

利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方 在宅終末期には痛み緩和が不可欠 厚労科研が報告書

記事: Japan Medicine

提供: じほう

【2007年5月14日】

2006年度の厚生労働科学研究「利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究」(主任研究者＝濃沼信夫・東北大学大学院医学系研究科教授)の総括研究報告書がこのほどまとまった。在宅療養支援診療所を利用する在宅終末期がん患者64人に対する調査では、在宅での終末期医療を充実させるには痛みなどの症状を緩和する技術が重要との回答が全体の90.6%に上った。また、今後の療養を希望する場所に自宅を挙げた患者は95.3%に達した。

在支診9314施設から、2141施設を抽出して調査をしたところ、仮集計段階で1290施設が回答した。このうち、現在、在宅終末期がん患者を往診しているとの回答は30%で、残り70%は往診していないことが分かった(不明を除く)。

一方、在支診を利用する在宅終末期がん患者に対する調査によると、今後の療養希望場所を自宅とした回答が95.3%に上り、緩和ケア病棟・病院の5.7%を大きく上回った。ただ在宅での終末期医療の普及に向けた課題として、「専門職の養成」医療施設間の連携、「関連施設に関する情報の提供」といった点が指摘された。

報告書では、終末期医療・在宅医療の普及促進のための戦略として、08年4月から新たに実施される医療計画で、「在宅」という項目が設けられることを、「在宅終末期医療の拡大・普及に大きく貢献する可能性がある」と評価。今後、地域の診療所・調剤薬局・訪問看護ステーションなどの活躍が求められるとした。

さらに「在宅で最期を迎えたいと希望するニーズは、高齢化などに比例して今後ますます大きくなる」と分析。その上で、疼痛コントロールなどの一層の普及を求めるほか、在支診を中心とした終末期医療システム構築の必要性を指摘し、利用者ニーズを満たすようなマンパワーの育成と確保を「重要かつ緊急な政策課題」と結論付けた。

同研究には、利用者の安心や信頼を確保する終末期医療と在宅医療の在り方とその普及、促進に向けた政策を提言する狙いがある。06年度は、在宅終末期がん医療に対する取り組み実態を明らかにするため、各種調査を実施した。

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

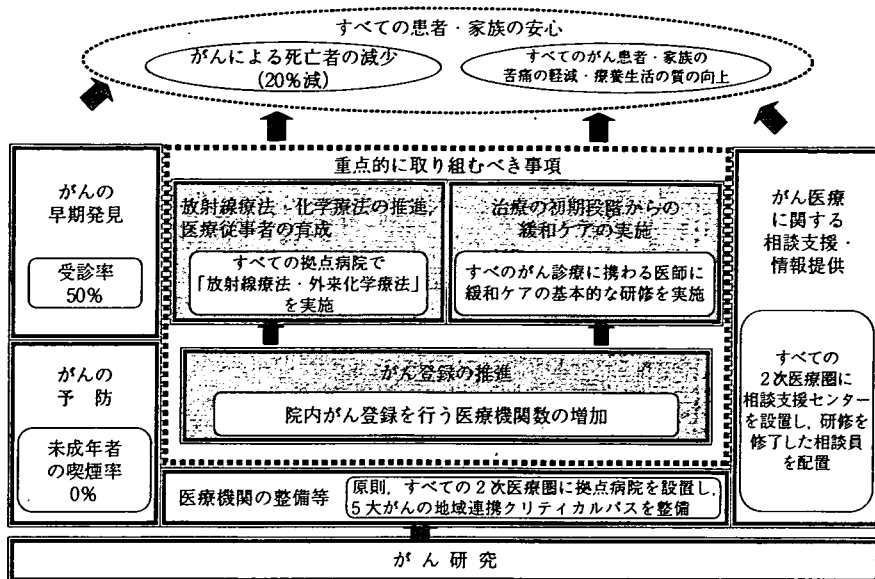


図1 がん対策推進基本計画

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」のギアへ手動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ってしまうだけであり、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、緩和ケアの転換を取って「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

ションの重要性を特に強調している²⁾。

したがって、「ギアチェンジ」という言葉を使う前提となる環境がまったく整っていない現状においては、医師が発する「ギアチェンジ」という言葉が、患者の耳には「がん治療を放棄する」あるいは「見放す」という言葉に聞こえているという指摘は当然とも思え、現時点では使うべき言葉ではない。

現在検討しなければならない緊急の課題は、がん医療におけるギアチェンジをどのように行うかではなく、継続性のあるがん医療体制をどのように構築すべきかという課題である。

III. 継続性のあるがん医療体制とは

継続性のある（切れ目のない）がん医療体制を構築する上で念頭におくべきことは、あくまでがん患者の視点で継続性が保障されることである。診断された時から終末期まで、どのような病状や病期であっても、病院であっても在宅（自宅および居宅）であっても、担当するがん治療医の専門領域の違いにかかわらず、身体的問題、心理社会的問題および霊的問題などが配慮された上で、がん患者（必要に応じて患者家族）の生活の質を考慮した医療的支援が提供される体制が目標とする体制である。この体制においては、治療初期から病状に応じて緩和ケアの情報も提示され、外科的治療、がん化学療法および放射線治療も含めた集学的治療も考慮され、各専門領域の医師間の連携の下で治療が行われる。また、進行したがんがある場合には治療に関する情報と同時に在宅緩和ケアを含めた緩和ケアの情報が提示され、症状がある場合には適切な緩和ケアが実施される。そして、積極的な治療を希望しない場合、あるいは治療効果がないと判断された場合には、地域のかかりつけ医（在宅医療支援診療所を含む）、訪問看護ステーション、調剤薬局、福祉介護職種などからなる地域緩和ケアネットワークによる医療支援と生活支援が自宅あるいは居宅で開始される。

このような体制を構築するために現在不足しているのが、①がん治療医の緩和ケアに関する知識、②患者に対する治療早期からの緩和ケア（在宅緩和ケアを含め）に関する情報提供、③がん専門医師間の連携、④緩和ケアチームを含めた病院内でのチーム医療体制、⑤病院勤務医の在宅医療に関する理解、⑥病院勤務医と地域かかりつけ医との連携体制、⑦地域における緩和ケア提供体制、⑧地域住民の在宅緩和ケアについての理解、⑨医療者従事者と地域住民の自宅での看取り経験などである。そして、これらの不足している項目をがん医療にどのように具体的に付け加えてゆくかが今後の課題となる。

IV. 今後の課題

病院から在宅へという今回のテーマにおいて特に重要な課題は、①病院勤務医であるがん治療医の意識を変えること、②病院内で行われる緩和ケアの質を上げること、③病院内に地域での医療福祉介護機関との連携を図る部門を作ることである。

がん治療医に求める意識変革の内容は、第一に緩和ケアの理念を理解し、患者とのコミュニケーションを図ることで、治すための治療の情報だけでなく、治す治療の限界、治らない時の対応方法なども含めて情報を提供し、患者との対話を行うことである。第二は緩和ケアの基本的知識や技術をもつことで、患者に対する情報提供の際に必要であるだけでなく、がんの痛み治療を含め基本的な症状緩和治療ができなければがん治療医とはいえない。第三はホスピスケアの原点は居宅を含めた在宅の場であることを理解することである。

病院内の緩和ケアの質を上げるためには、実質的に活動している緩和ケアチームの存在と同時に、病棟単位で基本的な緩和ケアが実践される体制の構築が必要である。なお、病院緩和ケアチームの役割としてはやや困難な症状緩和治療の実施、病院職員に対する緩和ケア教育とともに、地域医療機関および福祉介護機関との連携の下で早期に在宅に移行させることが重要な役割となりつつある。

地域の医療福祉介護機関との連携を図る部門として、地域連携（推進）室あるいは病診連携室の名称で設置している病院が増えているが、調整能力のあるスタッフを配置できるかが重要なポイントである。また、スタッフが地域の医療機関、訪問看護ステーション、福祉介護機関と顔のみえる関係を作っていくことも大事である。しかし、現実の問題として、がん患者においてはがん治療医との個人的な結び付きが強く、在宅医療への移行を勧めることには医師も患者も大きな抵抗があるのも事実である。

これを解決する方法として、筆者は2007年10月に“がん総合診療外来”を開設した。この外来は、病院内外の専門医との連携の下でのがん患者の病状に応じた適切ながん治療の計画立案機能、セカンドオピニオン機能、基本的な緩和ケアの提供、在宅緩和ケアチームとの連携の窓口業務などの役割を担っており、がん患者の継続医療を実施するための一つの試みである。

おわりに

がん患者の立場に立った継続医療体制をどのように構築していくのか、この問題は国民のがん医療に対する不

信感を払拭し、国民医療費の効率的な運用を図り、そして地域に根ざした医療を確立するための重要な課題である。現在、在宅医療側の受け入れ体制の整備が急ピッチで進められているが、病院側（勤務医を含め）の在宅医療に対する理解がないまま、あるいは連携体制が不十分なままでは構築は難しい。特に今後、進行がんや神経難病などの医療依存度の高い患者の多くが在宅に移行することが予測され、これら疾患の継続医療に焦点を当てて検討する場が必要と思われる。これまで、その役目を担ってきたのが日本在宅医療研究会であり、この研究会

を核として継続医療のあり方についての議論が交わされることを期待したい。

文 献

- 1) Working group of the National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services: Changing Gear. Guidelines for managing the last days of life in adults. The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, London, 1997, pp 5-6.
- 2) 志真泰夫: がんに対する積極的な治療から緩和ケアへの移行—治療をどう選択するのか—。ターミナルケア 13 (Suppl): 60-65, 2003.

<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、どこの場においても、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ています。

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、国は在宅へと勧めていますし、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す。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で、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ね。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。ちょっと紹介してくれよ」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、さもない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。そういう役目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、どこか近くへ勧めるのはどうですかということ、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ないということがあって、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のだから彼らはやれます。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を、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、そのまま在宅側に放り投げ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なけれ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は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。それでもう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が。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ね。

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います。

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はしますが、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関係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、帰らなさい」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話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ね。

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、その一部だけで、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、だめだとすると、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れば、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して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きましたが、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を伝えていません。「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よ。

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ためたの卵巣がんとか、だけど婦人科のほうでは「先生のところでも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めためで、背中が痛いので膀胱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思ったら、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たほうがむしろす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いう話でよいですか。

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来て欲しいと、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、ということその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と連絡が来て、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る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、その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ろうというケア・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いけません。

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、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が、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ていたり、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のでしょうか。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、やはり病院としてその患者にどういうふうに対応するか、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ダメです。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。そこの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ったら、「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: それを作らないとダメですね。

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のでしょうか。

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いの認識を持たないとはいけません。

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、肝臓の話などをするよりも、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ないので、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ないでしょう。

蘆野: 幾つかまとまったキーワードがでてきました。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。



看取りに対する医師の思い

看取りの諸相

本家好文*

*広島県緩和ケア支援センター（〒734-8530 広島市南区宇品神田1-5-54）

看取りの場の変遷

「がん」による死を自宅で看取することは、看取り経験のない家族にとって、症状が悪化した時や急変時の対応、介護の負担が増大するといった不安を伴う。不安を感じながら介護している家族をみると、本人も家に居続けることが難しいと感じて家で過ごすことを諦めるようになり、やむを得ず医療機関に入院して死を迎えるような状況が続いている。以前は、わが国でも多くの死は自宅で家族に囲まれて迎えていた。しかし、医療制度や社会情勢の変化などに伴い、死を迎える場所が自宅から病院へと移り、自宅で看取る文化が失われてきた。

2005年4月の医療及び介護保険制度の改定により、在宅療養支援診療所、療養通所介護といった在宅ケアを推進するための新たな制度が導入された。今後、これらの機能を有効に活用することによって、地域のシステムとして在宅緩和ケアが推進され、自宅で死を迎えるという本来の姿を取り戻す可能性がでてきた。

従来、多くの医師は「死」を医療の敗北と考え、延命や治療優先の医療を行うことを優先してきた。また患者との会話で「死」を話題とすることをタブーとして、

死に直面している人たちと「死」への不安などについて語ることを避けてきた。がんと伝えることは「死」をイメージさせることから、「がん」と告げることや、治療を望めない病状を知らせないこともあった。また、たとえ治療が困難だと認識していても、最後まで抗がん治療を実施したり、延命効果が期待できなくても蘇生術を行うこともあった。

緩和ケア病棟における「看取り」

そうした状況のなかで、1990年に緩和ケア病棟承認基準が設けられ、緩和ケア運動が全国的に展開されるきっかけとなった。緩和ケア病棟では、最後まで患者家族のQOLを高めて、その人らしく生き抜くことを目指している。しかし、緩和ケア病棟に入院中の多くの患者は「一般病棟から追い出され」「緩和ケア病棟に隔離され」「死ぬのを待つ場所」という気持ちをぬぐい切れず、見捨てられ感や孤独感、不安感を抱きながら過ごしている。緩和ケア病棟では治療やケアを一生懸命行っても、最終的に患者は亡くなっていく。短期間の入院で死を迎える患者も多く、「看取り」や「死」は日常的なできごとである。

わが国の大半の緩和ケア病棟は

一般病院内に設置されている。病院という所は治療を目指して回復させ、自宅に帰すことを目標としている。そうした病院医療の流れの中で、「死」が避けられない病状の患者の看取りは「大変なこと」「やっかいなこと」として扱われることもある。たとえ一般病棟内で緩和ケアを提供しようとしても、チーム医療が実践しにくいいためスタッフはさらにジレンマを感じることになる。

緩和ケア病棟のスタッフは、毎日のように人生の危機に直面した人たちに接し、日常的に人の死を看取っている。死期が迫って不安の強い患者は、怒りや悔しさといった感情をスタッフにぶつけることもある。臨死期になれば「自分の人生は何だったのか」「死後の世界はあるのか」といったスピリチュアルな痛みを訴えたり、心身の苦痛緩和や輸液に関すること、鎮静といった倫理的にも難しい判断を求められることもある。

このような多様な訴えに対応しながら、患者の生活支援や家族のケアも行うスタッフは、日常的に大きなストレスを感じながらケアを実践している。

患者は緩和ケア病棟に対して、「死に場所」「最後の時を過ごす病棟」「あの病棟に行ったら、生きて帰れない」といったマイナスの情

報を耳にしていることも多く、緩和ケア病棟に移ることを拒否されることもある。そのため、「看取り」を目的として緩和ケア病棟に入院することも多いが、「死」や「看取り」といった言葉を使わないようにする傾向もある。

おわりに

緩和ケア病棟では、人の死に関

する情報や、死が差し迫った患者へのケアに関する話し合いなどが日常的に行われている。一般社会で生活している人達にとっては、ほとんど体験することのない「人の死の場面」が、いつもそばにあると、死は「自然なできごと」というより、「身近なできごと」だと痛感する。

「いのちを看取る」医師の立場

で感じることは、「いのちの看取り」は「死」という人生の幕引き場面で、人生の最後が苦痛から解放されて尊厳に満ちたものになり、患者家族にとって少しでも納得できる人生だったと思えるように支援することだと考えている。

緩和ケア支援センター設立の経緯と機能

広島県緩和ケア支援センター

はじめに

がん対策基本法の施行などにより、がん医療の充実とがん患者の療養生活の質の向上が求められている。患者や家族が在宅であれ施設であれ、住み慣れた地域において、希望に応じて安心して緩和ケアを受ける体制を整備する必要がある。広島県では、県内の緩和ケアを推進する拠点として、2004年9月に広島県緩和ケア支援センター（当センター）を設置し、運用をはじめて3年余りが経過した。

本稿では、緩和ケアを推進するために行政（広島県）が積極的に関与し、当センターが設立された経緯を紹介し、当センターが実施している研修プログラムや、地域の緩和ケアネットワーク構築の取り組みについて紹介する。

1. 広島県の取り組み

1) 緩和ケアに関する実態調査

広島県として緩和ケアに関する活動は、1994年に広島県地域保健対策協議会末期医療専門委員会が発足したことに始まった。委員会の構成メンバーである広島県医師会、広島大学医学部、広島県看護協会、広島県福祉保健部などが中心となって、広島県内の緩和ケアに関する調査を実施した（表①）。

病院勤務医やかかりつけ医に対して「医師のがん末期医療に関する意識調査」をおこなった結果、広島県にも緩和ケアを実践する専門病棟の設置を望むとする意見が70%を超え、体系的な緩和ケアの教育システムを求める意見が80%以上のかかりつけ医から寄せられた。がん診療に従事している医師にとって高い関心がある項目としては、「疼痛緩和技術」「悪い情報を伝える技術」「チーム医療のあり方」「コミュニケーション技術」などがあげられた。このことは、緩和ケア医師研修プログラムを実践するうえでの基礎データとなった。

1996年には県内の医療機関に通院している患者と家族に対して「患者・家族の末期医療に対する意識調査」を実施した結果、「たとえ治癒が望めなくてもがんという病名をはっきり知りたい」と回答した人が60%以上あり、治癒が望めないのであれば自宅で過ごしたいと回答した人が約40%という結果であった。

さらに1999年には訪問看護ステーションと訪問看護を受けている患者・家族に対して満足

本家好文 (Honke Yoshifumi), 小原弘之 (Kohara Hiroyuki), 奥崎真理 (Okusaki Mari), 定元美絵 (Sadamoto Mie), 名越静香 (Nagoshi Shizuka)/広島県緩和ケア支援センター

表① 緩和ケアに関する広島県の取り組み

1994年	広島県地域保健対策協議会に末期医療専門委員会設置 医師のがん末期医療に関する意識調査
1996年	患者・家族の末期医療に対する意識調査
1998年	在宅療養中のがん末期患者への医師のかかわり方に関する調査
1999年	・在宅緩和ケアをおこなっている患者・家族の現状調査 ・医療機関における緩和ケアへの取り組み調査 ・訪問看護ステーションにおける在宅緩和ケアの実態調査 ・在宅介護支援センターにおける在宅緩和ケアの実態調査 ・末期医療専門委員会から広島県に対して、「末期医療のあり方」について提言
2000年	・広島県緩和ケア推進会議設置 ・在宅緩和ケアシステム部会設置 ・在宅緩和ケア推進モデル事業開始 ・緩和ケアに関する専門看護職の育成研修開始
2001年	・施設緩和ケアシステム部会設置 ・緩和ケアに関する医師研修開始

度や問題点の調査を実施した。こうした調査結果にもとづいて、2000年3月「広島県における緩和ケアの推進について」の報告書を作成し、広島県における緩和ケア推進の方向性について提言した。

2) 人材育成を中心とした緩和ケアの広がり

2000年5月には、緩和ケア推進の基本方針策定のための「広島県緩和ケア推進会議」が設置され、「在宅緩和ケアシステム部会」「施設緩和ケアシステム部会」の両部会において、在宅緩和ケアと緩和ケア病棟の整備を中心とした施設緩和ケアを両輪とする具体的な取り組みがはじまった。

最初に取り組んだのは、在宅緩和ケア、緩和ケア病棟での緩和ケア、さらには一般病院内でも緩和ケアサービスを提供できる人材の育成である。

2000年からはじまった緩和ケア看護師育成研修専門コースでは、毎年20～30名を募集して、総計約65時間の講義と、2週間の緩和ケア病棟での臨床実習をおこなうプログラムを実践してきた。2004年以降は当センターが継続して実施し、2006年度までに188名の看護師が研修をおえて活動をつづけている。

また2001年からは毎年数名の医師を2週間程度全国の先進的な緩和ケア病棟に派遣し、これまでに23名の医師が国内研修を受けた。

2. 緩和ケア支援センターの整備

2001年9月には、医師会、看護協会、福祉関係者、県民代表、県外の経験者などを委員とした緩和ケア支援センター整備検討委員会が設置され、機能の概要が報告書で示された。その結果を受け、地域における総合的な緩和ケア提供体制構築を図るための拠点として2004年9月に「広島県緩和ケア支援センター」が設置された。

表② 広島県緩和ケア支援センターの機能

- 緩和ケア科
 - ・緩和ケア科外来
 - ・緩和ケア病棟 (20床)
- 緩和ケア支援室
 - ①情報提供：情報収集室(図書室)、ホームページ運用
 - ②総合相談：緩和ケアダイヤル、面談
 - ③地域連携：アドバイザー派遣、デイホスピス
 - ④専門研修：医師、看護師、福祉関係者など

表③ 広島県緩和ケア支援センターの運用実績
(2004年9月1日～2007年3月31日)

緩和ケア科	
【医師2名、看護師17名、音楽療法士1名など】	
● 緩和ケア外来	外来新規患者数 559名
● 緩和ケア病棟	新規入院患者数 357名
	死亡退院 312名
	在宅退院・転院 59名 (15.9%)
緩和ケア支援室	
【看護師2名、MSW1名、臨床心理士1名、事務1名】	
● 情報提供	一般見学会 529名、視察 949名
● 総合相談	電話相談 739件、面談 136名
● 地域連携	地域へのアドバイザー派遣事業 59回
	デイホスピスモデル事業 246回
	(86名：延べ1,029名)
	(2005年4月～2007年3月)

1) 緩和ケア支援センターの機能

当センターを整備するにあたり、その必要性について在宅緩和ケアを中心とした緩和ケアの推進のための拠点となるような機能をもたせることが提示され、県内各地域におけるネットワークシステムづくりを重要な役割としている。

当センターの具体的な機能として、在宅緩和ケアの重点的な支援、施設緩和ケアの推進、地域における総合的な緩和ケア提供体制の構築、緩和ケアを担う人材の養成、緩和ケア診療機能を有するセンターを設立することになった。

具体的な運用については、表②に示すような緩和ケア病棟の運用および外来診療をおこなう診療機能である「緩和ケア科」と、①情報提供機能、②総合相談機能、③地域連携機能、④専門研修機能の4つの機能をもつ「緩和ケア支援室」を柱とすることが決定され、2004年9月から運用を開始した。

2) 緩和ケア科の診療機能

当センターは701床の総合診療機能をもつ県立広島病院内に併設され、病院内の診療科である緩和ケア科として、2名の専従医師と17名の看護師、非常勤職員の音楽療法士などにより、20床の緩和ケア病棟と外来診療機能を運用している。緩和ケア病棟はレスパイトケア、在宅ケアをおこなっている患者に対する後方支援診療機能をもたせ、また支援室に配属されている専従の医療ソーシャルワーカー (MSW) による在宅支援を積極的におこない、在宅緩和ケアを推進するための病棟と位置づけて運用している。しかし、実際には当センターに紹介されてくる患者の多くが、最後まで緩和ケア病棟で過ごすことを求めてくるため、入院後に地域に戻った患者は入院患者の約20%にとどまっているのが現状であり、さらに積極的に地域と連携を図ることは今後の課題である (表③)。

3) 緩和ケア支援室の機能

緩和ケア支援室には2名の看護師と1名のMSWがスタッフとして常勤しているほか、臨床