

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20年度 研究成果の刊行物・別刷

研究成果の刊行に関する一覧表 2006年4月から2009年3月(in press分含む)まで

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|--|----------------------------------|-------------------|----------------------------------|-------------|-----|----------|---------|
| 蘆野吉和 | 癌末期 | 渡辺明治 福井 富徳 | 今日の病態栄養療法(改訂第2版) | 南江堂 | 東京 | 2008 | 104-108 |
| 蘆野吉和 | 看取りを通じた地域づくり | 佐藤 智 | 明日の在宅医療 第3巻 | 中央法規出版(株) | 東京 | 2008 | 131-151 |
| 蘆野吉和 | 在宅ホスピスケアにおける地域ネットワークの構築 | 田城孝雄 | 在宅ガイドブック | 中外医学社 | 東京 | 2008 | 126-131 |
| 蘆野吉和 | がんの在宅医療総論 | 田城孝雄 | 在宅ガイドブック | 中外医学社 | 東京 | 2008 | 178-182 |
| 蘆野吉和 | 終末期緩和医療 | 日本病態栄養学会 | 改定第2版 認定病態栄養専門師のための病態栄養ガイドブック | メディカルレビュー社 | 東京 | 2008 | 270-274 |
| 佐藤智 | かかりつけ医訪問看護師薬剤師のための在宅がん緩和治療ハンドブック | 佐藤智 編著 | かかりつけ医訪問看護師薬剤師のための在宅がん緩和治療ハンドブック | メディカ出版(単行本) | 東京 | in press | |
| 谷水正人, 成本勝広, 藤井知美, 三好京子, 井上るり子, 中岡初枝, 西岡久美, 井上美穂, 関水裕美, 菊内由貴, 亀島貴久子 | 四国がんセンター緩和ケアチームの立ち上げと活動 緩和ケアチーム | 森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編 | 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方 | 青海社 | 東京 | 2008 | 22-24 |
| 福地智巴 | ターミナルケアと医療福祉 | 幡山久美子 | 福祉臨床シリーズ12 臨床に必要な保険医療福祉 | 弘文社 | 東京 | 2007 | 216-225 |

雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|-------|--|--------|-------|---------|------|
| 江口研二 | がん緩和医療推進の現状と課題 特集がん対策の新たな展開 | 保健医療科学 | 57 | 336-8 | 2008 |
| 江口研二 | 早期からどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指す取り組み 特集 がん診療の拠点化と均てん化 | 最新医学 | 63(6) | 1086-91 | 2008 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|---------------------------|-----------|-----------|------|
| 蘆野吉和 | 緩和ケアにおける中心静脈栄養—皮下埋込型ポートの有用性を含めて— | 臨床栄養 | 113 | 637-641 | 2008 |
| 蘆野吉和 | ターミナルケア—終末期にある褥瘡患者の栄養ケアのポイント | 臨床栄養 | 112 | 752-758 | 2008 |
| 佐藤智 | 早期からの緩和ケア＝早期からの疼痛対策～WHO方式がん疼痛治療法の理解と実際～ | ペインクリニック | 29 | 1089-1099 | 2008 |
| 船田千秋, 菊内由貴, 関木裕美, 宮脇聡子, 西岡順子, 菊屋朋子, 谷水正人, 河村進 | がん患者の継続医療を保证する退院調整バス | 治療 | 90(3月特集) | 800-807 | 2008 |
| 谷水正人, 河村進, 成木勝広, 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バス | 治療 | 90(3月特集号) | 727-731 | 2008 |
| 河村進, 横山隆, 谷水正人, 大西ゆかり, 西岡久美, 杉本はるみ, 船田千秋 | リンパ浮腫診療の地域連携とその必要性 | 治療 | 90(3月特集号) | 793-799 | 2008 |
| 谷水正人 | 5大がんの地域連携バスに寄せる同床異夢をひもとく | 看護管理 | 18(2) | 125 | 2008 |
| 谷水正人, 河村進, 菊内由貴, 船田千秋, 小暮友毅, 松久哲章 | 【地域連携バス現況と今後の課題】がん領域における地域連携クリティカルバス開発への課題 | 医薬ジャーナル | 44(8) | 97-103 | 2008 |
| 谷水正人, 菊内由貴, 船田千秋 | がん患者の在宅医療におけるがん診療連携拠点病院の役割 | 佐藤智編集代表 明日の在宅医療 中央法規出版 東京 | 3 | 176-188 | 2008 |
| 河村進, 船田千秋, 谷水正人, 松久哲章 | 【いまこそ地域連携!】地域連携のいまとこれからを探るいま、なぜ地域連携が重要なのか地域医療の現状と退院調整の活動から考え | 薬事 | 51(1) | 19-25 | 2009 |
| 那須淳一郎, 森田晴子, 井上美穂, 田所かおり, 大住省三, 久保義郎, 青儀健二郎 | 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 | 家族性腫瘍 | 9(1) | 17-23 | 2009 |
| Norihiro Teramoto, Masahito Tanimizu, Rieko Nishimura. | Present situation of pTNM classification in Japan: Questionnaire survey of the pathologists of Gan-shinryo-renkei-kyoten Byoin (local core cancer hospitals) on pTNM classification | Pathology International | 59 | 167-174 | 2009 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|--|--|-------|---------|----------|
| Nakagawa K, Yamashita H, Nakamura N, Igaki H, Tago M, Hosoi Y, Momose T, Ohtomo K, Muto T, Nagawa H. | Preoperative Radiation Response Evaluated by 18- Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Predicts Survival in Locally | Disease of the Colon and rectum | 51(7) | 1055-60 | 2008 |
| Yamashita H, Nakagawa K, Asari T, Murakami N, Igaki H, Ohtomo K | Radiotherapy for 41 patients with stages I and II MALT lymphoma: A | Radiotherapy and Oncology | 51(7) | 1055-60 | 2008 |
| Hiroshi Igaki, Keisuke Maruyama, Masao Tago, Masahiro Shin, Naoya Murakami, Tomoyuki Koga, Keiichi Nakagawa, Nobutaka Kawahara, Kuni Ohtomo | Cyst Formation after Stereotactic Radiosurgery for Intracranial Meningioma Stereotact Funct Neurosurg | Stereotactic and Functional neurosurgery | 86 | 231-236 | 2008 |
| Igaki H, Nakagawa K, Shiraishi K, Shii na S, Kokudo N, Terahara A, Yamashita H, Sasano N, Omata M, Ohtomo | Three-dimensional conformal radiotherapy for hepatocellular carcinoma with inferior vena cava invasion | Japanese Journal of Clinical Oncology | 38(6) | 438-44 | 2008 |
| Sone K, Nakagawa S, Nakagawa K, Takizawa S, Matsumoto Y, Nagasaka K, Tsuruga, T, Hiraiki H, Hiraiki Wada O, Miyamoto Y, Oda K, Yasugi T, Kugu K, Yano T. | hScrib, a human homologue of Drosophila neoplastic tumor suppressor, is a novel death substrate targeted by caspase during the process of apoptosis | Genes to Cells | 13(7) | 771-785 | 2008 |
| Nakamura N, Sasano N, Yamashita H, Igaki H, Shiraishi K, Terahara A, Asakag T, Nakao K, Ebihara Y, Ohtomo K, Nakagawa K | Oral pilocarpine (5mg t.i.d.) used for xerostomia causes adverse effects in Japanese | Auris Nasus Larynx | 36(3) | 310-313 | 2009 |
| Yamashita H, Nakagawa K, Hosoi Y, Kurokawa A, Fukuda Y, Matsumoto I, Misaka T, Abe K | Umami taste dysfunction in patients receiving radiotherapy for head and neck cancer | Oral Oncology | 45(3) | e19-e23 | 2009 |
| MIYASHITA M, YASUDA R, BABA R, IWASE S, TERAMOTO R, NAKAGAWA K, KIZAWA Y. & SHIMA | Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: a hospital- based palliative care setting | European Journal of Cancer Care | | | in press |
| Hiroshi Igaki, Keiichi Nakagawa, Hideomi Yamashita, Atsuro Terahara, Akihiro Haga, Kenshiro Shiraishi, Nakashi Sasano, Kentaro Yamamoto, Kuni Ohtomo, Kiyoshi | CONTRAST MEDIA- ASSISTED VISUALIZATION OF BRAIN METASTASES BY KILOVOLTAGE CONE- BEAM CT | Acta Oncologica | 48(2) | 314-317 | 2008 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|------------------------------------|---------|-----------------|----------|
| Hideomi YAMASHITA, Takafumi KADONO, Kunihiko TAMAKI, Keiichi NAKAGAWA | Interesting response to concurrent chemoradiation in metastatic eccrine porocarcinoma | Journal of Dermatology | 35(9) | 606-607 | 2008 |
| Yoda K, Nakagawa K, Shiraishi K, Okano Y, Ohtomo K, and Pellegrini RG | Dose verification of intensity modulated arc therapy using Ergo++ treatment planning system and Elekta internal multi-leaf collimators for prostate treatment | The British Journal of Radiology | | | in press |
| Yamashita H, Nakagawa K, Asari T, Murakami N, Igaki H, Okuma K, Ohtomo K | Concurrent chemoradiation alone with curative intent for limited-disease small-cell esophageal cancer in nine Japanese patients | Diseases of the esophagus | 22(2) | 113-118 | 2009 |
| Nakagawa K, Kanda Y, Yamashita H, Nakagawa S, Sasano N, Ohtomo K, Oshima K, Kumano K, Ban N, Minamitani Y, Kurokawa M, | Ovarian shielding allow ovarian recovery and normal birth in female hematopoietic SCT recipients undergoing TBI | Bone Marrow Transplantation | 42 | 839 | 2008 |
| Keiichi Nakagawa, Hideomi Yamashita, Hiroshi Igaki, Atsuro Terahara, Kenshiro Shiraishi, Kiyoshi Yoda | Contrast medium-assisted stereotactic image-guided radiotherapy using kilovoltage cone-beam computed tomography | Radiat Med | | | in press |
| Murakami N, Itami J, Okuma K, Marino H, Nakagawa K, Ban T, Nakazato M, Kanai K, Naoi K, Fuse M | Urethral Dose and Increment of International Prostate Symptom Score (IPSS) in Transperineal Permanent Interstitial Implant (TPI) of Prostate Cancer | Strahlentherapie and Onkologie | 184(10) | 515-519 | 2008 |
| Hirai K, Komura K, Tokoro A, Kuromaru T, Ohshima A, Ito T, Sumiyoshi Y, Hiyodo I, | Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. | Ann Oncol. | 19 | 49-55 | 2008 |
| 田村里子、福地智巴 | ソーシャルサポートの獲得を促すアプローチ | 緩和医療学 | 10(4) | 47(385)-55(393) | 2008 |
| Morita T, Murata H, Kishi E, Miyashita M, Yamaguchi T, Uchitomi Y | on behalf of the Japanese Spiritual Care Task Force. Meaninglessness in Terminally Ill Cancer Patients: A | Journal of Pain Symptom Management | 37(4) | 649-658 | 2008 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|---|---|--------------|-------------|----------|
| A Yamagishi, T Morita, M Miyashita, N Akizuki, Y Kizawa, Y Shirahige, M Akiyama, K Hirai, T Kudo, T Yamaguchi, A Fukushima, K Eguchi | Palliative care in Japan: Current status and a national-wide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study | American Journal of Hospice and Palliative Medicine | 25(5) | 412-418 | in press |
| T Okuyama, C Endo, T Seto, M Kato, N Seki, T Akechi, T Furukawa, K Eguchi, T Hosaka | Cancer patient's reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung Cancer | Psycho-Oncology | DOI | 10.1002/pon | 2007 |
| 江口研二 | がん緩和医療の現状と将来展望 | 公衆衛生 | 71;2 | 122-7 | 2007 |
| 江口研二 | がんに向き合う | からだの科学 | 253 | 199-201 | 2007 |
| 江口研二 | 在宅緩和医療のあり方特集 緩和医療 | 医薬ジャーナル | 43 | 2013-6 | 2007 |
| 蘆野吉和 | がんの継続医療 病院から在宅へーギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケア | 癌と化学療法 | 34(Suppl II) | 175-178 | 2007 |
| 蘆野吉和, 城谷典保, 福田能啓 | がん患者の継続医療ー病院から地域へー | 癌と化学療法 | 34(Suppl II) | 155-164 | 2007 |
| 佐藤智 | 基幹病院の緩和医療へある地方中核病院の場合へ | ペインクリニック | 29 | 34-47 | 2008 |
| 田所かおり, 谷水正人他 | 家族性乳癌家系の経験による積極的働きかけへの方針転換 | 家族性腫瘍 | 7 | 27-29 | 2007 |
| 船田千秋, 谷水正人他 | 地域連携を目指した退院調整連携バス | 緩和医療学 | 9 | 139-146 | 2007 |
| 谷水正人, 河村 進, 船田千秋, 松久哲章 | 【日本の医療制度を考える】喫緊の医療政策世界からみた日本のがん医療 がん対策基本法にみる日本のがん医療の課題 | 総合臨床 | 56(12) | 3233-3236 | 2007 |
| 中川恵一 | 総論ー緩和ケアの離陸に向けてー | 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 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|--|--|--|-----------------------|-----------|------|
| K Yamaguchi,M ishikawa,Y takada,R hamazaki,Y hamada, T Fukuchi, H Muramatus,H Ito, T lwase,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 |
| N.Seki,K.Uematsu,R. Shibakuki,K.Eguchi | Promising New Treatment Schedule for Gefitinib Responders After Severe Hepatotoxicity With Daily | Journal of Clinical Oncology | 24:29 | 3213-3214 | 2006 |
| T.Seto,N.Seki,K.Uem atsu,T.Tanigaki,S.Shi oya,T.Kobayashi,S.U memura,K.Eguchi | Gefitinib-induced lung injury successfully treated with high-dose corticosteroids | Respirology | 11 | 113-116 | 2006 |
| R.Shibakuki,T.Seto,K .Uematsu,K.Shimizu, N.Seki,M.Nakano,H.Is hii,M.Ohta,K.Eguchi | Pulmonary Adenocarcinoma Associated with SAPHO Syndrome Difficult to Differentiate from Multiple Bone | Internal Medicine | 45 | 543-546 | 2006 |
| 江口研二 | 緩和医療の期待と現実 -そして今後 | 総合臨床 | 55(3) | 520-522 | 2006 |
| 江口研二 | 本邦における肺癌臨床 試験の実際・肺癌の臨 床試験におけるイン フォームドコンセント | 呼吸器科 | 7(5) | 460-465 | 2006 |
| 佐藤 智 | 緩和ケアの流れをえる -在宅における臨床 の実際-疼痛のマネジ メントを中心に- | 緩和ケア | 16(6) | 492-496 | 2006 |
| 谷水正人、菊内由 貴、松田千秋、亀島 喜久子、栗田啓、高 嶋成光 | チーム医療で進める癌 治療 がんセンターと 医療連携(地域連携) | 癌と化学療法 | 33(11) | 1563-1567 | 2006 |
| 田所かおり、関木裕 美、神谷淳子、谷水 正人 | 医療者が考える末期が ん患者の退院阻害要 因 | 癌と化学療法 | 3 suppleme ntII | 338-340 | 2006 |
| 田所かおり、大住省 三、那須淳一郎、菊 屋朋子、佐々木晴 子、青儀健二郎、久 保義郎、谷水正人 | 家族性乳癌家系の経 験による積極的働きか けへの方針転換 | 家族性腫瘍 | 7(1) | 27-29 | 2006 |
| T.Morita,I.Hyodo,T. Yoshimi,M.Ikenaga,Y. Tamura,A.Yoshizawa, A.Shimada,T.Akechi, M.Miyashita,I.Adachi | Artificial Hydration Therapy, Laboratory Findings, and Fluid Balance in Terminally Ill Patients with Abdominal | Journal of Pain and Symptom Management | 31(2) | 130-139 | 2006 |

1 看取りの現場から

1-1 病院死の背景

日本において病院死が50%を超え始めたのは、1980年代である(図8-1)。それ以降病院死は増え続け、2006年の人口動態調査では79.7%となっている。一方、在宅死は年々少なくなり、2006年には自宅死12.2%、居宅(老人ホーム)死2.3%となっている。このように病院死が増加した理由は、1961年の国民皆保険の実施、1972年の老人医療費無料化(1983年老人保健法施行により撤廃)により経済的な

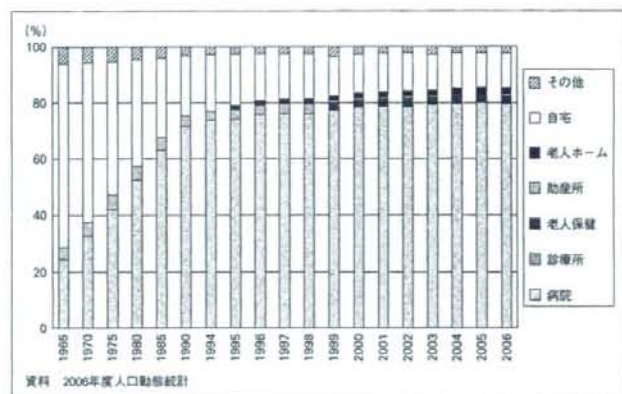


図8-1 年次別にみた死亡場所

面で医療が受けやすくなったこと、1970年頃より感染症などの急性疾患の治療技術が進歩し、また1980年代には延命治療の技術が進歩したことで、病院医療に対する期待感が強くなったこと、また、病院に勤務する医師も「死は医療の敗北」と考え、「どのような病状であっても積極的な治療を行い、最期まで延命の努力を尽くすこと」が医師の務めであると考え、入院治療を誘導したことなどが大きなきっかけとなったものと思われる。

その後、1990年代以降は、国民の意識が変化し、どのような病態であっても病状が悪化したときには病院に入院させること、死亡時に医師や看護師が同席し“死亡宣告”することが日常化したものと考えられる。その一方で、看取りを伴う在宅医療は衰退し、自宅で看取することは異常な出来事ととらえられるようになった。

2003年に行われた終末期医療に関する調査では、痛みを伴う場合の終末期療養の場所として、一般国民は、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」27%、「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」23%、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」22%、「自宅で最期まで療養したい」11%と回答し、自宅で療養することについては「実現困難である」66%、「実現可能である」8%と多くの国民は実現不可能と考えていることが報告されている(表8-1)。

しかし、その理由をみると、頻度の高い順に、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「病状が急変したときの対応に不安がある」、「経

表8-1 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか

| 回答 | 一般 | 医師 | 看護 | 介護 |
|---------|------|------|------|------|
| 実現可能である | 8.3 | 28.8 | 34.1 | 21.2 |
| 実現困難である | 65.5 | 51.6 | 47.5 | 55.7 |
| わからない | 23.2 | 17.1 | 16 | 21 |
| 無回答 | 3.1 | 2.6 | 2.5 | 2.1 |

資料 2003年度終末期医療に関する調査

表8-2 自宅療養が実現できないと考える具体的な理由（複数回答）

| 理由 | 一般 国民 | 医師 | 看護 職員 | 介護 職員 |
|---------------------|----------|------|----------|----------|
| 往診してくれる医師がいない | 27.0 | 33.6 | 34.8 | 26.2 |
| 訪問看護体制が整っていない | 17.8 | 37.0 | 35.1 | 26.1 |
| 訪問介護体制が整っていない | 10.7 | 21.1 | 18.2 | 17.9 |
| 24時間相談にのってくれるところがない | 14.4 | 32.1 | 35.4 | 23.5 |
| 介護してくれる家族がいない | 13.9 | 28.6 | 30.5 | 34.8 |
| 介護してくれる家族に負担がかかる | 78.4 | 68.6 | 77.3 | 73.5 |
| 病状が急変したときの対応に不安がある | 57.3 | 53.5 | 52.8 | 64.8 |
| 症状急変時すぐに入院できるか不安である | 27.2 | 31.9 | 36.2 | 36.2 |
| 居住環境が整っていない | 18.6 | 23.2 | 25.5 | 37.8 |
| 経済的に負担が大きい | 30.8 | 14.1 | 28.7 | 29.2 |
| その他 | 2.2 | 7.3 | 3.6 | 3.9 |

資料 2003年度終末期医療に関する調査

経済的に負担が大きい」、「病状急変時すぐ入院できるか不安である」、「往診してくれる医師がいない」などとなっており（表8-2）、現在では、介護体制の不備、看取りに対する不安、訪問医療体制の不備、経済的問題など、医学的な問題というよりむしろ社会的な問題が病院死の背景にあることが推察される。

なお、これまで行われてきた多くのアンケート調査では、最終的な療養場所として自宅を希望する人は国民の約半数であり、がんの終末期においても痛みを伴わない場合では最終的に「緩和ケア病棟に入院したい」30%、「それまでの医療機関に入院したい」15%、「最終は自宅で療養したい」55%との回答が報告されている。

1-2 病院死のもたらしたもの

病院における死は、元来“あってはならない死”である。死を医療の敗北として認識している医療従事者が“あってはならない死”に直面し行ったことは、死を“宣告”する時間をできる限り延ばすこと、死に逝く過程および死の場面を世間の目から遠ざけることであった。延命治療が積極的に行われるということは、延命のための

治療機器が身体につながることで、延命のための薬剤が使われること、様々な生体情報観測のための端子が身体に付けられること、生体モニターで監視されること、そして、家族が臨死の場面から離されることがなどを意味している。家族が対面を許されるのは、死が間近いことが心電図で明らかなきであり、家族はモニター上の心電図の波形が平坦になったことで死を確認させられるのである。

今は延命治療はあまり行われなくなってきたが、多くの場合、生体モニターの監視下にあり、臨死の場面においては医師や看護師が必ずそばにいて、生体モニターで心臓死が確認された瞬間に、医師が死の三徴候を確認し死亡を告げる儀式は相変わらず継続されている。

このような病院死の形態が長く続くことで、日本人の臨死の形、看取りの形、そして臨死および看取りに対する考え方が変わった。変わった点は、一言でいえば、死の問題をすべて医師や病院に集中させたことで、臨死の場は病院の病室となり、子どもが臨死の場面から排除され、臨死の場に立ち会うことのできる人数が制限された。臨死期には何らかの医療的処置が行われ、生体モニターで監視され、死亡時には必ず医師が同席し、医師が死亡確認した上で死亡が宣告され死が確定するなど、これらの事項は誰もが当然のことと受け止め、疑問をもつ人は非常に少ない。

逆に、入院してまったく医療的処置がなされない場合、死亡時に医師が同席していない場合、生体モニターがついていない場合などには、むしろ家族や親族からクレームが出ることも少なくない。また、在宅死を本人や家族が希望した場合に往々にして起こる不幸な出来事は、「遠い関係」の親族が、「なぜ入院させない!」「なぜ点滴も何もしていない!」「なぜ医者がいない!」と家族に詰め寄り、そのために静かな臨終の場がかき乱されること、訪問してくれる医師を捜しても、多忙で臨終に立ち会う時間がないという理由で引き

受けてくれる医師が見つからないことなどがある。

病院は治療を行う場であり、より効率よく治療を行うための環境は整備していても、死に逝く人、看取る人のための環境整備はまったくしていない。その病院で働く医師は病気を治すための知識や技能について教育を受け、また、日常の臨床のなかで自己研鑽していても、看取るための知識や技能は医学部の教育にはまったくなく、また、実際の臨床の場においても教育を受ける機会はまったくない。

看取りについての講義をまったく受けていない医師が、看取りを行えるわけではなく、また、家族を指導できるわけでもない。看護師も同様で、病気をもった人に対するケアの知識や技能について教育を受けていても、看取りの教育は受けておらず、たとえ教育を受けていても、治療の場である病院ではそれを実践する機会はなく、もし、あったとしても、医師が認めない限り実践できない。病院の療養空間も家族が水入らずで看取りを行える空間は個室だけであり、それも大勢が見守るには非常に狭い空間である。また、病院は生活空間ではないため“療養上”の様々な規則や制約があり、自由に人が出入りしたり、自由に食事することもできない。病院が死に逝く人や家族に対し唯一整備している環境は霊安室だけである。

そもそも看取りは家族が行うものであって、医療従事者の仕事ではない。しかし、病院死が当たり前になったことで、看取りは医療従事者の仕事であるとの勘違いが起こった。「私は忙しいから付き添うことはできません」「そちらにお任せしますからよろしくお願いします」「ただ、死に目には会いたいので、必ず連絡してください」。このような会話が時に交わされているのは、看取ることの大切さが国民にもはや認識されなくなったことを示している。

医師および看護師が看取らず、家族も看取らない臨終、これが病院死のもたらした最も大きな弊害である。そしてこのことが、結果的に“看取りの文化”の衰退につながったものと思われる。

1-3 病院死から在宅死へ

筆者は、約20年前からがん終末期の緩和ケアを自宅で行うシステム（在宅ホスピスケア）を模索し、これまで約350名の自宅での看取りに関与してきた。そして、自宅で迎える死は多くの場合“自然の経過としての死”であり、いわゆる老衰に限らず、どのような疾患であっても、治療不可能な病状において迎える死は自然の経過としての死であると認識できるようになった。

通常、自宅で死を迎える場合には、家族や親族あるいは地域の人々が、死に至る過程を日常生活を営みながらつづきにみることとなる。本人にとっても家族にとっても居住する空間は見慣れたそして住み慣れた自由な空間であり、子どもを含め誰もが自由に会うことができ、大勢の人が集まれる空間である。この自由な空間で、家族や地域の人々は、人の死をみつめ、日常性のなかで人間が死ぬということを学ぶわけで、看取りの場面は重要な学びの場である。

臨死時においては、医師や看護師は通常同席しないため、家族だけで看取ることになるが、看取りの指導を行うことで、多少の不安はあっても、医師や看護師が看取りのため緊急に呼ばれることは多くの場合ない。また、亡くなってから死亡確認までの時間は、病院からの距離や仕事の都合によって幅があり、通常1時間以内ではあるが、それ以上の時間がかかることもある。医師が死亡を確認するまで、家族にとって亡くなったのかどうかあいまいな時間が経過するが、このことが、家族が死を受容するためのちょうどよい時間となる。病院では、心臓が止まった瞬間に死が医師から宣告され、家族が死を強制的に受容せざるを得ないが、自宅では、家族が死を受け入れてから医師がそれを追認するのである。

このように、死を迎える二つの場面、病院で迎える死と自宅で迎える死のいずれが個人的にあるいは社会的に好ましいかと尋ねた場合、おそらく、多くの人が後者を選択するものと思われる。

しかし、残念ながら現在、自宅で迎える死は多くの場合異常な死と認識されており、この認識のギャップを埋めるためには、自宅での死を経験する機会を医療従事者、特に病院勤務医が意図的につくる必要がある。

2 看取りの文化とは

「文化」という言葉を辞書で調べると、「人間が学習によって社会から習得した生活の仕方の総称」（『広辞苑』岩波書店）、「民族や社会の風習・伝統・思考方法・価値観などの総称で世代を通じて伝承されていくもの」（『大辞典』小学館）と解説されている。

世界中のどの地域においても、人間が集団となって暮らし始めてから、人が人を看取することは綿綿と繰り返され、その都度、関係する家族や地域社会に多くの学びを与えてきた。その学びから、人の死にまつわる様々な習俗、習慣、しきたり、風習が形づくられ、そして、その地域特有の生活様式や価値観が形成されてきている。

これが「看取りの文化」であり、島国である日本には日本固有の看取りの文化があり、さらに加えて地域においては地域固有の看取りの文化がある。それは我々が意識するしないにかかわらず、生活のなかに溶け込み、その地域に生まれ育った人の価値観や思考方法に影響を与え、地域社会をまとめる原動力となっている。したがって、看取りの文化は地域社会を支えるものであり、看取りの文化が失われることは、ある意味では地域社会の崩壊につながる重大なできごとである。

3-1 看取りを地域に戻すことの意義

看取りのない病院死を減らし、在宅死を増やすことは、看取りを地域社会に戻すことを意味する。地域のなかに看取りがあるということは、子どもも含め多くの人々が死に至る過程をみつめ、生と死に対する感性を育てる絶好の機会が提供されることであり、また、看取りのために家族や親族そして地域の人々が集まり、共有している過去の思い出を振り返ったり、同じ経験を共有することは、家族のきずなや地域のきずなを再確認できる良い機会が提供されることでもある。

さらに、国民の半数は“終の住処”は自分の家と希望していると様々なアンケート調査で報告されており、その希望に沿って、自分の家で、最期まで、自分らしい生き方ができることを保証することは、地域社会のあり方として当然求められる理想的な社会である。

しかし、今、日本においては、いのちに対する意識が非常に希薄となり、日常的に殺人事件や傷害事件、自殺、食品の安全性に関わる重大な事件が多発している。また、家族のきずなや地域のきずなも薄くなっているともいわれている。これらの状況は、おそらく、過去四半世紀にわたり、地域で看取ることがなくなったことと深い関連があるものと推定される。

いのちが軽視され、人間同士のきずなが薄い地域社会から、いのちが大切にされ、家庭や地域間のコミュニケーションが保たれるような地域社会（コミュニティ）への転換が今必要であり、この転換を可能とする重要な鍵が看取りを地域社会に戻すことである。

3-2 地域緩和ケア支援ネットワークの構築に向けて

地域緩和ケア支援ネットワークとは

病院死が定着した日本社会において、看取りを地域に戻すためには、病院の医療従事者が地域での看取りの必要性を理解し、“自然の経過としての死”が予測される人を在宅医療側（診療所、訪問看護ステーション、保険薬局など）に早期に適切な形で移行させること、在宅医療側は地域の福祉介護機関と密接な関係性をもって、自宅や居宅でできるだけ不安なく生活できるよう支える体制をつくる必要がある。また、もっている病状が多彩である上に本人や家族のニーズが多彩であることから、様々な職種や地域の人々がそのニーズに応えるべく参加できるようなシステムでなければならない。そして、参加している人々もいずれ自分の身の上にかかることとして認識し、学ぶ姿勢をもつことも重要である。このシステムを「地域緩和ケア支援ネットワーク」「在宅ホスピスケア支援ネットワーク」などと筆者は命名している。

この地域緩和ケア支援ネットワークとは、終末期における緩和ケアを必要としている人およびその家族が自宅あるいは居宅で楽に暮らしていくことを支援する地域社会のシステムである。対象となる病状として、がんの終末期のみならず、慢性疾患の終末期や老衰なども含まれ、比較的支援期間が短いこと、看取りを前提としていることが大きな特徴である。

このシステムは医療支援システムと生活支援システムとの二つのシステムから構成されており、医療支援システムは、医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなどの職種からなる医療支援チームにより提供され、生活支援システムは、支援相談員、ケースワーカー、ケアマネジャーやホームヘルパーなどの福祉介護関係者、行政職員、地域保健師、ホスピスボ

表 8-3 地域緩和ケア支援ネットワークシステムの概要

| |
|---|
| ・医療支援システム 提供者：医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、医療ソーシャルワーカーなど |
| ・生活支援システム 提供者：ケアマネジャー、ホームヘルパー、地域保健師、ホスピスボランティア、近所の住民など |

ランティアや地域の住民などによる生活支援チームにより提供される（表 8-3）。

これらの職種は、急性期対応病院（地域がん診療拠点病院を含む）、緩和ケア病棟（あるいは有床診療所など）、有床あるいは無床診療所（在宅療養支援診療所を含む）、歯科診療所、訪問看護事業所、保険薬局、訪問介護事業所、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、居宅介護支援事務所、保健所、地域住民（ボランティアを含む）などであり、これらの機関が円滑に連携できる体制を地域ごとに、地域の特性を生かして構築していくことが重要である。

連携の基本的構図（図 8-2）は、緩和ケア対象者およびその家族を、地域医療機関、地域介護・福祉サービス機関および地域住民が支える構図を示しており、病院や緩和ケア病棟は後方支援あるいは緊急の入院先（バックアップベッド）として機能することを図式化している。

地域緩和ケア支援ネットワークにおける各協力機関の役割

各協力機関の役割で特に強調したいことは、医療支援システムを構成する急性期対応病院、緩和ケア病棟、診療所（在宅療養支援診療所を含む）、訪問看護ステーション、保険薬局などがそれぞれの役割を認識し、有機的に連携することが必要不可欠であること、その上で、生活支援システムを構成する機関や職種が介護する家族を支える体制をしっかりと構築することである。

◇急性期対応病院

急性期対応病院の役割は、“適切な形”での在宅医療側への対象者

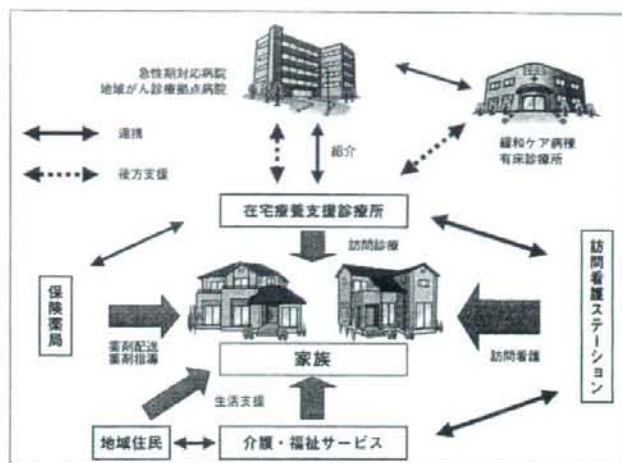


図8-2 地域緩和ケア支援ネットワーク

の誘導、そして後方支援である。“適切な形”とは、本人および家族に対する在宅医療に関する情報提供と苦痛に対する症状緩和、そして早期のかかりつけ医との連携である。また、後方支援とは、主に症状緩和治療のための一時的入院を示しており、時に看取りに対する家族の不安が強く自宅では看取れない場合の看取りの場を提供することでもある。

◇緩和ケア病棟

特にがん疾患の末期では、各地域に緩和ケア病棟があることが望ましい。しかし、この緩和ケア病棟の役割は従来とは大きく異なっており、快適な最期を迎える場所としてではなく、在宅ホスピスケアのバックアップベッドとして位置づけられる。

具体的には、自宅での看取りに不安の強い家族に対する看取りの場の提供、苦痛の緩和を目的とした一時的入院、本人・家族のレス

パイトケアのための一時入院、介護者のいない人に対する臨終の場の提供などである。また、ネットワークに関わる人材の緩和ケア教育の場、地域住民に対する在宅ホスピスケアに関する情報の発信の場としての役割も大事である。

◇在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所は24時間365日の連絡体制、緊急訪問医療体制、訪問看護師やケアマネジャーなどとの連携、後方病院との連携などが要件となっているが、それらを単に満たすだけではなく、本人や家族の不安を受け止めて可能な限り解決できる能力と、本人が家族とできるだけ楽に一緒に生活することを支援する能力が必要とされる。

適切な症状緩和治療の指示を出すこと、本人や家族の不安を解消するための説明を行うこと、訪問看護師をサポートすることなどが医師の重要な役割であり、これらのことを十分行っていれば、臨終期であっても緊急に、頻回に、呼び出されることは少ない。なお、臨終の場に立ち会うことは基本的には医療従事者の役割ではない。

◇訪問看護ステーション

訪問看護ステーションは終末期在宅医療における医療支援システムの中核をなす。特に24時間体制の訪問看護ステーションは終末期在宅医療には必要不可欠である。

訪問看護師の役割は、症状の評価、症状緩和治療の評価、家族への看護や介護の指導、処置や治療の指導、本人や家族の不安を医師に橋渡しすること、看取りの指導など多岐にわたる。これまでの筆者の経験では、質の高い技術や知識をもっている訪問看護師の存在なくしては、終末期在宅医療は成立しない。

◇保険薬局

保険薬局の役割は、薬剤の配送、訪問薬剤指導、特に医療用麻薬の説明において重要な役割をもつ。また、各種注射剤の調剤や医療

材料・衛生材料の供給元としての役割にも期待もたれている。さらに、かかりつけ薬局として、家族の各種の相談役にもなり得る。相談の内容として、病状や症状に対する医師の説明の補助的な相談、看取りについての相談、そして家族の健康相談などがあげられる。

◇ケアマネジャー

医療支援システムが構築され機能し、症状緩和ができていない場合に、終末期在宅医療を継続するために最も必要なのが、本人や家族の生活支援である。生活支援システムは地域の互助システムでもあるが、その調整役として中心的な役割を果たすのがケアマネジャーである。ケアマネジャーの役割は、地域の介護福祉資源を最大限に利用することで家族の介護負担を軽減することであり、また、看取りを支えることである。

地域緩和ケア支援ネットワーク構築のための課題

緩和ケアや在宅医療が普及していない日本において、地域緩和ケア支援ネットワークを構築するためには、病院および地域の医療従事者の意識改革、介護福祉関係者の意識改革、行政関係者の意識改革、そして国民の意識改革が必要であり、そのための課題は非常に多い。しかし、筆者の経験では実現可能であり、また、これからの日本の地域社会のあり方を考えると課題の解決に向けて具体的な対策を講じる必要がある。

◇医療従事者における課題

① 急性期対応病院における課題

急性期対応病院における現在の問題点は、非がん疾患の終末期も含め、効果的な緩和ケアが提供されていないこと、在宅という選択肢を含め緩和ケアや在宅医療の情報が提供されていないこと、病診連携体制がまだまだ不十分であることなどである。この結果、自宅に帰りたくても帰れない人がいる一方で、支援体制のない状態で苦