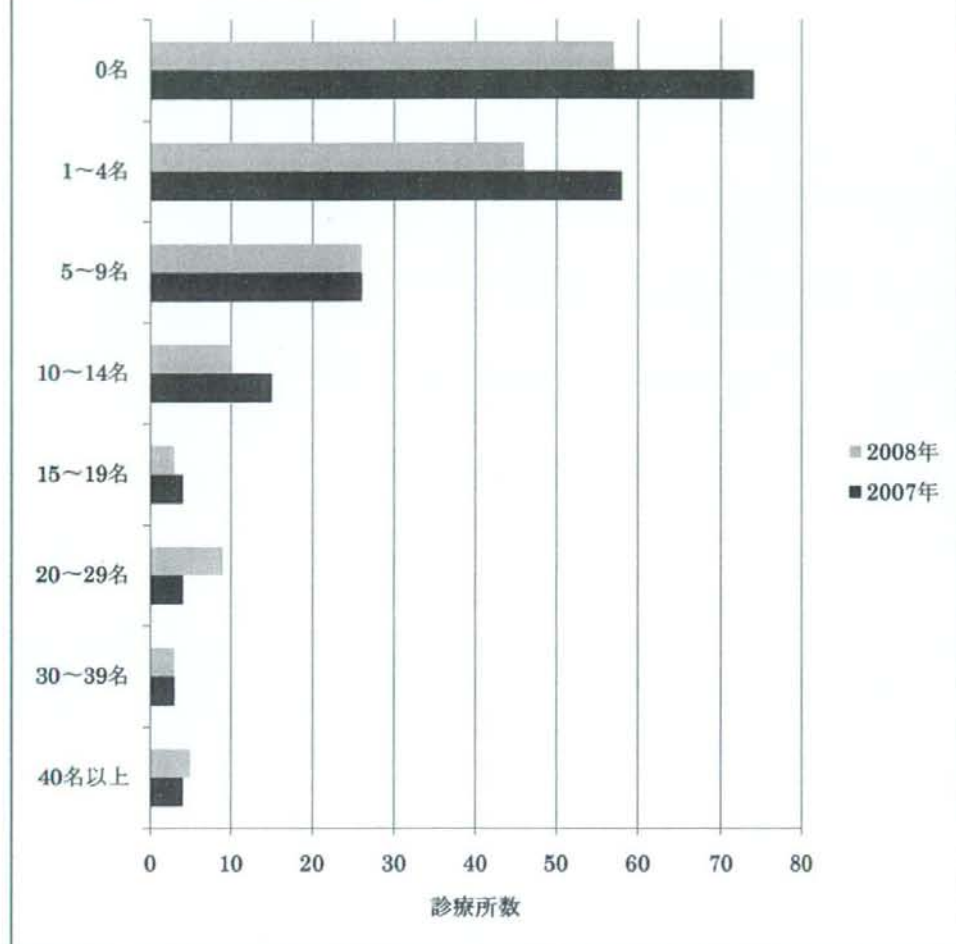


表2. 千葉県在宅支援診療所 自宅看取り数



2007年：2006/4/1～2007/6/30 報告件数 188

2008年：2007/7/1～2008/6/30 報告件数 159

表 1.

保健医療圏	在宅療養支 援診療所数 (A)		訪問患者数		自宅看取り (B)	
	(A)	対人口 10 万	訪問患者合計	/診療所数	数 (B)	対人口 10 万
千葉 2007	41	4.41	4254	103.8	224	24.1
千葉 2008	40	4.30	4380	109.5	315	33.9
東葛南部 2007	60	3.61	3000	50.0	170	10.2
東葛南部 2008	65	3.91	2741	42.2	181	10.9
東葛北部 2007	42	3.20	2666	63.5	250	19.0
東葛北部 2008	46	3.50	4143	90.1	133	10.1
印旛 2007	14	1.99	590	42.1	97	13.8
印旛 2008	14	1.99	674	48.1	96	13.6
香取海匝 2007	14	4.39	304	21.7	51	16.0
香取海匝 2008	13	4.08	187	14.4	37	11.6
山武長生夷隅						
2007	15	3.16	188	12.5	42	8.8
山武長生夷隅						
2008	11	2.31	443	40.3	43	9.0
安房 2007	8	5.56	474	59.3	85	59.1
安房 2008	8	5.56	430	53.8	107	74.4
君津 2007	5	1.52	126	25.2	14	4.2
君津 2008	6	1.82	40	6.7	8	2.4
市原 2007	8	2.81	321	40.1	60	21.0
市原 2008	8	2.81	291	36.4	26	9.1
県合計 2007	207	3.36	11923	57.6	993	16.1
県合計 2008	211	3.43	13329	63.2	946	15.4

2007年：2006/4/1～2007/6/30 2008年：2007/7/1～2008/6/30

地域がん診療連携拠点病院の課題の把握と行政としての支援について

研究分担者 児玉 賀洋子

千葉県市川健康福祉センター（市川保健所）センター長

研究協力者 神林 綾子(千葉県市川健康福祉センター保健師)

研究要旨

前年度の研究では、当センター管内のがん患者に対し、在宅療養に関する制度や相談窓口の情報を伝える媒体として、リーフレット「在宅療養への準備」を改訂した。その際、地域がん診療連携拠点病院が指定を受けて間もないこともあり「主たる相談窓口」として明確に示せなかったことが課題として挙げられた。

この課題に対し、平成20年3月1日付けの厚生労働省局長通知「がん診療連携拠点病院の整備について」（以下、「局長通知」とする）に基づき、当センターが所属する二次保健医療圏（以下、「二次保健医療圏」とする）で指定された、地域がん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」とする）の相談の受付状況等、拠点病院に設置された相談支援センターの現状を把握し、相談支援センターが機能するために行政ができる支援について検討したので報告する。

A. 研究目的

当センターでは、千葉県が平成14年度に策定した、「千葉県在宅がん患者緩和ケアネットワーク指針」に基づき、平成15年度より、管内の保健・医療・福祉関係職種との連携を推進することを目的として、毎年、連絡調整会議を開催している。

今年度の会議では、配布したリーフレットの更なる活用の呼びかけと共に、改訂の際に課題となった「主たる相談窓口の明確化」に関して、現状において、相談支援センターがその役割を担うことが可能かを把握することを目的とした。

また、拠点病院の指定要件から、相談支援センターが地域の中核的役割を担うべき機関であることが読み取れるが、管内の拠点病院は、指定されて間もないことから、管内のネットワークを推進するために活動してきた当センターが、拠点病院に対しどのような支援ができるかを併せて検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 二次保健医療圏内の相談支援センターへのアンケートによる現状把握

2. 連絡調整会議の開催

(1) アンケート結果の報告により、在宅療養を支援する関係機関で相談支援センターの現状を

共有。

(2) 拠点病院と在宅療養を支援する機関との意見交換。

3. 二次保健医療圏内の相談支援センター担当者間での情報交換の場を設定

(1) 相談支援センターの担当者同士の情報交換と課題の把握。

(2) 相談支援センターが、地域の中核的な役割を担えるよう、行政の立場でできる支援について検討。

C. 研究結果

1. 二次保健医療圏の相談支援センターへのアンケート結果

対象となる3ヶ所の拠点病院へアンケート用紙を送付したところ、全ての拠点病院から結果の返送があった。

相談支援センターに寄せられる相談件数は、20～60件/月で、内訳は、医療・福祉関係者からの相談より、患者・家族からの相談が多かった。

また、拠点病院に受診している患者に関する相談が約80%であった。

相談の内容は、在宅療養に関するものが多く、「制度の紹介」や「医療費に関する相談」への対応が多かった。

このような相談を受けるなかで、相談支援センター側の課題については「人員不足」「病棟・外来等、院内への相談支援センターのPR不足による連携の難しさ」などが挙げられた。

また、相談支援センターの担当者が感じている現在の体制や制度等に関する課題として、「在宅療養を開始したが、在宅療養が困難になってしまった場合に受け入れてくれる病院がないこと」や「外泊時は介護保険制度が使えないこと」「入院費等、お金がかかることが多いが、経済的な支援体制が少ないこと」等が挙げられた。

2. 連絡調整会議の開催

拠点病院へのアンケート結果について、連絡調整会議で報告したところ、在宅療養支援診療所の医師からの意見として、「病院のベッドを空けておく」ということが、在宅療養をすすめる上での課題であり、これを改善することにより患者・家族だけでなく、支援者にとっても安心して在宅療養を開始できるという意見があった。

これに対して、各拠点病院では常にベッドを確保し、レスパイト等、必要時ベッドが利用できるように体制をとることは極めて困難ということだった。

このような現状に対し、在宅療養支援診療所の医師によっては、患者の退院前に病棟医師とカンファレンス等で情報交換を行い、緊急時やレスパイトに関して協力を得られるようにしているなどの工夫により、この点を克服していた。

また、拠点病院内の他の職員に対する拠点病院の周知度の低さについて、相談支援センターの担当者は、自分たちの病院が拠点病院であることや拠点病院の役割等について、今後も周知を図り拠点病院の機能強化に努めていくということだった。

行政においても、ベッドを常に確保することに関し、何らかの支援をすべきではという意見があり、当センターから会議の結果と併せ、意見を県庁の所管課(以下、「所管課」とする)へ報告することとなった。

3. 二次保健医療圏内の相談支援センター担当者間での情報交換の場を設定

連絡調整会議とは別に、相談支援センターの担当者同士で意見交換を行うことにより、より具体的な課題を見つけ、行政として支援できる部分を検討することとした。

各相談支援センターでは、相談件数が増加傾向にある。従来の相談業務に相談支援センターの業務が上乗せという現状であり、相談件数の増加は、担当者にとって負担となっている。

また、連絡調整会議でも意見のあった「ベッドの確保」については、すでに地域の2次・3次救急病院として機能している病院が拠点病院としても指定されたため、がん患者のみ特別に対応することについて、院内の理解を得ることは非常に難しいという意見があった。

D. 考察

拠点病院へのアンケート結果から、各相談支援センターでは、通常の相談業務に加え相談支援センターの業務をこなすという極めて多忙な状況となっていることが明らかになった。

相談支援センターの指定を受け、増員はされているが、相談支援センターとして機能するにあたっては、人員不足の状況である。

また、病棟・外来の積極的な協力が得られていないことも、円滑な業務遂行の妨げとなっている。

更に、管内の各拠点病院は、地域の2次・3次救急病院としての機能も担っているため、常にベッドの確保を念頭に置き、患者の入退院の回転を良くする必要がある。

入院中のがん患者や家族が退院後の生活として、「在宅療養」もしくは「転院等による入院治療の継続」のどちらかを選択するには、病棟や相談支援センターの担当者が、ゆっくりと患者・家族に向き合い、疑問や不安を解決しながら方向性を一緒に考える過程が不可欠である。しかし、実際には早急な選択を迫るなど、相談支援センターの担当者としては、現状との板挟みに苦しんでいるということを、情報交換会の開催により把握できた。

今後、拠点病院として行うべき業務の中に、研修会の開催等も含まれていることから、さまざまな機会を活用し、相談支援センター担当者から院内の職員に対し、拠点病院の役割や相談支援センターの業務等を積極的にPRすることが必要である。

PRにより、院内の職員の協力が得られるようになることで、ベッドの確保や相談支援センターとその他の部門の職員との連携による相談支援センター担当者の負担軽減等、少しずつ解決できると考えられる。

また、情報交換会の場で把握した状況から、行政では、救急医療体制の強化を図ること等によっても間接的に拠点病院の支援ができると実感できたため、このような点についても所管課へ報告すべきと考える。

E. 結論

管内の拠点病院が指定されて約1年が経過し、現状について連絡調整会議や情報交換会の場で把握することができた。

拠点病院は、地域において2次・3次救急医療を担う中で拠点病院の役割も担うという現状があり、在宅療養を支援する各機関から期待される「ベッドの確保」「在宅療養に移行するまでの期間にゆとりがもてるようにする」等のニーズに対応できるようになるまでには、まだ時間がかかると思われる。

行政としては、地域の救急医療の底上げを含め、拠点病院がその機能を果たせるよう、様々な切り口から支援することにより、地域住民が安心してがん治療、在宅療養ができるようになることを考える。

また、患者・家族が「在宅療養」なのか「転院による治療継続」なのかを選択できるように、今後も、市民への普及・啓発、在宅療養へ移行する際の情報提供などを行うことが重要である。

今回は、都内のがん専門病院の担当者にも連携会議に参加していただき、意見を求めることができた。その中では、各拠点病院は指定要件を満たせるよう日々努力しているが、救急医療とのバランスを保つ必要性と、民間病院の場合は採算性の問題等、課題が山積しているため、行政側のバックアップが不可欠ということだった。

今後も、各拠点病院の活動に頼るだけではなく、今まで行ってきた連絡調整会議等の実績を活かし拠点病院や在宅療養を支援する機関との情報交換の場を設定することは重要である。

また、そのような場で地域の意見を吸い上げ、所管課等へ報告することにより、医療計画等の県レベルの施策に反映させることも、行政の出先機関としての重要な役割であると考えている。

アンケート回答にご協力くださいました各拠点病院の皆様、連絡調整会議や情報交換会で貴重なご意見を述べてくださった関係機関の皆様に深く感謝いたします。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

特記すべきものなし。

研究要旨

がんの在宅化学療法は、本来外来通院あるいは入院で行われるべき化学療法を在宅で行うものであり、結腸直腸がんに対してのFOLFOX療法やFOLFIRI療法のような抗がん剤を48時間連続投与する治療スケジュールや、経口抗がん剤による治療は含まれてこなかった。しかしながら、最近には前述したように通常の外来受診を続けながら自宅にいる間に抗がん剤投与が続く場合も在宅化学療法と称することがある(本研究では広義の在宅化学療法とする)。安全面を重視するならば、がん薬物療法に精通した医師が病院でチーム医療体制のもとで、一定の全身状態にある患者に対してのみ治療を行うべきであり、がん薬物療法を専門としない医師が医療設備の不十分な患者自宅で、薬物療法を受けるがん患者の看護に慣れていない訪問看護師と共に行う在宅化学療法は決して推奨されないが、実地臨床ではかなり行われているものと推測される。

こうした現状をどう考えるか、少しでも安全に行える対策があるのか、また広義の在宅化学療法を受けている患者を偶然診察する在宅医あるいは開業医はどのような点に注意して診療を行うべきか等についても言及する。

A. 研究目的

がんの在宅化学療法は、本来外来通院あるいは入院で行われるべき化学療法を在宅で行うものであり、現在汎用されている結腸直腸がんに対してのFOLFOX療法やFOLFIRI療法のような抗がん剤を48時間連続投与する治療スケジュールや、経口抗がん剤による治療は含まれてこなかった。しかしながら、最近には前述したように通常の外来受診を続けながら自宅にいる間に抗がん剤投与が続く場合も在宅化学療法と称することがある(本研究では広義の在宅化学療法とする)。

こうした現状を通して、少しでも在宅化学療法を安全に行える対策があるのか、また広義の在宅化学療法を受けている患者を偶然診察する在宅医あるいは開業医はどのような点に注意して診療を行うべきか等について明らかにする。

B. 研究方法

実地調査、および必要に応じて前年度までの研究対象者をカルテ上で追跡調査を行い、一部文献的検討も加えた。

(倫理面への配慮)

カルテ調査に当たっては、個人情報管理・保護に十分配慮した。

C. 研究結果

1) 在宅化学療法が検討される背景

がんの化学療法は程度の差こそあれ種々の副作用を伴うため、安全かつ適切に施行することを考えた場合、化学療法に熟練した医師(可能であれば、日本臨床腫瘍学会等により認定された専門医、あるいは暫定指導医)とその看護に精通した看護師(がん看護専門看護師、あるいはがん化学療法看護認定看護師)の下で行うことが望ましい。しかし、がん診療連携拠点病院ですら十分に上記スタッフが揃っているわけではない現状で、がん化学療法を専門に行う医師が積極的に在宅化学療法を推進する可能性は、極めて少ないと考えられる。

それでもなお在宅化学療法が検討されるのは、ひとえに、患者(あるいは家族)の強い希望があるからであろう。

現時点では、在宅化学療法施行時の副作用対策は十分なものとは言いがたく、むしろ強い副作用が出ないように投与量を調整する(実質的には減量する)ことが多い。それは医師の経験に基づいており、調整した投与量で効果が得られるという保証はない(科学的に検証されていない)。医師も患者・家族も「やらないよりはいいはずだ。」という安易な考えで、効果が全くでないのに連続と治療を続けていく、などということが実際には発生している。

抗がん剤は正常細胞にとっては毒以外の何者でもなく、「気休め」に投与する薬剤ではない。この基本的な認識ががん診療にあたる医師は持つべきである。

2) 広義の在宅化学療法について

FOLFOX療法やFOLFIRI療方は今や進行再発結

腸直腸がんの標準的治療法となっており、治療の開始は病院で、終了時の抜針は自宅で、という形で患者の利便性を考えた対応がなされる場合も多くなっている。このような患者を診察する機会は、在宅医、開業医とも増加する一方と考えられる。当然のことながら、その治療法、特に副作用の出かたに対しての正しい理解と対処が求められる。

D. 考察

在宅化学療法の多くは、がん化学療法を入院あるいは外来通院で行う適応のない全身状態の悪い患者で、患者自身あるいはその家族の強い希望があった場合に、必ずしもがん化学療法に慣れていない在宅医と訪問看護師によって行われている。

これは、がん化学療法の安全面から極めてリスクが大きい。また、そのような状態の悪い患者に対して抗がん剤は当然減量して投与することになるが、そのような投与方法で一定の効果が期待できるとは考えられない。

仮に、原法から例えば投与量を意図的に調整した治療を行うのであれば、やはり、臨床試験によってきちんと評価すべきであるし、その結果がなければ治療開始前のインフォームドコンセント自体成立しない。

がん診療連携拠点病院にすら十分なスタッフが配置されているとは言えない状況において、薬物療法そのものの専門医制度化が始まっている現状では、全身状態の悪い在宅患者に目的のはっきりしない化学療法を行うことは慎重になるべきであろう。

以上、化学療法の原則論から言及したが、在宅化学療法に意義を認めるとしたら、「患者の希望を失わせない」ことが挙げられるかもしれない。しかし、副作用のある薬剤を、全身状態に応じて減量したとしても、患者の希望のために使うことが医学的、倫理的に許容されることなのか。

化学療法には限界があり、時にはその副作用によって致命的結果を招くことすらある。インフォームドコンセントにおいてはそのような内容についても説明するように厚生労働省の指針には示されており、在宅治療についてもそれは適応されるべきものである。

在宅化学療法を行うことが患者の希望を失わせない、というのは議論のすり替えであり、医師は「化学療法ありき」の姿勢を改めていく必要がある。

では、在宅医はどのような形で化学療法に関わることが望ましいと考えられるか。

これまでの考察から、化学療法の専門家ではない多くの在宅医は、自分の判断で直接化学療法を施行するのではなく、例えば、役割を明示さ

れた地域連携クリティカルパスにしたがって、医療連携の中で役割を分担していくことが考えられる。それは在宅医のみが努力しても達成できることではなく、がん診療連携拠点病院が中心となって地域の医療連携体制を構築していくことが必要である。

本研究では、在宅医が参加しうる形の化学療法の形態を検討することも求められていたが、そこまでの対応はできなかった。しかしながら、地域連携クリティカルパスの導入は既に一部の地域では始まっており、早急に取り組みなければならない課題のひとつである。

E. 結論

在宅化学療法は、化学療法に不慣れな医師が行う治療法ではないが、地域連携クリティカルパスによる医療連携の中で検討される可能性はある。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・奈良林至:緩和的化学療法(ワークショップ)、第13回日本緩和医療学会総会、平成20年7月4~5日、静岡

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成20年度分担研究報告書

在宅移行阻害因子克服法による在宅緩和ケアシステムの構築
-病棟側緩和医療の研究-

分担研究者 柴田 岳三 日鋼記念病院 緩和ケア科科长

研究要旨

地域において在宅医の早期参加による在宅緩和ケアを命題に「病棟側緩和医療の研究」を担当し、その役割を1. 病棟体制の強化、2. 地域緩和ケアネットワーク構築におけるリーダーシップ、と設定し研究を進めてきた。

病棟体制の強化としては、緩和ケア病棟に「緩和ケア支援室」を新設し、認定看護師を専従として配置したことと、一般病棟、外来にリンクナースを配置し、緩和ケアチームとの連携を強化したことである。

地域緩和ケアネットワーク構築におけるリーダーシップとしては、2004年に「西胆振在宅ホスピスネットワーク」を構築し、この地区における在宅ホスピスネットワークの推進を進めてきた。この間にネットワーク強化の進展が遅いという問題点があったため、我々は本研究において、昨年度の報告で紹介した西胆振在宅ホスピスネットワーク1)の例会でのアンケート調査をもとに、がん患者の在宅移行を阻害している要因を克服するためにワーキンググループ(以後WGと記載する)を結成し、作業を進めた。今回はこのWGの活動を中心に報告する。

A. 研究目的

2003年4月西胆振在宅ホスピス・ネットワークが立ち上がったが、ネットワーク機能がなかなか進展しないことを報告してきたが、それを探るため、2007年10月11日第11回例会にて参加者に対して、アンケートを実施した。そこで浮かび上がった5つの問題点を抽出し、この内4点につきワーキンググループを結成

し、在宅移行を阻害している因子を克服しようと試みた。

B. 研究方法

第11回西胆振在宅ホスピスネットワークでのアンケートから抽出された問題点は、「介護負担の大変さ」「自宅での疼痛緩和の困難さ」「急変時の対応の困難さ」「情報不足」「ネットワーク機能の不備など」であった。これらの問題点のうち、

「急変時対応の困難さ」については、基幹病院のバックアップ機能ということで、それぞれの病院(またはホスピス)がバックアップ機能について責任を持つことを明文化することで対応することとし、他の4つの問題点についてWGを結成して阻害因子を克服しようとした。

C. 研究結果

2007年11月28日西胆振在宅ホスピスネットワーク幹事会においてWG[「広報班」]について、2008年1月10日同幹事会においてWG「介護班」、WG「教育班」、WG「地域連携パス班」が結成された。

WG「広報班」が最初に活動することとなり、「西胆振在宅ホスピス・ネットワーク」理念を説明したリーフレットと、具体的な内容を説明したパンフレットを作成した。

WG「介護班」は西胆振在宅ホスピスネットワーク・室蘭市居宅介護支援事業所専門部会合同研修会を開催した。WG「教育班」は主に医師を対象とした講演会の開催、医師教育のためのアンケートなどを準備している。またWG「地域連携パス班」は当院ががん診療連携拠点病院として室蘭医師会とともに作成しようとしている「地域連携パス」に当ネットワークの意見を取り入れてもらうようそのひな形を作成している。さらにこの「地域連携パス」は室蘭保健所が進めている「がん専門部会」にも反映されることにもなっている。

D. 考察

西胆振在宅ホスピス・ネットワーク例会(2007年11月11日)におけるアンケート結果では、昨年度本臨床研究事業で大岩孝司²⁾分担研究者が研究した1)介護負担の大変さ、2)自宅での疼痛緩和の困難さ、3)急変時の対応の困難さ、に一致しており、さらに4)情報不足や5)ネットワーク機能が十分でない、などの意見が大勢を占めた。我々はこれらの意見を、がん患者が在宅へ移行する際の阻害要因と捉え、これらの要因を克服することによって在宅移行を進めようと考えた。

市民や医療者に対する情報提供が焦眉の急であろうとの認識から、WG「広報班」を最初に立ち上げ、その理念、考え方などを記したリーフレットと具体的な対応方法などを記したパンフレットを5,000部ずつ作成した。

市民からの反応は良く、当科外来で「このサービスを受けたいのですが」とパンフレット・リーフレットを持参してくる患者もいた。また当科で支援している患者会メンバーの反応も良く、全市民に知ってもらうために町内会の回覧板につけて回してほしいなどとの提案がでた。これについては市役所も非常に協力的で、4000部のコピーが市内を巡回中である。延長の研究では市民の意識の変化などを調査してみたいと考えている。

WG「介護班」は班内での検討の結果、介護支援専門員ががん患者をほとんどみ

たこともない、さらには病院の医師からの情報がほとんど得られないなどの問題点が指摘された。これらの問題点を話し合う場として、西胆振在宅ホスピス・ネットワーク・室蘭居宅介護支援事業所専門部会合同研修会を開催した(2008年11月19日)。参加者からの感想は良く、今後は保健所も関与しながら事例検討も含め、西胆振全域を対象として開催することが検討されている。

WG「教育班」は主に医師を対象とした講演会(2009年1月23日)、アンケートなどを準備しているが、今がん診療拠点病院による教育なども導入されることになっていて、流動的な面もある。

WG「地域連携バス班」はクリティカルパスに緩和ケアの考え方を導入する目的とネットワーク機能を促進させるために立ち上げられた。積極的治療を受けている患者に対する在宅緩和ケアと、終末期ではパスが異なるのではとの指摘もあり、未だ最終的な結論はみられていないが、年度内の意見の統一を目指している。

E. 結論

地域によって在宅ホスピスへの取り組みの主体は異なる。しかし、在宅への移行を阻害する因子は地域により多少の違いがあるものの、大きな相違はない。従って地域の特性に合わせて在宅移行への阻害因子を克服する手法にも大きな違いは

ない。その方法としてその地域の在宅移行阻害因子を導き出し、それを克服するためのWGによる作業は有効であると考えられる。この作業により、地域連携ネットワークと在宅ケアが飛躍的に改善される可能性がある。

F. 文献

1) 柴田 岳三. 北海道西胆振地区における在宅医療の取り組み～西胆振在宅ホスピス・ネットワーク～. ホスピスケアと在宅ケア (Hospice & Homecare) 2006;14(3):220~223

2) 大岩 孝司. 在宅緩和医療推進に関わる要因の検討 厚生労働科学研究費助成金がん臨床研究事業 平成18年度分分担研究報告書

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

特記すべきものなし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

平成20年度 分担研究報告書

在宅緩和ケア推進におけるがん治療担当側の取り組み

分担研究者 木村 秀幸 岡山済生会総合病院副院長・ホスピス長

研究要旨：終末期にあるがん患者が住み慣れた地域で過ごすことができるように、在宅ケアにつなげるためには、まず、症状コントロール（特に疼痛）ができていことが大切である。院内でのがん疼痛セミナーを3回／年行い、地域の病院へも出張セミナーをすることで、医療者側の知識は広められたと考えられる。患者本人への疼痛緩和の説明はできていたが、患者を取り巻く（介護する）家族への説明がまだ不十分なことがわかったので、患者本人のみならず、介護する家族への説明や対応方法の確立が課題であることが明らかになった。

A.研究目的

がん治療後再発し、最終的には死に至る患者に対する入院緩和ケアは、緩和ケア病棟を中心に最近かなり行われるようになってきた。しかし、残された大切な時を住み慣れた家で過ごすという在宅ホスピスケアはまだ拡がりを見せていない。本研究では、主に終末期にあるがん患者とその家族が安心して家で過ごせるようなシステムの構築を緩和ケア病棟とがん治療病棟の側からの視点で調査を行い、支援方法の開発と確立を目的とする。

この研究により、終末期にある患者とその家族が残された大切な時を住み慣れた自宅で平穏に過ごすことができ、患者の死後も家族の心の平安につながり、医療者の満足度も高まることが期待される。

B.研究方法

がん終末期における症状コントロールの方法を病院内の医療者並びに地域の医療者に対して「がん疼痛セミナー」を開催し、調査した。また、緩和ケア回診の中でがん治療病棟のスタッフから聴き取り調査した。そして、緩和ケア外来、緩和ケア病棟へ紹介のあった患者並びに家族と紹介医などから緩和ケア病棟の役割やイメージについて聴き取り調査した。

（倫理面の配慮）

患者・家族へはインフォームドコンセントを得て行った。

C.研究結果

「がん疼痛セミナー」は、年3回の実施で、定着してきた。H20年度の院内の参加者は、1回目51人、2回目24人、3回目21人、合計96人であった。また、この院内セミナーに、院外医師の参加が3人あった。

緩和ケア病棟勤務経験のない緩和ケアリンクナース13人中、疼痛コントロールをもって知りたい7人、疼痛以外の症状コントロールを知りたい11人、在宅ケア（地域連携）について知りたい5人、コミュニケーションスキル4人、などであった。

D.考察

岡山県におけるがんによる年間死亡者は5129人、岡山済生会総合病院における年間死亡者639人中がん死は372人。そのうち緩和ケア病棟で153人、一般病棟で219人が死亡している。緩和ケア病棟からのセゾン退院は34人で、そのうち在宅死は2人、近くの有床診療所への転院が1人であった。また、当院におけるがんの年間入院患者数は3667人であり、院内死亡の割合は10.1%であった。

介護保険の導入に続き、在宅療養支援診療所の指定などにより、在宅ケアへの期待が高まってきている。診療所の医師の対応にも変化の兆しが見られた。しかし、がん患者の終末期の在宅医療を引き受ける医師はまだ少なく、症状コントロール（特に疼痛コントロール）の普及・習得が大切であることが分かり、一昨年度から、院外

への出前セミナーを開始した。昨年度1回行い、今年度も1回行った。今後も地域の中小病院に出前セミナーを継続していくことも大切であると考えている。

一方、院内でのセミナーもH17年より1年に3回行うことを定着させて継続しているので、疼痛コントロールは病院内ではかなり行き渡ったと考えていた。しかし、オピオイドの使い方には慣れてきたが、まだオピオイドを使っていない人の疼痛コントロールに少し工夫がいることもわかった。そこで、がんの再発などで入院中の患者全てにかかわっていくための方策を検討する必要がある。現在、オピオイドを使用している入院患者には全例かかわってきたので、次は、NSAIDsが投与されている患者にまでかかわりを拡大することを目標としている。

今年度から、緩和ケアリンクナースの制度を正式に発足させ、疼痛以外の症状コントロールの方法を学べるようにした。

発足時に何に取り組みたいかというアンケートをとったところ、症状コントロールについて学びたい希望が11/13であったが、来年度に向けたアンケートでは、個々の症例検討の希望が多くなったので、順次並行して行うことにした。

現在はまだ個々の症例の検討や在宅支援にはなかなか至らないが、相談件数は増えている。在宅ホスピスケアに向けて、当院の緩和ケア病棟が関与し始めて数年経過しているが、地域で訪問診療を引き受けてくれる医師も年々少しずつではあるが増えている。しかし、病院と地域の医師と訪問看護ステーションの間の連携が今一つ十分でないことが上げられた。往診医の不足から、今までのように在宅医療に熱心な地域の医師ばかりでなく、依頼先を拡げた結果、連携がスムーズでないという問題も浮上してきた。そして、家族間の意思の不統一の点でも、以前は二の足を踏む家族がいる場合には在宅ケアをあえて勧めなかったが、最近は背中を押す方向にあることの結果かもしれない。在宅ケアを想定した準備の不足という点では、院内の医師の意識がまだ、在宅緩和ケアに向いていないことを反映している。

今までの緩和ケア病棟は、病院の中で看取りを最大限良くしていこうという方向性にあった。しかし、これは、医療者の視点に立ったところが多く、患者・家族の視点に立って構築されてきたとは言い難い点が少ないからであることがわかった。患者・家族の視点で見ると、病院は（緩和ケア病棟と

いども）家族が居ることを前提にしてない点が少ないと思われる。当院の医療相談窓口の中のがん相談のうち、療養場所を含めた在宅療養相談と緩和ケアに関する相談が18.0%あった。医療者（医師や看護師）は自分たちができることを中心にケアを組み立てようとする。しかし、できることだけでなく、そうしてほしいことに焦点を当てたケアが大切であることがわかったので、相談支援センターからもフィードバックをもらい、視点を変えてみると課題と解決策が湧き出てくるものと期待している。

そして、がん患者家族に対する支援を拡げる方策として、今後、院内で定期的に家族（と患者）を対象とした症状緩和（特に疼痛緩和）の講座を開き、地域の病院にも定期的に患者・家族を対象とした出前セミナーを行うことの重要性が示唆された。

E. 結論

がん終末期患者の在宅ケアを推進するためには、症状がコントロールされていることが必須条件であるので、医療者への症状コントロールの実際の普及が大切であり、病院の医師をはじめとする医療者に終末期に至る前からの緩和ケア科との並行した診療の実施並びに患者家族に対する支援が重要であることが明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 学会発表

なし

2. 論文発表

なし

H. 知的財産権の出現・登録状況（予定含）

なし

平成20年度 分担研究報告書

分担課題名 抗がん剤治療を受けている患者と主治医の理解度調査

研究分担者 大木信子 施設名 国保匝瑳市民病院 職名 看護部長

研究要旨

平成19年4月よりがん対策基本法が施行され、千葉県で施策体系の柱に予防・早期発見・医療・在宅緩和ケア・相談、情報提供・教育・研究の7つを挙げている。その中でも医療の部分では、とりわけ『放射線療法及び抗がん剤療法の充実』を挙げている。また、『どこに住んでいても質の高いがん医療を受けられるために』とがん治療の均てん化の整備充実を目指している。しかし、一般病院ではレジメン登録に関する意識はまだ薄くそれぞれの医師の方針によって異なる部分もありまた、環境的にも外来に化学療法専用室を用意していないところも多い。そして、抗がん剤治療の研究成果により、多くの種類の薬剤導入がなされ、抗がん剤治療の期間は長期化している。このことにより、患者を取り巻く問題も少なくないように思う。そこで、実際抗がん剤治療を受けている患者の抱えている思いや治療に対する理解について調査してみた。主治医の把握している患者の理解とも照らし合わせ、現状の課題の整理をし、抗がん剤療法と終末期ケアの移行のあり方についてどうあるべきか考察する

A. 研究目的

一般病院で多様な抗がん剤療法を行っている現状と患者の実態を調査し、終末期ケアへの移行のタイミングやそのかわり方について考える

病院の背景

人口約4万人の市民病院
病床数 157床
有床診療科 内科、外科、整形外科
外来抗がん剤治療患者延べ人数550人
入院抗がん剤治療患者延べ人数430人

B. 研究方法

①アンケート調査を実施

②期間

H20年12月1日から12月28日

③対象者

上記期間に抗がん剤治療を受けている患者
40名とその主治医(外科医師5名内科医師
1名)

原則無記名自筆筆記をとしたが、差し支えなければ記名をお願いした。アンケートに協力意思があるが筆記困難な場合は、聞き取り代筆筆記をした。

④アンケート内容(資料1)

⑤アンケート結果の分析、評価

(倫理面への配慮)

アンケート調査の協力依頼をする際、文書で個人情報を守ることとはもとより、調査結果は、医業、学術向上目的以外に使用しないことを申し添えた。

C. 研究結果

アンケートの回収率

24名/40名 60%

回収できなかった主な理由

- ・期間中に死亡
- ・副作用が強く協力拒否
- ・受診予定日の変更
- ・タイミングが合わず依頼できず

(抗がん剤治療を継続している患者へのアンケート結果)

1. 年齢

40 以下	50 代	60 ～ 64	65 ～ 74	75 ～ 84	85 以上
0人	2	8	9	4	0

今回の調査では40歳以下の若年層と85歳

以上の対象者はいなかった。

2. 性別

男性	16名
女性	8

男性患者の割合が女性患者の2倍となっている。がん発症割合との関係と抗がん剤療法の継続からくる問題要因関係の分析が必要。

3. 現在の家族構成

独居	配偶と	子の家族と	子配偶者と	子と	その他
4名	4	11	1	1	3

子供家族との同居が11名と4割強を示し地域性からまだ複合家族の家族体系はあるが、一人暮らし、夫婦世帯のみをあわせると8名と3割強でありインフォーマルによる支援体制は十分とはいえない。

4. 自分の病名を知っているか

大腸がん6名、直腸がん1名、膵臓がん4名、乳がん3名、肺がん2名、肝臓がん2名、胃がん1名。単に『がん』と答えた患者は2名、また無記名者も2名いた。主治医が抗がん剤療法の適応として挙げている病名と照らし合わせてみると患者側には転移性病名、再発、という捕らえ方ができていない人が多かった。

5. 抗がん剤治療を始めてどのくらい経つか

1～3ヶ月	4～6ヶ月	7～1年	1年以上2年	2年以上5年	5年以上
7人	4	3	4	4	2

まだ、開始して3ヶ月未満の人が多かったが、1年以上は10人、5年以上経過している人も2名おり合わせると約4割をしめ、抗がん剤療法期間が長期化していることがわかる。

6. 始まる前の説明で納得して開始できたか

自分で決断	医師に任せ	仕方がなかった	家族が決定
14人	6		2

無記名者が2名いた。自分で納得して抗がん剤

療法を決断したと答えた人が14名で6割を占めるが、始める前に医師にどのような説明を受けたかの質問については、『忘れた』と応えた人が2名、無記入の人が12人いた。

7. 現在は、納得して抗がん剤治療を受けているか

主治医と相談して	よくわからないが主治医に任せて	不安だがしかたがない
23人	4	

ほとんどの人が現在は、『主治医と相談して、納得して受けている。』と答えているが、そのうち3名は、『よくわからないが、主治医に任せている』と複数回答あり、治療内容の理解は難しく、主治医との信頼関係の重要性を感じる。

8. 今、悩んでいること・不安に思うことはどのようなことか？（複数回答可）

悩み不安なし	副作用が辛い	いつまで続けたら
7人	11	7

薬の効果なくなったら	経済的に苦しい	仕事に支障
5	5	2

生きがいが無い	家族に負担	治療をやめたいが言えない
1	6	1

主治医への質問で『現在の状態について』で悪化している、としている患者であっても、副作用が比較的少ない場合、『不安なし』と答えている割合が多い。副作用で悩んでいる人も多く、そのため、いつまで続けるのか、仕事に支障がある、生きがいが無い、家族に負担をかけている、治療をやめたいが言い出せない。と連鎖的に複数挙げている人が多い。治療の継続上副作用対策がいかに重要であるか改めて考えなければならない。また、経済的な負担を挙げている人では一月5万～15万以上かかり、高額療養費の還付があるとは言え生活が成り立たないと苦しさを訴えている。抗がん剤療法の充実、均てん化を勧めていく以上この問題を避けて通ることはできない。国家対策が求められる。

家族の問題も複雑で、高齢化世帯で配偶者の介護のために、入院治療ができないと答えた人もいた。

9. 相談できる人が側にいるか

相談できる人がいないと答えた人はいなかった。配偶者、子と答えた人が一番多く、ついで主治医、兄弟、友人、看護師の順であった。数的には少なかったが、同様の患者仲間、ケアマネジャーと答えた人もいた。

10-1

次回実施日までの間に不安な症状を自宅で経験したことがあるか

はい	いいえ
7人	17

10-2

上記の質問ではいと答えたときその不安にどう対処したか

その日に対処	次の日受診	我慢した
1人	2	4

副作用による症状対処や、抗がん剤法による変化に対する不安対策は、療法開始で間もない人や一人暮らし、高齢者の場合は特に注意し丁寧なフォローが重要であり、ピアカウンセラー等の導入や気軽に相談できる窓口の設置等の検討が必要。

11. がん患者相談窓口・患者会のような集いがあったら利用したいか

是非つくって	利用する	必要ない	わからない
1人	8	11	3

以外に『必要ない』、『わからない』という意見が多かった。中には、体がきつく、そんなこと考える余裕がないという意見もあった。しかし『是非つくってほしい』『利用する』と答えた人では、仲間がいると思うとつらいときでも乗り越えられそう、色々相談できる。話を聞きたいなどの意見もあり、検討していく必要はあるといえる。

12. 抗がん剤療法を受けている実際の環境について意見を

(現在外来抗がん剤療法は専用の環境整備が整っていない、外来の一角で実施している状況での質問)

- ・騒々しく、落ち着かない。
 - ・環境にはもう慣れました
 - ・TV等は治療中はぐったりしてしまうのでみない
 - ・ちよくちよく声かけをしてもらえていい
 - ・おいしいご飯を出してもらいたい
- などといった意見が聞かれた。

抗がん剤療法による、長時間な拘束、副作用による不快等を配慮した、また抗がん剤被曝の点からも安心、安楽な環境整備をする必要があり効果的な治療の継続をしていく上でも重要なポイントのひとつである。

(抗がん剤療法を実施している主治医へのアンケート結果)

1. 抗がん剤治療を実施している病名について
医師の記載した病名と患者が理解している病名のずれは、転移、再発の部分が大きく、24名中6名にあたる。転移や再発に対する説明がされているか、また、説明を受けたが、理解できていない、受け入れができないかどうかは確認できていない。
2. 患者は『抗がん剤療法』をどのように受け入れていると思うか

再発防止	進行を抑える	完治するため
4名	19	1

上記のように医師は、説明しているのとべているが、医師の説明を覚えていない、説明内容の未記入者が12名と多く、実際医師の説明と合致した人は5名だった。また、医師は『進行を抑える』と説明したが、患者側は『再発防止』と捉えている人もいた。『完治するため』との説明に対して患者側は『進行を抑える』と受け止めているといったずれが生じている結果であった。

3. 現在の治療メニュー内容
(使用薬剤については省略)

サイクル

7日	14	21	28	60	その他
5人	11	1	2	1	4

期間

CR まで	可及的	6 コース	2 コース	1年	その他
2名	14	1	1	1	5

サイクル期間も患者一人ひとりの状況で計画されていくためなかなか複雑で患者が自分のメニューを十分理解して治療を受けているとは考えにくい。また医師は可及的に継続を考えているがそのうち6名の患者が継続期間に不安を抱えていることより、十分な説明とコミュニケーションを図ったやり取りが必要である

4. 現在の状態

再発なし	安定	悪化	厳しい	その他
3人	10	6		5

その他のなかには、術後補助療法として実施した患者や腫瘍の縮小等が含まれる。

再発なし、安定している、その他の患者を合わせて7割強は抗がん剤療法の効果が評価できる。しかし悪化している患者に対し今後どのような対応をしていくべきか、緩和ケア、終末期ケアの領分を含め適切な対応が求められる。

5. 今後の治療方針（現在の状況より）

療法の継続	対症療法へ	患者意見重視
15人		4

病状が悪化している患者（緩徐に悪化を含む）6名に対していずれも抗がん剤療法の継続をすすめると主治医は答えている。悪化理由では、抗がん剤治療からの転換はかなり難しいと言える。再発を受け入れられない、補完目的で実施し、副作用が強く出た場合、CRなり終了にしても良いと判断するが、終了することで再発の不安を抱く場合は患者の意見を重視としたとしている。

6. 患者が抱えている現在の課題について（複数回答可）概ね患者が回答している内容とマッチしている結果であったが、患者が『悩み・不安はない』と答えているが、主治医は病態病状の変化より、今後の患者に起こりうる問題を予測検討していることが、読み取ることができた。

7. 一般的に『抗がん剤療法の終了の目処』についての意見（5名の医師それぞれの意見）

・QOLの低下、全身状態の悪化、コントロー

ルできない副作用、抗がん剤療法の効果が著しく乏しい。など

・効果より苦痛が大きい場合、または有害事象が効果より大きい場合

・CRが得られたとき。患者が『もうやめたい』と言ったとき、副作用が強くレジメの選択しなくなったとき

・パフォーマンスステータスの悪化

・術後補助化学療法の場合疾患によって1～2年乳がんホルモン療法は5～7年。再発治療は乳がんは完全緩解、消火器がんの場合は進行抑制してQOLを保って生活できることを前提とするため、状態をみながらできる限り継続していく。

D. 考察

長年の抗がん剤療法の研究の結果、有効な薬剤による治療方法がかなり積極的に使用されるようになり、抗がん剤療法の適応患者が増えた。入院期間も短く、外来での抗がん剤療法が主流となっている現在、より快適なそしてより安全な治療環境整備が求められている。

レジメの選択肢が増えたことで、抗がん剤療法の適応期間が長期化し、がん克服という側面からすると、画期的なことではあるが、一方抗がん剤療法適応者の年齢、家族構成、経済面、いずれをとっても大きな問題を含んでいる。これらの課題をひとつひとつ解決していかなければ、『がん克服』とはいえない。また、レジメの選択肢が多ければ限りなく抗がん剤療法が継続されることが予測されるが、生きることの意味も見出せず、副作用に押しつぶされそうになりながら治療を受け続けることであってはならないと思う。普通に生活していくための治療という視点での介入のあり方を考えていかなければならない。そのためには、導入の際十二分に抗がん剤療法の目的説明、患者自身の生活目標を明示し、抗がん剤療法のゴール設定をあらかじめしておく必要があるのかもしれない。

一般的に『抗がん剤療法の終了の目処』について抗がん療法を実施している医師5名に聞いた中に、効果より苦痛が大きい場合、または有害事象が効果より大きい場合を挙げている。

このとき、どのように終了宣告を今後どのような対応をしていくか、じっくり向き合い支える方向付けが重要なポイントだろう。

E. 結論

某新聞記事にがん患者8割は『徹底闘病』と最後まで病気と闘うことを望みつつも、死を意識せずに普段通りに過ごしたいと考えている。逆に診療に当たる医師、看護師は、将来の病状の変化や余命を知って、死に備えることを重視する割合が多く、患者と医療関係者の間で価値観のギャップがあることがうきぼりになったとあった。(東大:望ましい死や死生観についてのアンケート調査 H20年)
常に死と向き合っている医療関係者の学びなのだろうか。どうあれ、一人ひとりの人生しっかり寄り添った関係作りが大切なのだろう。

【参考文献】

- 1) 千葉県がんセンター長竜崇正 がん診療ハンドブック 株式会社永井書店
平成20年7月25日第1版発行
- 2) 緩和ケア 2008年10月増刊号
P143~171
- 3) 緩和ケア 2009年1月号
- 4) 石井範子 看護師のための抗がん剤取り扱いマニュアル ゆう書房 2008年

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他

(資料 1)

抗がん剤療法を受けていらっしゃる皆様へアンケート調査の協力をお願い

国保匝瑳市民病院
看護部長 大木信子

平成 19 年 4 月 1 日よりがん対策基本法が施行され、千葉県では施策の体系の柱に予防・早期発見・医療・在宅緩和ケア・相談、情報提供・教育・研究の 7 つを挙げています。その中でも医療の部分では、「どこに住んでいても質の高いがん医療を受けられるために」として整備、充実を図る対策に着手しているところです。そして、とりわけ『放射線療法及び抗がん剤療法の充実』については大きく取り上げられております。

匝瑳市民病院におきましても、多くの方々が抗がん剤療法を受けていらっしゃいます。お一人お一人の病状、状況に応じ担当医が適切な治療メニューを提供しております。

今回、より安全に充実した治療を提供していくために現在化学療法を受けていらっしゃる皆様に率直なご意見を頂きたく、アンケート調査を実施することに致しました。

病院として、医療、看護ケアを提供する専門職として心ある対応を目指していきたいと考えております。ご協力のほどよろしくお願いいたします。なお、個人情報を守守することはもとより、調査結果は医業、学術向上目的以外に使用しないことをお約束いたします。

H20 年 12 月

抗がん剤療法を受けていらっしゃる皆様へのアンケート

※無記名でお答えいただくアンケートですが差し支えない場合はお名前をお願いいたします。

お名前 _____

1. 年齢をお伺いいたします。当てはまる番号に○をしてください。(以下の質問同様)

- ① 40才以下 ②50才代 ③60～65才未満 ④65以上75才未満 ⑤75～80才未満
⑥ 85才以上

2. 性別

- ① 男性 ② 女性

3. 現在のご家族構成

- ① 独居 ② 配偶者との2人 ③子の家族と同居 ④子と配偶者と3人 ⑤子と2人
⑥ その他()

4. ご自分の病名はご存知ですか? 医師から説明を受けている病名をお書きください。

()

5. 抗がん剤療法を始めてどの位たちますか?

() 例えば 3ヶ月 1年くらい等

6. 始める前の説明で納得して抗がん剤療法を開始できましたか?

- ① 納得し自分で決定した

医師の説明内容: 例えば ・この治療は再発を予防するため ・病状の進行を遅らせるため等

[]

- ② 良くわからなかったが医師に任せた

③ 不安だったがしかたなかった (不安内容:)

④ 家族が決めた ⑤その他 ()

7. 現在は、納得して抗がん剤療法をうけていますか?

- ① 主治医と相談して納得して受けている ② 良くわからないが医師を信頼し任せている
③ 不安だがしかたない ④ その他 ()

8. 今、悩んでいること・不安に思うことはどのようなことでしょうか?(複数回答可)

① 悩み・不安はない ② 副作用が辛い (症状:)

③ いつまで続いたらよいかわからなくて不安 ④ 薬の効果がなくなってしまった時はどう
するのか不安 ⑤ 経済的に苦しい (治療費月額: 円)

- ⑥ 仕事に支障がある (例えば)
- ⑦ 生き甲斐がもてない ⑧ 家族に負担をかけている
- ⑨ 治療をやめたいが主治医に言えない
- ⑩ その他 ()

9. 相談できる人が側にいますか?(複数回答可)

- ① 配偶者 ② 兄弟姉妹 ③ 親 ④ 子 ⑤ その他の家族 ⑥ 主治医 ⑦ 看護師 ⑧ 薬剤師
- ⑨ 医療相談室のワーカー ⑩ その他病院職員() ⑪ 友人
- ⑫ 患者同士 ⑬ その他() ⑭ 相談する人がいない

10-1 次の実施日までの間に不安な症状を自宅で経験したことがありますか?

- ① はい ② いいえ

10-2 上記の質問で「①はい」と答えた方に伺います。その不安にどう対処しましたか?

- ① その日に病院に電話し、看護師に相談して解決した(その日に受診した)
- ② 次の日予約外だか受診した
- ③ 我慢して様子をみた
- ④ その他()

11. がん患者相談窓口・患者会のような集いがあったらご利用されますか?

- ① 是非つくってほしい ② 利用する ③ 必要ない
- ④ その他()

12. 抗がん剤療法を受けている実際の環境(外来処置室・一般病棟)についてご意見を聞かせてください。

例えば ・ベッドが硬くて寝心地が悪い ・長時間点滴をするのでテレビ等の用意
 やくつろげる環境を提供してほしい ・もっと静かなところで落ち着いて治療
 受けたい
 など

13. その他 病院・職員に対するご要望ご意見をご自由にお聞かせください。

()