

2019年8月27日
緩和ケア院内勉強会

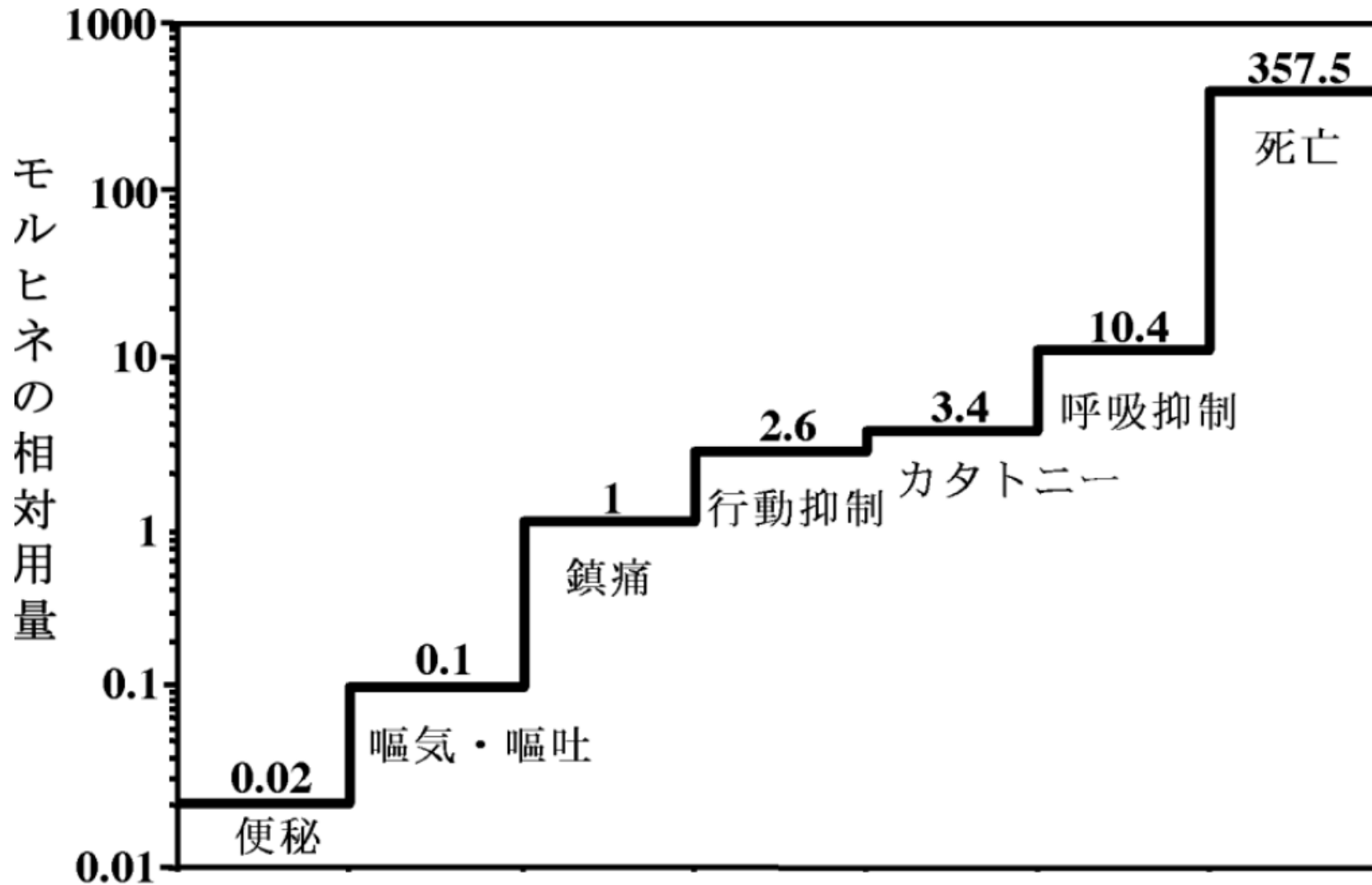
「がん疼痛」のアセスメントと対処 ～オピオイドの適正使用を主体に～

東北大学大学院 医学系研究科 緩和医療学分野

東北大学病院 緩和医療科 (緩和ケアチーム専従医師)

田上恵太

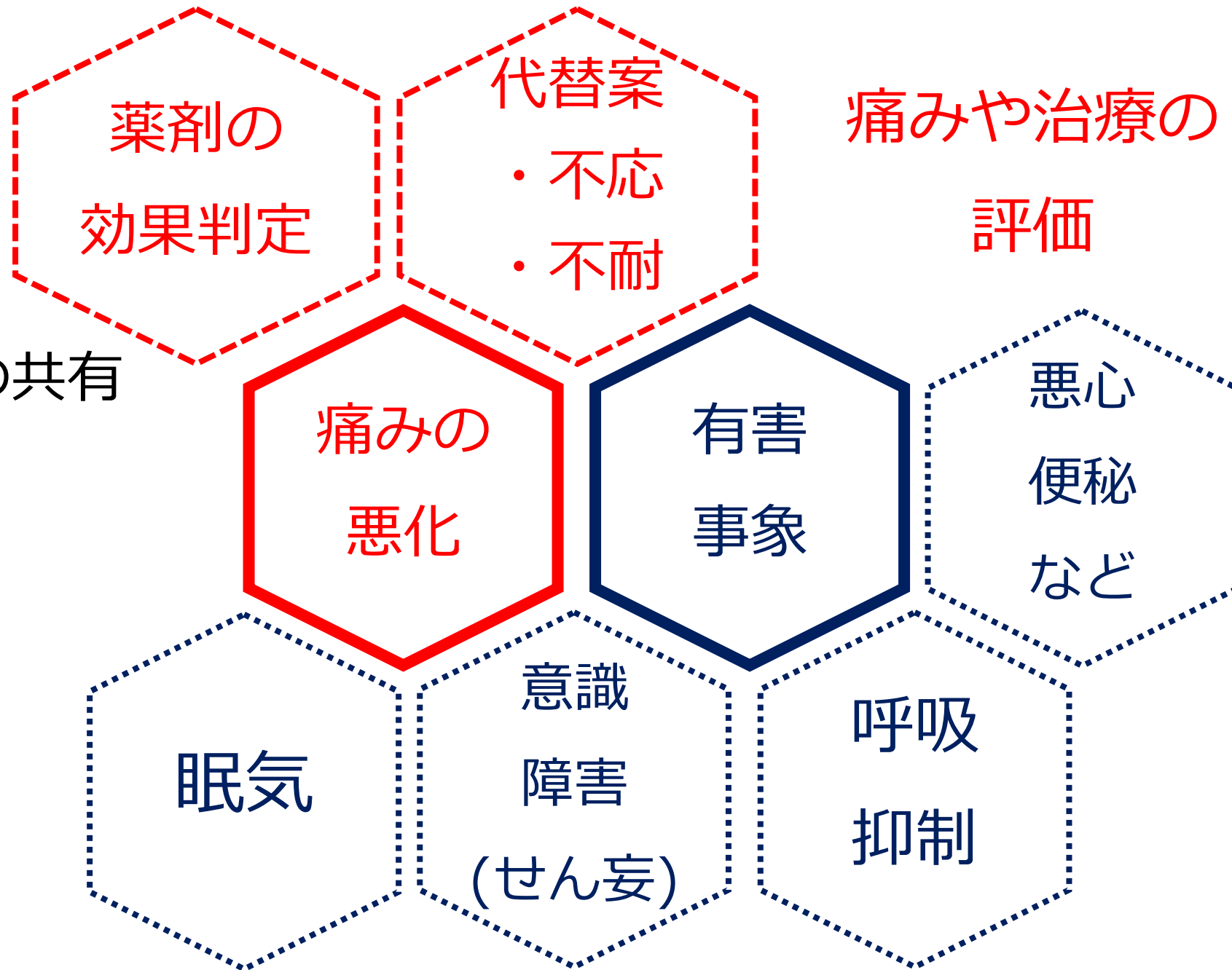
Email: keita.tagami.d7@tohoku.ac.jp



フェンタニルは副作用が少ないが、鎮痛～呼吸抑制の安全域が狭い(2-3.5程度)
⇒呼吸抑制をきたしやすい(相対的過量)

正常な動物を用いた実験における、モルヒネの薬理作用出現の相対用量

鈴木勉,ら Inflammation and Regeneration. 2006;26(2):96-100.



治療の目標設定の共有

- ・ 治療の見込み
- ・ 有害事象のリスク
- ・ 患者、家族の希望

有害事象の 評価や対処

不適切な医療用麻薬の管理の先には・・・

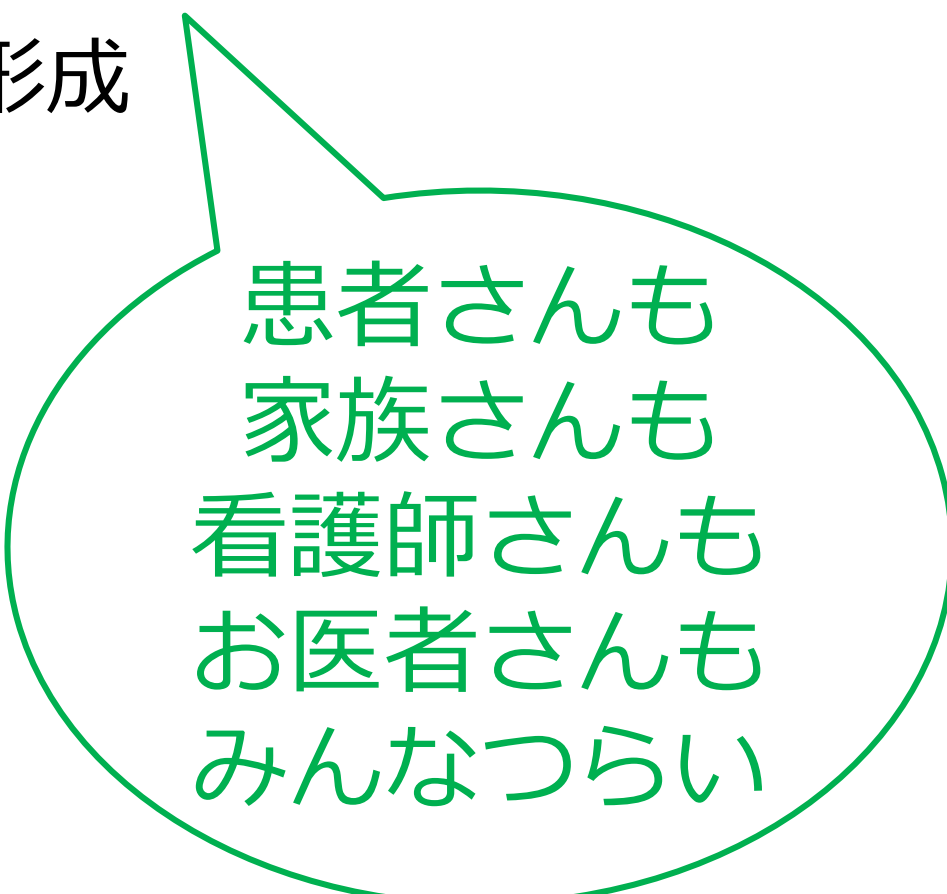
- 意識障害：せん妄（評価も症状緩和も困難に）

- 医原性ケミカルコーピングの形成

ひいては・・・

- 苦痛悪化、生活の質の低下

- 呼吸抑制、死亡



患者さんも
家族さんも
看護師さんも
お医者さんも
みんなつらい

ホスピス・緩和ケアの理念

『あなたはあなたのままで大切です。
あなたの人生の最後の瞬間まで大切な人です。
ですから、私たちはあなたが安らかに死を
迎えられるだけでなく、**最後まで生きられる
ように最善を尽くします。**』

Dr. Dame Cicely Mary Strode Saunders

そして残された人は、思い出と記憶と
共にこれからも生きていく……



医療用麻薬が適切に使用されていくために

- 痛みの症状緩和の“先”の目標を共有する
- 適切な説明：不安と誤解を解く
- 適正な知識の上の使用：良い経験をしてもらう

メリット

デメリット

医療者の
おすすめ



タカハシ サトシ 医師 (35)

強い痛みでお困りであれば
医療用麻薬をお勧めします。

今のお身体の調子に、
最も効果と副作用のバランスが
とれるお薬です。

副作用は・・・がありますが
対策が可能です。

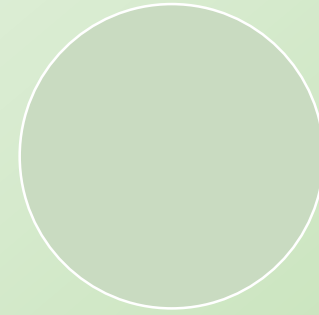
服用しながら仕事を
している人もたくさんいます。

お勧めできるお薬ですが
試してみませんか？

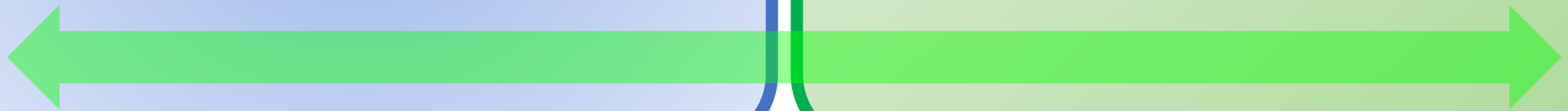
医療用麻薬導入のバリア



**医療者の偏見や誤解、
不適切な説明**



**患者さん・ご家族の
悪印象、トラウマ**



- **麻薬を使うと依存や中毒になるんじゃないですか？**

患者さんは覚醒剤（アンフェタミン）などとの混同：誤解して当然？

- **麻薬を使うと寿命が短くなるのでは？**

そのような医学的なデータは無い。

- **麻薬を使うということは末期なんですか？**

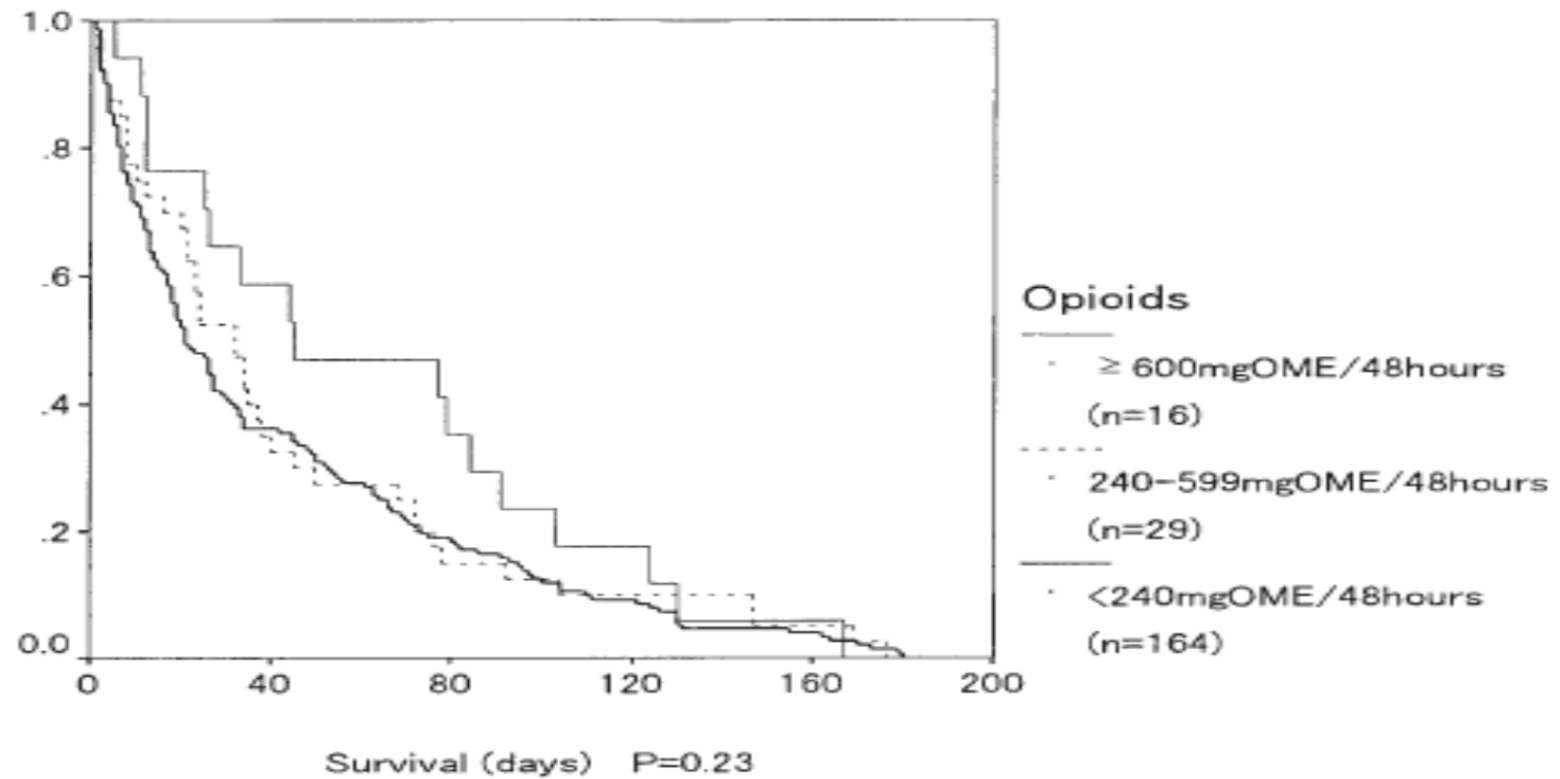
メディアで堂々と発言する人もいるので誤解があって当然？

「麻薬」は「麻薬及び向精神薬取締法」で規定される物質である

- 医療用麻薬のほかに、ヘロイン、あへん、コカイン、LSD、大麻樹脂、コデイン、ジヒドロコデイン、エチルモルヒネなどが含まれる
- 医療上の苦痛軽減のための麻薬の使用を確保し、社会や経済的に危険であるので、その乱用に効果的に対抗するために定められている
- 覚せい剤は「覚せい剤取締法」で規定されるため、取り扱いが異なる
- オピオイドはモルヒネなどがんの痛みに使う鎮痛剤の物質名の総称であり、医療的にも使用が制限されている麻薬は含まない

麻薬に関する単一条約、麻薬及び向精神薬取締法よ

- 麻薬を使うと死ぬのが早くなりますか？
- 麻薬を使うということは、もうすぐ死ぬということですか？
 - 麻薬の使用量と予後には相関がない



ptom Manage. 2001.

OME: oral morphine equivalent

オピオイドへの誤解・先入観

死ぬ前に使う薬

もうお終い

メディアの影響？

文化？教育？

Brief Report

Cancer and Opioids: Patient Experiences With Stigma (COPEs)—A Pilot Study

Hailey W. Bulls, PhD, Aasha I. Hoogland, PhD, David Craig, PharmD, Judith Paice, PhD, RN, Young Doo Chang, MD, Ritika Oberoi-Jassal, MD, Sahana Rajasekhara, MD, Meghan Haas, DO, Margarita Bobonis, MD, Brian D. Gonzalez, PhD, Diane Portman, MD, FAAHPM, and Heather S.L. Jim, PhD
Moffitt Cancer Center (H.W.B., A.I.H., D.C., Y.D.C., R.O.-J., S.R., M.H., M.B., B.D.G., D.P., H.S.L.J.), Tampa, Florida; and Northwestern University (J.P.), Chicago, Illinois, USA

海外でも
オピオイド使用 = 汚名
のイメージ

がん治療中のがん患者さんの61%は
オピオイドを使用することを「汚名:Stigma」と捉えていた。

- 中毒への恐れ
- 処方を受ける難しさ
- 医療者の会話のぎこちなさ

94%: 痛みが軽減した
25%: 睡眠が改善した

しかし・・・
29%: 症状緩和必要以下しか
使用しないようにする

医療用麻薬の遺族のイメージ

Shinjo T, et al. J Pain Symptom Manage. 2015.

良い印象や体験：

痛みがとれて表情が穏やかになった	81 % (n= 350)
がんの痛みは取り除くことはできる	73 % (n= 316)
痛みがとれてよりよい生活が送れるようになった	57 % (n= 246)
「よりよい生活をおくる」ための薬である	52 % (n= 223)

医療用麻薬の説明に関する遺族の見解

岡本 禎晃.医療用麻薬の説明に関する遺族の見解. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究2.

医療用麻薬が処方されて

「もう終わりだ」と思い、つらかった： 31 %

医療用麻薬の遺族のイメージ

Shinjo T, et al. J Pain Symptom Manage. 2015.

悪い印象や体験：

バイアス：家族の先入観
不適切な説明

中毒や習慣性が生じる 15 % (n=65)

痛みがない時も「薬が欲しい」というようになった 8.1 % (n= 35)

眠る時間が長くなった 68 % (n= 294)

食事が食べれなくなった 51 % (n= 221)

変な言動・幻覚や混乱が起こった 47 % (n= 202)

容態が急に悪くなった 38 % (n= 163)

もともと状態が
悪いだけでは？
医療者が
「麻薬のせいで」
というと・・・？

オピオイドを用いた がん疼痛のマネジメントに必要な評価について

本日のレジメン

- がん疼痛の病態の評価について
- 臓器障害の評価について：臓器障害下のオピオイド使用について
- 薬物治療の評価についての注意点とTips!!
- 痛みに影響を与える因子の評価について

がん患者に生じる痛みの原因は多彩・・・

- **がん自体に起因する痛み**

- 内臓や神経、体性組織の破壊・関連痛・虚血・浮腫・圧迫・牽引

- **がん治療に伴って生じる痛み**

- 術後痛・治療侵襲による炎症(放射線治療のフレア、粘膜障害など)
薬物治療による有害事象(化学療法誘発性神経障害性疼痛、手足症候群など)

- **消耗や衰弱によって生じる痛み(廃用症候群)**

- 筋肉や関節の萎縮・拘縮・褥創・支持組織委縮による体性組織の痛みなど

- **がんとは直接関係のない痛み**

- 便秘・尿閉・基礎疾患や良性疾患を原因とする痛み

痛みの性状と分類

内臓痛

(侵害受容性疼痛)

オピオイドが
効きやすい

体性痛

(侵害受容性疼痛)

NSAIDsが
効きやすい

・神経感作

・神経障害性疼痛

鎮痛薬が
効きにくい

放置すると、痛みは慢性化(鎮痛薬が効きにくい)する。

痛みの診断：内臓痛

間欠痛(蠕動痛)と
持続痛の
鑑別が必要。

オピオイドが
効きにくい！

臓器の痛み

- 腫瘍圧迫、炎症
- 周囲神経浸潤

管腔臓器

- 腫瘍狭窄、閉塞
- **便秘**
- 蠕動亢進

臓器被膜

伸展痛

- 炎症
- 腫瘍圧迫

内臓痛：便秘による蠕動痛

進行がん患者の悪心の原因の約40%が便秘

Stephenson J, et al. Support Care Cancer 2006

オピオイド服用者は約60%が便秘

Ishihara M, et al. Clin J Pain. 2012

便秘による間欠痛の軽減には、下剤による便秘の改善が肝要

がん患者さんの腹痛、全部「がんだからね」
で片づけていませんか？

がん患者さんの痛み、全部「がんだからね」とレスキュー薬で片づけていませんか？

骨被膜損傷

皮膚損傷

筋肉の痛み

体勢の痛み

胸部腹部の痛み

鎮痛薬が効きにくい！

⇒

体向変換、マッサージ
温罨法など

筋肉
損傷

体勢
(重力)

壁側胸膜

筋度潤

壁側腹膜

骨転移

褥瘡

筋肉の
コリ

廃用
萎縮

横隔膜

痛みの診断：神経障害性疼痛



鎮痛薬・鎮痛補助薬で
症状緩和が図りやすい

薬剤での症状緩和が困難
原因：難治性、鎮痛の放置

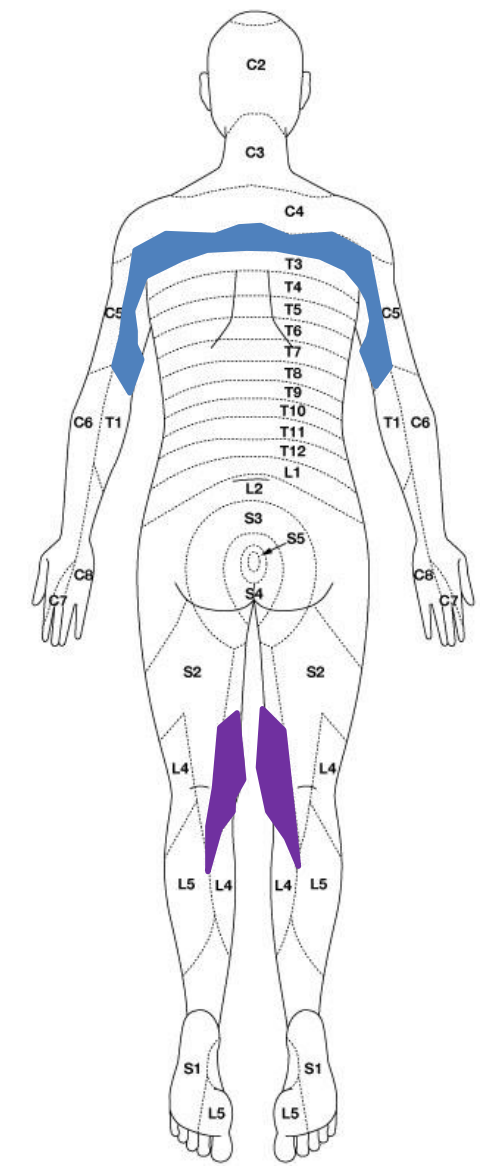
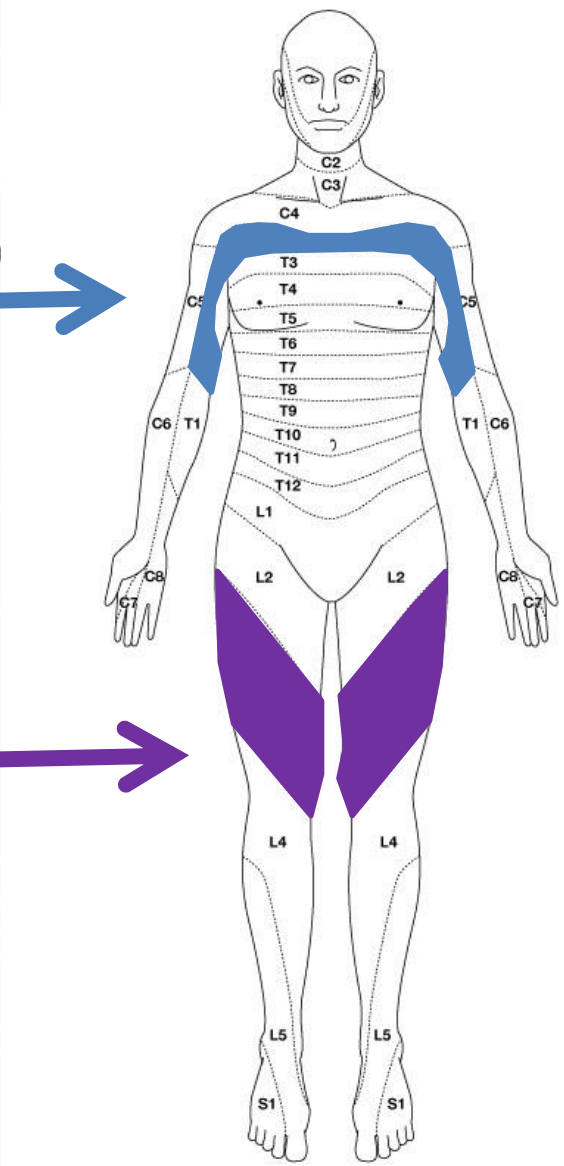
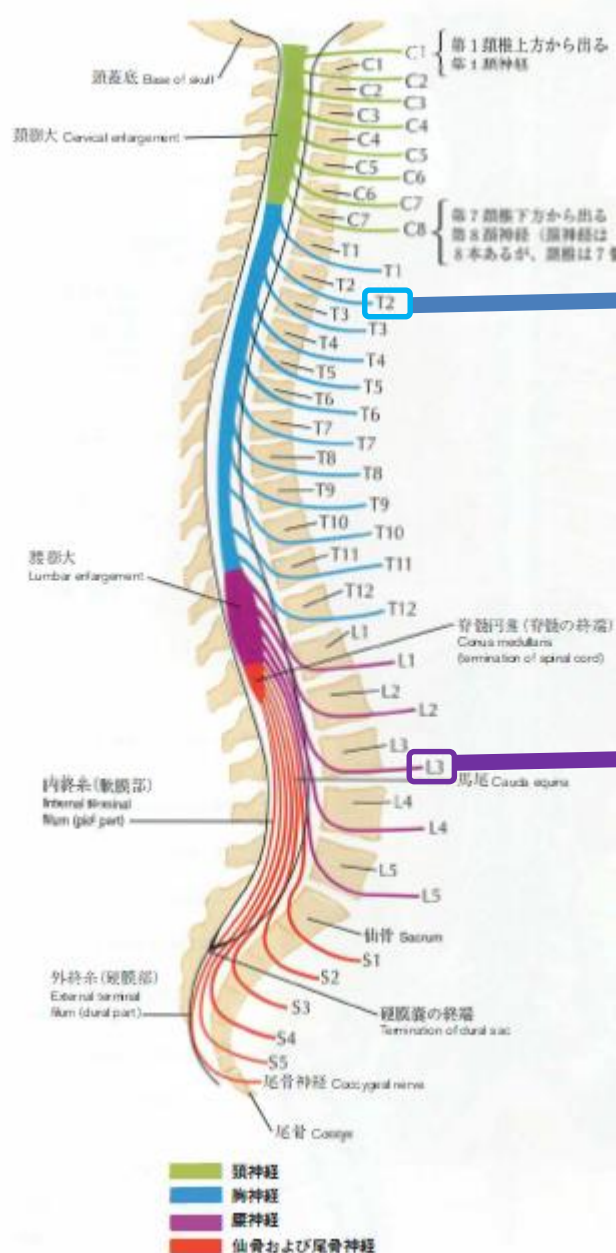
欧州(IASP/EAPC)のがん患者の 神経障害性疼痛への見解

非がんの神経障害性疼痛とがんに因る神経障害性疼痛は、
病態や臨床所見・経過、画像所見が異なる

⇒ 侵害受容性疼痛が混在する、腫瘍浸潤により病態が変化する

すぐにリリカ®に
飛びつかない！

Brunelli C, et al. Pain. 2014.



神経障害性疼痛と診断するならば体系的な評価と診断をしてください！

➤ 触覚 (Aβ線維)



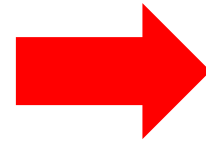
➤ 痛覚 (Aδ線維: 鋭い痛み・C線維: 鈍い痛み)



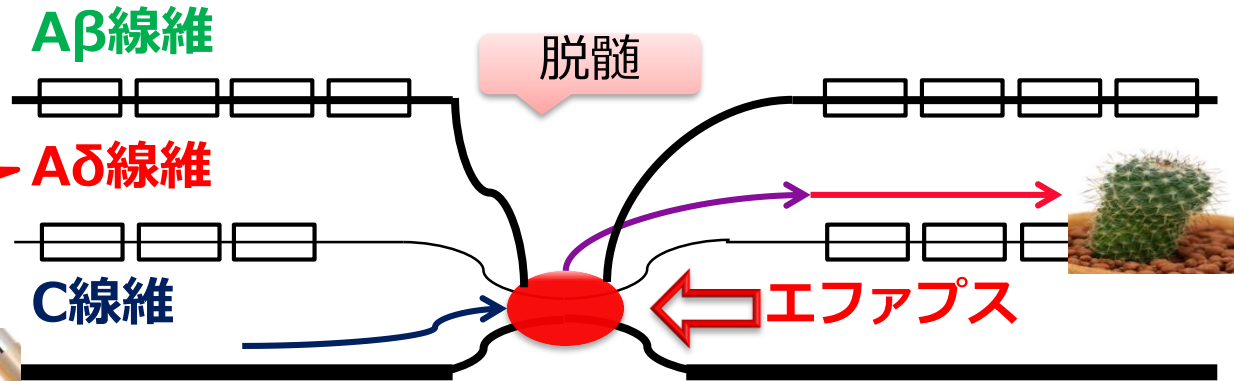
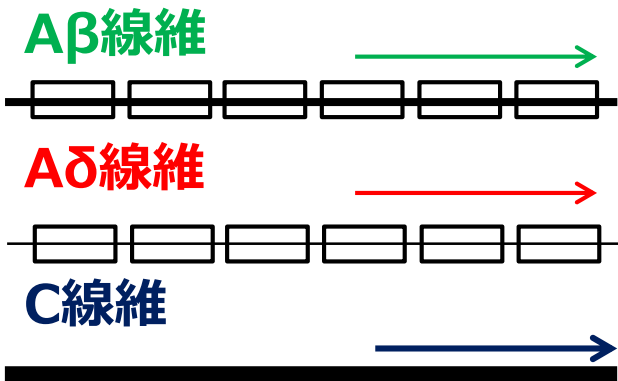
➤ 温冷覚 (Aδ線維・C線維)



アロディニア (異痛症) :



通常痛みを引き起こさない刺激によって生じる痛み



<p>様々な種類の痛みに用いる multipurpose analgesics</p>	コルチコステロイド	
	抗うつ薬	三環形
		SNRI
		SSRI
		その他
	アドレナリンα2受容体作動薬	
カンナビノイド（本邦は未承認）		
局所外用薬		
<p>主に神経障害性疼痛に用いる Used for neuropathic pain</p>	抗てんかん薬	
	抗不整脈薬 class I b	
	NMDA受容体拮抗薬	
	GABA(A, B)受容体作動薬	
<p>主に骨転移の痛みに用いる Used for bone pain</p>	ビスホスホネート製剤	
	抗ランクル抗体	
<p>主に消化管狭窄の痛みに用いる Used for bowel obstruction</p>	抗コリン薬	
	ソマトスタチンアナログ	

オピオイド・鎮痛補助薬の がん・非がん神経障害性疼痛への鎮痛効果

NNT(number needed to treat) :

何人に投薬して1人が効果を得るか

NNT

- 3.6 三環系抗うつ薬
- 6.4 セロトニン-ノルアドレナリン再取り込み阻害薬
- 7.7 プレガバリン
- 7.2 ガバペンチン
- 4.7 ترامadol
- 4.3 強オピオイド(モルヒネ、オキシコドン)

オピオイドの十分な増量は行いましたか？

神経障害性疼痛に対するオピオイドの有効性や安全性は高い

Mercadante S, et al. J pain. 2001.
Russell K, et al. UpToDate®. 2015

**鎮痛が不十分な時は、
まずオピオイドを十分に増量する**

オピオイドを用いた がん疼痛のマネジメントに必要な評価について

本日のレジメン

- がん疼痛の病態の評価について
- 臓器障害の評価について：臓器障害下のオピオイド使用について
- 薬物治療の評価についての注意点とTips!!
- 痛みに影響を与える因子の評価について

モルヒネ

軽度～中等度肝障害であれば代謝の影響は少ない

⇒ 重度肝障害時は血中半減期が延長（約1.5-2倍）

全身投与されたモルヒネ

→ 約8 - 10% : 未変化体のモルヒネ
鎮痛効果を持つ

↓ **グルクロン酸縫合**

・ 約45 - 55% : M3G (モルヒネ-3-グルクロニド)

鎮痛効果はない、中枢神経毒性 (ミオクローヌス、せん妄)

・ 約 9 - 55% : M6G (モルヒネ-6-グルクロニド)

モルヒネの3倍の鎮痛効果

中枢神経毒性 (せん妄、眠気、悪心、呼吸抑制)

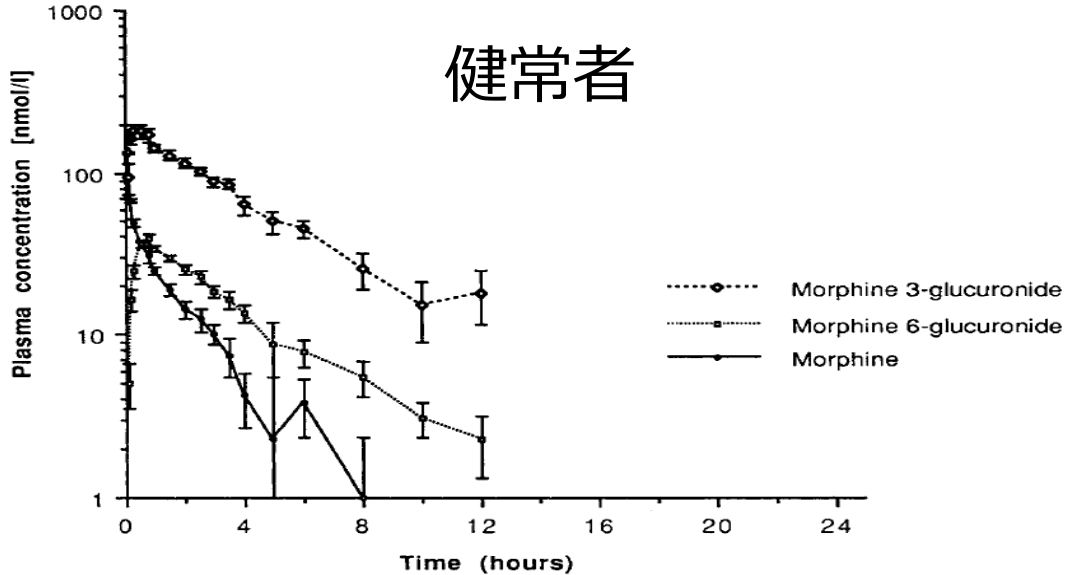
↓

すべての代謝物は腎排泄

24時間クレアチニンクリアランス(24時間Ccr) 30-59ml/分の
推奨される使用用量 : 75%以上減量(投与しないことが好ましい)

※脊髄鎮痛では慎重投与

健常者



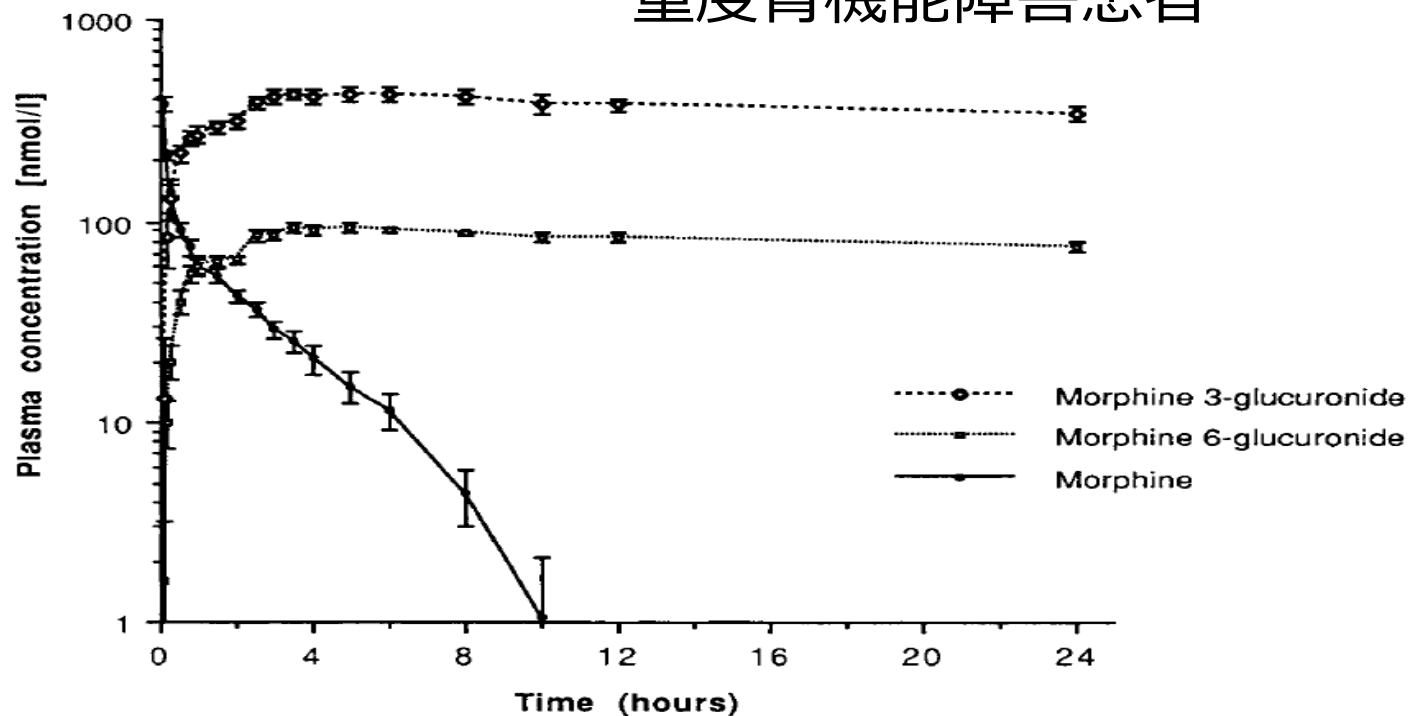
神経毒性のある

M-3-G、M-6-Gは

蓄積する!!

(モルヒネ未変化体は代謝)

重度腎機能障害患者



コデイン

コデイン $\xrightarrow{\begin{matrix} 80\% \text{ グルクロン酸抱合} \\ 10\% \text{ CYP3A4} \end{matrix}}$ 80% codeine-6-glucuronide(C-6-G)
10% ノルコデイン⇒ノルモルヒネ

↓ 10-15% チトクロムP450(CYP2D6)

モルヒネ

肝障害・腎障害時の
コデインの使用は
要注意！！

オキシコドン

腎障害時：24時間Ccr < 50ml/分

薬物血中濃度－時間曲線下面積(AUC)約1.4倍上昇

推奨される使用用量：モルヒネより安全だが慎重に投与(2/3-1/2減量)

肝機能障害時

オキシコドン：通常の2/3-1/2に減量の検討

AUC：オキシコドン 2倍、Cmax: オキシコドン 1.5倍

T1/2：オキシコドン 2.3時間

フェンタニル

肝機能障害時

必要量で開始し、呼吸数や意識障害をモニタリングしながら減量。
肝代謝(チトクロムCYP450)されるためAUCが延長するが、
分布容積が広いいため代謝の速さは肝機能障害による代謝遅延に
加え組織からの放出によるところが多い。

腎機能障害時

肝固有クリアランスに依存し、無尿の場合は糞中排泄されること、
組織分布しやすいから比較的安全に使用可能。
透析時も蛋白結合率が高いため透析膜を通過できないため、
透析前後で血中濃度は変化しにくい。

付録：透析中の患者への投与について

フェンタニル・メサドン：投与量の調節はなく比較的安全

蛋白結合率が高いため透析膜を通過できないため、
血液透析前後で血中濃度は変化しにくい。

肝固有クリアランスに依存し、無尿の場合は糞中排泄されること、
組織分布しやすいことから、血液透析で体外に除去されにくい

ヒドロモルフォン：代謝、腎障害時

- ✓ グルクロン酸抱合により、30%～35%がhydromorphone-3-glucuronide (H3G)に代謝され、**腎排泄である**
- ✓ H3Gは薬理活性は僅か(鎮痛効果少ない)が、M3Gと同様に中枢毒性を持つ
Fainsinger R, et al. J Palliat Care. 1993
- ✓ 基礎研究では、H3Gは同用量でM3Gよりも約2.5倍中枢毒性が起こりやすいという報告がある
Andrew WE, et al. Life Science 2001.
- ✓ 腎機能障害患者への安全性のエビデンスは確立していない
- ✓ 神経毒性はモルヒネよりも少ない印象にはあるが、腎機能障害患者には慎重に使用する必要がある
中等度腎機能障害では、通常約2倍認知機能障害が多い

ヒドロモルフォン：代謝、臓器障害時

- ✓ 中等度腎機能障害(24hCcr: 40~60 ml/分)患者ではヒドロモルフォンのAUCが2倍に上昇した
- ✓ 中等度腎機能障害では、通常の約4倍のH3G血中濃度となる
- ✓ 肝機能障害時は、通常の2/3-1/2に減量の検討する
血中半減期が変わらないが生体内利用率が増加(約25%)。
⇒ AUC：4倍、重度肝障害時は血中半減期も延長

Babul N, et al. J Pain Symptom Manage. 1995.
Durnin C, et al. Proc West Pharmacol Soc. 2001.
Gobi P, et.al., J Palliat Med. 2011 .
Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.

トラマドール

肝硬変患者で、代謝産物のM1のCmaxが3倍、Tmaxが1.7時間⇒9.8時間に遅延、AUCは5倍に延長、t1/2が4.9時間から18.5時間に延長
⇒肝障害や肝代謝能力が低下した場合は50-75%減量するか使用しない

軽度腎障害で、血中半減期・AUCが 1.5-2 倍に延長・上昇
推奨される使用用量
⇒50% 減量して使用を開始する

ブプレノルフィン

腎障害時

CYP3A4で弱い薬理活性しか持たないノルブプレノルフィンに代謝され、さらにグルクロン酸抱合により不活性化され70%は糞便中に排泄されるため、腎機能障害患者でも使用可能である

肝機能障害時

活性をもつブプレノルフィンの未変化体の代謝・排泄が遅延し、血中濃度の上昇や半減期の延長をきたす可能性があるため減量する

- 受容体からの解離が緩やかであり約6-9時間作用が続く
 - 消失半減期は、坐薬で6-9時間、注射薬で2.5-3時間
- ⇒ 長く効果が続く薬なので注意する！！

がん疼痛のマネジメントに必要な評価について

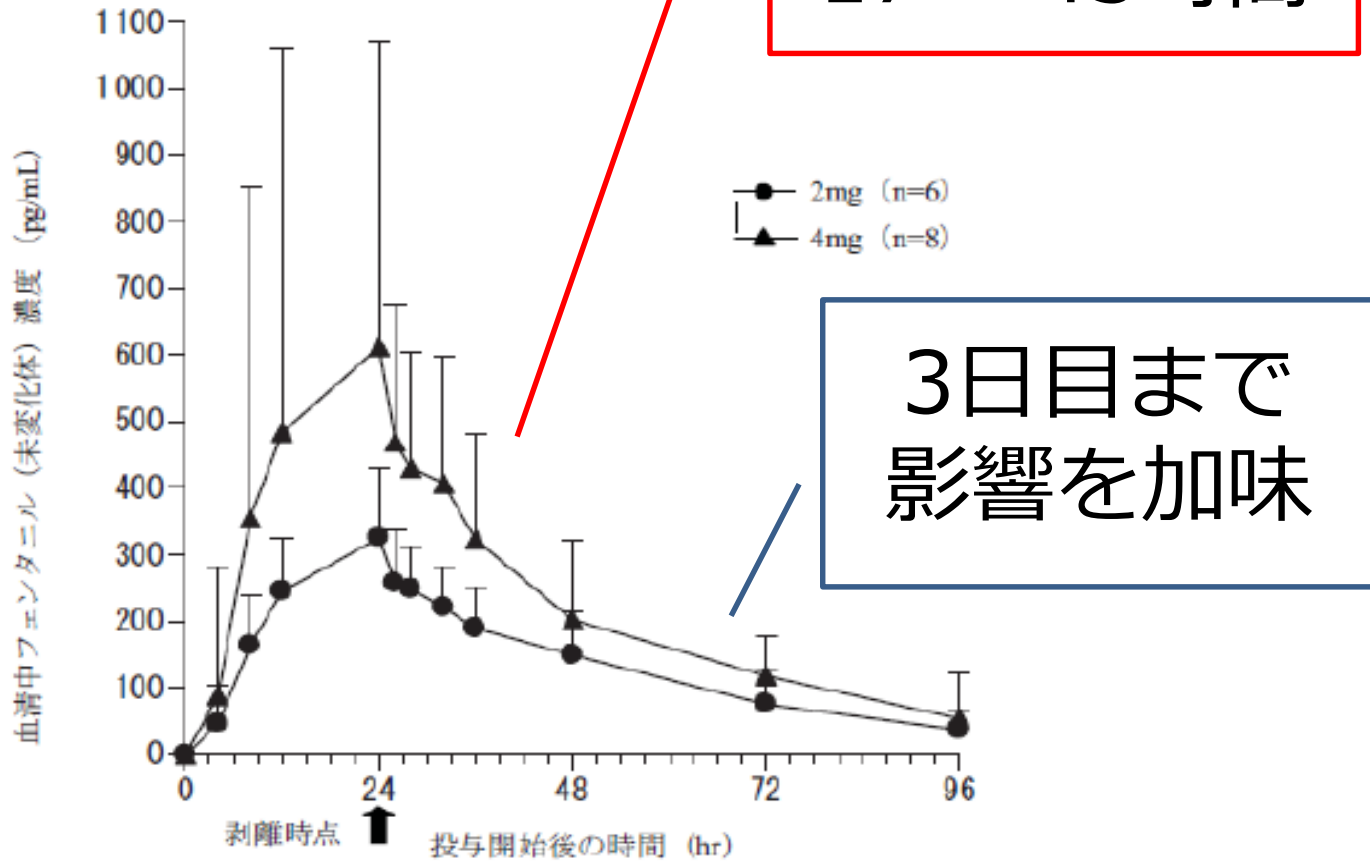
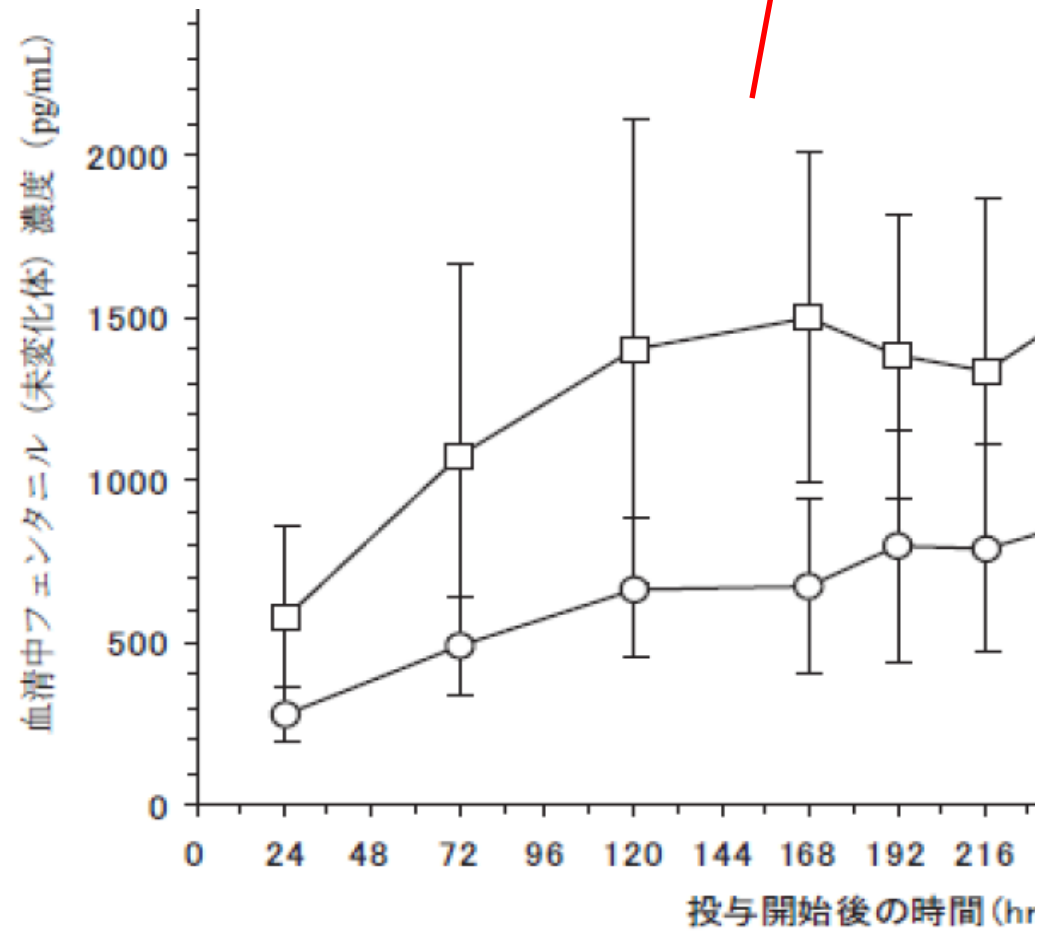
本日のレジメン

- がん疼痛の病態の評価について
- 痛みの評価について
- 臓器障害の評価について：臓器障害下のオピオイド使用について
- 薬物治療の評価についての注意点とTips!!
- 痛みに影響を与える因子の評価について

① フェンタニルパッチの開始&終了時に注意！

貼付24時間以降に血中濃度が安定

半減期
17 - 45時間



出典：フェンタニルクエン酸塩添付文書(1日1回張り替え型パッチ)

患者と共に症状緩和を行う

Patient-Reported Outcome(PRO)を評価に用いる

⇒ 世界的なゴールドスタンダード

- 症状の評価を行う：症状の診断・強さ、周辺症状の評価など
- 症状緩和の目標設定を行う：数値で共有できる
- 薬剤の効果判定を行う

☆ 薬剤の効果判定の判断について患者と共有する
効果発現時間、効果持続時間、
痛みの強さの軽減の度合い(NRS ×点⇒◎点)

② レスキュー薬の効果判定のタイミングは？

注射剤や速放製剤の効果発現時間（目安）

- ① 強オピオイド注射剤フラッシュ：2.5-5分(静脈投与) 5-15分(皮下投与)
- ② フルルビプロフェン アキセチル注
フェンタニル口腔粘膜吸収錠：10-15分
- ③ アセトアミノフェン注：15-20分
- ④ **経口短時間作用型オピオイド：20-30分**
- ⑤ モルヒネ坐薬、ジクロフェナク坐、ロキソプロフェン錠
経口アセトアミノフェン剤：30-60分

③ レスキュー薬の効果消失のおおよその目安は？

① 強オピオイド注射剤フラッシュ：

約2時間(モルヒネ静脈投与)～5時間(ヒドロモルフォン皮下投与)

② 経口短時間作用型オピオイド：約3～5時間

③ フェンタニル口腔粘膜吸収錠：4-12時間

④ ロキソプロフェン錠、アセトアミノフェン製剤、ジクロフェナク坐薬：

約6時間

⑤ モルヒネ坐薬、フルルビプロフェン アキセチル注：約8時間

薬剤の効果発現が極端に「早い」場合は、

鎮痛効果は薬の効果ではない(≡自然消褪)

例：経口短時間作用型オピオイド飲んで10分後に鎮痛

薬剤の効果消失が早い場合 例：30分後に悪化

- 随伴痛の出現
- 新たな突出痛の出現
- 薬は効果ない(≡自然消褪していただけ、せん妄で閾値が低下している、など)

必要ない、または効果がないのにコンスタントなレスキュー薬が必要な場合は、

持続痛のマネージメント不良、ケミカルコーピング、せん妄・・・など

がん疼痛のマネジメントに必要な評価について

本日のレジメン

- がん疼痛の病態の評価について
- 痛みの評価について
- 臓器障害の評価について：臓器障害下のオピオイド使用について
- 薬物治療の評価についての注意点とTips!!
- 痛みに影響を与える因子の評価について



**NO
MORE**

オピオイド無効な
痛みへの計算無しの
オピオイド増量・追加

➤ 傾眠、眠気、倦怠感

➤ せん妄

せん妄が痛みの治療に及ぼす影響は甚大！

過活動性せん妄：精神運動興奮 低活動性せん妄：活動性の低下

意識障害により・・・

症状への**耐用が低下**

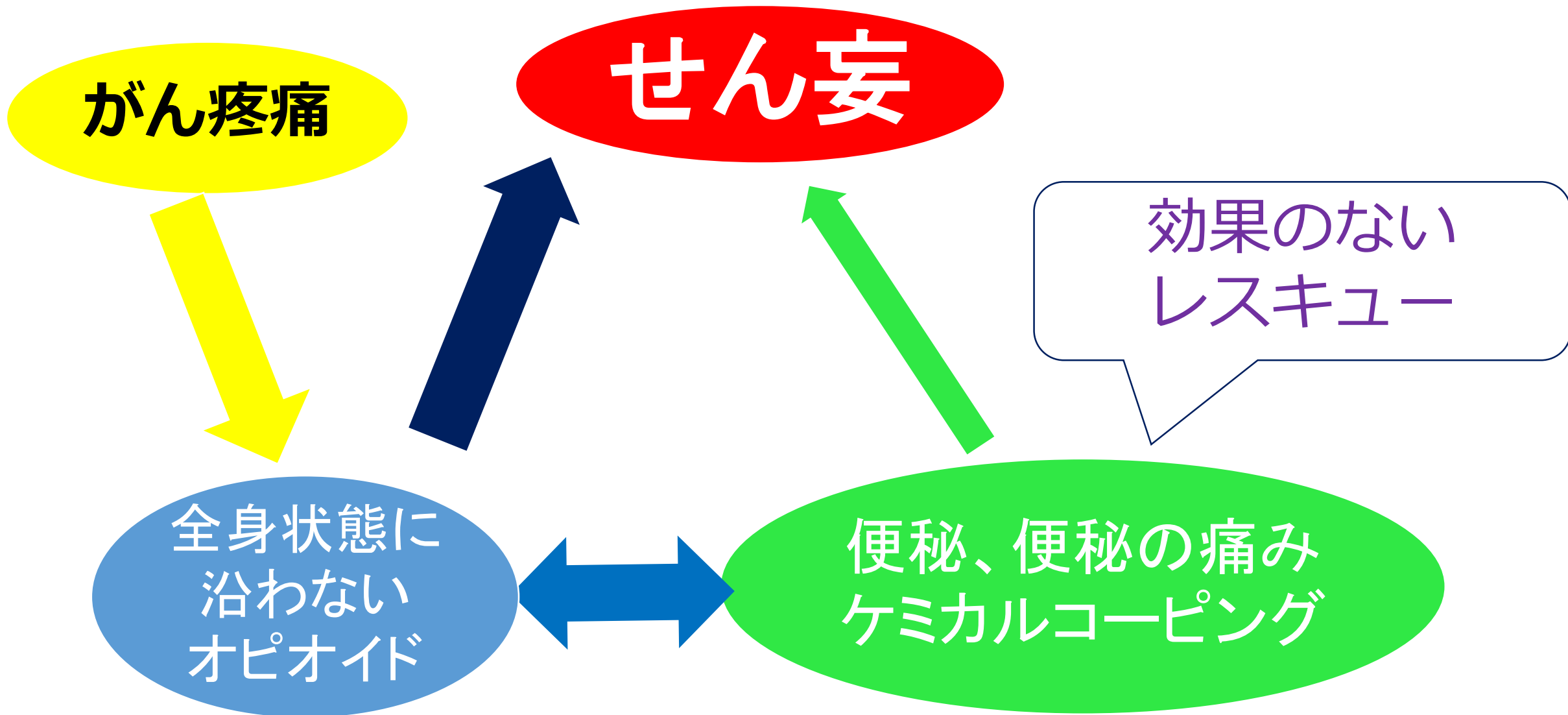
症状の**強さを増強**・修飾（訴えの増加、減少）

患者、評価者共に症状の**適切な評価が困難**

不十分な鎮痛、鎮痛薬の過量に陥る

なぜせん妄を起こさせては
いけないかは、
もう周知の事実ですよ！

負のスパイラル・・・



「対処＝レスキュー薬」は50点（100点満点中）！

- 痛みの病態の評価、痛みの治療目標の共有
- 鎮痛薬、鎮痛補助薬の有効性評価：効果がなければ漫然と使用しない
- レスキュー薬の副作用の加味：眠気、悪心、便秘、せん妄
- 医原性ケミカルコーピングのリスク
- 「レスキュー薬」以外の対処検討および情報提供不足

痛みの強さを聞く

Numerical Rating Scale (NRS)

– 症状の程度を数値化して聞く

症状が全くないときを0、
これ以上ひどい症状が考えられないときを
10とすると、今日の（症状の）強さは
どれくらいになりますか？



全く
なかった

これ以上
耐えられないほど
ひどかった



Hjermstad MJ. *J Pain Symptom Manage* 2011

痛みの治療のゴール設定

Personalized Pain Goal (PPG)

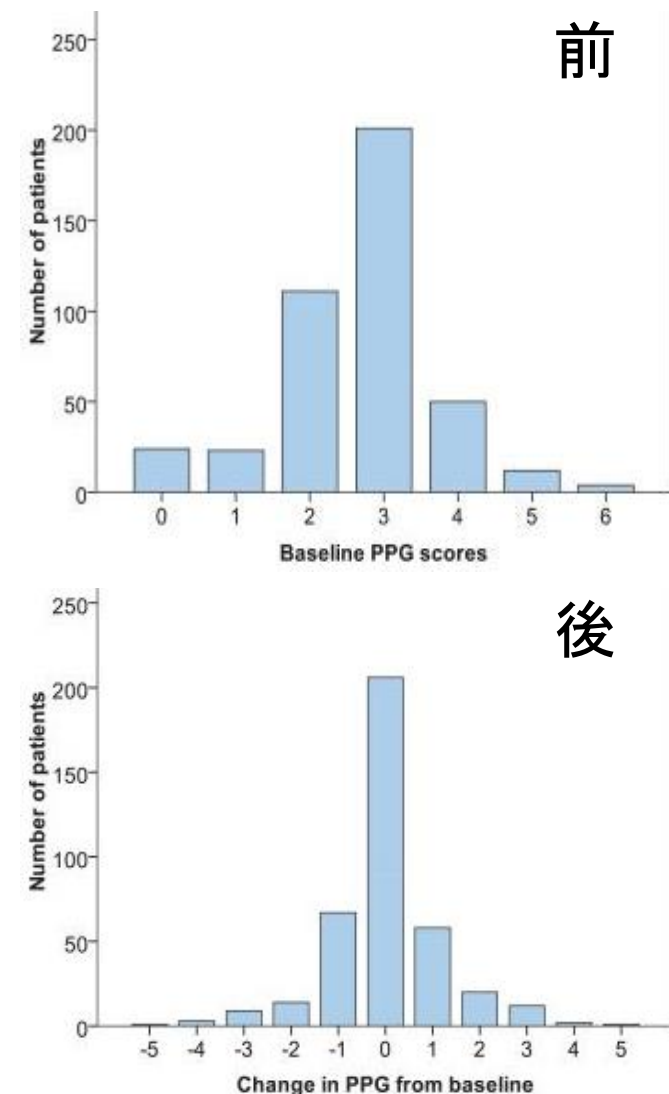
どの程度であれば、痛みがあってもおだやかに過ごせると思いますか？

(At what level would you feel comfortable with pain?)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

痛くない
no pain

これ以上の痛みは考えられない
worst possible pain



Dalal S, et al. Cancer. 2012. Hui D. J Clin Oncol. 2014.
Watanabe YS, et al. J Pain Symptom Manage. 2018.

【ナレーション付】オピオイドを開始するとき_scene1~5



タカハシ サトシ 医師
(35)

個々に対応した 痛みの治療の目標設定と 痛みの情報共有

- あなたの痛みの治療の目標は何ですか？
- 目標は分かりました。ただし、まずはここを達成してから次を目指しましょう
- トイレに行くときは、薬ではなくて免荷対策を十分にとりましょう
- 10分以内におさまる痛みは、副作用の方が問題になるかもしれません

ケミカルコーピングという概念があります

不安、だるさ、
つらさ、いらいら、
不眠など

オピオイドを痛みなどの身体症状**以外**の

症状に使用している

**オピオイドレスキュー薬が
有効・必要ではないものの
頻回に使用を求める**

例

- 不安なのでぼーっとしたい
- うとうとして気持ちいい
- 鎮痛効果はわからないが、薬が体に入るのはわかる

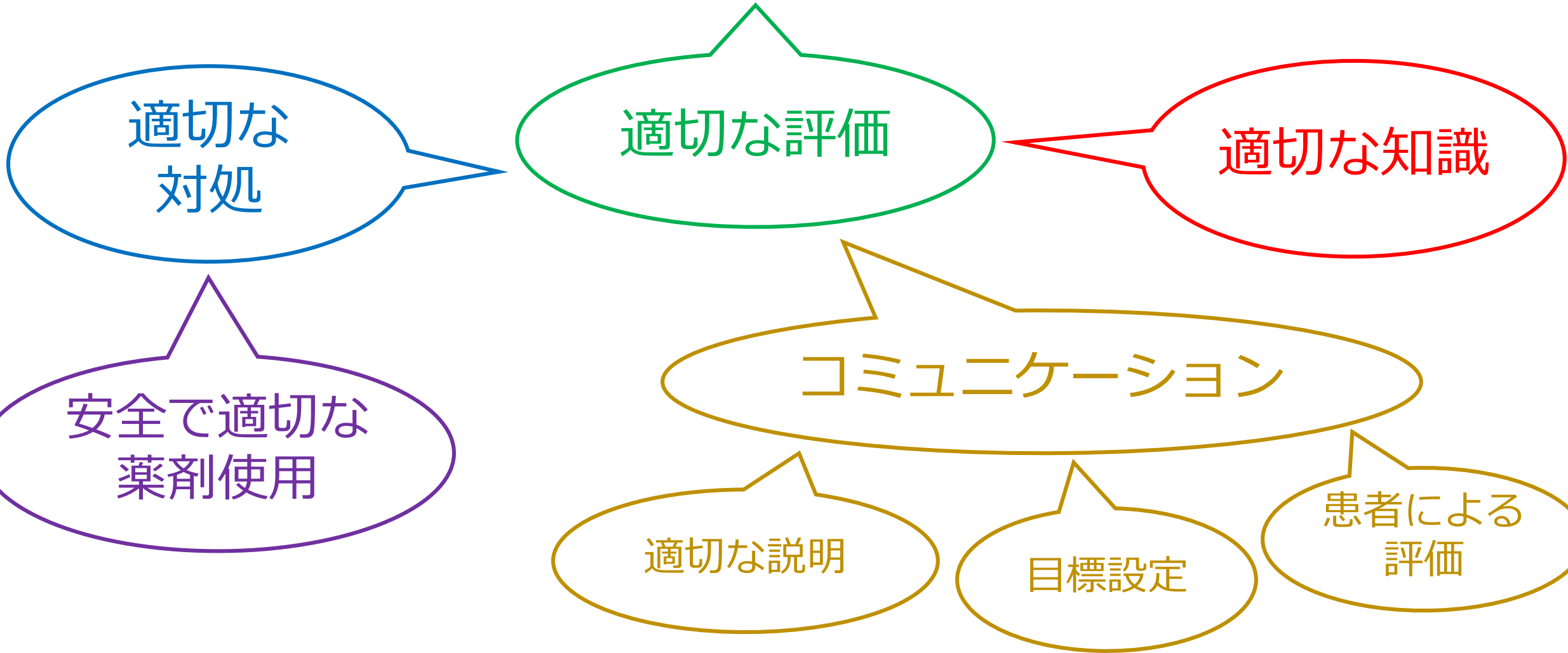
がん患者の痛み、
がん患者のつらさ、
がんの症状に**何でも**

必要なのは、
適切な症状毎の対処！
だるさ、不眠、不安・・・

レスキュー薬で対応は

「副作用しか生みません！」

まとめ：オピオイド使用の適切なマネジメントプラン立案



いつも

緩和ケア病棟の運用に

ご配慮いただき、

ありがとうございます！

がん、非がん関わらず、
治療中から継続支援

- 症状緩和
- 意思決定支援、ACP
- がん看護外来
- 在宅療養調整など

在宅療養支援
診療所

- がんによる難治症状の緩和
- 在宅療養への移行支援
- がん患者で在宅看取りが
難しい方への終末期ケア



がん看護
外来

- 一般病棟入院中の患者や、
治療科・病棟への支援
(がん、非がん関わらず)
- 症状緩和
- 意思決定支援

東北大学病院でも、緩和ケア病棟×在宅医療！！

緩和外来初診

早期のMSW介入開始(その後も積極的な地域連携)

お看取り

がん治療(薬物療法など)

短期入院

在宅医療介入中

在宅医療/施設入所

他院での医療提供中

緩和病棟療養
(1-2ヶ月)

他院へ再転院

緩和病棟療養

緩和医療科外来初診は
治療中からでもOK!

在宅療養支援診療所からの相談であれば、
緊急入院対応も行います!

身体症状の緩和、精神的苦痛の相談、終末期の過ごし方の準備の相談など

大学病院・がん治療病院における緩和ケア病棟としての役割

 複雑な症状の症例を受け入れる（院内転科・院外紹介）

身体症状や精神症状を速やかに緩和する。

 病状が安定したと判断した場合は退院

基本的に在宅療養へ移行、入院継続希望は転院調整：地元での療養支援

 緩和ケア病棟入棟前にまずは在宅医療へ移行

残りの時間が短い(日、週単位)患者さん、医療機関での療養が必要な方に入棟して頂きたい。

多くの方に在宅医療を経験してもらいたい