支援チーム内の情報交換や長男や長女の意向確認
介護保険以外に利用できる社会資源の利用検討など
- ② 病院ケースワーカー
在宅移行支援。病状悪化時の受け入れ準備。
緩和病棟の紹介や予約など

在宅医療支援サービスを利用した効果

- ・ 心身の健康状態が一時的ではあるが安定。
（予想された、合併症起こさずに経過）
- ・ 転倒や転落など事故なく安全に過ごせた。
- ・ 可能な限り住み慣れた自宅で過ごせた。

発熱や疼痛増強などは在宅医により症状緩和・対処療法を受けることができた。遠方の病院まで通院せずにごせた。

事例2 Bさん

＜年齢・性別＞ 70歳代 男性

＜主病名＞ 大腸がん

＜既往症＞ 高血圧

＜要介護度＞ 申請中 腰部に痛みはあるが何とか歩行や身の回りのことはできる

＜家族構成＞ 妻・長男と3人暮らし 自営業を家族で営む

＜在宅医療導入までの経過＞

●ご家族・病棟看護師から訪問看護ステーションに相談

- ・病気の治療が一段落した。現在、痛みのコントロール中
- ・24時間持続の栄養点滴が必要な状態。
- ・年齢や既往歴を考慮すると継続的に経過観察が必要。
- ・今後も外来通院 治療の予定である。

●ご本人→ まだ病院にいたい。

●ご家族→ 仕事の加減や毎日病院に面会に来るのも大変。 早く退院させたい。何とか家族で介護できる。

相談日の翌日に退院が決定していました。そこで以下の2点を調整し、退院しました。

- ①疼痛コントロールや24時間持続点滴の管理などはご家族だけでは困難、医療者の目が必要と判断。在宅医・訪問看護導入の必要性を説明し同意を得ました。
- ②介護ベッドなどの福祉用具の必要性も判断。社会資源や介護保険制度の説明をしました。

＜在宅医療支援チームでの支援内容＞

「医療面の支援」

- ① 訪問診療・・・退院後 週に2回
在宅酸素療法 持続の栄養点滴
疼痛緩和のための処方
- ② 訪問看護・・・3回/週（医療保険）
体調観察・療養指導や相談・保清援助
酸素療法・持続点滴の管理と家族指導

在宅医療支援チームによる支援を行いました。退院2週間後には再入院することになりました。

在宅療養が困難であった原因には下記のような点が考えられました。

- ①退院後も、本人はとにかく病院に戻りたいと希望
・病院主治医への信頼が強く、何があっても〇〇先生にみてもらいたい。
・色々な人が家に入出入りするの好ましくない。
- ②ご家族とご本人の意向がずれていた。
- ③十分な調整をしないまま在宅療養開始された。

まとめ

1. 在宅医療はどなたでも受けることができます。
(現在の状態や環境と在宅療養の条件が合うか確認したり、在宅医療・療養が可能か査定や調整は必要)
2. ご本人・ご家族 それぞれの意向に大きなずれがないか確認しましょう。
3. 色々な社会資源を活用しましょう。
4. 医師や看護師・ケアマネジャーなどには気軽に何でも相談しましょう。

財団法人名古屋市療養サービス事業団
名古屋市西区訪問看護ステーション 所長
訪問看護認定看護師 村井満美子

6.化学療法を受ける高齢がん患者さんへのピアサポートを考える

愛知県がんセンター中央病院

がん化学療法看護認定看護師 宮谷 美智子



講義の狙い

- 高齢者の身体的・精神的・社会的な特徴を理解する。
- 高齢者の疾患や症状の特徴を知り、食事や水分摂取、排泄、転倒などの注意すべき点を学ぶ。
- 高齢がん患者に対するピアサポートに必要なことを考える。

高齢者の特徴

老いに伴う変化には、身体や心の変化だけでなく、今までに育った社会背景、生活習慣などが大きく影響し、個人差も大きいのです。単純に年齢だけの問題ではなくて、様々な要因が絡んで老いが進むと言われています。

高齢者の身体面での特徴は、大きく分けて6つあります。

①予備力が低下し、病気にかかりやすくなる。

②環境の変化に適応する能力が低下する。

具体的には、体温調節の機能が落ちたり、水・電解質バランスの異常を起こしやすくなり、夏場は脱水や熱中症に注意が必要です。また、耐糖能という血糖値を保つ能力が低下します。この影響で糖尿病になりやすかったり、糖尿病で治療をしている方は、治療薬によって低血糖を起こしやすくなることがあります。さらに、加齢とともに血圧は上がる傾向があります。

③複数の病気や症状を持っている人が多くなる。

④症状が教科書どおりに現れない。

特に、肺炎などは、一般的な高熱や咳がという症状が、高齢者では半分程度の人にしか現れないので、病気の発見が遅れがちになります。

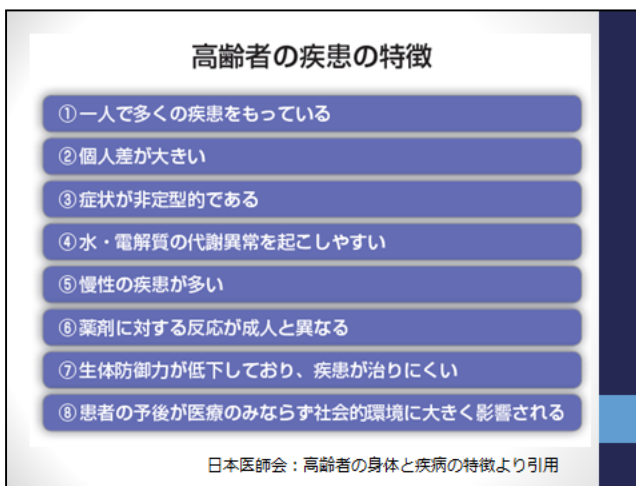
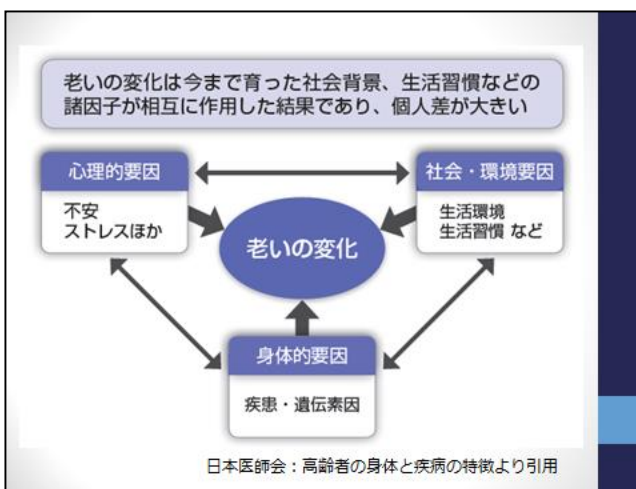
⑤もともとの病気と関係のない合併症を起こしやすくなる。

病気で寝ていることによって、関節が硬くなる「拘縮（こうしゅく）」といった状態になったり、床ずれができてしまったりします。血管の中に血液の塊ができて、それが飛んでしまって血管を詰まらせるエコノミークラス症候群のような病気を起こしてしまう恐れもあります。

⑥感覚機能が低下する。

目が見えにくい、耳が聞こえないといったことはコミュニケーションにも影響を及ぼしてきます。

こうした身体面の特徴に加えて、高齢者の疾患の特徴として、薬に対する反応が成人とは異なり、薬が効きすぎてしまって副作用が強くなる、身体を守る力も落ちているため病気が治りにくくなるということが言われています。さらに患者の予後は、医療のみならず社会的な環境に大きく影響されます。快適な生活環境かどうか、周りに支援してくれる人がいるかどうか、といった社会的環境によって、患者の病気の進み方が



大きく左右されるので、その方にあった適切な支援をしていくことが求められます。

食事に関連する加齢による変化

高齢者に限りませんが、食べられるかどうか、ということが在宅での療養生活に大きな影響を及ぼします。食事に関連する老化による変化は、視力や嗅覚の低下、味覚の低下、消化液の分泌低下、消化管の運動機能の低下、その他の運動機能の低下などがあります。味覚が鈍ってくることによって、しょっぱいものを好むようになって漬物ばかり食べていたり、逆に甘いものをひたすら食べてしまったりといったことが起こります。それにより高血圧のリスクがより高まったり、糖尿病が悪化したりすることもあります。消化液の分泌が減ることによって、食べたものがしっかり吸収されていかなかったり、下痢をしてしまったりして、栄養不足に陥るということも十分に考えられます。

食事というのは、ただ単に栄養を取るということだけではなく、生活の一部でもあります。病気をすると、治療やその病気そのものによって食事に影響が出てきます。化学療法による副作用では、吐き気、嘔吐、食欲不振などといった症状が出て、食事に大きな影響を与えることがあります。

食事には、その人の身体の問題だけでなく、周りの環境からの影響も大きいと言われています。1人でコンビニのお弁当を買って食べるよりも、誰かに食事を作ってもらって、キッチンからコトコトと音がして、匂いがして、きょうは何かかと、作ってもらう過程も楽しみながら食べる方が美味しく感じられると思います。そうしたこともふまえて、1人暮らしの高齢者が食べられない原因は何なのだろうかということ、を、様々な視点から考えていく必要があります。

水分摂取の重要性

食事と同様に、水分の摂取も重要です。高齢者はもともと脱水を起こしやすい体の状況になっているということと、脱水によって意識障害を起こすことがあるということ、脱水によってもとの病気がさらに悪くなることがあります。また、自分で気が付かないことも多く、早期に発見するのが難しいことがあります。発見が遅れてしまうと、命を落とす危険があるので、十分な注意が必要です。

食事に関連する加齢による変化

①視力低下

②嗅覚の低下

③味覚の鈍化

しょっぱい味が一番先に鈍麻しはじめる。低下を補うために塩分の強いものや、過剰に甘いものを好むようになる。

④消化液の分泌低下

唾液の分泌が減少するため、乾燥した食品や固形物は食べにくくなり、水分の多いものを好むようになる。各人の消化・吸収の能力以上に蛋白質や脂質を摂取すると下痢を起こしやすくなる。

⑤消化管の運動機能の低下

⑥運動機能の低下

日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

食事に影響を与える状況

状況

食事観

食生活：家族構成、つくる人、食事時間
食事環境：一緒に食事をする人、食事の場、食器
食事の内容：量、種類、味、匂い、舌ざわり、喉ごし、温度

食欲低下

精神的要因：ショック、不安、焦り、興奮、意欲低下
身体的要因：疲労、睡眠不足
社会的要因：コミュニケーション不足、孤独な環境、劣悪な人間関係、援助者への気兼ね

日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

高齢者の脱水の特徴

① 高齢者は脱水が起きやすい生理機能と脱水をもたらす要因を多く持っているため、脱水になりやすい

② 生理機能が低下しているため、脱水がきっかけで意識障害をきたしたり、基礎疾患の悪化を起こしたりすることがある

③ 自覚症状が乏しく、初期に発見することが難しい

日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

脱水を起こしやすい疾患には、脳血管障害や認知症、肺気腫などの慢性呼吸器疾患、糖尿病、高血圧やうつ血性心不全などがあります。嘔吐、下痢、発熱、発汗を伴う疾患はたくさんあります。がん患者さんの場合を考えてみると、化学療法の副作用でこれらの症状がよく起こります。化学療法を受けている高齢者は、化学療法の副作用で脱水を招きやすい状態にあると考えられます。

加齢による排泄機能の変化と転倒の可能性

加齢による変化によって、排泄の機能にも影響が出てきます。膀胱が委縮する、膀胱の弾力性が低下する、膀胱の充満感が低下するなどの特徴があります。膀胱の容量が小さくなってしまいますので、トイレの回数が増えたり、トイレに行っても残った感じがすることがあります。膀胱が尿でいっぱいだという感じが鈍くなるので、自分では我慢をしているつもりはなくても、我慢をしている体の状態になって、尿が漏れてしまうことがあります。

このような排泄に関わる変化は、その方の自尊心に非常に大きな影響を与えますし、それが気掛かりになってくると、億劫で外に出られなくなる、出掛けるのが嫌になってしまうということもあり、社会生活への影響も生じてくることが考えられます。

尿がすっきり出ないと、様々な問題が生じてきます。尿路感染という尿道炎、膀胱炎などの症状が起きたり、それがすすんでしまうと、腎盂腎炎などの急を要する病気につながることもあります。尿閉というのは、尿を出そうと思っても出ないことです。高齢者に多い、前立腺肥大や膀胱のがんなどで、尿がいっぱい溜まっているのに出せないという状況です。尿が溜まっていることで、尿に細菌が繁殖し感染も起こしやすくなるので、注意が必要です。

様々な病気や体の変化から、高齢者は転びやすくなります。病気にかかったことで、廃用症候群と言われる筋力の低下やふらつきなどが起こってくるので、それらが転びやすさにつながってきます。病院では、夜のトイレのときに転ばれる患者さんが多いです。転んで骨折をしたり、頭を打ったりすると、自分で動くことが難しくなり、介護の必要性が高くなります。寝たきりになることで、また新たな廃用症候群を起こしてしまうという悪循環になってしまいます。

高齢者の精神面の特徴

高齢者の精神面の特徴として、一般的に感情面や人格面では、年をとるとともに頑固になり、また保守的

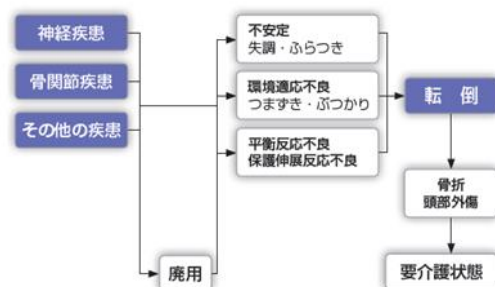
加齢による排尿機能の変化

高齢者の排尿機能の特徴

- ①膀胱が萎縮するため膀胱容量の減少が起きるので少量の尿貯留で尿意が起こり、排尿の回数が増し頻尿となる
- ②膀胱の弾力性が低下するため排尿後も残尿が生じ頻尿となる
- ③膀胱の充満感が鈍くなるため、成人では膀胱の半量で尿意を感じるが、高齢者は充満するまで尿意を感じないので、尿意が起きると我慢できず、漏らしてしまうことがある

日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

高齢者が引き起こす転倒の可能性



日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

うつ病を引き起こす主な身体疾患

- | | |
|--|--|
| I. 脳血管障害
1. 血管性うつ病 | 脳血管障害によって、気分や認知の統制が障害され、気分やその結果として発症するうつ病である。
① Post-Stroke Depression(PSD)
② MRI-defined VD |
| II. 内分泌系疾患
1. 甲状腺
2. 副甲状腺
3. 視床下部-下垂体-副腎皮質系
4. 更年期障害 | 甲状腺、さらに性腺など機能障害と気分障害との関係はよく知られている。 |

- | | |
|------------|---|
| III. 循環器疾患 | 冠動脈疾患において、うつ病や抑うつ状態がしばしば出現する。心筋梗塞後の患者の約20%にうつ病が生じる。 |
| IV. 悪性新生物 | 種々のがん患者は抑うつ状態を示すことが多く、うつ病を発症する患者も少なくない。 |
| V. 感染症 | HIV 感染患者及び AIDS 患者に、精神神経系の疾患、とくにうつ病に罹患することが多い。 |
| VI. 薬物性うつ病 | いくつかの薬物がうつ病を引き起こすことが指摘されている。 |

参考：矢崎健彦、天野直二：高齢者のうつ病とその周辺—身体疾患に伴ううつ病—、老年精神医学雑誌 19 巻 4 号 P.403～P.409

日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

な傾向が強くなり、人に対しては厳しくなるとともに、疑いやすくなると言われています。ただし、今はとてもアクティブな方も多数いますので、あくまでも一般論としていただければと思います。

いずれ訪れる死に対する不安から、自分自身への健康状態への関心が高まると言われています。その関心の高さを良い方向に持っていけるといいのですが、一方で、その関心の高さを利用して悪巧みを考える業者もあるので、被害にあわないよう、周囲の人が注意を払う必要があります。

高齢者はうつ病を発症しやすいとも言われています。身体の変化や脳の問題でうつ病が起こってくることもありますし、その要因は様々で複雑です。自分の身体の変化を自覚することで落ち込んでしまったり、1番身近な人が亡くなってしまった、何かのトラブルに巻き込まれたなどの生活事件によってストレスを抱えたり、様々な要因が絡んでうつ病を発症しやすいと言われています。

身体の病気がうつ病を引き起こしやすいということもあります。脳血管障害が起きていることでうつ病が発症するケースがあります。内分泌系疾患ではホルモンのバランスが崩れてきます。1番身近なもので、よく聞くのは更年期障害です。更年期に身体に変化が生じてくることで、精神的にも負担がかかり、苛々したり不安になったりということが起こるといわれています。

循環器、心臓系の疾患やほかの病気でうつ病は起こりやすいといわれています。がん患者さんも、がんによるショックや、再発したことを聞かされたときのショックなどでうつ病を発症することがあります。また、治療に使用する薬でもうつ病を引き起こされることがあります。

高齢者の社会面の特徴

社会的な特徴にも個人差がありますが、多くの人に共通して言えるのは、いろいろなものを失う「喪失」という変化があるということです。身体や心の健康が失われたり、年金生活になって、経済的基盤が働いていたときよりも厳しくなったり、家族や社会とのつながりが失われるといったことがあります。家族や社会とのつながりの喪失には、退職をして付き合いがなくなってしまう、子どもが成長して巣立っていく、配偶者が先立ってしまうなどがあります。そうしたことで、生きていく意味を失いやすくなってしまうことが言われています。

高齢者のがんの特徴

ここからは高齢者のがんと在宅療養上の注意点について考えていきます。高齢者のがんは5つの特徴があると言われています。ただし、抗がん剤に関しては、臨床試験が主に70もしくは75歳以下を対象に行われてきているので、それ以上の年齢の高齢者に化学療法を行ったデータは乏しい現状があります。

現時点でいわれているのは、これまで述べてきたように、もともと身体の機能が弱ってきていること、薬を代謝したり排泄する機能も落ちているので副作用が出やすいことがあります。認知機能や日常生活の動作の低下を伴うこと、症状が出にくいので発見が遅れやすいというのは、ほかの病気と共通して言えることです。高齢者のがんの進行は一般的に緩やかなことも多いというのが特徴です。

抗がん剤の副作用は、支持療法という副作用対策によってある程度予防ができるもの、異常の早期発見により対応できるもの、残念ながら効果的な方法がないものがあります。在宅で抗がん剤の治療を受ける場合は、副作用の対策が適切になされることが重要となります。

高齢者のがんの特徴

※抗がん剤の臨床試験は主に70歳もしくは75歳以下を対象に行われてきた。それ以上の年齢の高齢者に化学療法を行ったデータは少ないのが現状。

- ① 臓器の機能（肝臓・腎臓・心臓・骨髄など）がもともと低下している。
- ② 薬物を代謝したり排泄したりする能力が低下しているので、副作用が強く出やすい。
- ③ 認知機能や日常生活動作（ADL）の低下を伴うことも多い。
- ④ 症状が出現しにくいので、発見が遅れることも多い。
- ⑤ がんの進行は一般的にゆるやかなことも多い。

日経BP社：大腸がんを生きるガイド 高齢者の化学療法について より抜粋

抗がん剤の副作用に対する対策

- 支持療法によりある程度予防が可能なもの
吐き気・嘔吐（急性、遅延性、予期性）、便秘・下痢、口内炎、皮膚障害など。治療前から積極的に薬剤の投与やケアを行うことである程度予防ができる。
- 異常の早期発見により対応できるもの
感染兆候や臓器機能の障害など。毎日、身体の状態をチェックすることで、異常を早期に発見し、迅速に対応できるようにする。
- 効果的な方法がないもの
末梢神経障害、脱毛などは予防・対症療法ともに困難。これ以上QOLが低下しないよう、二次的な外傷の予防など、生活面での工夫や援助が重要となる。

吐き気や便秘、下痢、口内炎などはある程度予防ができますが、末梢神経障害といわれるしびれや脱毛などは予防が難しいのが現状です。予防できるものはできる限り予防していく、予防はできないが早く見つけられれば何とかなるものは、早く見つける努力をするということが、在宅で抗がん剤治療を受けるうえで重要なポイントとなります。

在宅療養上の注意点

在宅療養の場合、どのようなときに医療スタッフに連絡が必要かを理解していただく必要があります。吐き気が続く、吐いてしまう、食事や水分がほとんど取れないというのは、自宅で生活するのが困難な状態になります。また、下痢が続くと、水分や栄養とれなくなり、脱水や栄養不足につながっていきます。便秘でお腹が張って苦しいときなどは、腸閉塞も考えられるため早急な対応が必要です。高齢者は熱が出ないこともあります。感染を疑うような症状があったときは、早く病院のスタッフに連絡をしなければいけない状態です。ただし、高齢者はこれらの症状をご自分で気が付きにくいとか、典型的な症状が出にくいということがあります。しかし、周りの人が見れば「ちょっと顔色が悪い」「急にやせたんじゃないか」など気付くことがあるかもしれません。本人任せにせずに、可能であれば家族にも協力をお願いしてサポートを強化し、少しでも早く適切な対応をすることが重要です。

高齢者の在宅療養では、水分の摂取には十分に気を付けていただく必要があります。飲み込む機能が衰えてくると、ふつうの水をごくごく飲むことが難しくなります。とろみをつけるほうが飲み込みやすくなるので、お茶でゼリーを作り、食べ物感覚で摂取できるようにする、といったこともよい方法です。とろみを付ける粉末も売っていますので、そういったものを利用してむせないようにしながら水分を取るとか、食事の制限がなければプリンやゼリーなどをこまめに食べるなど、そうした工夫で脱水を予防していく必要があります。

食べられない原因は何かを考える

食事に関しても、工夫をしてできる限り食べられるようにする必要があります。高齢者は一般的に、しょっぱいものや極端に甘いものなど味の濃いものを好む傾向にあると話しましたが、消化機能が落ちることで脂っこいものを好まなくなることもあります。

食べられないと言っている、どうして食べられないのかが分からないと、効果的な対応につながりません。よく話を聞いて、食べられない原因は何かを考えることが必要になります。

医療スタッフに連絡が必要な状態

- ・吐き気・嘔吐が長く続き、食事や水分がほとんどとれないとき
- ・下痢が長引き、水分が十分取れないとき
- ・長引く便秘やお腹がはって苦しいとき
- ・38℃以上の発熱、寒気、ふるえを感じたとき
- ・発熱に伴って、咳、下痢、排尿時の痛み、排尿後も尿が残る感じ、性器痛、肛門痛などの感染の症状があるとき
- ・出血や貧血症状のあるとき
- ・その他、いつもとは違う辛い症状があるとき

高齢者の特徴を踏まえた迅速・適切な対応が必要！

在宅療養上の注意点

嗜好の変化

—高齢者の嗜好傾向はどのように変わっているか—

塩味と甘みを感じにくくなるため、濃い味付けを好むようになる。また糖質は高齢者にとって、消化・吸収しやすい。そして軟らかく、歯の欠損があっても咀嚼しやすくなる。

脂質は、消化能力が衰えるので、胃に停滞感を覚えたり下痢をすることもあり、脂っこい物を好まなくなる。一般的にあっさりしたものを好む傾向にある。

日本医師会：高齢者の身体と疾病の特徴より引用

食べられない原因は何か、よく話を聞いて考える

根気よく話を聞くことが大切

例) 食べられない原因は何か？

- ・口内炎ができて痛くて食べられない
- ・抗がん剤の後の吐き気で食べられない
- ・便秘がひどくて食べられない
- ・食べると下痢をするのではないかと心配で食べないようにしている
- ・口がまずくて食べる気がなくなる
- ・一人だと何を食べてもおいしくない
- ・体がだるくて、食事の支度が面倒だから食べたくない

などなど…

「食べられないのはどうして？」と聞いたときに、口内炎ができて痛くて食べられないのであれば、口内炎に対する治療をすれば食べられるようになるかもしれません。抗がん剤の吐き気で食べられないものがあれば、吐き気を予防するための薬の使い方について、医師と相談して考えてみます。便秘が酷くて食べられないのであれば、お通じがうまく出るような工夫をしてみます。食べると下痢になるのではないかとって食べないようにしている、という方もいらっしゃるし、口がまずいということもあります。一人暮らしの方は、一人だと何を食べても美味しくないので食べられないこともあります。

高齢者の中には、いろいろ説明するのも億劫になってしまうという方もいらっしゃいます。食べられないという言葉で片づけてしまう方もいらっしゃいますが、よく聞いていくいろいろな原因があるので、その原因に対して対策を取っていくことが大切です。

『高齢がん患者さんへのピアサポート』には、これが正解だというものはありません。ただ、どうしてこの人が自宅で過ごすのに支障が出ているのかということ、根気よく話を聞くということが原点にあると思います。ピアサポーターの皆さんも私たちと一緒に考えていただきたいと思います。

包括的がん医療と患者支援

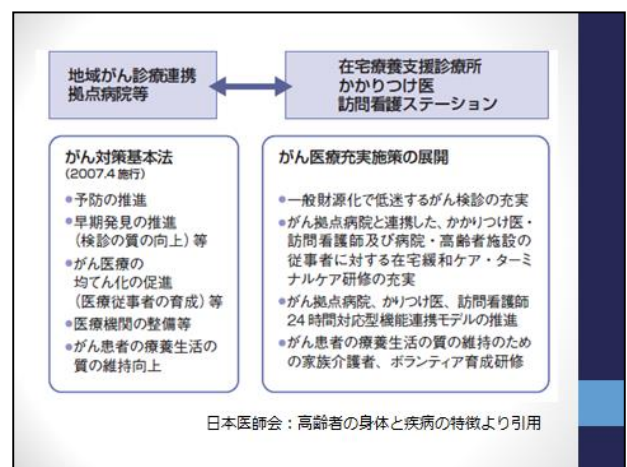
がん対策基本法では在宅医療の充実が課題にあげられていますが、まだまだ不十分なのが現状です。緩和ケアやターミナルケアなどに関しては、在宅医療に関わるスタッフの意識も非常に高くなってきていると思いますが、まだまだ、がんの化学療法に関しては、知識が不足している現状があると感じています。

近年、「包括的がん医療」という言葉がよく聞かれるようになりました。化学療法は、終末期の前まで、場合によってはぎりぎりまで治療を続ける方がいるかと思いますが、長い期間にわたって継続される治療であり、今では通院での治療が主体となってきました。高齢者が化学療法を受ける場合、どうしたら少しでも安心して自宅で過ごせるか、ということを考えてサポートしていく必要があると思います。

がん医療を充実させ、がん患者さんの療養生活の質の維持ということを目指していくためには、医療者だけでは限界があります。ピアサポーター達の力が非常に大きなものになってきます。ぜひ、私達とも協力して、患者さんのよりよい生活を考えていただけたらと思います。

愛知県がんセンター中央病院

がん化学療法看護認定看護師 宮谷 美智子



7.ピアサポーターが知っておくべき がんの終末期医療と終末期の緩和ケア

名古屋市立西部医療センター
緩和ケア認定看護師 武田 ひろみ



講義の狙い

- がん疾患とがん医療の特徴を知る
- 終末期にみられる身体的変化と症状に対するケアを学ぶ
- がん終末期の緩和ケアについて学ぶ

がん疾患とがん医療の特徴を知る

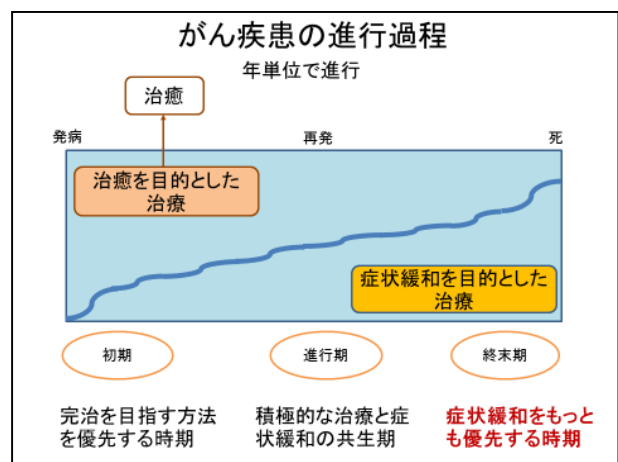
緩和ケアはがんと診断された時から行われるものですが、本日は終末期に絞ってお話しします。

がんという病気は年単位の時間の中で進行するという特徴があります。また、がんの治療法や対応方法には、いくつかの種類の異なる方法があり、病期や個人的状況により、様々な選択肢があります。

治療法としては、手術療法、化学療法、放射線療法などがあり、これらは単独で行われる場合と手術と化学療法を組み合わせるなど、さまざまな方法がとられます。化学療法をとっていても完治を目指すことのための治療では、副作用は強く出ても頑張って治療を行います。

また、がんと共生することを目的とする場合は、なるべく副作用が少ない治療内容を選択するなど目指す目的により、治療内容が変わってきます。治療内容は、がんの病期や個人的状況などにより主治医と相談して決めていきます。

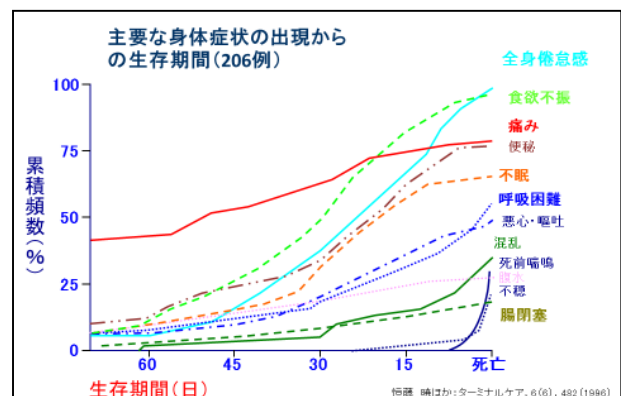
がんを発病してから再発、死にいたる進行過程において、初期には完治を目的して手術や化学療法などをしながら治療が行われます。そして何年か後に再発した場合も、積極的治療とともに、痛みやだるさなど治療からくる症状を和らげる治療やケアをバランスよく行う時期があります。さらに、徐々に治療効果がなくなってきたら、積極的な治療はむしろ副作用などで患者さんを苦しめることになるので、治療は止めて、より良く過ごすことに焦点をあて、一つひとつの症状にきめ細かく対応する治療が多くを占めることになります。どのような病期にあっても、思考や感情をつかさどる機能が障害されることが少なく、人柄や能力を失うことなく維持できるという特徴があると言われています。



終末期にみられる身体的変化と症状に対するケアを学ぶ

終末期とは、がんが治らないことを担当医に知らされて、残された時間が短くなる時期です。痛みやだるさ、息苦しさなどの身体の症状が現れ、病状への不安や死の恐怖など気持ちの辛さも増します。

そうした患者さんに対して、緩和ケアチームは病状の変化に注意しながら、残された時間はどれくらいか、月単位、週単位、日の単位、時間の単位の中で把握します。右の図は亡くなる日から遡って2ヶ月前からの身体に起こる症状を示しています。縦軸は、症状がど



のくらいの頻度で起こるかを示します。症状は、全身倦怠感、食欲不振、痛み、便秘、不眠、呼吸困難、悪心・嘔吐などいろいろあります。痛みに関しては、痛みの程度は変化しますが、どの時期においても平均して起きています。それ以外の症状は亡くなる2ヶ月前には多くが10%前後となっています。それが1か月後には、食べられなくなったり、急激に身体のだるさを感じられるようになり、便秘や不眠が現れてきます。さらに亡くなる2週間ほど前から症状がどんどん変わっていきます。倦怠感ほぼ全員が感じ、食欲不振、便秘、不眠も現れる比率が大きくなります。

2カ月間の間に大きく変化しますので、病状の変化に合わせた医療やケアがとても大切です。また、症状が現れる前に、例えば、仕事をどうするのか、療養の場所をどうするのかといったことを話し合っておくことも大切になります。

終末期における症状の特徴をまとめると、以下のようになります。

- 一つの症状ではなく、全身症状となる
- 日々、症状は変化する
- 病状の変化と気持ちの変化は関連していることが多い
- しだいに自分で出来ることが少なくなってくる
- 身体的な問題以外にも多様である
- 家族も含めて問題が発生する

その人が「大切にしたいこと」ができるように、予後予測を考えたケアを行っていくことが重要です。ただし、自分がどうしたいのか、家族として患者さんにどうしてあげたいのかわからず、混乱している場合が多いことが現状ではないかと思われます。

そこで、患者さんや家族に寄り添うことが大切なのです。患者さん一人一人の思いを知ること、何を考えていて、何を感じているのか、それは、言葉だけでなく、表情や声の強さ等コミュニケーションをとり続けることが必要です。

医療者は、患者さんのつらさが緩和され、患者さんとその家族にとってのQOL(生活の質)が向上できるように支援します。看護師の役割は、患者さんの必要とするサポートが受けられるように配慮し、日常生活を整えながら、その人らしく日々を過ごすことができるように支援します。

がん終末期の緩和ケアについて学ぶ

残された時間が少なくなった時に何を大切にしたいかということを聞いた意識調査があります。その結果を以下に示しますが、日本人が共通して重要だと考えることと、人によって重要さが異なることがあります。

●日本人が共通して重要だと考えること

- ・身体的・心理的な苦痛がないこと
- ・望んだ場所で過ごすこと
- ・医療スタッフとの良好な関係
- ・希望や楽しみがあること
- ・他者の負担にならないこと
- ・人として尊重されること
- ・人生を全うしたと感じられること
- ・自立していること

●人によって重要さが異なること

- ・自然な形で亡くなること
- ・他の人に感謝し、心の準備ができること
- ・納得するまでがんと闘うこと
- ・残された時間を知り、準備をすること
- ・死を意識しないで過ごすこと
- ・信仰をもつこと



皆さんに知っておいていただきたいのは、「何を大切にしたいかは人によって違う」ということです。患者さんやご家族、医療者間でも違ってきます。

ケアのポイント

1.良いコミュニケーションを継続する

緩和ケアに限らず、医療や人と人のつながりにおいて一番大切なことだと思います。患者さんやご家族が何を大切にしているかを知ることが、緩和ケアにおいては大切であり、そのためにはコミュニケーションが不可欠です。

- **患者さん、家族の言葉に耳を傾け、何を言おうとしているのかよく聴き、話し合う姿勢が大切です。**

言葉では語られなくても、しっかり向き合うことで分かりあえることがあります。まっさらな気持ちになって、ただただ相手の思いに耳を傾ける姿勢が大切です。

- **揺れ動く患者さん、家族の気持ちをしっかりと受け止め、いつでもそばにいる存在であり続けます**

医療者は誰しもが患者さんを何とかしてあげたいという気持ちを持っています。ただ、患者さんや家族が支援を必要とするタイミングや、だれに支援してほしいかを見極めることも大切です。

- **患者・家族を精一杯支えることを保証します**

2.日々の生活が安楽に過ごせるように調整する

- **定期的に体の状態を確認します（脈の数や触れ方、手足の温かさ、息の仕方などから状態を判断します）**

- **苦しさ（痛み、息の苦しさ、吐き気、眠れないなど）があるときには、必要な薬をあらかじめ使えるようにします**

患者さんによっては、多少痛いくらいが生きている証しだと言う人、痛み止めを使うと眠くなるので使いたくないと言う人もいます。どちらを優先するかを患者さんやご家族と一緒に考えていきます。

- **負担となる検査や処置を見直します**

採血、レントゲン、CT、胃カメラなどの検査が患者さんの負担になることがあります。痛みを伴う採血を毎週行うことが本当に患者さんに必要かを、希望を伺いながら、緩和ケアチームで検討し、見直していきます。

- **身体の状態に合わせて、身の回りのことを手伝ったり、環境を整えます**

終末期には自分でできることが少なくなってしまうますが、自分のことは自分でしたいと希望される患者さんは少なくありません。ベッド回りによく使うものを置いておいたり、何を手伝ってほしいかを相談しながら、必要なことを必要な時に行えるように環境を整えていきます。

3.家族もケアする

- **家族の感情や思いを表出できる場をつくります**

家族は患者さんに自分のつらさを見せないように努力しています。がん相談を通じて、家族が感情を出せる場所は少ないということを実感しています。家族は話をきいてもらう場所があるだけでも救われます。

- **他の家族との連絡やサポートが得られているのか話をします**

患者さんの命の期限が近付いているときには、家族は患者さんに会わせたい人への連絡まで考える余裕がありません。今がその時期だということを説明し、会わせたい人に連絡してもらうこともあります。

- **家族はどのように看取りをしたいのか、治療やケアについて分からないこと、心配や不安はないのか話をします**

医療者への遠慮からどのような看取りをしたいかを言えなかったり、何を聞けばよいのかが分からない、この先どうなるのかわからないなど、家族は様々な不安や心配を抱えています。コミュニケーションを取りながら不安な気持ちを聞き、ケアにつなげていきます。

4. チームで支える

患者さんのつらさや悩みは一つではなく、看護師だけ、医師だけでは支えにならないと感じています。患者さんや家族を中心に、さまざまな専門家がチームで対応することがとても大切です。薬については薬剤師が、在宅に移行するならソーシャルワーカーが、食事については栄養士がサポートします。気持ちの辛さをケアする臨床心理士の役割も大切であり、医療者とは異なる立場としてピアサポーターの力も必要です。

- 予後予測を考えながら、それぞれの時期に合わせたケアを行うことや、積極的治療の中止の検討をします。
- 療養の場の検討します
- 患者さんの有意義な時間の過ごし方について、共に考えます。
- 家族の心の準備のサポートをします。



まとめ

終末期は様々な心身の症状が現れるため、細やかな対応が必要な時期です。医師、看護師などの専門家や、ピアサターなど院内外のスタッフが患者、家族と良いコミュニケーションを続け、連携していくことが、患者さんや家族の望む医療、ケア、療養につながります。

人それぞれ生き方、死に方の希望があり、希望は状況によりかわることもあります。多くの人が共通していることと、人によって異なることがあります。患者さんと家族・医療者間でも異なることがあること理解して、その人らしさを尊重して支援することが大切です。

名古屋市立西部医療センター
緩和ケア認定看護師 武田ひろみ

8.ピアサポーターに大切なコミュニケーション

医療ソーシャルワーカー
NPO法人ミーネット ピアサポーター
廣田 圭



講義の狙い

- 患者さんやご家族が持つ悩みや問題点の解決と一緒に図る医療ソーシャルワーカーが用いている面談スキルを学び、ピアサポートに生かす。
- 面談の目的は、相談者自身が自分の問題に気付くことを援助することであり、その問題の解決に向けて一緒に考えていくことであることを学ぶ。

はじめに

私はピアサポーターでもあるのですが、医療ソーシャルワーカー（MSW）という仕事をしています。医療ソーシャルワーカーとは、簡単に言うと病院の相談員です。病気を抱えている患者さんやご家族が持つ悩みや問題点の解決と一緒に図ることを役割としていますが、そのベースとなるのが面談です。この講座では、普段、私が面談時に患者さんやご家族と接する上で気を付けることについてお話しをさせて頂き、少しでも皆さんの今後のお役に立てればと思います。

医療ソーシャルワーカーの仕事

医療ソーシャルワーカーは、保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える、経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図ることを役割としています。医療機関の中で唯一の福祉職であり、社会福祉の観点から患者さんのケアを考えていきます。例えば、病気や事故で入院した患者さんが、退院後の生活において、障害が残る、介護をどうしよう、医療費をどうしようなどといった様々な不安に対して、面談を行って、問題の解決を患者さんやご家族と一緒に図ります。

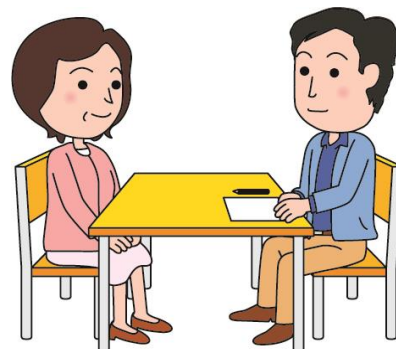
近年、医療機関は急性期、回復期、療養型と、その役割分担がはっきりしてきており、それに伴って、医療ソーシャルワーカーの仕事も退院支援業務が多くなってきています。退院支援とは、治療を終えた後の次の行き先や環境整備をお手伝いする事です。

面談を行う上で意識している5つのこと

面談を行う上で私が意識していることが5つあります。

1.面談する環境に配慮する

面接を行う上で大事なのは、相談にみえた方が集中でき、安心できる場や空間をつくることです。ピアサポートの場合は、各病院で面接する場所は違ってくと思いますが、デリケートな話もありますので、人目が気になる場所ではなかなか話しづらい事もあると思います。実際に聞こえていなくても、誰かが聞いているのではないかという思いを持たれるだけで、その人が話す内容をセーブしてしまう事があります。プライバシーの保護には十分に注意してください。



2.適切な距離・角度を考える

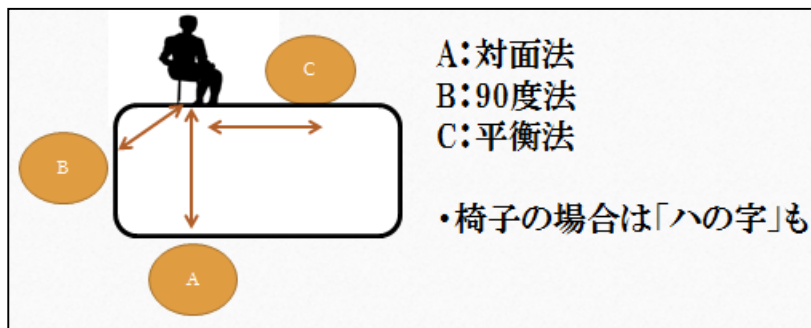
人にはそれぞれ個人的空間と呼ばれるなわばり意識があり、次の4つに分けられます。

- ①45cm 以内 恋人ゾーン（親密・接触）
- ②45～120cm 友人ゾーン（対人・プライベート）
- ③120～360cm 知人ゾーン（社会的・フォーマル）
- ④360cm 以上 公的・大衆ゾーン

ちなみに、`気になる異性と仲良くなりたい'という場合は、できるだけ腕1本分の距離に居た方がいいと言われています。手を伸ばせば触れられる距離、つまり恋人ゾーンに居るということです。

面談室の机や椅子の設定は、90cmから120cmくらいが多いと思います。ただ、面談する相手によっては、もう少し距離を近づけます。人それぞれ、話しやすい距離や安心できる距離は違いますので、それを考えながら面接に臨んでいます。私の場合、1回目は90cm、120cmの距離ですが、2回目からは相手に応じて変えています。

相談相手との角度のパターンには3つあります。



面談において最も多いのは、Aの対面法です。この形は、お互いの存在を尊重しながら話ができるポジションで、ほどよい緊張感を持ちながら話すことが出来ます。ただ、この座り方は、契約型や対立型ともいわれ、緊張感や圧迫感にもつながる場合があります。

Bの90度法は、お互いがリラックスできる角度でもあります。話をしているときに相手を見て、途切れれば前を向く。会話が途切れている間に視線が合うという、気まずい空間、時間を避けられます。

Cの平衡法の様に隣に座る方法も行われます。これは、お互い共通した景色を見ることで、親近感が湧くという効果が生まれます。また、椅子しかないパターンもありますが、そういう場合は、まず、相手に座ってもらって、それに合わせて90度、ハの字をつくるという方法を取ると良いと思います。

また、男性が相手の場合は、90度は余りお勧めしません。まず、正面に座ります。フォーマルに、真摯（しんし）な態度で聞く事の出来るAの方法を取った方が、その方との良い関係性を築けるかもしれません。逆に相手が女性の場合は、高齢者などは特に、寄りそえるようなBを最初から取った方が、話が弾みやすいというイメージを私は持っています。

3.声のトーン、速さ、アイコンタクト

3つ目は、話し方についてです。意識する点は、ゆったりと話して、安心感を持ってもらうようにということです。声は低いトーンの方が相手には聞き取りやすいようです。

また、アイコンタクトなど、目の果たす役割は実は大きいです。面談に限らず、日常生活でもそうですが、まだお互いのことが分かっていないとき、一番の情報源は表情であり、目なのです。目を左右に動かしたり、動揺していたり、何を考えているのか分からなかったりというのが伝わると、「この人何なの?」と思われるかもしれません。かと言って、じーっと目を見ながら話すのは変ですし、逆に違和感があります。私の場合は、相手が話していて、ふと顔を上げたときに目を合わせる様に意識しています。すると、「あっ、聞いてくれているのだな」と感じてもらえます。初対面などで緊張して目を見ることができない人もいます。そういう場合は、ピンポイントで目を合わせなくても、相手の眉間の辺りを見ていると、目を合わせられていると相手は思うようです。

4. 繰り返す

相談者が話した言葉の一部を抽出して、そのまま返すという方法です。大切な意味を持つ言葉や強く訴えたいと考えているような言葉を選んで、その言葉を返す。これは、自分の話したことが言葉となって相手から戻ってくると、自分の感情を客観的に眺めることができるという効果があります。自分はこんなふうに感じているのだと、相手を通して知ることができるのです。

ただし、必要以上に繰り返したり、機械的にしたりしてしまうと、会話にならないので、自然にしたいだと思います。声の調子や話す速さに合わせて、短く繰り返すようにすると効果的だと思います。できるだけ、相手の世界に近づくことです。相手がどんな感情を持っているかを考えながら、話を聞くようにして下さい。喜んでいるのか、むかついているのか、悔しがっているのか、耳だけではなくて、目での観察も必要です。相手の言葉の一部を繰り返しながら聞いていると、あなたの言葉をしっかり聞いていますよという傾聴の意思が伝わりやすいです。

この繰り返し話法について、以前ピアサポートで相談を受けた際の流れを例として挙げます。

ご主人が膵臓がんの告知を受けて抗がん剤治療を受けているという奥様からの相談でした。

MSW：ご主人様の件でのご相談ですね。膵臓がんで、この病院で、今、抗がん剤中と。

相談者：はい、今、2クール目に入ったところでして、普段は自宅で過ごしているのですが、いろいろと不安なことが多くて…

MSW：入院ではなくて外来治療中なのですね。ご主人様は、2クルールの治療中と。奥さまとしても、いろいろと不安を感じてみえと。もしよろしければ、どのような点にご不安を感じているのか、教えていただけますか。

キーワードを確認しながら、ひとつずつ進めています。文字にすると、くどいように感じるのですが、実際にはもう少し自然に聞こえていると思います。「ね」が多いですね。これは、逆に「か」だと、疑問形なのか傾聴しているのかが分からなくなってしまうので、私はできるだけ「ね」を意識して使っています。

先ほど、感情の部分について触れたのですが、相手がどう感じているかという感情を言葉として返すのも、実は大事なところ。「それは泣きたくなりますね」「それはすごく腹立ちますね」「耐えきれないですね」などという、相手を感じている感情を言葉にして返す。相手の状況に置かれたら、不特定多数の方はどう感じるのか。一般的にはどう感じるのかというところを考えて、返す事があります。結果的に、「そうなのです」と言ってもらえれば、相手の気持ちに近づけた証なのではないかと思います。

後、「大変ですね」という言葉があります。これは意外と簡単に言ってしまうがちですが、あまり言い過ぎない方がいいと思います。この言葉を繰り返し聞かされると、「ああ、自分は大変なんだ・・・」と落ち込んでしまい逆効果になってしまうかもしれません。こういう場合は、「頑張ってみえたのですね」などという言葉に言い換えた方がいいと思います。

5. 沈黙を活用する

沈黙は苦手という人もいるかもしれませんがね。人と話していて、しーんと間が空いてしまうと、埋めないと気まずいって思いますよね。でも、実は、面談の中での沈黙は、相談に来た方が思いを巡らせる時間でもあるのです。迷いや葛藤であったり、逆に、それに対して考えている時間であったり、自分自身の気持ちを整理する時間が沈黙なのです。そこを私たちが気まずいと思って埋めてしまうと、考えはストップしてしまいます。話をする主体は私たちではなくて、相手です。面談は、相談に来た方の持ち時間でもあるので、任せる姿勢、相手から返ってくる言葉を待つ姿勢が必要ではないかと思います。

以上の5点が、私が面談で気を付けていることです。

専門的には面談技法というのは、もっと細かくいろいろあるのですが、まずはこの5つを意識して頂ければ、相談者にとってきっと話しやすい環境が創られるのではないかと思います。

面談による援助とは

面談がその人にとってどんな援助になっているのかを考えた時、質問があって答えがある、悩みがあってアドバイスがある、という簡単な、直線的なことではないような気がします。もう少し掘り下げて考える必要あると思うのです。

ピアサポートであったケースです。70歳代の男性が怒りながらやってきました。肝臓がんで、これから治療を行うかどうかを決めていく検査中とのことでした。若い主治医で、CT、MRI、エコーなど、いろいろ検査をされたが、検査にお金がかかってしょうがないと言うのです。座るようにお勧めしても、立ったままで、感情的に話しをされる方でした。ここまで聞けば、医療費などお金の問題なのかなと思うのですが、取りあえず怒りが落ち着かれるまでお話を伺うことにしました。すると、だんだんと、この主治医の態度が気に入らないという話に移っていったのです。検査もこの医師から必要だからと言われただけで、説明がない。医師がむかついてしかたがないと。これは、医療費ではなく、主治医との関係性が問題なのかなと思ったのです。

このように初めの主訴と本当の主訴とが違うケースというのは結構あります。そのことに気付くには、やはり、情報を収集することが大切です。情報収集は事情聴取とは違います。前の質問とつながらない、矢継ぎ早なぶつ切りの質問は事情聴取です。基本的に、私たちは相手のことを知らないわけですから、まず、教えてもらう。どんなことを感じているのかを教えてもらう。そして、お話しされる内容から背景を考える。その方が生きてきた道、過去、現在、これから、というところを尊重した上で、お話をお伺いし、情報を集める。その中で、こちらが相手の考え方に違和感を持ったり、世代間のギャップや男女間での考え方の違いを感じたりという点が出てくることもあると思います。ただ、そこを安易に否定してしまったり、その考えは古いなどと切り捨ててしまうのではなくて、どうしてそういう考え方に至っているのかというところに思いをはせることが、大事なのではないかと思います。

面談の目的は、相談に来た人自身が、どんな問題を感じているのかを気付くことにあるのではないかと思います。その人が既に意識したり、逆に意識していなかったりしたところを、お話をお伺いする中で、お互いに気付いて理解し合う。そして、その問題の解決に向けた取り組みを一緒に考えていくという所がポイントだと思います。

先述の怒っていた患者さんのケースでは、まず、とにかく話を聞きました。人間はずっと怒っていられないので、徐々に気持ちは落ち着いていきました。これだけ怒っている方でも、診察ではすぐおとなしいらしいのです。医師が説明しないからだと言うのですが、逆に疑問に思っても聞けずに診察室を出てきてしまうので、気持ちがもやもやしてしまっていたそうです。また、診察はいつも一人で来ているとのことでした。「他の患者さんでも、本人が診察室で聞けない場合があるので、家族が同席して代わりに質問してもらう事もありますよ」とお伝えすると、「じゃあ、今度娘に立ち会ってもらおうかな」という流れになりました。そうやって、医師にむかつくという話から、どうやってこの医師との関係をつくるかを考えて、今後どうしたらいいかを一緒に考えるという流れとなりました。

自分の限界を知り、専門家につなぐ

最後に、医療ソーシャルワーカーとして、特に患者さんを支援する上で注意している点をお伝えします。それは、「自分の限界を知る」ということです。つまり、私たち医療ソーシャルワーカーがこの問題に対して応えるべきなのか。この質問に答えるべきなのは、医師なのか、看護師なのか、栄養士なのかという、専門職同士の範ちゅうを意識しながら支援にあたるという事です。チーム医療と役割分担というのは大切なポイントです。

これはピアサポートについてもいえるのかもしれません。私たちが話す言葉は、その患者さんの今後を左右してしまう事もあるかもしれません。ですから、必要なときには、医師や看護師、病院の相談員などに、代わりに対応してもらうことも重要だと思います。ピアサポーターとして、ピアサポートに期待されていることを全力で行うことが大事なのだと思います。

医療ソーシャルワーカー
NPO法人ミーネット ピアサポーター
廣田 圭

9.事例検討

「余命宣告を受けた人のピアサポート」

NPO 法人ミーネット
スーパーバイザー 高尾 勲子



講義の狙い

- 具体的な2つの事例について、グループワークでポイントと対応を話し合う。
- 事例を通して、より良いピアサポートのあり方を考える。

事例検討 1：ホスピスへ転院する患者さんへの接し方・言葉のかけ方

事例：65歳男性 直腸がん（ひとり暮らし） 電話相談

【相談内容】

Aさんは4年前に直腸がんで手術を受けた。2年前に肺に転移して手術し、その後抗がん剤を継続して腫瘍は消えていた。しかし、半年前に肺の同じ場所に腫瘍が増大した。軽い仕事をしていたが退職した。

最近、背中が痛くて歩くのもままならず、検査を受けると背骨に転移していた。現在、腰椎の圧迫骨折で入院している。痛みがあるのでモルヒネを使っている。医師から余命3ヶ月、背骨にまで転移すると言われ落胆されている。こんなに早くなるとは思っていなかったと繰り返される。

ピアサポーターと相談して1年前に終末期のシュミレーションをし、半年前にホスピスに予約していたので来週転院する予定だ。この前、病院内でサポート活動をしていたので車椅子で寄った時、別のピアサポーターと話をした。その人は「ホスピスには傾聴ボランティアがいるので、いろいろな話ができるから大丈夫よ。Aさんの大好きな旧街道めぐりの話ができますよ」と明るく励まされたが、何故だか気持ちが滅入ってしまったと話された。

グループ討議（要約）

●ポイント

- ▶ 相談者が「こんなに早くなるとは思わなかった」と繰り返すということは、現在の状況を受け止められていないと思われる。
- ▶ ピアサポーターと話をした時、「明るく励まされたが、気が滅入ってしまった」のはなぜかを聞く。
- ▶ 半年前にホスピスを予約していたということから、心構えができていたのではないかと思う。ただ「こんなに早くなるとは思っていなかった」という言葉から、心と体のバランスが取れていないのではないかと思う。
- ▶ 相談者が「気が滅入ってしまった」というところが問題点のように思う。余命宣告を受け入れられていないところに、ピアサポーターが明るく話したということがポイントではないか。
- ▶ 「早くなるとは思わなかった」という言葉から、「余命宣告」を受け入れ、覚悟ができる前にピアサポーターが励ましたことが裏目に出ているのではないか。



- ▶ 前回のサポーターは、相談者の気持ちを聴き切れていなかったのではないかと思います。

●対応

- ▶ 現在の状況を受け止められていないと思われるので、十分にその話を聞く。
- ▶ 前回のピアサポーターの話し方に配慮がなかったのではないかとということを念頭に置いて対応をする。
- ▶ 余命宣告を受けるという経験がないので、「話を聞ききる」ことが大事だと思う。そうした態度を示すことで、相談者の気持ちに寄り添えるのではないかと思います。
- ▶ ピアサポーターが単純に励ますだけで終わってしまうのではなく、普段の生活について聞くことも必要だと思う。普段のことなどを含めた話を傾聴することで、心や気持ちの整理を促す。
- ▶ 前回は余命宣告をされたばかりだったので、落胆する気持ちが大きかったと推察する。「こんなはずではなかった」という気持ちを聞くことが先だと思う。励まそうという気持ちで、ピアサポーターは明るく「ホスピスでは傾聴ボランティアがいますよ」と話をしたのではないかと。後日、新ためて電話でその気持ちを伝えて下さったことに、ごめんなさいという言葉と共ににありがとうございました、という言葉添えることが大切だと思う。
- ▶ ホスピスの話については、明るくではなく慎重に相談者の気持ちに寄り添うように話をすることが大切。

事例 1 実際の対応

1. 相談内容のポイント

- 1) 予想より早く進行してしまったことに落胆の気持ちが強い。
- 2) ホスピスに転院する気持ちとピアサポーターの明るい言葉がしっくりしない。

2. 対応のポイント

- 1) 背骨の転移と余命の話をしばらく伺い、「ほんとにつらいですね、痛みは薬で和らいでいますか」など言葉をかけた。
- 2) 「ホスピスは自分らしく過ごせるよう生活面や精神面もケアを行う施設とされています。Aさんの趣味の旧街道めぐりの話が分かりあえる職員やボランティアが、いらっしゃるといいですね」と気持ちを少し和らげるようにホスピスの話題を話した。
- 3) 「院内サポートでの会話はAさんの今の気持ちと合わなかったですね」とさりげなく気持ちを受け止めた事を伝える。



3. ピアサポートの結果

「しんどい時によく電話をかけてくださいました、私たちピアサポーターも患者会で一緒にいるので案じておりました」と話した。すると「僕の方こそ話しができて一時でも気持ちが和らぎました、他のピアサポーターの人達によろしく伝えてください」と言われて終了した。



事例検討 2：最期の時のことを患者に聞いたり書いてもらうことは必要か

事例：60 代男性 大腸がんの妻の相談

【相談内容】

B さん（夫）は 2 年前に大腸がん（下行結腸）の手術をした。手術後、半年して肝臓に転移している事が分かり長時間の手術をした。今回の C T 検査の結果、肝臓へ再度転移しており、腹部リンパ節にも転移していた。もう一度手術は無理と言われ夫はショックが大きい。最初の手術後から抗がん剤を使用し、副作用に苦しんでいた。それでも調子がいい時は仕事に出ていた。仕事が生き甲斐の人だからとのこと。最近、夫は抗がん剤治療を悩んでいる。しかし、相談者は治療をしてほしい、まだ希望をもっていると言われる。

以前、別のピアサポーターから「後で後悔しないように最期はどこで療養したいか、延命治療をどうするのか、意志を書いて残しておいてもらうことも大切ですよ」と言われた。この話に急に悲しくなって泣いてしまったと言われた。主治医から余命のこと聞いていないし、抗がん剤治療のことしか言われていないと言われる。やや疲れ気味の様子である。

グループ討議（要約）

●ポイント

- ▶ B さんの奥様は希望を持っているのに、希望を打ち碎かれるような言葉をピアサポーターに言われたことがショックだった。体験者として「病を持って、持病として生き切ること」を話すことは大切なことではあるが、適切なタイミングであったか疑問。
- ▶ 余命宣告も受けていないのに、ピアサポーターがエンディングノートのようなものを勧めている。
- ▶ 終末期の話は、相談者や患者が余命の覚悟や終末期に対して理解し、心の準備ができている等の場合に限定される。
- ▶ 患者であるご主人と相談者である奥様の思いが合致しているのかどうか。
主治医が新しい抗がん剤治療の提案をしている意味を考えることが大切。主治医とのコミュニケーションが取れているのかもポイント。

●対応

- ▶ 最初の対応でショックを受けられたにもかかわらず、再び相談に来られたことに「ありがとうございます」という感謝の気持ちを伝える。話を聴き切る。
- ▶ 相談者である奥様は精神的にも肉体的にも大変だと思うので、これまでの治療の大変さや苦勞をねぎらう言葉をかけることが大切。
- ▶ 患者であるご主人がなぜ悩むのか、主治医に対しては現状の説明およびなぜ抗がん剤治療するのかという点を確認し、将来的への希望をつなぐことが大切だと話す。
- ▶ 夫婦間でよく話をすることを勧める。治療についての不安や疑問は主治医に質問をするなどし、患者であるご主人、相談者である奥様、担当主治医の三者が納得し、共通意識を持って同じ方向に向かって、次に臨むことが大事。
- ▶ 終末期に向けてのノートではなく、治療に対する疑問やその時々的心情を整理するためのノートを作ることを提案する。
- ▶ 「後悔しないように、意思を書いておく」というアドバイスは、信頼関係が築けていれば別だが、この事例では適切ではない。信頼関係が十分に築けていない時に、終末期の話などはすべきではない。

事例 2 実際の対応

1. 相談内容のポイント

- 1)治療に希望を持っている家族に対し、ピアサポーターが最期の時の準備を勧めつらい思いをした。
- 2)夫は繰り返し転移し抗がん剤治療に耐えている。その夫を支えている妻の精神的な疲れも感じられる。

2. 対応のポイント

- 1)つらい闘病生活の中で不安やつらさからくる家族の気持ちをゆっくり傾聴した
- 2)意見を求められていないのに最期の時の準備等の話題は避けた方がよい。
そのことで「ごめんなさいね、医師ではない私達がつらくなる話しをしてしまいました」と傷付けた事を詫びた。
- 3)相談者が疲れ気味であることに対して睡眠や食事・疲れの回復について話し合った。
- 4)夫は仕事が生き甲斐ということであり、励まれている仕事ぶりなどを伺った。また、自分も治療と仕事の両立で大変なこともあったが、仕事が励みになった事を紹介すると「夫も仕事中心の人で羨ましかった」と語られた。

3. ピアサポートの結果

最後に「夫の今の状態で希望を持つ事はおかしいでしょうか」と再度聞かれた、そこで「そんなことはありませんよ、ある患者さんは“希望は最大の薬です”と言われて治療に励んでみえます。そして常に奥さんが支えてみえますよ。一緒ですね」と伝えるとニコツとされた。

講評 豊橋創造大学 保健医療学部看護学科 講師 大野裕美さん(がんのピアサポート研究者)

事例1の場合、「受容と否認」を繰り返す中で、信頼関係という安全基地となる素地を作ることが大切です。この事例では信頼関係があるからこそシミュレーションやホスピスの予約などが一緒にできたと言えます。

緩和ケアはいつでも受けたいときに受けられることが基本理念ではありますが、現在の終末期医療、特にホスピス・緩和ケア病棟は入りたいときに入れないという状況があり、提供体制の整備が進まずに苦しんでいる人もいるということをピアサポーターは理解する必要があります。また「ホスピス」といっても「終の棲家」というわけではなく、地域に帰るための「在宅ホスピス」「在宅緩和ケア」という位置づけもされるようになっていきます。

ピアサポートには正解はありません。それでも「気持ちが減った」という言葉に対して、ピアとして何ができただのか、ということ振り返ってほしいと思います。

ピアサポートを長く経験していれば「予測や推論」ができるようになります。事例2は、いわゆる「経験値」の積み重ねが先走った例だと思います。「希望」の意味の大切さは、ピアであれば十分理解していると思います。希望を失っていれば、体が生きていても死んでいるのと同じであり、ピアサポートとは「希望を支える」ことであり、決定権は患者本人にあります。

家族は「第二の患者」と言われ、今は家族を一つの単位として考えることが大切だと言われるようになってきています。ピアサポーターは奥様の気持ちを考えることが必要だったと思います。

本人が自分が終末期にあると自覚していれば、最期の時のことを聞いたり書いてもらってもよいのかという疑問に対しては、やめた方がよいと考えます。終末期をどのように過ごすのかは、まだ学問的にも議論の途上にある問題ですが、研究者の間からも「第三者がアドバイスするのは危険」という見解が出ています。

10.これからのピアサポートに求められること

ー利用者アンケートの結果を受けてー

豊橋創造大学保健医療学部 看護学科 大野 裕美



講義の狙い

- がん医療におけるピアサポートの位置づけを再確認する
- ピアサポート導入病院およびピアサポート利用者へのアンケート結果からピアサポートへの評価や課題について考える
- これからのピアサポートに求められることを考える

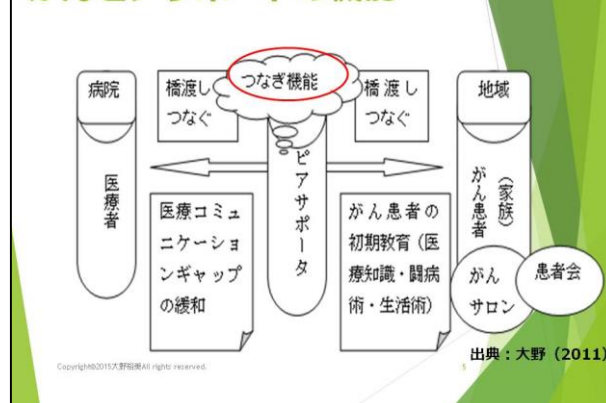
がん医療におけるピアサポートの位置づけと有用性

ピアサポートとは「互助的支援」であり、人類の営みの歴史です。がん治療にピアサポートが組み込まれた背景として、2007年、がん対策基本法（基本計画）に当事者の主体性が明記されたことが挙げられます、そして、患者会等の当事者集団の効用が社会に注目され始めるとともに、2012年の第二次基本計画には「ピアサポートの必要性」が明文化されました。

1985年にリースマンが「ヘルパーセラピーの原則」を提唱しました。それは「ケアされる人だけでなくケアする人の成長が見られる」という、支え合う関係、相互交流がもたらすことです。活動をしているピアサポーターからは「ピアサポート活動は生きがいであり、相談者である患者さんから、自分が元気をもらっている」という声があります。これが「ヘルパーセラピー」ということであり、ピアサポート活動の真髄なのだと考えています。

ピアサポーターは、医療者と患者、病院と地域とを結ぶ「つなぎ機能」を持っています。重要な点は「ピア＝仲間」の視点です。以前のような「お任せ医療」と言われる「パターナリズム＝権威主義」では、医療者と患者の関係は一方通行でした。「(ケアを) お任せされる人＝医療者」と「お任せする人＝患者」という関係は、やむをえない部分ではありましたが、今では「IC＝インフォームド・コンセント」が普及し、患者自身も医療に対して主体的に関わっていく必要が出てきました。そこにピアサポーターが介入することで、双方向性の関係ができるようになっていくという効果があります。

がんピアサポートの機能



ピアサポート導入病院におけるピアサポートの効果と期待

草の根活動から始まったがんピアサポートに関する研究の蓄積はこれからであり、現状では、様々な問題も起きています。例えば、エビデンス（科学的根拠）が認められていない代替療法（民間療法含む）を無理にすすめる、医療（医師）批判をする、利用している患者会やサロンの否定、励ましが説教にかわる等、患者さんの不利益につながることもないわけではありません。ピアサポートが広がりを見せるその一方で、「ピアサポーターの質」が問われるようになってきています。

そこで、医療関係者側はピアサポート活動をどのように評価しているのかを把握するため、NPO法人ミーネットがピアサポート活動を行っている11の病院でアンケートを実施しました（2012年12月17日～2013年1月10日）。その結果、以下のような回答が得られました。

- ▶ 院内ピアサポートの評価は高く病院側の期待に応えるものであった。
- ▶ オープンスペースで院内ピアサポートを行うことは、ほぼ全病院が好ましいと捉えており、今後の望ましい活動場所は外来ロビーであった。
- ▶ ピアサポーターの教育訓練は全病院が必要であると考えており、「がん体験から得た療養生活に必要な当事者情報の伝達」をスキルとして望んでいた。
- ▶ ピアサポーターの教育訓練として最も必要なスキルは、「傾聴」と「守秘義務などの個人情報保護」であり、「がんの医療知識」はある程度必要なスキルとして望んでいた。
- ▶ 院内ピアサポートによるがん相談連携として、実際に月間1～5件の患者紹介が両者間で行われていた。
- ▶ 院内ピアサポートの役割は医療サポートを補完する役割として期待されていた。

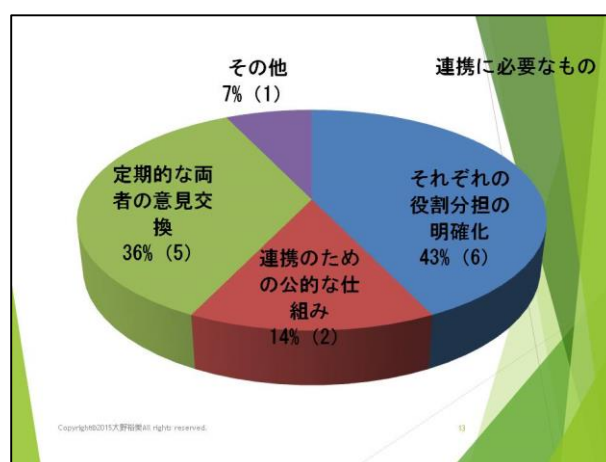
ピアサポート活動の中から、病院とピアサポーターによる「患者支援における連携」も生まれており、アンケートの自由記述からその具体例を紹介します。

病院側（がん相談支援室）からのアプローチ（依頼）

- 化学療法中の患者の日常生活における留意点の伝達
- 免疫療法の他院での取り組みに関する情報提供
- 患者会希望者の紹介
- 同じがん種の人と話したいと希望する患者を紹介

ピアサポーター側からのアプローチ（依頼）

- 医療費支払いなどの制度紹介



ピアサポート利用者アンケート（中間報告）

実際にピアサポートを利用した患者さんとそのご家族を対象に利用者アンケートを実施しました（2014年12月～2015年2月28日）。本調査にはNPO法人ミーネットがピアサポート活動を実施している5病院より協力をいただきました。また、実施にあたっては、個人情報の保護への配慮などを含む実施手順について外部の倫理審査委員会での審査を受けています。以下はその中間報告です。

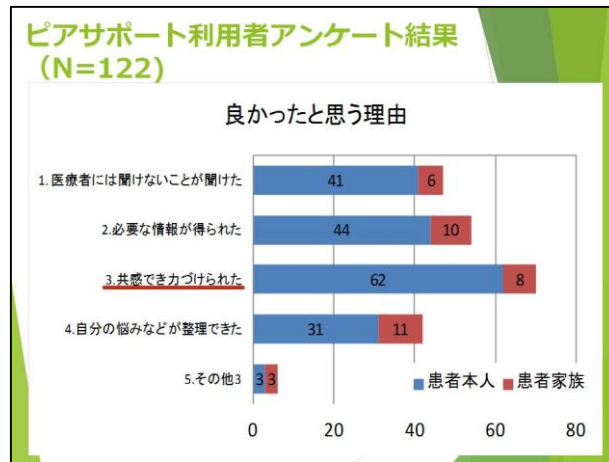
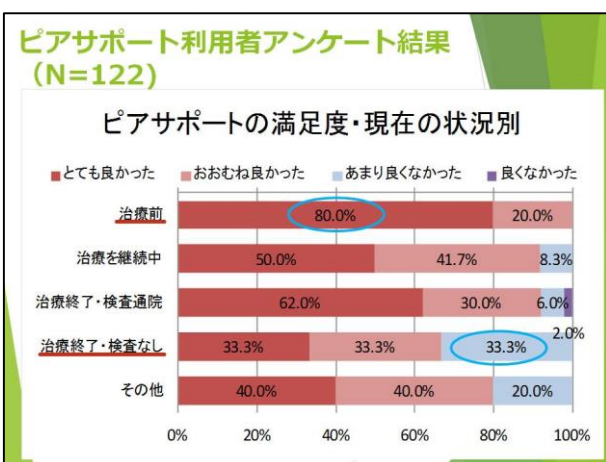
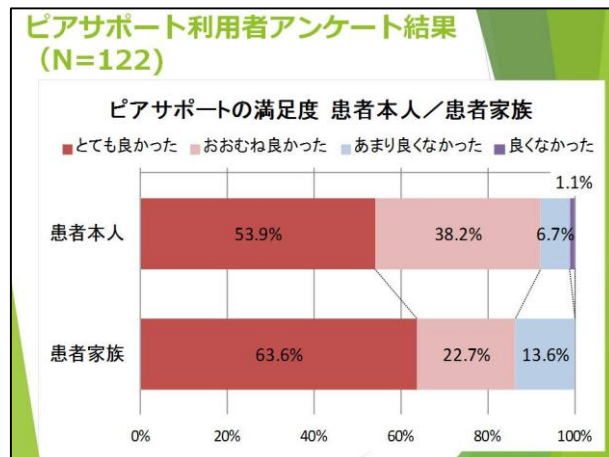
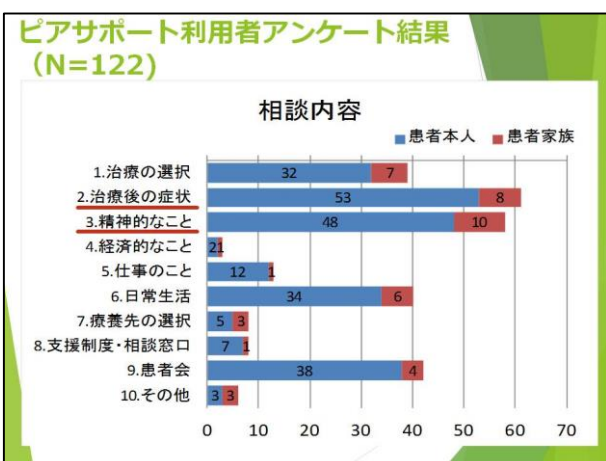
＜ピアサポート利用者属性＞

- ▶ 集計対象122名のうち、患者本人が8割、患者家族が2割
- ▶ 性別比は患者家族はほぼ同数であるが、患者本人は女性のほうが多い
- ▶ 年齢区分は55～64歳が最も多く、55～84歳までの利用者は全体の約半数
- ▶ がんと診断されて2年以上5年未満が多い
- ▶ 利用者の現況は治療継続中、治療終了・検査通院中

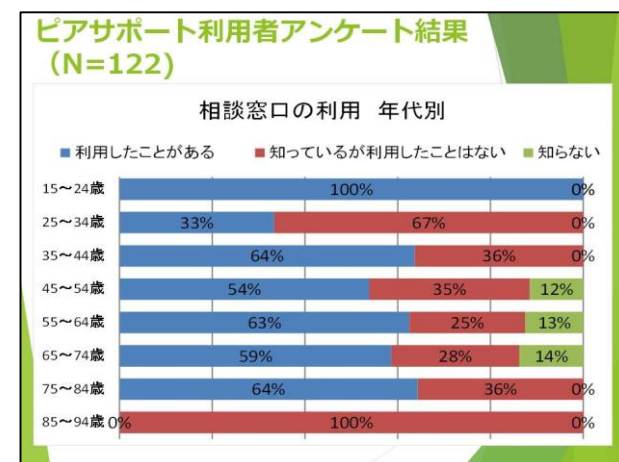
＜ポイント＞

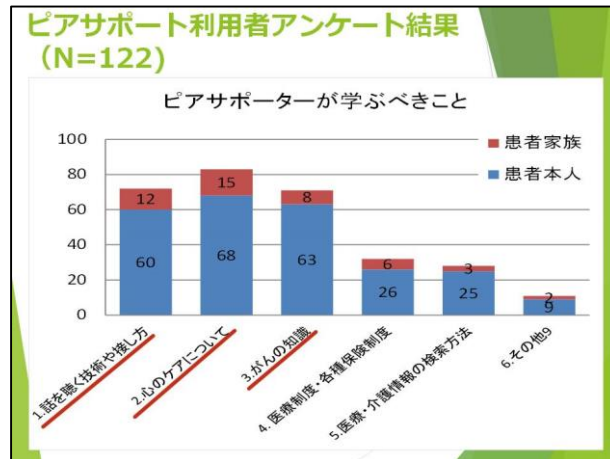
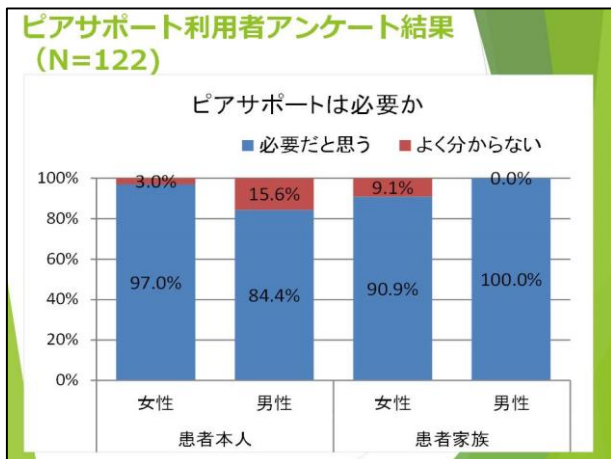
- ▶ 約4割がピアサポートの存在を知っており、2回目以降のリピート利用者は6割
- ▶ ピアサポートの満足率は患者本人は9割、家族は8割強
- ▶ 相談内容は治療後の症状・精神的なこと・日常生活・患者会の情報
- ▶ 利用して良かった理由は、同じ病気の体験者の話から得られる療養情報・治療情報・精神的サポートであった

- ▶ 利用して良くなかった理由は、同じがん種や同じ後遺症などのサポーターが不在であったことによるアドバイスの期待はずれ



- ▶ がん治療における悩みは「治療中・治療後の症状」「精神的な悩み」であり、治療後の生活に関する悩みは、「悩みを相談する場所がわからない」
- ▶ がんの悩みの相談相手は、主治医が最も多く、次いでピアサポーター
- ▶ がん相談支援センターを利用したことがあるのは6割で、知っているが利用したことはないが3割
- ▶ ピアサポートを必要だと思うが9割で、患者家族の男性（11人）は全員、必要だと答えている
- ▶ ピアサポートの充実のためには社会の理解が必要
- ▶ ピアサポーターが学ぶスキルは話を聴く技術や接し方・心のケアが最も多いが、がんの知識・医療制度・各種保険制度・専門医の情報など多岐にわたって求められていた





この中で注目すべき点は、「相談をする相手」として、主治医に次いでピアサポーターを上げている人が多いという点です。以前であれば、家族や友人が主治医について多かったのですが、これは大きな変化です。

また、利用者の治療状況によって、その満足度が違ってきます。今後、さらに検証が必要ですが、治療が終了して検査もないという利用者の場合、相談の内容はがんの治療や療養よりも、むしろ人生相談に近いのではないかと考えています。しかし、ピアサポーターは人生相談の相手ではないので、今後の課題かもしれません。

提言：これからのピアサポートに求められること

医療関係者と利用者（患者・家族）双方のアンケート分析から、下記の2点が明らかになりました。

- ①ピアサポートのニーズは高い
- ②ピアサポーターに求める技術は共通して、対人援助技術

さらに、ピアサポートを取り巻く社会や医療環境の変化の中で、これからのピアサポートに求められることとして、以下の3つを提言したいと思います。

1. ピアサポートの周知度は高く、そのニーズも高まっていることから、社会への理解とそのための整備が必要である
2. ピアサポーターに求められている技術は、話を聴くレベルからがんの知識、医療制度・各種保険制度まで幅広いため、ピアサポーターの役割を明確にし、活動内容の限界を設定することが必要である
3. がん患者の治療後の生活に関する悩みとして最も多かったのが、相談する場所についてであったため、相談支援センター（医療者）などと連携し支援していく必要がある

これからのピアサポートへの期待として、がんと告知され、至急の対応を迫られる患者さんのサポートをするためには、「がんと診断された時からのピアサポート」が必要だと考えます。また、ピアサポーターは「同じ経験をしている。共感性が持てる」というのは強みではありますが、アンケートの回答の一部には「いつまでも自分の話を聞いてほしい」とか、ピアサポーターに対して治療法の検証など過大な期待を持っている人もいました。ピアサポーターにできること、できないことをハッキリとさせ、ピアサポーター自身が疲弊してしまったり、傷ついたりしてしまう共依存の関係に陥らないようにすることが大切です。そのためにも「ピアサポートの限界の設定」そして「セルフマネジメント」ができるようにすることがとても重要です。ピアサポートの周知度・満足度と関連して求められるものが高度・専門的になっており、今以上に方向性を明確にする必要があります。

私はどうしたいのか、どのような活動をしたいのか、ピアの原点を忘れずに、一人ひとりが問うていくことが大切です。

11.倫理審査委員会によるプロトコール審査 実施概要

1. 実施目的

本ピアサポート事業は継続性を持ち、利用者の個人情報を含め地域医療機関との連携協力を進める上で「個人情報の守秘義務遵守」や安全性の担保など、万全な倫理面での対応が求められる。そのため、本ピアサポート事業の活動自体を、疫学研究に関する倫理指針（文部科学省）に準拠した疫学調査を実施して有効性や適切性を確認するため、第三者機関（特定非営利活動法人健康情報処理センターあいち）の倫理審査委員会でプロトコール（実際の事業計画）の審査を実施したうえで実践的な活動を開始する。

2. 倫理審査委員会の概要

①倫理審査委員会の設置

特定非営利活動法人 健康情報処理センターあいち 理事長 志賀 捷浩

②倫理審査委員会委員構成

- 医学・医療の専門家等、自然科学の有識者：医師3名、薬剤師1名、臨床検査技師1名
- 倫理学・法律学の専門家、人文・社会科学の有識者：生活分野のメディア関係者1名
- 一般の立場から意見を述べることのできる者：消費者被害に関する有識者1名

③審査内容

疫学調査の実施体制／研究の目的及び意義／研究の方法等及び期間／研究対象の選定方針／研究の科学的合理性の根拠／インフォームド・コンセントを受ける手続等／個人情報等の取扱い／研究に関する情報公開の方法／他

④審査結果

実施計画について審議のうえ、承認された

がんのピアサポート活動における倫理審査の必要性和審査結果について

近年、研究の多様化に伴い臨床研究指針の適用関係が不明確になってきたことや、研究をめぐる不正事案が発生したこと等を踏まえて「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が公表されました。倫理審査委員会は人を対象とした研究に関しては同指針を準拠し、被験者保護を目的として設置された組織です。臨床研究において個人情報保護の観点で求められることは、基本的に第三者による科学的妥当性の承認、対象者からの承諾およびその方法、対象者の拒否権確保、情報の公表等があります。

今回、NPO法人ミーネットが実施する「高齢がん患者の在宅移行ピアサポート事業」の疫学調査について、その実施方法（プロトコール）について倫理審査委員会で審査を実施しました。

調査対象者は「がん患者」と、その関係者という非常に限られた集団に対する事業であり、細心の注意をもって作成されたプロトコールについて慎重に審議され、その実施に関して承認された事実があります。さらには、医療機関で実施されることで、医療機関内の倫理審査委員会でも審議されたことは、今回の調査が医学系研究の質の確保に寄与するものであると思われる。

特定非営利活動法人健康情報処理センターあいち
倫理審査委員会事務局長 池山 真治

forum ミーネット&地域緩和ケアネットワーク 協働開催

地域連携で支える がん患者さん・家族の暮らし

～特に高齢がん患者・家族に焦点をあてて～

NPO 法人ミーネット・フォーラム運営プロジェクト



治療を行いながら自宅での療養生活を送られているがん患者さんとそのご家族の、在宅での療養生活に移行するがん患者と家族のより良い暮らしを支援するためには、様々な立場の人たちによる、顔の見える連携協力体制づくりが求められます。がんのピアサポート活動は、がん診療連携拠点病院などで周知が進みつつありますが、病院全体への周知は途上であり、地域の医療介護の分野では、まだ耳慣れない言葉でもあります。

そこで、緩和ケアの正しい理解と普及を通して地域全体でがん患者・家族を支援することを目的とする「地域緩和ケアネットワーク(緩和ケア医・下山理史氏らで構成)」との共同開催により、地域の医療機関、訪問看護・介護など様々な専門職とピアサポーターが一堂に会し、がん患者・家族支援についてディスカッションする機会を持ちました。その模様をご紹介します。

開催概要



テーマ

「がん患者さん・ご家族の暮らしを支える
地域での取り組みについて話し合おう」

第一部

がん患者さんの暮らしを支える
取り組みについて
～それぞれの立場から～

- ①在宅医療の立場から
- ②ピアサポート活動の立場から
- ③歩き出した地域包括ケアシステムについて

第二部

グループワーク

様々な職種やボランティアが連携することによって、これからどんな支援が可能になるのか、自由な話し合いの中からアイデアを出し合い、実現に向かって意見交換を進める。

参加者の職種：医師・看護師・薬剤師・ケアマネジャー・ソーシャルワーカー・ピアサポーターなど
フォーラムは、地域緩和ケアネットワークの飯田邦夫さん(医師)の司会により進行されました。

暮らしを支える取り組みについて～在宅医として感じていること

まず、在宅医療の立場から、なごや東在宅ケアクリニックの大江公晴さんの講演がありました。在宅医療を受ける段階となった患者・家族の共通の問題は、下記のような「退院し在宅に移行することの不安」です。



- ・病院(主治医) - 患者間に生じる軋轢
- ・退院? え、在宅? これからどうなるの? 治ってないのに退院だなんて・・・。
- ・見捨てられた感、絶望感、疎外感
- ・信頼関係の破綻。怒り、不満。
- ・突然現れる主治医(在宅医) この人で大丈夫なの・・・?

一方で、厚生労働省による「平成20年終末期医療に関する調査」では、「療養生活をどこで送りたいです」という問いに対して、患者が希望する場所は、その病状によって変化することがわかります。多くの人が、自宅で死を迎えたいと思いつつも、現実には病院や診療所で亡くなっているということです。

2025年までに、在宅医療が必要な者は12万人増加すると推計されています。

- 介護が必要な高齢者の居場所は十分か？
- 看取りの場所となる施設、体制は十分か？

と大江さんは問題提起しました。

麻薬や鎮痛薬の誤解

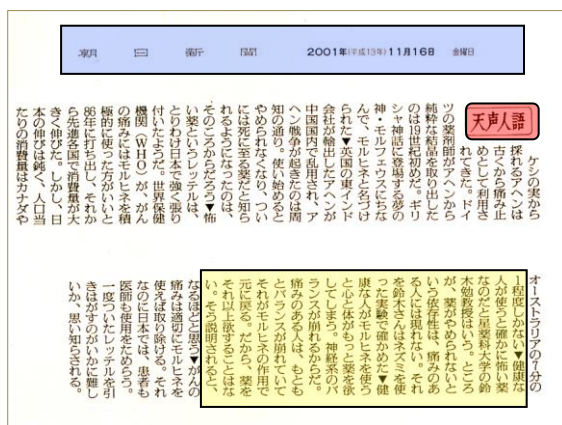
在宅療養について、「痛みが起きたらどうするか」、「終末期に苦しみたくない」という思いが患者にも家族にもあります。現在は医療用麻薬の進歩により、痛みのコントロールは飛躍的に向上しました。しかし、医療用であっても「麻薬」は常習化する、麻薬もふくめ鎮痛薬を使うとだんだん効かなくなる、などの誤解は未だ解消されていません。

ここで大江さんは、自身の尊敬する星薬科大学の鈴木勉教授の研究を例にとり、その誤解を明快に解くことのできる研究成果を紹介しました。

鈴木教授によると、モルヒネは健康な人が使うと確かに怖い薬なのだそうです。ところが、薬がやめられないという依存症は、痛みのある人には表れない。それを鈴木教授はネズミを使った実験で確かめました。

健康な人がモルヒネを使うと、心と身体がもっと薬を欲するようになる。それは、神経系のバランスが崩れるからだそうです。痛みのある人は、痛みによってもともとのバランスが崩れていて、それがモルヒネの作用でもとに戻る。だから、薬をそれ以上欲することはないのだということです。

ピアサポートの場でも、麻薬に対する懸念を抱いている相談者の話が聞かれます。その場合、通り一遍のことは話せても、このように明快に説明はできなかったのではないのでしょうか。これは大きな収穫でした。

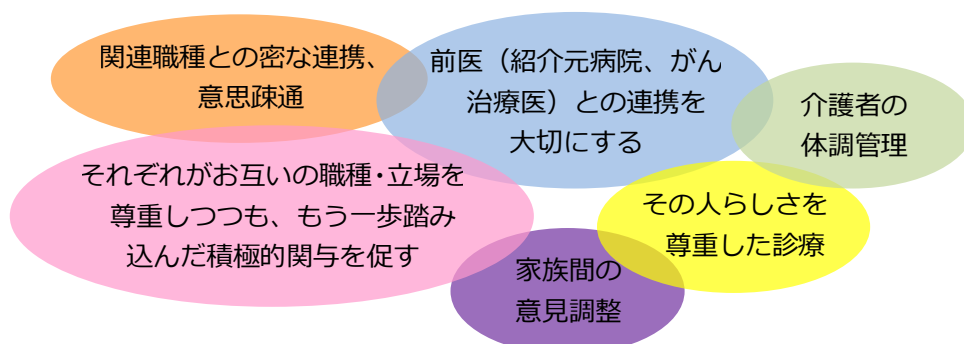


在宅で疼痛コントロールなどの質の高い在宅医療を誰もが受けられ、痛みや不快のない状態が約束されるのであれば、がん患者や家族はどれほど安心なことでしょうか。

しかし、超高齢社会をひた走る日本の人口設計から考えると、2025年には在宅医療が必要な人は12万人増加する中で、在宅医などの医療資源が払底状態になることが心配されます。患者・家族の立場からも声をあげ、がん対策に生かされるように考えていく必要があります。

ひとり一人が集まれば大きな力に

大江さんが在宅医として心掛けていることは下記のようなことです。



「いろんな家、家族があります。病院とは違う色や香り（匂いもあります）、ペットも大切な家族です。病院（主治医）との軋轢で悩んでいる患者さんやご家族が意外に多いことも感じています。ひとりではできませんが、ひとりひとりが集まれば大きな力になります」と、地域連携の必要性を訴えて講演を締めくくりました。

歩き出した地域包括ケアシステムについて



続いて、名東区南部いきいき支援センターの**林晃平**さんが、地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みについて講演しました。「いきいき支援センター」は、正式には「地域包括支援センター」という名称です。これまで、ピアサポート活動を通して、同センターと関わる機会はなく、名称は聞いていても内容まで理解しているピアサポーターは少数だと思われます。

がん患者の在院日数が短縮化し、在宅療養に移行する中で「切れ目のない支援」が求められています。ピアサポーターが、今後「いきいき支援センター」との連携により、その切れ目のない支援の輪に加わることは、患者・家族はもとより、地域のステークホルダー全体にもメリットが生まれるのではないかとミーネットでは考えています。

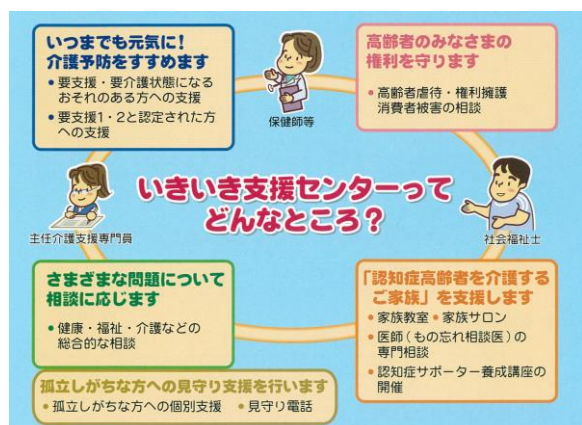
名古屋市社会福祉協議会のホームページには、下記のような Q&A が掲載されています。

Q1.いきいき支援センター（地域包括支援センター）ってなんですか

いきいき支援センター（地域包括支援センター）は、高齢者やその家族が住み慣れた地域でいつまでも安心して生活していけるよう、保健・医療・福祉の関係機関と連携をとりながら、福祉の相談・福祉サービスの調整などの支援を行うための相談支援を行います。

Q2.誰が相談にのってくれるのですか

社会福祉士・保健師・主任介護支援専門員等がそれぞれの専門を活かしてご相談に応じます。また、相談内容についての秘密は、固くお守りします。（相談無料）



林さんは、いきいき支援センターの具体的な役割を、とてもわかりやすいスライドで示してくれました。

また、名東区南部いきいき支援センターの取り組みに関しても写真で紹介され、まさにいきいきと高齢者が集う様子が伝わってきました。

地域包括ケアシステムは、タイトルにもあるように「まだ歩き出したばかり」。ミーネットの「高齢がん患者の在宅移行ピアサポート事業」も同じです。

講演の結びに林さんから「地域包括ケアシステム構築に向けて、各地域の特性を生かし、



地域でできることをこれからも地域の方々や医療、福祉従事者の方々と相談できる関係を作りたい」という言葉がありましたが、その関係の輪に、ぜひピアサポーターも加えていただきたいと思います。

地域ネットワーク～ピアサポート活動の立場から

地域のステークホルダーに、まずは「がんのピアサポートとは何か」を始めとして、現在どのような取り組みがなされ、今後どのように発展させていくのか。これらを知っていただくことが、本フォーラムにおいてのミーネットの課題です。

理事長の花井美紀から、ピアサポート活動についての紹介と、現在取り組んでいる「高齢がん患者の在宅移行ピアサポート事業」についての紹介に加え、がん患者・家族を支える地域連携にピアサポーターが参画することの有用性についてプレゼンテーションがありました。

※本編「はじめに」、P1「がんのピアサポートとは」、P5「医療機関との連携により実施する組織的ピアサポート活動」、P49「これからのピアサポートに求められること」と内容が重複するため、ここでは割愛します。

今回は、その場を「地域」に移し、様々な職種やピアサポーターなどのボランティアが連携することによって、これからどんな支援が可能になるのか、自由な話し合い、実現に向かって意見交換を進めるグループワークを行いました。

※ワールドカフェ方式

「カフェのようにリラックスして」を体験できるよう、各自が持ち寄ったお菓子やお茶を楽しみながら、議論が展開しました。各グループでディスカッションされた内容の一部と参加者のアンケート結果を一部抜粋して下記に紹介しますが、ここからは立場や職種を超えて行われた討議が参加者全員にとって実り多いひと時となったことが伺えます。このようなフォーラムを継続して実施していくことにより、地域における包括的ながん患者支援のモデルとして成長することが期待されます。

医療関係者とかならなければ、
 二般の患者さんとは感覚が違
 必要だ。終末期、緩和すべ
 した。関係は同じ位置と
 思いました。

ピアサポーターに「退院調整カシワアレックス」など、入院→退院への調整の場に参加していただけると良いと思います。

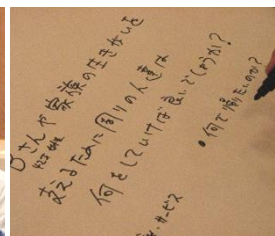
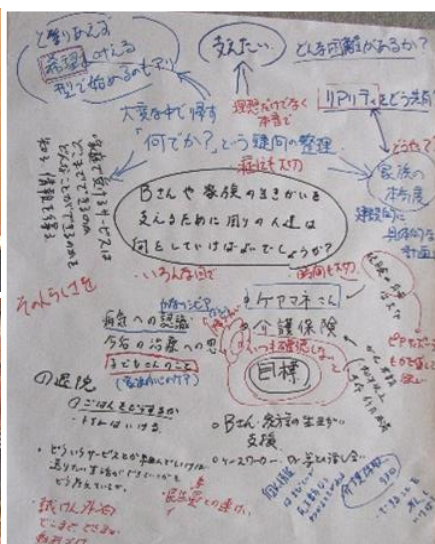
在 365 日に
に 間 言の
々 時 者
方 24 体
の は だ
職 援 が
専 支 け
宅 日 け
支 場
日 強
れ 強
強 き
き い
い も
も が
が し
し い
い ば
ば り
り 何
何 修
修 き
き 研
研 で
で う
う

要るタレななし
必す保一ようま
性いザ担べの立
明願いムご役
透すがホ一で
のすでくホ一
トいるのが見え
ポてあがかが逆
サじは實るは犬
サ感でいでは
ピと側二で会
た

互いに意見交換をすることが大切だと思った。具体的な事例をプロの方々の視点で意見をもらうことは、ピアサポーターとして勉強になった。

中のほうへは、
 養んであげたい
 療さ聞者が、サ
 在宅に療者界じ
 在患援医はとす
 一験をポもてし
 夕休た勤っ用る
 ちき

医療者だけのグダグダ
ル一ツウにクダ深さ
けで聞けなくさ
いで意見がたくさ
ん聞けたと、回を
ねえるる。聞孫に
れば、私たちも積
極的にビブサを
ターさんをお互
一介したりでき
に協働で
です。





独立行政法人福祉医療機構
平成26年度社会福祉振興助成事業
高齢がん患者の在宅移行ピアサポート
ピアサポーター講習会
&
がん患者・家族支援 地域連携フォーラム

編集・発行
特定非営利活動法人ミーネット
〒466-0011 名古屋市中区大須四丁目1-1番39号
川本ビル2F
TEL : 052-252-7277
FAX : 052-252-7278
ホームページ <http://me-net.org/>

2015年3月発行