

	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
谷水正人	5大がんの地域連携パスに寄せる同床異夢をひもとく	看護管理	18(2)	125	2008
片岡淳朗, 那須淳一郎, 筑木隆雄, 梶原猛史, 森脇俊和, 仁科智裕, 松原寛, 堀伸一郎, 谷水正人, 西村理恵子		Gastroenterol Endosc	50(1)	22-26	2008
那須淳一郎, 佐々木晴子, 井上美穂, 田所かおり, 大住省三, 久保義郎, 青儀健二郎, 谷水正人	一般ウェブ閲覧者および医師の家族歴聴取に関する意識調査	日本家族性腫瘍学会雑誌			in press
谷水正人, 河村 進, 成本勝広, 藤井知美, 高岡聖子, 那須淳一郎, 菊内由貴, 宮脇聡子, 西岡順子, 船田千秋, 関木裕美, 小暮友田毅, 松久哲章	がん診療連携拠点病院に期待される5大がんの地域連携クリティカルパス治療				in press
中川恵一	総論—緩和ケアの離陸に向けて—	医薬ジャーナル	43(8)	67-69	2007
中川恵一	がん対策基本法と緩和ケア	医薬ジャーナル	43(8)	71-73	2007
岩瀬哲, 村上忠, 安田恵美, 中川恵一	「がん治療における地域連携」(東京大学医学部附属病院を事例として)	医薬ジャーナル	43(8)	111-113	2007
中川恵一	緩和ケア・医療の新しい流れ	総合臨床	56(5)	1967-1968	2007
Hirai K, Komura K, Tokoro A, Kuromaru T, Ohshima A, Ito T, Sumiyoshi Y, Hyodo I.	Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients.	Ann Oncol.	19	49-55	2008
K Yamaguchi, M ishikawa, Y takada, R hamazaki, Y hamada, T Fukuchi, H Muramatus, H Ito, T Iwase, Y Kitamura, Y Abe, Y Hirose, T Horiuchi	Cancer patients' distresses and inquiries: proposal of four-level classification based on consultation service and questionnaire survey	Cancer Sci	98(4)	612-616	2007
Kodama Y, Kami M, Yuji K, Kuboya M, and Komatsu T.	Feasibility and obstacles in home chemotherapy for malignant lymphoma.	International Journal of Hematology	86(5)	418-421	2007

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床究事業

在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究

平成19年度 研究成果の刊行物・別刷

Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer

Toru Okuyama^{1,2*}, Chiharu Endo^{1,2}, Takashi Seto³, Masashi Kato², Nobuhiko Seki³, Tatsuo Akechi¹, Toshiaki A. Furukawa¹, Kenji Eguchi⁴ and Takashi Hosaka²

¹ Department of Psychiatry and Cognitive-behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences, Nagoya, Japan

² Course of Specialized Clinical Care, Psychiatry, Tokai University School of Medicine, Isehara, Kanagawa, Japan

³ Course of Internal Medicine, Medical Oncology, Tokai University School of Medicine, Isehara, Kanagawa, Japan

⁴ Oncology Center, Tokai University School of Medicine, Isehara, Kanagawa, Japan

*Correspondence to:

Department of Psychiatry and
Cognitive-behavioral Medicine,
Nagoya City University
Graduate School of Medical
Sciences, Mizuho-cho, Mizuho-
ku, Nagoya 467-8601, Japan.
E-mail: okuyama@med.
nagoya-cu.ac.jp

Abstract

Purpose: To explore cancer patients' concerns about emotional disclosure (ED) to their physicians, and to investigate the factors associated with them.

Subjects and Methods: Randomly selected ambulatory patients with lung cancer participated in this study. An 18-item questionnaire to assess patients' beliefs regarding ED to their physicians was developed for this study. Factor analysis was used to extract the underlying factors of this scale. Patients were asked to answer this questionnaire along with other self-administered questionnaires.

Results: Complete data were available from 104 patients. Four factors were extracted by factor analysis: 'Hesitation to disturb the physicians by ED', 'No perceived need for ED', 'Negative attitude towards ED', and 'Fear of a negative impact of ED'. All factors reached standards of internal consistency. The prevalence of the above concerns, in that order, among the patients was 68, 67, 46, and 20%. Patients with high distress levels were significantly more likely to endorse 'Negative impact' ($p = 0.02$). Older patients were more likely to report 'Negative attitude' ($p = 0.06$), whereas male patients were more likely than females to report 'Hesitation' ($p = 0.05$).

Conclusion: Knowledge of such patient-related barriers should better prepare physicians to build good communication channels with their cancer patients.

Copyright © 2007 John Wiley & Sons, Ltd.

Keywords: cancer; oncology; communication; psycho-oncology; depression

Received: 12 March 2007

Revised: 1 July 2007

Accepted: 7 July 2007

Introduction

Cancer patients frequently have psychological distress. The prevalence of major depression and adjustment disorder among these patients have been reported to range from 5 to 35% [1]. Since depression is not only distressing and disturbs the patients' quality of life, but also kindles the desire for death, affects usage of health care and poses a burden for the family; intensive treatment of depression in these patients is essential [2].

Delivery of supportive and palliative care, including psychological support, is one of the primary tasks of oncologists. A global Core Curriculum in Medical Oncology, released by the American Society of Clinical Oncology (ASCO) and European Society for Medical Oncology (ESMO), includes 'Psychosocial aspects of cancer' as one of the topics [3]. The Japanese Society of Medical Oncology has also implemented this curriculum.

An accurate evaluation of the symptom severity is crucial to the provision of optimal symptom management. Emotional disclosure (ED) by patients themselves is a primal source of assessing the degree of psychological distress in the patients. However, patients often hesitate to share their emotional distress and/or concerns with their physicians [4,5], even though most consider their attending oncologist as an invaluable person with whom to discuss their emotional distress [6]. A survey of cancer patients' preferences for discussing their psychological problems showed that 67% of cancer patients were willing to discuss their problems with the physicians, but 26% were willing to do so only at the initiative of their doctor [4]. Furthermore, one study indicated that patients with higher degrees of distress were less likely to disclose their concerns [5].

Why are they reluctant to do so? To the best of our knowledge, few studies have been conducted to explore the concerns for patients who do not

discuss their emotional problems with their physicians in the cancer care setting. A study in the general practice setting in UK investigated the reasons for patients not discussing their emotional problems with their physicians [7], and identified the top two reasons as 'doctors do not have enough time' (48%), and 'there is nothing that the doctor can do' (39%). Another study conducted in the general practice setting in New Zealand revealed that patients believed that 'their general practitioner was not the best person to talk to' (34%), and 'mental problems should not be discussed at all' (28%) [8]. These may also be applicable in the cancer care setting [9,10].

The purpose of this study was to explore the cancer patients' concerns about ED to their physicians, and to investigate the factors associated with them.

Subjects

The study subjects were ambulatory patients with lung cancer attending the outpatient clinic of the Respiratory Medicine Division of Tokai University Hospital, located in a suburban residential area, about 50 km from Tokyo, Japan. We chose this population as subjects since provision of better supportive care for them is urgently and highly required. In a study examining psychological distress and its relation to the site of cancer, Dugan *et al.* reported that primary lung cancer was strongly associated with psychological distress in cancer patients [11]. In addition, Zabora *et al.* and Carlson *et al.* have demonstrated that the highest prevalence of psychological distress was observed among patients with lung cancer [12,13]. The incidence of lung cancer in Japan is increasing, and it is the commonest cause for all cancer mortality in Japan and accounts for 18% of all cancer deaths. Furthermore, the prognosis of patients with lung cancer has been poor.

The eligibility criteria were (a) 18 years of age or older, (b) informed of the cancer diagnosis, (c) well enough to complete the questionnaire and participate in a brief interview, and (d) not suffering from severe mental or cognitive disorders. We selected participants at random using a visiting list and random number table only for logistic reasons (to control the number of patient enrolled per day).

This study was approved by the Institutional Review Board and Ethics Committee of Tokai University, Japan. Written consent was obtained from each patient after a thorough explanation of the purpose and method of the study.

Methods

Patients were randomly sampled using a planned visiting list and a table of random numbers. After

informed consent had been obtained, the patients were asked to complete the self-administered questionnaires described below at home and mail them the next day. In the case of inadequate answers, clarifications were sought over the telephone.

Reluctance for emotional disclosure

The Reluctance for Emotional Disclosure Questionnaire (REDQ) was developed for this study to investigate the patients' beliefs which might affect their ED to physicians, as there was no appropriate instrument available previously for this purpose. First, we conducted a systematic review to collect and create items that could be useful. Papers focusing on stigma, under-recognition, under-treatment of depression [14,15] or other symptoms such as pain [16] and fatigue [17] in cancer and non-cancer populations, or medical staff-patient communication [7,9,10] were investigated. Then, we developed a draft of this scale based on the review, and asked 10 inpatients with lung cancer to complete them. In-depth discussions about the issue were also conducted with them. The items with small between-patient variability were deleted. Finally, an 18-item questionnaire was developed. Each item was to be rated on a 5-point Likert scale (1[not at all] to 5[very much agree]).

Psychological distress

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to evaluate the psychological distress level of the cancer patients. This questionnaire, developed by Zigmond *et al.* [18], is composed of a 7-item anxiety subscale and a 7-item depression subscale to assess the patients' condition over the preceding week. The characteristic of this scale was that questions about physical symptoms were not included in this scale. We have established the reliability and validity of the Japanese version of this questionnaire in cancer patients [19]. The optimal cutoff point for screening high distress (adjustment disorder or major depressive disorder) was $\frac{10}{11}$.

Sociodemographic and biomedical factors

An *ad hoc* self-administered questionnaire was used to obtain information on the sociodemographic status, including marital status, level of education, and employment status. Performance status, as defined by the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), was evaluated by the attending physicians. All other medical information (clinical stage and anti-cancer treatment) was obtained from the patients' charts.

Statistical analysis

Factor analysis followed by Varimax rotation was conducted to extract the underlying factors of REDQ. The number of items was identified by Keiser's criterion (eigenvalue of 1.0 or greater). Items having factor loading scores of less than 0.50 on all factors were deleted from each subscale to clarify the meaning of each factor. We calculated the average of the constituent items for each subscale. The reliability of the scale was evaluated by calculating Cronbach's alpha coefficient, a measure of the internal consistency of the responses to a group of items.

To determine the correlated factors, univariate analyses between each factor and the independent variables were performed using unpaired Student's *t*-tests. A *p* value of less than 0.05 was adopted as the significance level in all of the statistical analyses, and all *p* values reported are two-tailed. All statistical procedures were conducted with the SPSS 13.0J version software for Windows.

Results

Patient characteristics (Table 1)

Data were available for 104 cancer patients. A pool of 123 potential lung cancer patients was identified for the study. Nineteen patients (16%) were excluded, including 5 (4%) who refused to participate, 5 with cognitive disturbances, 4 (3%) with serious illness, and 5 for other reasons. The patient characteristics are summarized in Table 1; of the total, 77% had advanced cancer (stage IIIb, IV, or recurrence). The mean HADS total score was 12.6 ± 7.4 , and 58% scored above the validated cutoff of HADS for adjustment disorder and major depressive disorder (a score of 11 or more on a HADS total scale). Two physicians were enrolled in the study. Patients had been followed by the same physician and one physician had followed the majority of patients (87%).

Reasons for reluctance for ED; extracted from REDQ (Table 2)

Four factors were identified by Keiser's criterion. The results of the factor analysis are shown in Table 2. The first four variables comprising 'No perceived need for ED' showed significant loading on Factor 1. Two items, including items related to 'Fear of negative impact of ED' loaded on Factor 2. Four items related to 'Negative attitude to ED' loaded on Factor 3, and three items representing 'Hesitation to disturb physicians with ED', showed high loading on Factor 4. After deleting six items having item loading <0.50 on any factors, we repeated factor analysis and found the same factor loading pattern. Factor 1 accounted for 21%, Factor 2 for 13%, Factor 3 for 14%, Factor 4 for 13% of the total variance in the data. Cronbach's alpha coefficients showing internal consistency reliability ranged from 0.72 to 0.86, indicating substantial consistency (Table 3). When we used a cutoff to determine reluctance in an expedient manner, the most frequently endorsed reason was 'Hesitation' (68%), followed by 'No perceived need' (67%). About 90% of the patients had one or more reasons. Even if we excluded 'No perceived need' from the analysis, 77% of the patients had at least one reason and 44% had two or more reasons.

Factors correlated with each subscale of the REDQ (Table 4)

The results of univariate analyses are shown in Table 4. Patients with high distress levels were significantly more likely to endorse 'Negative impact' (*p* = 0.02), whereas patients with low distress levels were significantly more likely to endorse 'No perceived need'. 'Negative attitude' and 'Hesitation' were not correlated with the level of distress. With regard to demographic factors, older patients were more likely to report 'Negative attitude' (*p* = 0.06), whereas male patients were

Table 1. Demographical and clinical characteristics of patients (N= 104)

Sample characteristic		N	(%)
Age (year)	Mean: 65 (SD=10); median: 65 (range, 43–84)		
Sex	Male	82	78
Spouse	Married	81	22
Job	Employed (full-time/part-time)	27	26
Clinical stage	Advanced (IIIb, IV, or recurrence)	80	77
ECOG performance status ^a	0	21	20
	I	77	74
	2 or worse	6	6
History of anticancer treatment	Operation	15	14
	Chemotherapy	95	91
	Radiation therapy	97	93
Days after diagnosis	Mean: 358 (SD=502); median: 159 (range, 24–2413)		
HADS total score	Mean: 12.6 (SD=7.4); median: 12 (range, 0–30)		

^aECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.

Table 2. Factor loading pattern (followed by varimax rotation) of the Reluctance for Emotional Disclosure Questionnaire (N= 104)

Items	Factor			
	No perceived need	Fear of negative impact	Negative attitude	Hesitation
No support is needed for my emotional distress, because it resolves spontaneously	0.88	-0.21	0.13	0.03
No support is needed to deal with my emotional distress, because I can deal with it by myself	0.85	-0.04	0.18	0.05
No support is needed for the emotional distress, because its occurrence is natural	0.81	0.03	0.20	0.09
My emotional distress is not as serious as my other problems	0.51	0.08	-0.02	0.11
I would rather want my doctor to spend time in treating my cancer than spend time on reducing my emotional distress	0.36	0.32	0.25	0.13
My relation with my doctor will become poor if I discuss my emotional distress with them	0.00	0.80	0.14	0.04
If I describe my emotional distress to my doctor, they will conclude that I will not tolerate my cancer treatment	-0.05	0.74	0.17	0.05
I have no intention of notifying my doctor about my emotional distress	-0.18	0.43	0.20	0.26
My doctor is not interested in my emotional distress	-0.01	0.40	0.38	0.39
It is not the role of my doctor to reduce my emotional distress level	0.26	0.34	0.05	0.25
In general, I do not like to speak about my emotions	0.07	0.09	0.86	0.17
I do not like to speak about my emotional distress with any medical staff	0.09	0.40	0.61	0.16
Talking about my emotions will not alter any radical treatment	0.18	0.15	0.58	0.04
I leave the matter of my psychological distress up to my doctor	0.29	0.09	0.42	0.23
My doctor doesn't have enough time to talk about my psychological distress	0.05	0.07	0.16	0.79
My doctor doesn't ask me about my emotional distress	0.14	0.03	0.07	0.69
I don't want to bother my doctor by bringing up my emotional distress	0.17	0.42	0.12	0.51
I try not to complain of my emotional distress to my doctor	0.14	0.28	0.35	0.48

Table 3. Descriptive data and reliability of the Barriers Questionnaire (N= 104)

Subscale	Number of items	Mean \pm SD	Median	Cronbach's alpha coefficient	Percentage of patients endorsing ^a
No perceived need	4	2.4 \pm 1.1	2.3	0.86	67.3
Fear of negative impact	2	1.4 \pm 0.7	1.0	0.81	20.2
Negative attitude	3	1.9 \pm 0.9	1.9	0.76	46.2
Hesitation	3	2.6 \pm 1.1	2.6	0.72	68.3
Total scale	12	8.3 \pm 2.4	7.8	0.78	—

^aDefines the cutoff of ≥ 2 as indicating reluctance.

more likely than female patients to report 'Hesitation' ($p = 0.05$). However, these differences did not reach the conventional statistical significance level. The level of education and marital status were not associated with any of the factors.

Additionally, we investigated whether physicians' individual characteristics have an influence on the level of patients' reluctance by examining the differences in the severity between patients seen by one physician and those seen by the other physician, and only the level of 'No perceived need' was found to be significant.

Discussion

It is often assumed that cancer patients may be reluctant to talk about their psychological distress to the medical staff [20]. This is the first study to

intensively investigate cancer patients' concerns about ED to their physicians. Factor analysis allowed us to conceptualize four categories of concerns about ED; 'No perceived need for ED', 'Fear of negative impact of ED', 'Negative attitude to ED', and 'Hesitation to disturb physicians with ED'. The four-factor construct found in this study was statistically valid and reliable, and also meaningful from the clinical point of view. Understanding the patients' concerns about ED through these four aspects would allow us to deal with this issue more comprehensively.

'Hesitation to disturb physicians with ED' was the most prevalent reason in this population. This finding was consistent with that in the previous studies [7,8], in spite of the differences in the subjects' characteristics (e.g. cancer vs primary care), study methods (e.g. quantitative vs qualitative), or cultural background (e.g. oriental vs

Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress

Table 4. Factors correlating with each subscale ($N = 104$)

Potential factors		Subscales								
		No perceived need			Fear of negative impact		Negative attitude		Hesitation	
		N	Mean	p	Mean	p	Mean	p	Mean	p
<i>Demographic factor</i>										
Age	< 64	51	2.3	0.64	1.4	0.71	1.8	0.06	2.4	0.15
	≥ 65	53	2.4		1.4		2.1		2.7	
Sex	Male	82	2.5	0.17	1.4	0.35	1.9	0.91	2.7	0.05
	Female	22	2.1		1.3		1.9		2.2	
Education	> Junior high school	73	2.3	0.30	1.4	0.48	1.9	0.38	2.5	0.46
	≤ Junior high school	31	2.6		1.5		2.0		2.7	
Spouse	Married	81	2.4	0.44	1.4	0.49	1.9	0.78	2.6	0.58
	Others	23	2.2		1.5		1.9		2.4	
Job	Having full-time or part-time job	27	2.2	0.37	1.5	0.44	1.8	0.44	2.9	0.10
	Others	77	2.5		1.4		2.0		2.5	
<i>Medical factor</i>										
Performance status	0	21	2.7	0.10	1.6	0.25	2.0	0.84	2.7	0.37
	I or worse	83	2.3		1.4		1.9		2.5	
Clinical stage	Advanced (IIIb, IV, recurrence)	80	2.3	0.36	1.4	0.80	1.8	0.05	2.6	0.99
	Non-advanced	24	2.6		1.4		2.3		2.6	
<i>Psychological factor</i>										
HADS total score	≥ 11	60	2.2	0.02	1.5	0.02	1.9	0.74	2.6	0.47
	< 11	44	2.7		1.2		1.9		2.5	

occidental culture) among these studies. Such hesitation must hamper effective communication and make it difficult to recognize patients' emotional concerns, and furthermore, may negatively influence other outcomes, such as symptom control [21]. Also this study found that this attitude was more prevalent in male than female patients, indicating gender differences in emotional expressiveness. Physicians should thus understand the patients' hesitation, and give them clear messages to let them know that they are indeed interested in their psychological problems.

About a half of the patients had a 'Negative attitude to ED'. The result that older patients were more likely to endorse this attitude may indicate some relation to Japanese traditions which place much value on being modest and reserved. Many other beliefs may underlie this attitude such as cultural background and stigma attached to psychological problems, and further research is needed on this issue. We did not consider the results to imply that it might be harmful to ask the patients about their emotional distress. Rather, physicians should make enquiries about their patients' psychological distress, as also about their preferences for dealing with the problems.

In clinical settings, reluctance about ED is the most problematic, especially in patients with high levels of distress. Thus, sufficient attention must be paid to 'Fear of negative impact of ED', although the prevalence was relatively low in this study population. The significant association of this factor with the HADS score suggested that this

concern may arise from a pessimistic way of thinking influenced by depressive mood; alternatively, there may be common mediators, such as a personality trait of neuroticism. Patients having such concerns may also be at a high risk of underestimating their psychological distress.

The score of 'No perceived need for ED' was significantly lower in patients who had low levels of distress than in those with high levels of distress. This indicated that the patients' awareness regarding the need for psychological care may be reliable, we, however, should bear in mind that a subset of patients might be in a denial process [22], and as a result they might report a high level of 'No perceived need'. Physicians may acknowledge that emotional communication may not always be required by the patient, especially when denial works adaptively.

Considering the interactive nature of communication, each physician's attitude and atmosphere should influence whether patients feel safe to share their emotional experience or not. The physicians' cultural background may also affect their communication style. Including physicians' perspective in the future study may be fruitful, and may enhance the generalizability of the findings.

Several limitations of this study deserve mention. First, we had to use an *ad hoc* questionnaire to investigate the reluctance on the patients' part for ED. No validated questionnaire had been developed before for this purpose, therefore, we developed our own following the standard procedures for scale development and arrived at meaningful

subscales with adequate reliability. In addition, the possibility of biases originated from the questionnaire's characteristics, which focused entirely on the potential for a negative interaction as one of the limitations that should be stated. Second, the sample size was not sufficient for conducting factor analysis for an 18-item questionnaire, but deletion of six items did not influence the factor structure and we were able to arrive near the usually recommended item, that is, a patient ratio of 1:10. Third, this was a single-institution study and included Japanese patients with lung cancer. Adequate care must be given before generalizing the findings to other populations. Especially, the external validity of the REDQ has not yet been established. Further studies should be undertaken to utilize this questionnaire among patients with different characteristics.

Despite these limitations, we believe that the findings of this study would be meaningful for improving the emotional communication between patients and physicians. Removing barriers that prevent effective communication is the first step towards providing psychological care. Physicians should be aware of their patients' hesitation for ED, and clearly convey to them that they are indeed interested about the psychological problems of their patients, by regularly making enquires to determine their psychological status. They also need to keep in mind that each patient has different care needs. Patients should be given the opportunity to learn that their physician is a primal source of emotional support, and that they are ready to listen to the patients' stories. Further research is needed to examine whether the reluctance is actually associated with under-recognition of the distress by physicians, and how the reluctance for ED influences the patients' outcome, such as the severity of depression.

Acknowledgements

This work was supported in part by Grants-in-Aid for Cancer Research and the Second Term Comprehensive 10-Year Strategy for Cancer Control from the Ministry of Health, Labour and Welfare, and a Grant-in-Aid for Young Scientists (B) from the Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan.

References

- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;**52**:89–99.
- Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000;**132**:209–218.
- Hansen HH, Bajorin DF, Muss HB, Purkalne G, Schrijvers D, Stahel R. Recommendations for a global core curriculum in medical oncology. *J Clin Oncol* 2004;**22**:4616–4625.
- Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 2000;**18**:3295–3301.
- Heaven CM, Maguire P. Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med* 1997;**11**:283–290.
- Okuyama T, Nakane Y, Endo C et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments—comparison with Japanese lay public. *Psycho-Oncology* 2007;**16**:834–842.
- Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 1999;**49**:875–879.
- Bushnell J, McLeod D, Dowell A et al. Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Fam Pract* 2005;**22**:631–637.
- Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999;**35**:1415–1422.
- Ryan H, Schofield P, Cockburn J et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005;**14**:7–15.
- Dugan W, McDonald MV, Passik SD, Rosenfeld BD, Theobald D, Edgerton S. Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psycho-Oncology* 1998;**7**:483–493.
- Carlson LE, Angen M, Cullum J et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004;**90**:2297–2304.
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001;**10**:19–28.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;**94**:326–336.
- Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *J Am Med Assoc* 1997;**277**:333–340.
- Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2002;**99**:385–396.
- Passik SD, Kirsh KL, Donaghy K et al. Patient-related barriers to fatigue communication: initial validation of the Fatigue Management Barriers Questionnaire. *J Pain Symptom Manage* 2002;**24**:481–493.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**67**:361–370.
- Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998;**28**:333–338.
- Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998;**16**:1594–1600.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;**152**:1423–1433.
- Vos MS, de Haes JC. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psycho-Oncology* 2007;**16**:12–25.

<座談会>

がん患者の継続医療

—病院から地域へ—

蘆野 吉和*¹ 城谷 典保*² 福田 能啓*³〔*Jpn J Cancer Chemother* 34(Suppl II): 155-164, December, 2007〕

蘆野 (司会): 現在, 医療政策が大きく変わっています。病院ですべてを解決するのではなく, できるだけ最期は自宅で看取するような体制に医療制度が移りつつあります。この根拠としては, がん対策基本法, 第5次改正医療法があり, また, 2006年からすでに診療報酬と介護報酬において, 在宅でのがん治療を推進するように診療点数が変わってきています。これを具体的に説明しますと, がん対策基本法の第16条に「国及び地方公共団体は, がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること, 居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること」と明記され, 国と地方公共団体, 病院も含めて, この体制を作ることが義務化されたことが一つあげられます。

第二に, 2006年に改定となった診療報酬では, 「早期の在宅復帰と必要な支援」のため, 在宅療養支援診療所が新設され, がん患者であってもできるだけ在宅で看取る仕組みができたこと, 介護報酬改定では二つの大きな変更点があり, がん末期で40歳以上65歳未満の人を介護保険の適用にしたこと, 自宅あるいは居宅でも看取りができるような報酬制度が変わったことで, がんの人を最終的には自宅あるいは居宅で看取れるような介護保険あるいは在宅医療のシステムができました。また2007年から施行された第5次改正医療法のなかにも幾つか在宅に関する項目があり, 「医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進」のなかに, 「脳卒中, がん, 小児救急等事業別の具体的な医療連携体系を位置づけ(医療法)」とあり, がんであっても急性期から在宅で

の療養に至るまで, 連携体制を取りながらみていくという改正が行われています。「在宅医療推進のための規定の整備」のなかには, 「希望する場合の選択肢になり得る体制を地域において整備する」とあり, どの場においても, そこで療養できるように, 「身近な人に囲まれて在宅で死を迎えることを選択できるよう, 支援する体制を構築」するとあります。

がん患者では治らない人が約半数いるわけですが, その半数の人に対して最終的な看取りの場は病院ではなく, 居宅を含めた在宅での看取り, 在宅での緩和ケアの提供体制の整備, 病診連携あるいは地域のなかでの連携体制を作っていくことが, 今後の大きな課題となってきました。

では具体的にはどのような提供体制を作るかということ, 地域緩和ケア支援ネットワークとして, 急性期対応病院あるいは地域がん診療連携拠点病院などがあり, この病院といわゆる在宅側が連携を保ちながら, がんの緩和ケアを含めた継続したがん診療, がん医療を行うことが必要になってきています。

そして, この在宅側の受け皿としての在宅医療の整備が実際に着々と行われている現状があるのですが, 病院側の体制が今のところまったく整っていないわけで, これをどのようにしていくかが今後在宅との継ぎ目のない継続した医療を構築するために非常に重要となってきています。

そこで, 今回は, この病院から在宅への流れをどのようにして作っていくかについて話を進めていきたいと思っています。

*² 東京女子医科大学八千代医療センター・外科*³ 兵庫医科大学 臨床栄養部・総合診療内科

はじめに、このような現状の医療体制の変化に関して実際に起こっていることについて、何かご意見があればお願いいたします。

城谷: こういう政策誘導的な仕組みが法律とか厚生労働省の政策誘導、診療報酬を含めて行われているが、現実には病院から退院する仕組みが必ずしもうまく作れていません。たとえば都会の東京であれば、一部に在宅療養支援診療所という開業医の動きがあるが、これと病院との間のつながりがまだまだ個別なところで行われています。

たとえば新宿区の場合であれば、在宅療養支援診療所の先生を結ぶ幾つかの急性期病院との間に月1回ずつ連絡協議会をもって患者が流れているという仕組みは地域によってはあるが、都会から少し離れた郊外型になるとまったくそういう仕組みがなくて、従来の開業医の先生がいて、急性期だけの治療が行われて、「さあ、帰りなさい」、再発した時に、「ここは急性期だからもう入れないので、どこか病院を探してくれ」ということで、患者・家族にとっては継続医療が保証できないような現状があります。一部の地域では少しずつ進みつつあるが、多くの地域ではまだ急性期病院のなかに帰すための仕組みをもっていないというのが現状ではないかと思います。

蘆野: 現状では急性期医療が終わった時点で、追いだされていることがあって、まったく継続性がない医療が行われています。従来は、ある程度病院がサポートしていた部分を、もうサポートしきれない、在院日数短縮という病院経営の課題があり、サポートがないまま追いだされます。

特に大都市の大学病院の場合にはその傾向が強く、地域の人々が来るわけではなく、他の地域の人たちが大学病院に集まってきて、急性期型のがん治療をやっているわけですから、治療効果がなくなると「地域に帰りなさい」という形になっています。しかし、その受け皿が地域の病院にもまったくないという状況があるわけです。

治療効果がある時はよいけれど、効果がなくなった場合、その後の医療の提供は、別のところでやりなさいという傾向が最近できてきています。兵庫ではどうでしょうか。

福田: 兵庫の話をする前に、国は在宅へと勤めていますし、われわれも在宅へ、在宅へという形で今推進している立場にあるのですが、最初に在宅はなぜよいかということのコンセンサスについて質問したいのですが。

蘆野: 私が在宅緩和ケアで学んだこととして強調したいことの第一点は、看取りという場面においては病院は適切な場ではないということで、むしろ、自宅あるいは自宅に近い環境で看取りが行われることが社会的に非常に重要であるという点です。

第二点として強調したいことは、今までは病院で緩和ケアを行うことが普通でしたが、在宅でも十分にできること。また、在宅での緩和ケアでは、家族がそばにいる、あるいは自分の住み慣れた場所にいるということが症状コントロールに非常にプラスになっていて、そういう意味ではむしろ病院よりは症状が軽くて楽に生きられるということも確かで、そのことが実際にわかった上で希望する人がいる場合に、それに対応できるシステムを作っていくと、ある程度の数の人たちが自分の人生を全うできる可能性がでてきます。そういう人たちはアンケート調査では5割はいるし、実際に在宅緩和ケアの説明をすると、半分ぐらいは在宅に移行します。在宅のシステム、在宅緩和ケアのシステムを作ること、そのような選択肢を作ることは非常に重要なことです。看取りの問題と、社会のニーズを考えると、在宅という選択肢を置くことは意味があります。

一方、国が心配しているのは医療費の問題ですが、それはわれわれにとっては二の次であって、先ほどの社会のニーズと、地域のなかでの看取りの重要性がむしろ今評価されなければならないと、私は強調したいのです。福田: 要するに国が在宅へ、在宅へと進める一つの理由は(医療費削減ですが)、管理している全部の部分を合計していけば、医療費は入院しているよりも在宅のほうが本当は高くなるのです。ですから在宅というのは決して国の医療費削減にはなっていないのですよね。

城谷: それはかかったものすべてを費用として換算しないから結果的に安くなっているのです。

福田: いや、安くなっているというか、たとえば在宅の点数をどんどん高くして在宅を進めようとしているでしょう。しかし、国は決して在宅のほうで安くなっていくだけの方策でいていないのではないのでしょうか。あくまでもこれは“錦の御旗”というわけじゃないですが、患者と家族のQOLというか、その満足度が基本になっているから、在宅へというふうになっているのですね。

蘆野: 今、在宅医療を推進したいと考え実践している人は、患者や家族のQOLの向上をめざしてやっている部分があるのですが、国の政策としてはそれでは動かないので、やはり医療費を削減できることを強調するわけです。この根拠になるのは、入院して終末期の1か月に使われている医療費が、平均して1か月当たり130万円ぐらいと試算されています。これは過剰医療が行われているためで、在宅医療と同じように必要のないことをやらなければ、実際には1日につき在宅と比べて入院費は1万5,000円とか2万円違うぐらいです。では、実際に在宅ではどのぐらい費用がかかっているかという、薬の使い方によって違いますが、使われている医療費として

は1か月当たり20~30万円です。自宅だと介護用品をそろえなければいけないとか、家族が仕事を辞めて付かなければならないので経費がかかるといわれますが、病院に入院した場合も家族に付いてもらわないと患者の症状を緩和することが難しい場合も多く、できるだけ付いてもらいます。すると状況は同じで、家族にとって病院だとゆっくり休めないし、病院に行くまでの交通費といった経費などを考えても、医療費以外の部分でも決して病院のほうが安いというわけではありませんし、自宅のほうが高いということでもありません。

したがって、1人当たり今の2~3倍の医療費、たとえば1か月に60万円とか70万円ぐらいかけても、1人につき50万円くらい安くなります。ヘルパーを1日置いたとしても、せいぜい1万円です。それから考えると医療費がたとえば1人当たり50万円安くなると、年間に100万人亡くなっていますので、かなりの金額になります。福田:それは医療費でしょう。家族は関係ないですね。家族はたとえば病院だったら高額でいくらかかっても頭打ちになるでしょう。

そういう意味では、家族の立場からいえば満足度だけですよ。病院で白い壁のなかで最期を看取られるか、それとも家でアットホームで、「おじいちゃん」、「おばあちゃん」と家族が集まって看取られるかという問題になるから、そうするとQOLですよ。それは患者と家族のほうの立場からいうとそうだけれども、医療の立場からいうと看取りを近くの診療所の先生がやる場合には、積極的にやるかやらないかというのは、その看取りをする診療の管理料の問題になってきます。たとえばその診療を無料でやれといっても、その地域の先生は受け入れないですよ。要するに私が何をいいたいかというと、たとえば在宅を推し進めているなかであっても、時には患者がQOLというのが錦の御旗になる視点になるし、医療費削減の問題になるし、開業医の先生は儲かるし、では病院はどういう意味合いがあるのか、それぞれの立場があり、それが全体的に包括的に理解できなくて、なんとなくぐしゃくして進んでいかないのかというふうに思ったので、あえて逆質問のような形で、なぜ在宅なのかということをお聞きしたわけです。

先ほどの話に戻ると、私のほうで開業医の先生とか患者でどうするかという話を今経験している問題点をまとめてみますと、在宅の看取りでも何でもやってくれるという診療所もたくさんあります。しかし、実際にはそこに紹介されてない状況です。「いいよ、全部やるよ」と、当院で化学療法をやっている開業された先生も何人もいますが、「ちっとも紹介が来ない。ちっとも紹介してくれよ」といわれます。私だったら紹介するけど、私が今い

るのが総合診療科というところで、消化器科にいるわけではなくて、産婦人科にいるわけではなくて、耳鼻科にいるわけではなくて、泌尿器科にいるわけでもないから、化学療法をする患者を紹介する力も何もない、ということが一つあります。

もう一つは診療所の先生で「引き受けてもよいが、どうしたらよいですか」と聞く人もいます。ということは、やる気はあって引き受けてくれる気はあるけど、スキルがないということで、そのスキルをわれわれはどこでどういうふうにしたらよいのでしょうか、みたいなことをいっている先生がいます。やりたいけどできないか、やる気はあるけど来ないかというのが一つと、もう一つは紹介する基幹病院や大学病院など、紹介する側の先生の動線が脱線しているか、さもなければ絶縁してしまっているというか、うまくラインが稼働していません。これはもう一度敷設しなおさなければいけません。そういう役割が一つあるのではないかと思います。

もう一つ私が考えていたのは、当病院では今各科で、特に産婦人科と消化器科はがん化学療法外来という形で、8号館の4階というところに外来化学療法センターというか、点滴する前後にそのフロア全部をセンターにするという方向で、外来化学療法は病院としては経営的にプラスになるから頑張るという方向で進んでいて、現在、肺がんの呼吸器科のほうの化学療法と、婦人科の化学療法と、消化器科の化学療法と三つがそのような形で、今は10床ぐらいしかないが、そこをオープンフロア一つにしようという方向にあります。大学の意向としては、そうやって化学療法の患者をたくさん抱えようという方向性だと思います。しかし、産婦人科10例、消化器科10例、呼吸器科10例、泌尿器科10例、耳鼻科10例、大腸がんの外科が10例とか、それぐらいの患者で、その日に1日来たとしても、今でも70例になります。各科の患者が40例、50例になったらとてもできないわけで、各科で抱えている患者を近くの診療所に送りたいといっても送るルートもないということで、総合診療科というか、統合診療科というか、全部の科の化学療法が必要で、在宅で管理ができそうだという患者をどこかの大きな基幹病院がまとめた場所に集めて、登録するなり何なりして、コーディネーターと医師がいるような形で、どこか近くへ勤めるのはどうですかということを、各科に提案するということが必要ではないかと思います。蘆野:先ほどと話が重複しますが、病院に勤務しているがん診療医が在宅医療を念頭に置いた情報を流していないことがあって、実際には受け入れ側の体制は少しずつ整備されてきているが、大学を含めた病院の勤務医でそのことを知らない人が結構います。その延長線上です

が、がんの化学療法の問題があります。特に消化器がんのような固形がんの場合には、がんが残っているとほとんど治りません。最終的に治らないと判断された場合はどうするかという、そこを全然だれも考えていません。今後は個人的な勤務医の努力に任せるのではなく、病院として治療で治らない人をどうするかということをきちんと考えていく必要があると思います。

一方、今、在宅側ではいわゆる在宅療養支援診療所に対してスキルをどう教育するかという点について、具体的な施策が検討されています。現在はまだそういうスキルがない状態ですが、将来的、といっても2~3年のうちに、しっかりとした研修を受けて初めて在宅療養支援診療所の看板が掲げられて、そういうお墨付きをもらったところには大きな収入が入るようなシステムになっていくことは間違いないと思います。

福田: 在宅療養支援診療所というのは在宅で化学療法もやってくれるのですか。

城谷: それはその先生のスキルです。私は週1回、在宅療養支援診療所にいっていますが、私の後輩で、大学病院で勤務していた人がやっている所以他们はやれます。ただ、いろいろな幅があり、普通の内科の先生も手をあげているし、緩和ケアというのはがんだけではなく、COPDもあるし、在宅療養支援診療所と一括しても、その先生の得意な領域によって全然違うでしょう。その人がもともと化学療法の経験があれば見よう見まねでやれますが、公の仕組みとしての制度はないです。ですから、やらないといけません。

福田: 日本在宅医療研究会で看護師と薬剤師のための外来化学療法セミナーをやって、受講証や修了証をだす業務をしています。私のところの近くの開業医の先生で積極的にやりたいけれどもスキルがないという先生が何人もいます。そういう先生にはセミナーをなるべく経験してもらおうということ、日本在宅医療研究会は責任というか、解決していかなければならないテーマの一つではないでしょうか。

蘆野: その点に関しては、在宅側から一つ問題提起がなされていて、外来がん化学療法がいろいろな病院でアクティブに行われているのは事実ですが、ただ、その一方で先ほど城谷先生がいわれたように、効かなくなった時に、そのまま在宅側に投げ捨てる場合が多いのです。完全に動けなくなった時点で紹介されます。亡くなる2~3日前とか1週間前に紹介されるので、非常に困る状況があります。

そこで、外来化学療法を受けている患者は、ある程度効果がある時期もありますが、必ず効果がなくなる時期を迎えるので、その場合にはできるだけ早めにかかりつ

け医に紹介してもらい、あるいはその前の時点で紹介してもらって一緒に診てもらおうシステムが必要ではないかと考えます。

また、もう一つ大事なことは、外来化学療法に携わる医療従事者は在宅も含めた緩和ケアの情報も知らなければなりません。これが2006年から外来化学療法セミナーに緩和医療に関する講義を入れている理由であり、今回のセミナーもそれを入れていただきました。化学療法をどこで止めるかという問題はありますが、二人主治医制にして、できるだけかかりつけ医と一緒に診ていくシステムを上手に作っていかねばいけないのではないかと思います。実際にそのようなことができるのでしょうか。

城谷: 今、われわれがやっている試みで、新しい八千代医療センターでは外来化学療法をやる先生方は必ず緩和ケアチームのカンファレンスにもでなさい、自分たちの困った症例は病院のなかの緩和ケアチームにかけて、今こういう状況で化学療法が行なわれているけれども、将来的にはこのようになることが明らかなら彼らのアドバイスをもらいながら化学療法をやりなさいということで、両方を掛け持ちさせています。それは手身近なところで大きな仕組みではないが、化学療法というのはいずれ緩和ケアに移行しなければいけない時期があるので、そういう接点を常に持たせておかないと、チームのなかで患者を診ているという考え方でないと、ただ主治医として化学療法だけをやっていて、自分の能力を越えたところで患者を放りだしてしまいます。継続医療という観点からは、個人だけで化学療法をやるのではなくて、化学療法のチーム、緩和ケアのチームが患者・家族にとっての継続医療を支持するような形で全体を組み立てないと、それぞれがばらばらだったら、化学療法をやっているうちはよいけれども、その次に続かないのではないのでしょうか。その辺は両方を組み合わせないと、外来化学療法というのかえって不幸な結果を生みます。

福田: 緩和ケアチームが在宅への移行へというのはどういうふうにかかわっているのですか。

城谷: われわれのところの緩和ケアチームというのは急性期病院の緩和ケアチームですから、在宅へ行って悪化した時に入院させて1週間ぐらいで症状を安定させます。それでも1回地域の先生のところに戻しています。その場合には地域の先生方と病院と両方で主治医のような形をとっていて、よい時は開業医の先生に診てもらいます。状況が悪くなったら1週間単位で入院してもらいます。最期の看取りも場合によって1週間程度なので病院で看取ってもよいわけです。それは家族の判断でどちらかで看取るという仕組みにしています。

福田: 場合によっては緩和チームが往診に行くのですか。

城谷: それは現状ではやっていません。

福田: それはできるのですか。

城谷: できます。

福田: 大学病院からいってよいのですか。

城谷: それはいいのではないですか。

蘆野: 現実には、病院の勤務医が往診した場合に、診療報酬としてはあまりもらえないですね。したがって、病院にとってメリットはないのですが、地域連携の一つのパターンとして、地域をバックアップする緩和ケアチームが病院にあってもよいわけで、病院外ですが実際には岡山県のかとう並木通り医院のグループが地域のバックアップを行っています。

また、十和田では、緩和ケアチームが往診して看取りを始めました。慣れていない地域の開業医に在宅緩和ケアをやりなさいというのはなかなか無理な話ですので、地域のサポートという形で入っています。地域によっては、病院に緩和ケアチームがきちんとできていても、地域のなかでの緩和ケアチームが十分できていない場合には、初期段階には必要になってくるだろうと思います。福田: 私もスキルがないとか不安だとかいう先生方の意見を聞くと、たとえば総合腫瘍科でも総合科でもよいですが、緩和ケアとか、そういうチームが担当してくれている地域の開業医の先生の要請に応じて、往診というかそういうところででいったり、そういうことがあったら、たぶん開業医の先生はもっと喜んで積極的にするのはないかと思えます。

蘆野: 地域のなかでの緩和ケアの資源が、どの程度成熟しているかということにかかわってくるのですが、場合によってはそういうものが必要になってくるし、恐らくがんの総合診療医のようなものがない場合に、緩和ケアチームの医師がある程度の役割を果たすことが、これからは必要になってくるのではないのでしょうか。

緩和ケアチームの役割は、今までは病院のなかで緩和ケアを普及し、病院のなかで緩和ケアを提供すればよかったわけです。ところが病院が急性期医療にかなり特化されていくと緩和ケアチームは早期に症状をとり、在宅に戻すという役割、そして、在宅側との連携をとるといった役割が急に大きくなってくると思います。

それと城谷先生の話聞いた時に思ったのは、日本在宅医療研究会が外来化学療法セミナーを主催する理由です。4年前でしたか、日本在宅医療研究会が最初にセミナーを主催したのですが、在宅の視点がある程度念頭に置いて外来化学療法を行わないと継続した医療として成り立たないということを考え、われわれの研究会がセミナーを主催することが非常に時代に合っているのではな

いかと考えたわけです。セミナーには在宅を念頭に置いた化学療法、緩和ケアとの連携も含めてカリキュラムとして必ず入れることが必要と考えています。

城谷: 今勤務医がいちばん大事なのは急性期の治療も大事だけど、亜急性期または慢性期、在宅のところのイメージ、やはり知識を持たないといけないと考えます。自分のところの病院のなかだけをみていると、自分の治療はそこで完結してしまいます。ではどうしようかといった時に、開業医の先生も知らない、周りのどういう地域にどういう資源があるかもわからない。唯一の駆け込み寺的になっている医療支援室などを使ってなんとか退院させようとしますが、病院によってその辺がある病院とない病院とで大学病院でも差があります。某大学病院は医療連携室がしっかりとあるから、意外とそこを流れていますが、もう一つの大学病院はまったくないから、医師個人が自分のネットワークのなかでやっとの思いでつないでいます。これは一個人の力では非常に無理があって、病院の仕組みとして地域の資源とどういうふうに病院を結び付けるかということを経営サービスの一環として行うことは、急性期医療をやっている病院の責任だと思います。ただ、「自分たちのやったことは終わったから、さあ、帰りなさい」といっても、患者は帰れないのだから。

福田: でも、特に大学病院はプロフェッショナル意識があるので、自分の専門領域の治療にはプロではあるけれども、全人医療が必要だとこれだけいわれていても全人医療をしていないから、全人医療がさらに必要だということになっているのですよね。

城谷: プロフェッショナルとして血液疾患の治療とか、それはいいですよ。その後の医療連携ができないなら、病院として別のやる部署を持たないといけないと思います。

福田: それを責任持ってやる部署が要るのですか。

城谷: 医師個人が頑張ってみずからやることには限界があるので、病院のなかできちんと地域と病院をつなぐような仕組みを持たないと限界がある。病院の管理者はそういうイメージで、病院と地域をつなぐ連携に努力する必要があります。

蘆野: 今、継続性のあるがん医療体制を構築するために何が重要かという、次の話に進んでいっているわけで、その一つ、病院の仕組みとして連携を担う部署がなければなりません。がんにおいては個別の治療医にかなり任されている部分が多いことと、主治医と患者あるいは家族との結び付きが非常に強いという特徴があり、むずかしいかもしれませんが主治医が意識した時に、すぐに病院のシステムとして動くような部署が必要ですね。東京女子医科大学の本院の地域連携室というのは病院の一つの

部署ということでよいわけですね。兵庫医科大学の場合はいかがですか。

福田: 地域医療総合センターというのも別にあります。その部分は総合診療科が地域連携という形で関与するという動きでずっと進んでいます。

城谷: 東京女子医科大学は現在月 300 件ぐらい地域連携しています。そのうちの 8 割はがん患者をだしています。というのは、圧倒的にがんを診ている数が多いのです。年間 2,000~3,000 人ぐらいの手術をしているのですが、その一部だけ、末期になってどうしようもなくなっている時にだしています。やはり同じような現状です。医師は自分たちの治療を最後までやって、だめだとなると、それを在宅療養支援診療所に押し付けるのです。何とかしてと駆け込み寺みたいに行くわけです。しょうがないからと、そこでいろいろ勉強してだしていますが、本当はがん治療医がもっと早い時期から将来の予想を立てて、緩和ケアとかを考えていけば、もっと早い時期に帰れています。そのイメージを持たないで化学療法ばかりがんやっている。最期の最期になってだされるから、だしても 1 週間か 10 日で亡くなるような時期にだすことになります。

福田: 当院もそういう連携をやっていますが、大腸がんの術後化学療法をやっているのは、化学療法を主にやっている先生がアルバイトにしている病院です。

呼吸器のほうの中皮腫などの化学療法とかを基金をもらったりしてやっています。アルバイトにしている病院にも、化学療法や処置などを土曜日にももらったりすることがあるようです。それは化学療法専門にやっている先生のそれぞれ個人の都合で行っており、全部ばらばらです。ですから大学全体としての仕組みではありません。

人数が少なく、10 人や 20 人しか持っていないようだったらそのままずっと持つけれど、大々的に患者が増えてきたりすれば、変則的な連携ではもたないと思います。城谷: ただ、それはおそらく医療者が自分の都合でやっていることであって、患者・家族の側からみたら、本当に仕組みがないようなものですよ。

福田: 先ほど主治医との結び付きという話がでしたが、具合が悪かったらそういう病院へ入院するとか、診療所で診てもらおうといっても、そこに大学で診ている先生が顔をださないと患者はいやだという意見もあります。

蘆野: 私の前任地の病院で、多くの患者が在宅に移行できた理由の一つは、在宅の情報を治療中にある程度流していくことで在宅医療を本人が選択できたことです。

家族と患者本人にとって、緩和ケアや在宅ケアを含めたがん医療に関する継続性のある情報が最初から手に

入っていないのが非常に大きな問題で、その情報をどのように提供するかについては個人的な医師の素質にかかわってくる問題ですが、病院としてかなり積極的に対応しないとなかなかできません。

城谷先生のところではがん診療連携拠点病院はとっているのですか。

城谷: 本院はとろうとしています。私の病院はまだです。

福田: 当院は申請中です。

蘆野: がん診療連携拠点病院は、その辺をきちんとしなければいけないというような仕組みであれば、少しはよくなるかもしれません。今のところはそういう意味においてはかなり望み薄ではないでしょうか。

城谷: 特に固形がんの化学療法をやる先生たちは、最近みんな化学療法がすごく効くとよくいうじゃないですか。今までは半年だったのが 1 年に延びるというけれど、これを患者に聞かせたら、「よく効くというけど、半年が 1 年に延びるだけだな」ととらえられてもおかしくないですよ。

蘆野: もっと長く延びるという情報がむしろ伝わっている、あるいは期待されています。

城谷: しかし、5 か月が 10 か月に延びるが、その時に化学療法をやるわれわれも含めて、最終的には治らないということ伝えていません。「やりましょう、治るかもしれません」と可能性はいうけれども、どうしても積極的に治療をやる時に、大部分だめだという否定的なことはなかなかいえません。ある程度やるなかで徐々に認識してもらいたいな感じです。

蘆野: がん化学療法は今、認定制度を作りながら、専門医が担当するシステムに移行しつつあります。以前は外科医が主に化学療法を行っていて、腫瘍内科医はむしろかなり進行したがんとか血液がんを中心に治療を行っていました。

ところが今、外科医がやっているような、エビデンスのないような治療はだめだということで、むしろ腫瘍内科ががん化学療法を担当する形に流れつつあります。

ところが腫瘍内科医は血液がんを中心とする治療を担当していたせいで、あくまでも抗がん剤治療を続ける意識が強いのではないかと懸念されるのですが、どう思われますか。

福田: 私はずっと今まで消化器をやっていましたが、たとえば婦人科から胃が痛いといって紹介されてきます。そうするともう腹腔内にめめた卵巣がんとか、だけど婦人科のほうでは「先生のところでそのまま治療してください」と、私のところで化学療法をやります。

城谷: それは消化器内科でやっていたわけですか。

福田: そうです。ちょっと下痢するとかいってきて、肺の中にがんがありめたため、背中が痛いので膵臓がんではないかといわれてきて、きたら肺がんの転移で、そのまま私のところで化学療法をやっています。

全部そういう形で、腹部症状とか消化器症状と関連があるような形で紹介されてきたりします。当科にはエンドステージグループがあります。そこで大腸がんの化学療法も胃がんの化学療法もいろいろな化学療法をたくさんやっています。ところが教授が交代しますと同じようなことを続けていくわけにはゆかなくなります。それではがんはどこでやろうかということになり、総合診療内科でがんをみていく必要がありそうです。

蘆野: 正にそれと同じことを今私はやろうとしています。緩和ケア科では、必要に応じて化学療法もやるし、外科治療の紹介、放射線治療の紹介も含め総合的にみて必要な専門家に送る、しかし全体的にきちんとみていきます。そしてそこで在宅側にも流すし、在宅の受け皿がない時は自分たちでやるということです。

城谷: それは腫瘍科みたいなものですね。

福田: そうならざるを得なくなっているのですね。私が東京都立駒込病院でずっと化学療法をやっていた時も、外国の雑誌で“Oncology”とか、いろいろ本を読むと、トータルですものね。oncologyを統一するのにphysicianとして何をするかということ。

城谷: oncologistというのはそうですね。

福田: そうです。そのなかで特に薬の効果と副作用と、がんが進行した時にいろいろ現われてくる副症状、これをいかに早く解決できるかが、oncologistのいちばん能力の分かれ目であるとか、そういうことが昔の教科書にも書いてあります。

城谷: がんというのは臓器を越えているから、ある臓器だけじゃないですからね。精神的なケアもあれば、痛みの治療もあれば、化学療法もあれば、どうして地域のなかに戻そうとか、確かに全人的な医療ですから、ある臓器だけやっている人は不得意かもしれないですね。

福田: ですから大学は不得意で、がんは診るけど患者を診ないという形になって、同じ状況になりますね。大学でも総合科が診るとか、開業医の先生というのはプライマリケアといわれていますから基本的には総合科でしょう。かえって開業医の先生のほうが、受け入れとしては全身状態を診るという意味では、専門のところしか診ない先生が診ているより副作用の発見が早かったり、いろいろな患者のトラブルに対して対応が早い可能性があると思います。

城谷: しかし、開業医の先生方は5分とか10分で患者をたくさん診るなかでは、腫瘍に特化した開業医の先生が

いればよいけれども、今はそういう人はあまりいないのではないですか。たくさん患者のなかでごく一部のがん患者の終末期を診ているというのが現状ではないですか。

蘆野: 特に地方では病院がすべてがん患者を抱えたので、開業医が終末期のがん患者を診ているというのは、病院なんかいきたくないという患者を診ているだけなので、数が少ないです。

福田: 開業医の先生は診療時間に診ないで、午後の往診の時間にその家に行ってもらって診るとか、そういうことが必要ですよ。

城谷: でも、それは在宅療養支援診療所のなかで診るわけでしょう。

福田: ですから、それが必要なですよ。

城谷: 私が今いってる診療所の先生は月曜日と木曜日をそれに当てています。がんの終末期の患者を大体20人ぐらい診ています。普段はそれをサポートする看護師、在宅をサポートする看護師を一人置いて、自分は月曜・木曜と往診にいて、急変時に呼ばれたら夜中でも行きます。それはかなり個人的に本人が好きだからやれているのですね。もともと消化器外科をやっていたから、慣れていきます。個人的な力量でやられているけど、仕組みとしてやらないといけないと思います。

福田: では、医療の継続で病院から在宅へということをするかといったら、それぞれの個人の資質にかかわってきます。

城谷: そうではなくて、それを仕組みとしてやるには日本在宅医療研究会などできちんと講習会をやり、こうやればできるということを普遍的に広めることです。

福田: 私がいつも思っていたのは、「看護師と薬剤師のための」というのでは、医師がでられないのかなというふうに思ったので、何も付けずに「外来化学療法実践セミナー」にして、「医師・看護師・薬剤師の参加をお待ちしています」にしたほうがよいと思います。内容も今流行の化学療法の治験成績や薬の問題などがたくさんででしょう。それは看護師より、医師が知っておかないといけないことだと思います。

蘆野: いわゆる化学療法の問題では、先ほど福田先生からお話があったように、開業医がある程度の知識を持っていて、一緒にやれるような形にしていってほしいです。すんなりいく地域もあります。そのためには開業医の先生に抗がん剤治療、外来化学療法の教育が必要になってくるのではないかと話でよいですか。

福田: はい。たとえば開業医の先生もそうですが、看護師、薬剤師のセミナーに医師がでられるとなったら、たとえばその基幹病院や大学病院で化学療法をやっている

看護師、薬剤師の他に、その上の先生は研修医の先生や助手など若い先生に、このセミナーに看護師や薬剤師とみんなで一緒にいって来いといって、若いうちからこういうことも知ってもらったほうがよいと思います。いい年になって、専門家になってからこういうふうにしても、急には難しいものです。

蘆野: 外来化学療法の話は後にして、先ほどのネットワークの話に戻りますが、病院の仕組みとして地域連携室という組織を置いているところもありますが、むしろ置いてないところも少なくない。さらにこういった地域連携室で何をどういうふうにするかというノウハウはまだ少ないわけで、そういった担当部署を各病院にきちんと設置し、かつその部署の人たちがうまく流せるような知識や、どこの病院ではこんなようにやっているといった情報の勉強会あるいはセミナーみたいなものがあれば、よいのではないかと思います。

福田: ただ、どこの病院にも今地域連携室はみんなあります。あるけれども、それは開業医の先生から紹介をとりたいたいというか、紹介率、逆紹介率の問題があり、そこは多くのところがほとんど事務しかしていないのです。

たとえば当院は地域連携室に在宅医療支援部門というのを、実はそれは私のところにいる臨床栄養部の一つのセクションなのですが、それを地域医療連携室に置いています。在宅の経管や経静脈などの管理ができる看護師、化学療法ができるという看護師2人がそこに専属で行っています。ですから小児科でも他のところでも、患者がたとえばTPNをして帰りたいという時にはどうなのかという、そこへ相談が来て、そこでこうして、こういう機材をそろえて、こう管理して、ということを経験した看護師たちがいろいろ家族に説明し、それでわれわれのところへ連絡が来て、その患者を在宅に復帰させる、そういう方針です。

城谷: 進んでいるところは大体そういう方向になっているのではないですか。

蘆野: 福田先生のところでは、その看護師2人はがんの症状緩和の治療などが必要な患者が院内にでた場合に、それもうまく在宅側に連携して流すことはできるのですか。

福田: できません。そこは緩和ケアチームがまた別にあって、緩和ケア医療の緩和と外来化学療法専門看護師というのが別にいます。

蘆野: これからはがんの進行した人を在宅に移せる知識を持つて人の養成が病院には必要ですね。がんは疾患としては急性期病院でも多いし、治らない確率がまだ半分ですから、やはり地域連携室の仕事としてがんにおける地域連携が必要となるわけですね。

日本在宅医療研究会ではそういう人たちを集めている

いろいろな勉強、たとえば在宅ではこういうことができますよというような教育の場を提供できるとよいですね。今、在宅側ではそれを積極的に行おうとしています。

城谷: 在宅側というと、開業医ですか。

蘆野: 開業医と訪問看護師を含めた教育です。しかし、実際には、病院側のほうにもそれと同じ知識をもってもらわないと、スムーズに連携できません。連携できない大きな理由として、在宅でやっていることと病院でやっていることが違うことが指摘できます。そのことに、特に家族・患者自身が戸惑います。在宅側では、病院のやり方が正しいとみんな思っているから、病院でやっていることをやらなくてもいいよと説明するのが非常に難しいわけです。

城谷: それはがんで地域連携パスみたいなものを作ろうという動きが強いから、そこのだす側とだされる側で治療の内容を標準化しておかないと、患者は病院で治療を受けた、それが大事だと絶対いうから、それはお互いにだす側とだされる側が手の内を標準化しておかないと混線します。それはきちんと連携したパスをやっておいて、地域とその病院との間の連携がスムーズにいくような仕組みを作っておかないと、医療の継続性は担保されないのです。

蘆野: 話をいったんまとめると、がん医療の継続性を保つためには、それをつなぐ部門があって、かつ、その部門が一つの連携パスをきちんと作って、地域で共有化しているものを持っていることが非常に重要で、部門を作るだけではなくて、がんに関しては地域のなかでいろいろな知識と技術をある程度共有化しておくことが必要であるということですね。

城谷: 私が考えているのは、がんのケア・コーディネーター・ナースを作ります。コーディネーションを主に行います。化学療法のチームとも接触するし、在宅とも接触するし、いろいろなところの資源を集めて、この患者に必要なものはこうだよというナースがいないと、医師だけではちょっとできないですよ。医師は急性期の治療を中心に行っているから、要はいろいろな病院の医療資源を集めて、この人のためのケアをやるよというケア・コーディネーション・ナースというのが絶対に必要だろう、それはナースの大きな役割だと思うのですが、どうでしょうか。

蘆野: 恐らく全般的にいえることは、がんのいわゆる継続医療を念頭に置いた一つの大雑把なパスというものができていないし、この状況がしばらく続く可能性が高い。がんの継続医療としての連携パスを大雑把でよいからだれかが作っていかないと、みんながなかなか理解してくれないかもしれません。

城谷: 私はそんなにたくさんあるわけではないと思います。継続医療にするための連携パスという、疼痛管理の仕組みのパスと栄養管理のパスと、化学療法のパスなのです。他はそのなかにいかに緩和的な要素を盛り込むかぐらいで、やれるのではないかと思います。複雑なものではなくて、連携というかぎりにおいては、どのウエイトが高いか、三つぐらい作っておけばできそうな気がします。

福田: 総合診療科には化学療法をしている先生というか、oncologist といえる先生が何人かいないといけないと思います。

城谷: ただ、そこは医師でなくても、まずはオンコロジー・ナースでよいのではないかと思います。医師は化学療法などを行います。採算性も非常に大事だから、その間をつなぐのはまずナースでどうでしょうか。オンコロジー・ナースが一人いるだけでよいと思います。

福田: そういうことで支援のなかを少し変えながらも、どんどん進めていくことが病院にとってプラスになるということがわかりました。

城谷: いい連携をするということは、患者にとって質の高い医療が提供されていることです。そういう病院には急性期の患者がたくさん集まるということですから、いいアウトプットをださないとだめですよ。

蘆野: 当院の場合制度・仕組みはかなり大胆に変えつつあるけれど、実際にその成果がでてくるのは恐らく2年後ぐらいだろうと思います。しかし、それだけではなく医師不足という複合要因がむしろ入っているのです。難しいことは確かです。

福田: 先ほどスタンダードというか標準化の問題がありました。大学とかの化学療法剤の治験、これがあるとなかなか難しいですね。

城谷: いや、そういうのはPSの1とか2ぐらいですから。

蘆野: PS3は化学療法の適応としては本来入らないです。ただ、適応でないということはいえないので治療したり、PS3でも家族と患者が希望して治療をやってくれるところを探すこともあり、国民の意識の問題もあると思います。

ただ、今のお話のなかでは、がんの地域連携パスとして、大雑把なものでもよいからこの研究会で考えて提示していく。そのなかに外来化学療法を行っていてもどの時点で地域に紹介すべきかという大胆な提言を行って、また、がんの種別ごとに今あるエビデンスを集めながら、あるいはいろいろな見解を聞きながら提案するのもよいのではないのでしょうか。日本在宅医療研究会としてがんの地域連携パスを、世話人の協力を得て作ってみてもよいのではないのでしょうか。

このことにより、日本在宅医療研究会が病院から在宅へというテーマを扱う研究会であるということをもた一つアピールできます。

今までの話は、大雑把ながんの地域連携のなかで、病院のシステムとしてどのようなものを作っていかなければならないかという話を中心に話をしてきました。それとは別に、がん治療医の個人的な意識の問題も結構大きいと思いますが、どちらが優先されるでしょうか。病院のシステムを変えることでがん治療医の意識を変えていく形をとるのがよいのか、がん治療医の意識を変えていく、その経過で病院のシステムを変えていったほうがよいのか。

城谷: やはり病院のシステムとして動かすものであって、がんの治療をしていて、私の患者だとか、おれの患者という形をなくさないといけません。最近、私の外科では、ここは主治医はいないよ、チームで診ているから、だれかが欠けても4~5人で診ているので、この人は私の患者というのはもうやめようという話をしていました。

外来についても手術した人が必ず診るのではなく、この患者は自分が診たほうがよいという人が診るという仕組みにしているのです。やはり病院としてその患者にどういふふうに対応するか、そのなかでの医師個人の役割をどうするかを考えないと、今までのパターンリズムに近い形で、個人が個人に対応する形はこれから変えていくほうがよいのではないかと思います。

がんは臓器を越えた疾患であって、医師とか医療者の力量に左右されないような医療サービスを提供しないと、いけません。病院の医療サービスとして、質の高いものを提供するものであって、個人で行うものではありません。チームとしてそういうかかわりをもったほうが私はよいと思います。

福田: ただ、システム上としては病院のなかに、たとえば今私のところに在宅医療支援センターがあります。そこにがんの化学療法の患者もすべて在宅もやるぞ、という形で幅を広げていき、そこを中心にネットワークを作っておきます。そうすると病院のなかの先生で、どこの地区のこういう患者を帰したいのだけど、いつでも相談をどうぞというぐらいにしておいて、自分が診ている先生はよいですが、そういう相談する先生があつたら、「このこの先生は専門にされているから、すぐに診てくれますよ」という橋渡しのできるようなシステムを作ることが先ですよ。

城谷: それを作らないとだめですね。

蘆野: その時に課題となるのは、やはり治療を受ける国民とか地域住民の意識の問題です。今までは自分を診てくれた医師にすべてを任せて、その指示に従っていればよ

いという意識だったと思いますが、その意識を変えてもらう必要があります。

本人のQOLをさらに高めるためには、そういった個人的な能力を越えた病院のシステムを作らなければいけないということになるでしょうか。

城谷: 一人の優秀な医療者よりも、並の5人の医療者の力のほうが質の高い医療サービスを提供できるというぐらゐの認識を持たないといけません。

福田: それは地域というか、患者の家族の気持ちとしては、当然のことながらリビングウイルの話とか何かで当たり前ということになっていますけれども、その辺のところの普及が、一般の外来に来ている患者で「え、お父さん、インオベです」とかいわれてもまったくそういう概念の欠如が多いですね。

そういうことを本研究会で市民公開講座をして、在宅がん化学療法とかそういうものを受け入れていく家族になった時の身としてとか、もし家族がそういう患者をもった時とか、そういうことも含めて、自分は最期には緩和ケアを希望するとか、まずいっていないのですが、だからいわなくてはいけない。

城谷: それは患者にとってはがん医療の全体像がみえてないから、いわれたことが想像できないですよ。

福田: ですから市民公開講座みたいなものが必要だと思います。

蘆野: では最後のまとめに入りますが、病院から地域へ、がん医療においては患者側のニーズが非常に高く、そのニーズの内容も実際には実現不可能なこともあります。患者・家族からみてある程度納得できる在宅への流れを作るために、病院のなかできちんと在宅に連携させアクティブなシステムを作っていく必要があります。

そのシステムのなかでがんの地域連携パスという共有できる仕組みをこれから作らなければなりません。現在、

地域連携パスを在宅側で作るような形になっているようですが、そのたたき台を誰かが作って提示していく必要があります。それが今の日本在宅医療研究会の一つの大きな役割になるということがみえてきたと思います。

それから、外来化学療法、これもやはり在宅を念頭に置き、緩和ケアも含めた教育をセミナーの形で日本在宅医療研究会が開催していくことで、他の学会や研究会と違う特徴を持たせるのがよいと思います。

また、市民公開講座など、在宅医療を地域住民がどのように考えるのか、その関心を引きだしながら、どのようにしていけばよいのか一緒に考えていく場を設けるべきではないかという話ですね。

福田: 日本消化器病学会でも、日曜日に市民公開講座をやる時、肝臓の話などをやるよりも、胃がん、大腸がん、がんの最新の治療法とか、そういうテーマにした時は参加人数が多いですよ。ということはやはりがんというのは非常にまだまだ興味があり、自分が今なくても、何とかしたいと思っているので、市民公開講座の時にがんの正しい診断と治療法というのをだした上に、たとえばがんの治療、化学療法の治療、それを受け入れる側と提供する側などのテーマで討論すればよいのではないのでしょうか。

城谷: それも一つの課題として研究会で前向きにやってみたいですね。研究会が学会にならないといけませんので、そのための準備もやらなければいけないですね。こういうことをやるにはやはり研究会ではなくて学会にならないといけません。

蘆野: 幾つかまとまったキーワードができました。がんの地域連携パスの作成、がん総合診療部門の創設などです。いずれも、在宅医療を念頭に置いてこれから実現してゆく必要があると思います。

がん患者の継続医療—病院から地域へ—

がんの継続医療 病院から在宅へ
—ギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケア—

蘆野 吉和*

(*Jpn J Cancer Chemother* 34(Suppl II): 175-178, December, 2007)

Continuous Medical Care for Advanced Cancer Patients from Hospital to Home Care—What We Need Is Not the “Gear Change,” but We Need a Continuous Palliative Care: Yoshikazu Ashino (Towada City Hospital)

Summary

The conversion from a treatment that aimed for cure to palliative care for advanced cancer patients is called a “gear change” in Japan. However, what we need is not the “gear change,” but we need an establishment of cancer medical system in which palliative care is offered as needed anywhere at anytime. Toward this end, it is important to have a conscious reform effort by oncologists, a promotion of palliative care at hospital and a positive action taken by the hospital to coordinate between the local medical institution, a welfare organization and a nursing organization. Key words: Palliative care, “Gear change,” Local palliative care network, Continuous medical care

要旨 がん患者、特に進行したがん患者に対し、治すことを目的とした治療から緩和ケアへの転換は“ギアチェンジ”と呼ばれているが、“ギアチェンジ”ではなく、診断した時点から終末期まで、病院から在宅まで“継続的に”緩和ケアが提供されるがん医療体制の構築が必要である。

このためには、がん治療医の意識改革、病院における緩和ケアの普及、そして地域の医療福祉介護機関との連携を調整する部門の積極的な活動が重要である。

はじめに

がん医療の方向性が2006年を境に大きく変わってきた。2006年4月の診療報酬および介護報酬の改定、2007年4月に施行された「がん対策基本法」および「第5次改正医療法」、同年6月に承認された「がん対策推進基本計画」がその基本となる施策である。

これにより、日本のがん医療の最終目標が「治癒」から「がんに伴う苦痛の緩和」に、がん医療の対象が「がん」から「がんをもつ人間」に変わり、治療の初期段階からの緩和ケアの導入とともに、病院のみならず在宅での緩和ケア提供体制の構築が5年以内に達成すべき緊急の課題となっている。

しかし、20数年以上にわたって築かれてきた従来のがん医療体制が簡単に変わるわけではなく、過渡期となるこの数年間は、これまで経験したことのない新しい体制を構築するために多くの課題に取り組む必要がある。

そこで今回、取り組むべき課題を整理し、その解決策

について解説する。

I. がん対策推進基本計画のめざすがん医療体制とは

2007年6月に国会で承認された「がん対策推進基本計画」は、4月に施行された「がん対策基本法」に基づいて、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るためのがん対策の基本的方向について定めたものであり、さらに、これを基本として、地域の医療事情に即した基本計画(都道府県がん対策推進計画)が策定されることになっている。この基本計画(図1)では、「がん患者を含めた国民の視点」に立ったがん対策を、重点的に取り組むべき課題を定めて実施することを基本とし、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を掲げ、「医療機関の整備等」、「がん医療に関する相談支援及び情報提供」、「がん登録」、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん研究」という分野別施策を総合的かつ計画的に実施することをうたっている。そして、重点的

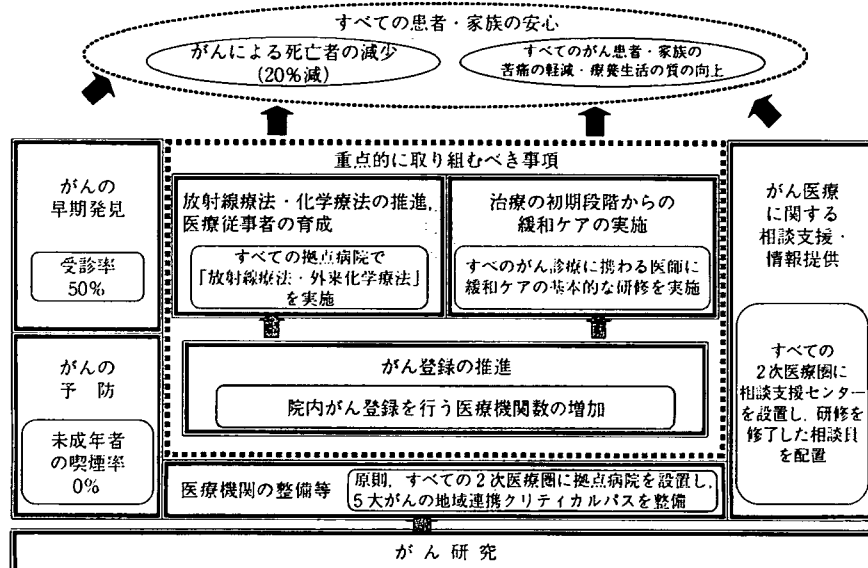


図1 がん対策推進基本計画

に取り組むべき課題として、三つの課題、①放射線療法及び化学療法の推進による、手術を含めた集学的治療の実施、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、③がん登録の推進、を提示している。

特に緩和ケアでは、がん診療に携わる医師がまだ緩和ケアの重要性を十分認識していないこと、このためがん性疼痛などの緩和が不十分であることが指摘されており、治療の初期段階からの緩和ケアの提供とともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面における「切れ目のない緩和ケア提供体制の確立」の必要性が強調されている。そして、がん診療に携わる医師の研修（10年以内に達成）、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師などの医療従事者の育成（5年以内に達成）、がん患者に対する在宅医療の充実のために医療と介護の連携を含めた適切な提供体制の整備を図ることなどが、特に重点課題として取り上げられている。

II. 「ギアチェンジ」ではなぜだめなのか

治す治療から緩和ケアへの転換（あるいはキュアからケアへの転換）は「ギアチェンジ」という言葉が最近よく使われている。この言葉は、車の運転手が、「治療のギア」から「緩和ケア」のギアへ手で切り替える動作を連想させ、わかりやすいように思えるが、そもそも現時点において、がん治療医の運転する車に「緩和ケア」というギアが常備されていないこと、常備されていたとしても、運転手がギアの使い方を知らないことが多いこと、また車に乗る前にギアの切り替えができることが患者に知らされていないこと、そして、多くの場合、運転手も同乗者も到着目的地を「治療」に設定して発車していることなどを考慮すると、ギアがありギアチェンジしたと

しても、結果的に目的地に着く目途がなくなるだけであり、適切な言葉とはいえない。

事実、このギアチェンジという言葉は、1997年に英国の全国ホスピス・緩和ケア協会が公表した「ギアチェンジ: 人生の最後の日々におけるマネージメントの指針」において初めて使われた言葉で、死を前にして週単位または日単位の患者におけるケアのあり方を変えてゆくことを示す言葉として使われたもので¹⁾、一貫したケアの流れのなかで使われる言葉であり、キュアからケアの変換を示す言葉ではなかった。

がん対策推進基本計画の重要な柱である「治療早期からの緩和ケアの導入と病院から在宅への切れ目のない医療の提供」において、緩和ケアの転換を敢えて「ギアチェンジ」という言葉で適切に言い表すためには、①乗る車に「緩和ケア」というギアがあることが同乗者に保障されていること、②このギアの使い方を運転手のみならず同乗者も知っていること、③到着目的地は「治療」に設定せず、「安楽に日常生活を営むこと」に設定するか、あらかじめ複数の到着目的地を設定しておき道路状況により相談しながら変更することが同意されていることなどが大前提である。

志真は「ギアチェンジの出発点と原則」として、①医師が患者の病状を正確に評価すること、②患者と家族が治療やケアの意思決定に参加すること、③がんの進行や病状の把握を定期的に行うこと、④がんの進行に伴う苦痛をいつでも（24時間体制）、どこでも（病院でも自宅でも）緩和することを保証すること、⑤必要に応じて緩和ケアチームや緩和ケア病棟の専門家に相談すること、の5項目をあげており、正確な情報提供とその情報に基づく治療目的および治療目標の設定およびコミュニケー