

<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、できるだけ早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に変わったことで、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。

*¹ 東京女子医科大学八千代医療センター・外科*² 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、帰らなさい」、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なり、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「地域に帰らなさい」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、別のところでやらなさいという傾向が最近でできています。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の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: それはほ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ぬ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、病院にい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70万円ぐらしかけても、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。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ですね。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ね。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、なんとなくぎくしゃくして進んでいかなければいけ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、やる気はあるけど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、さもなく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ってやろうということで進んでいて、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で彼らはやれます。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いから、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。

藤野：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なと思うのですが、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いくらでも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いていたり、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っています。

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は、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う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思いますが、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、意外とそこを通して流れていますが、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医療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、帰るなさい」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必要かという、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、むしろ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

部署ということではいいわけですね。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、その一部だけだと、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。何とかして駆け込み寺みたいにくいわけですね。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っています。そのイメージを持たないで化学療法ばかりががんをやっている。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。

人数が少なくても、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。

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: 本院はとうとうしていますが、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感じがします。

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だめだの卵巣がんとか、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めたので、背中が痛いので脾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ます。

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。私が東京都立駒込病院です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いってもらって診るとか、そういうことが必要ですね。

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、それが必要なのですよね。

城谷: 私が今い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。もともと消化器外科をやっていたから、慣れています。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ません。

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療成績や薬の問題などがたくさんでしよう。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、ということこそこの看護師たちがいろいろな家族に説明し、それでわれわれのところに連絡が来て、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る、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っ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以上ですから、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

ような勉強、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。継続医療するための連携バスというと、疼痛管理の仕組みのバスと栄養管理のバスと、化学療法のバスなのです。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、どのウェイトが高いか、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でも、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: PS 3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をいえないので治療していたり、PS 3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、がんの地域連携バスとして、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もの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バスを、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す。

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、いけない。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、インオベス」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、まずいつていないのですが、だからいわなくてははいけない。

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バ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、

地域連携バ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、自分が今なっていないので、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。がんの地域連携バスの作成、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。

基幹病院の緩和医療 —ある地方中核病院の場合—

佐藤 智*

佐川 英明** 橋本由美子***

伊藤 美和† 佐々木友子††

岩手県立磐井病院 *緩和医療科, **薬剤部, ***緩和ケア看護支援センター,
†同 がん性疼痛看護認定看護師, ††緩和ケア病棟師長

要 旨

当院は岩手県南部の広域基幹病院で、2006年（平成18年）4月緩和ケア病棟を開設した。当面、i)適切な症状緩和、ii)看護中心のチームケア、iii)「緩和ケア看護支援センター」の定着、iv)健全な運営、v)「一関在宅緩和支援ネットワーク」の普及が目標である。診療は、患者の緩和ケア病期に合わせ、WHO方式と神経ブロックの併用による鎮痛、「死に配慮した」輸液、オピオイドによる呼吸困難の緩和、夜間睡眠の確保などに重点を置いている。医師は看護とボランティア活動のための下地を作り、各職種は協力して市民の人生最後の願いに応えることが基幹病院としての緩和ケアである。

（ペインクリニック 29：34-47, 2008）

キーワード：緩和ケア、基幹病院、緩和ケア病期

はじめに

当院は2006年（平成18年）3月に新築移転し、同4月から緩和ケア病棟の運用を始めた。その後、病院機能評価を受審して、2007年（平成19年）1月1日、緩和ケア病棟の届け出が社会保険事務局によって受理された。この時、岩手県初の届け出緩和ケア病棟が誕生し、岩手県は「緩和ケア病棟のない唯一の県」という肩書を返上した。診療報酬に緩和ケア病棟入院料が設定されてから17年後のことである。

さて、磐井病院緩和医療科（以下、当科）は、開設予定の緩和ケア病棟を担当することを目的に、2004年（平成16年）4月に新設された。

当時、国内のバイオニア的緩和ケア病棟の中には病棟の建て替えを終えた施設があった。したがって、当科の位置はさながら緩和ケアの最後尾を走る「周回遅れのランナー」であった。そこで、この間に国内に蓄積されたノウハウを生かして走行レーンを飛び越し、以下の「最も新しい緩和ケアを目指す」という目標を立てた。

- ・持続鎮静（sedation）を必要としない適切な症状緩和の実施。
- ・看護中心のチームケア、「緩和ケア看護支援センター」の設置。
- ・健全な運営。

本稿では、この3つの目標への取り組みを示しながら、基幹病院の緩和医療の実際と問題点を挙げる。

（Special Article）Palliative care : the action as a pain clinician

Palliative care of prefectural hospital

Satoru Sato, et al

Department of Palliative Medicine, Iwate Prefectural Iwai Hospital

表1 2006年(平成18年)度緩和ケア病棟の概要と実績

1. 病棟概要

建築

- ・5階病棟ワンフロア、屋上庭園が隣接
- ・全24床(個室20床、二床室2床)、個室面積18.75~23.75m²

人員配置(専従)

看護師17名、看護助手2名、クラーク1名、MSW1名、医師1名、
ボランティアコーディネーター2名、[緩和ケア看護支援センター]看護師2名

2. 事業実績

- 入棟患者総数107名、男性52名(45.9%)、女性55名(54.1%)、平均年齢69.5歳
 ・経路:転科69名(63.2%)、通院24名(22.4%)、転院17名(14.2%)
 ・院内紹介:消化器科12名、外科28名、脳神経外科4名、泌尿器科6名、呼吸器科11名、婦人科4名、
 形成外科1名、整形外科1名

平均在院日数44.7日、平均患者数13名(4~16%)

退院患者総数95名:うち死亡退院76名(81.9%)、自宅17名(15.6%)、転院2名(2.4%)

在宅医療25名(緩和ケア病棟退院以外も含む)

収益:1人1日平均36,263円(2006年4~12月は出来高払い、2007年1~3月は包括)

室料差額:無料 17床、5,150円 3床、5,250円 3床、6,200円 1床

3. 診療内容

- 1) 医療用麻薬の使用69名(64%)、[担当:佐山]

単位:人数(名)、使用量(mg)

製 剤	緩和ケア病棟				一般病棟		
	使用 人数	1人平均 mg	1人1日 平均mg	1人1日 最高mg	使用 人数	1人平均 mg	1人1日 平均mg
オキシコドン錠	28	3,698	102.9	720	82	2,293	28.1
フェンタニル貼付剤	43	317	3.2	10×6枚	45	178	1.5
モルヒネ水剤	32	807	-	-	63	460	-
モルヒネ注	50	8,034	248.2	1,920	82	371	37.5
フェンタニル注	13	35.5	1.56	2.4	10	19.4	0.44

- 2) 神経ブロック人数:持続硬膜外ブロック3名、仙骨硬膜外1名、坐骨神経ブロック1名、くも膜下フェノールブロック2名(腰椎1名、サドルブロック2名)、腹腔神経叢ブロック2名
 3) リニアック7名
 4) オクトレオチド16名、塩酸ケタミン0名
 5) 薬剤管理指導15名
 6) 精神科紹介11名(隣接する精神神経科病院へ)
 7) 病棟内全インシデント30件(転倒転落17件、麻薬取り扱い6件)(当院1,090件)
 8) PCAポンプ:TE361(テルモ社製)7台、CADD Legacy(スミス・メディカル社製)12台

1. 医療社会的背景

岩手県は、県立病院の運営健全化を目指した改革(平成16~20年)の過中にある。病院運営体制の効率化と適正化、医師確保は改革の中心テーマであり、病床削減・診療所化・統合・新築、医療の集約化が実施されている。この改革の中で、当院は、岩手県南の広域基幹病院

(305床)として位置づけられて新築移転した。当院の使命は、県南部唯一の基幹病院として、文字どおり「揺り籠(産科)から最期(緩和ケア)まで」市民の健康と生命を守ることである。

対象とする医療圏は、岩手県南から宮城県北、東西は秋田県境から北上山地にいたる地域で、面積は東京23区のおよそ2倍に相当し、その半分を山林が占める。人口は、市街地(旧一関市)が6万人、医療圏全体(合併後一関市など)

表2 緩和医療科の理念

緩和ケア病棟では
あなたを中心に静かに時間が流れます。

思わしくない病状が少しでも緩やかになり
自分らしさや日常を取り戻して
再びご自宅での生活や、病院で闘病が続けられるよう
ご家族や親しい方とともに日々を和やかに過ごされるよう

私達はあなたを大切なお客様としてお迎えし
ご希望にあわせてお世話と緩和治療にあたり
春夏秋冬をともに暮らします。

としてはおよそ13万人（平成17年度がん死亡者数445人）である。地域の医療社会的問題として、高齢化や過疎化、医療格差が挙げられる。また、医師不足も深刻であり、圏域内外からの二次救急・産科・小児科症例が当院へ集中する一方、当院では耳鼻科・眼科の診療が縮小し当科も、開設以来増員の目処がない「1人主治医」状態が続いている。

2. 当院緩和ケア病棟の概要と 2006年度の実績（表1）

① 院内の位置づけ

「がんの診断・治療」は、当院の中心的機能の一つであり、「緩和ケア病棟」はがんを患ったことによる身体的精神的苦痛の緩和を目的として、根治を目指す治療と同時または引き続いて行われる、がん医療の両輪と位置づけた。

② 緩和医療科の理念（表2）

人それぞれが理想とする、人生のしめくくり方がその人のホスピスである。その実現のために全人的な支援をすることが緩和ケアであるととらえ、表2のような理念を掲げた。

③ 診療の内容

緩和ケア病棟で提供される診療内容は以下に集約される。

- i) 症状緩和：痛みや息苦しさなどの症状緩和

和治療

- ii) 在宅調整：在宅医療に向けての調整と再入院

- iii) 環境提供：適切な療養環境の提供

④ 診療の実践目標

- i) 退院/在宅ケア、ii) 外泊/外出、iii) 散歩、iv) 入浴、v) 思い出作り。

緩和ケア病棟を「死を迎えるところ」ではなく、「その人らしく生きる場所」ととらえ、病期に合わせてi) からv) の目標を持ち、実現するよう診療に努めた。

⑤ 入棟判定基準

- i) がんを患っている。
- ii) そのために体調が思わしくない。
- iii) ご本人が入棟について希望または同意している。（ご本人が判断できない時は、ご家族の希望または同意による）
- iv) ご本人は病状について詳しい説明を受け、よく承知している。

※ i) ~ iii) は必須

患者家族が緩和ケア病棟を必要とする理由は様々である。特に、当地域では高齢化が進み（一関市平成19年高齢化率28.6%）、入院を希望する患者の家庭は「老老介護」を超えて「病病介護」の夫婦2人暮らしの家庭が少なくない。認知症や精神障害を伴った患者もいる。当院は、基幹病院として、「地域のニーズが当院の緩和

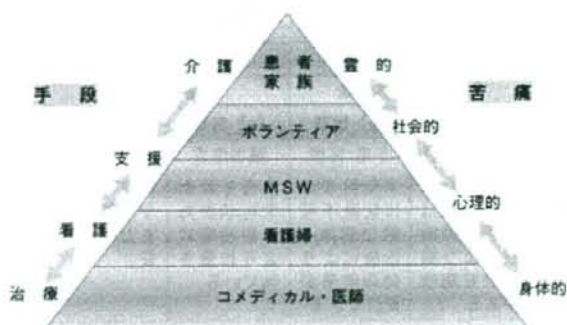


図1 当科緩和医療における各職種の連携

ケアを作る」立場であり、明らかな社会的入院も緩和ケア病棟では受け入れている。

抗がん剤治療については制限を設けていない。末期がんに対する有効性が証明されていなくても、害がなく患者の強い希望があれば、緩和ケア病棟でも継続は可能である。しかし、本格的な抗がん剤投与は精密な管理が必要であり、専門的な病床（外来）で行われるべきである。

⑥ 室料差額について

希望が無料室に集中する傾向がある。今のところ、病床利用率が低いということもあって、差額室が使われることは多くない。しかし、緩和ケア病棟入院料は定額制なので、収益は病床利用率に比例する。したがって、利用率を上げる観点から、「無料室の空き待ち患者」が発生しないよう、室料差額の設定を実情に合わせて再考すべきであると考えられた。

⑦ 各職種の連携

緩和ケアは各職種が互いを尊重して行われるチームケアである。一方、ケアの方向は、患者・家族の満足を目指している。そこで、この2点を満たすために各職種間の連携を、図1のように下層が上層を支える構造とした。例えば、「医師は痛みを取って患者を看護師に託し、看護師はスムーズに療養の世話を済ませて、患者・家族の水入らずの時間やボランティアのための時間

を作る」という関係である。いうなれば、「親亀の上に小亀…」のように、下が上を支えるイメージである。自分の役割をこのような比較的わかりやすい関係の中でとらえて、互いの立場を知り、協力して患者・家族を支えることを目指した。

3. 緩和ケアの病期

緩和ケアを実践するにあたり、患者の置かれた状況を、スタッフと患者・家族が理解し共有することは重要である。当科では、がんの診断治療から死にいたるまでの経過を病態によって病期に分類するという仮説を立て、病態と予後を段階的にとらえる試みをしている。それによって、ケアや診療方針の検討や、患者・家族の自己選択、早期からの在宅ケアへの移行がより適切に行われると考えられる。

1) 定義と分類：緩和ケアの病期

「いわい分類 2004」(表3)

がん患者の経過を、生命に与える障害の強さの観点(病態)から病期に分け、緩和ケアの病期「いわい分類 2004」として提案した^{1), 2)}。

表3 緩和ケアの病期（いわい分類 2004）（2007年11月）

		積極的治療期				緩和とケア期			
分類	病 期	[O] 根治期	[I] 進行/再発期		[II] 末期		[III] 終末期	[IV] 臨死期	
			[a] 前期	[b] 後期	[a] 前期	[b] 後期			
	病 態	早期/進行	局所/孤立性	多発/再燃	臓器障害	臓器不全	呼吸循環不全	心肺停止	
	定 義	規約上の根治的病変、一般に「治った」といわれる状態	遺残または再発病巣は局所性で治療により根治の可能性が高い	多発性または切除不可能な病巣、治療により延命効果が期待できる	生命を脅かす症状があるが治療により代償されている	代償不可能な臓器障害または悪液質	回復不可能で重篤な呼吸循環障害	呼吸循環が停止しようとする時期	
	判断の 目安	切除後の根治度 A B	C		摂食障害、胸/腹水、出血、感染、黄疸、対麻痺、腸閉塞、尿閉、呼吸困難、脳圧亢進、悪液質		乏尿、低酸素、脈拍微弱	下顎呼吸	
		薬物・放射線の奏効度 CR	PR-NC	PD					
症例	月 日								
	理 由								
参考臨床像	症 状	治療関連	治療関連、局所症状(疼痛、麻痺)		臓器症状		全身症状		
	ADL	社会生活	歩 行		臥 床		対 話		
	目 標	治療	早期診断根治	治 療	延 命	機能代償	症状緩和	苦痛緩和/日常性	
		ケア	闘病を支える			社会復帰	自 立	水入らず/充足感	
	療養の場	外来/一般病棟				緩和ケア病棟			
						多床室	個室		
	予 後		在宅ケア						
			年～月		月～週		日	時間	

2) 入院時の病期

2006年度新入院は107例（平均在院日数44.7日）で、入院時の緩和ケア病期は末期前期Ⅱaが最も多く（74例、69%）、次いで末期後期Ⅱb（20例、19%）、進行再発期後期Ⅰb（13例、12%）であった。それ以外の病期での入院はなかった。末期前期症例の入院理由は食思不振が最も多い。進行再発期後期の入院例は、疼痛、下半身麻痺のほか、老老介護家庭で介護力がない、配偶者が認知症であるなど、社会的理由の症例もみられた。

3) 死亡例の病期分析（表4）

2006年度病棟内死亡例97例のうち、全経過

が判明し、病期の目安となる所見と年月日が記録された48例を対象に、各病期の死亡前日数と病期の期間などを調査した。その結果、

- 初回診断時の病期は、多発転移 [I b] が最多（26例）であった。つまり、当病棟のがん死亡例は、「はじめて異常に気づいた時は、すでに手遅れだった」という症例が多い。反対に、規約上の根治治療の後、再発しがん死亡した症例が11例あった。
- 臓器障害を伴う末期 [II a] では、食思不振のほか、複数の障害を経験することが多かった。
- 意識障害は、末期では脳病変または代謝異常が主な原因であり、終末期では衰弱や

表4 死亡例における病期分析 (48例)

病期	[O] 根治期	[I] 進行/再発期		[II] 末期		[III] 終末期	[IV] 臨死期
		[a] 前期	[b] 後期	[a] 前期	[b] 後期		
死亡前	831日	460	267	99	22	3.8	0.5
期間	372日	194	169	78	19	4.3	1.5
主な所見	手術	局所	多発肝転移	摂食障害	肝不全	乏尿	下咽呼吸
	10例	(PTCD) 1	14	8	9	15	20
	検査	局所	多発骨転移	腸閉塞	悪液質	呼吸不全	呼吸微弱
	1例	1	8	6	8	13	9
例数	11例	4	42	45	48	44	48

呼吸循環障害の結果であることが多いと考えられた。

iv) 急死症例が6例あった(心筋梗塞、高K血症、喀痰、吐血など)

v) 本分類の妥当性の検証には、統計学的見地、多施設間調査および他の基準との関連性の検討などが必要であると考えられた。

4. 症状緩和

緩和ケア病棟における医師の第一の役割は、「症状緩和」である。持続鎮静を必要としない適切な症状緩和のために、当科が重点的に取り組んでいる課題を述べる。

1) 疼痛緩和

当科の基本方針は、WHO方式がん疼痛治療法^{3,4)}と神経ブロック^{5,6)}との併用療法、および他科との集学的医療の2点である。治療法、薬物は、患者を副作用で傷つけないことを第一に考えて選択している。ここでは、当科の処方例を挙げ解説した。

① 鎮痛薬(経口剤、貼付剤)

外来でみられるような、徐々に増悪する疼痛に対する当科の鎮痛薬の処方例を表5に示す(激痛は入院の上、注射剤投与⁷⁾または神経ブロックを行う)。処方の方針は、より単純で副作用が起きにくい「失敗しない疼痛治療」と

している。がん患者には何度もやりなおす体力も時間も乏しいからである。そのため、薬物は国内で販売される数多くのオピオイド製剤から厳選し、それらを使い慣れることが重要であると考えている。

鎮痛薬の副作用予防として併用する制吐薬、緩下薬、胃粘膜保護薬などは他施設と大差はないと考えられる。

i) 第1段階:

徐々に発症した疼痛では、WHO方式3段階除痛ラダーに基づき、非ステロイド性消炎鎮痛薬(nonsteroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs)で治療を開始する。がん疼痛をただちに高度の疼痛と考え、添付文書とおりの用量で短絡的にオピオイド製剤投与から開始すると、副作用で失敗することがある。いうまでもなく、疼痛は情動体験であり定量できない。したがって、「現段階の鎮痛薬が有効でなかった時に、次段階に移行または併用する」ことが安全であり、プライマリケアとしてのWHOラダーが唱える原則である。

エトドラクを選択した理由は、COX-2選択的阻害性が高いので、胃腸障害が少なく、比較的鎮痛作用も強いためである。また、疼痛時頓用としてNSAIDs坐剤を必ず処方する。定時薬をそのまま用いてもよい。

頓用は、効果がある場合は1日2回までは患者に許容されることが多い。頓用回数が増えた

表5 鎮痛薬の当科の処方例（経口剤、貼布剤）

第1段階：

定時薬：エトドラク（ハイベン[®]、オステラック[®]）（200mg）2錠、分2、12時間ごと
 頓用薬：ジクロフェナク（ボルタレン[®]）坐剤（25mg）疼痛時または定時薬の追加服用

第2・3段階（オピオイド開始時）：

定時薬：オキシコドン（オキシコンチン[®]）（5mg）2錠、分2、12時間ごと
 （経口剤、初日は眠前服用）
 フェンタニル貼付剤（デューロテップ[®]）（25mg）1/3～1/2面貼付6日ごと交換
 （経口不能または高齢・衰弱例）
 頓用薬：ジクロフェナク（ボルタレン[®]）坐剤（25mg）疼痛時
 オキシコドン速放製剤（オキノーム散[®]）（25mg、5mg）60分ごと

しびれに対する鎮痛補助薬：（いずれもオピオイドとの併用、初回投与量）

ガバペンチン（ガバペン[®]）（300mg）1錠、分1、睡眠前（第一選択薬）
 アミトリプチリン（トリプタノール[®]）（10mg）1錠、分1、睡眠前（持続的なしびれ）
 カルバマゼピン（テグレート[®]）（100mg）1錠、分1、睡眠（電撃的なしびれ）

場合は次段階に進む。

ii) 第2・3段階（オピオイド開始時）：

通常用量のNSAIDsで鎮痛が不十分な場合は、第2段階に移行してオピオイド投与を開始する。

NSAIDsは、局所の消炎と発痛物質の抑制が鎮痛作用の中心であり、中枢に作用するオピオイドとは機序が異なるので、可能であればオピオイドに移行後も投与を継続する。オキシコドン錠は添付文書上、NSAIDsに続いて新規投与できる唯一の徐放性オピオイドである。徐放性モルヒネより少量の製剤（5mg）があり、また吐き気が少なく使いやすい。

オキシコドンは、少量から開始して段階的に増量する。初回投与量を少量にとどめる理由は、吐き気と呼吸不全の予防である。高齢者や衰弱症例などより慎重な投与が必要な場合、オキシコドン錠は分割できないので、少量のオキシコドン速放製剤（散剤）、オピオイド注射剤またはフェンタニル貼付剤で開始する。

オキシコドンは、鎮痛効果の有効限界がない強オピオイドであり、痛みの増強に合わせて20～50%の間で増量する。吐き気または眠気強い場合は、まず減量する。頓用薬は、ジクロフェナクが有効な間はそのまま継続する。オキ

シコドン速放製剤を用いる場合、1回量はオキシコドン1日量の1/6前後とする。効果発現が30～60分と比較的早く、モルヒネ水溶液より吐き気が少ないので使いやすい。

リン酸コデインは、WHO方式の3段階ラダー第2段階の基本薬として実績があり多用されている。しかし、速放性であるため、4時間ごとの服用が必要で若干煩雑であり、製剤は散剤と20mg錠しかない。鎮痛効果に有効限界（天井効果）があるなどの欠点がある。

経口が困難になったらフェンタニル貼付剤に切り替える。切り替え時の換算比は、25mg製剤1枚につきオキシコドン錠40mgとする。頓用薬はオキシコドン速放製剤を水などに溶解して用いる。高用量ではフェンタニル注を頓用のみに用いる場合もある。頓用の水剤も飲めない場合、すでに輸液ラインがあればオピオイド注射剤を経静脈的に投与し、終末期などで輸液ラインがないにもかかわらず疼痛が強い場合は持続皮下投与が推奨される。

オピオイドの増量は、過剰投与による副作用を避けるため20～50%の範囲とする。副作用が強い場合は、減量するか目的にあった薬剤、投与経路に変更する。

目標とする至適投与量（最大効果で最小副作用

用)は症例ごとに異なる。一方、疼痛は血圧や血糖のような客観的な方法で強さを測定することができない。そこで、少量から投与を開始し、処方と評価を繰り返しながら段階的に至適量にいたるのが原則である(「滴定法」titration)。この際、次回投与量は、実際に鎮痛に要した量(1日に服用した総量=定時分+頓用分)とすると勘に頼る必要がない(「疼痛時頓用加算法」²⁾)。

iii) しびれに対する鎮痛補助薬:

(いずれもオピオイドとの併用、初回投与量)
侵害受容性疼痛に比べて、神経因性疼痛はオピオイドが効きにくいといわれる。画像や神経学的診察により神経障害が疑われた場合は、鎮痛補助薬を併用する。ガバペンチンは他剤に比べて副作用が少なく、しびれの緩和効果も高いので第一選択である。ただし、保険上の適応に制限があり工夫が必要である。アミトリプチリン、カルバマゼピンは、神経因性疼痛に対する有効性が証明されているが、発疹、眠気、口渇、尿閉などの副作用に注意が必要である。

② 副作用対策

i) 初療時は嘔吐に対する耐性がないので必ず制吐剤も併用する。オピオイドの催吐作用は1~2週で耐性が獲得されるといわれるが、1度吐き気を生じると、経口投与自体の中止や入院に追い込まれるので細心の注意が必要である。オピオイド増量による吐き気では減量する。

ii) 便秘には耐性形成がないといわれ、継続した対策が求められる。

iii) 呼吸抑制は、オピオイドが呼吸中枢に作用して用量依存性に血中炭酸ガス感受性を低下させ、呼吸各相を抑制して生じる。典型的な現象としては、まず睡眠時呼吸数が減少し、次いで頻脈と不規則で小さい呼吸となり、無呼吸を生じ、最終的には昏睡と呼吸停止に至る。したがって、呼吸不全は眠気と呼吸の観察によって予防可能であ

る²⁾。

iv) また、オピオイドの呼吸抑制作用は疼痛の呼吸促進作用とのバランスの結果なので、どのオピオイド製剤でも相対的過量時に呼吸不全に陥る可能性があり、注意が必要である。呼吸不全がオピオイドの減量または中止により改善しない場合、ナロキソンを少量反復(1/10~1/4 A)または持続静注する²⁾。

v) ミオクロウスは病巣を刺激して体動時痛を誘発することがあり、オピオイド減量または抗痙攣薬投与が必要である。

③ オピオイドの切り替え

オピオイド投与に問題を生じた時、目的に合った製剤または投与経路に変更する。

i) 経口困難の場合: フェンタニル貼付剤、オピオイド注射剤に替える。モルヒネ坐剤は効果が不安定になりやすい。

ii) 吐き気の場合: 初回オピオイド投与時で制吐剤が無効な場合は、一度投与を中止し、落ち着いたらフェンタニル2.5mg貼付剤の1/2~1/4面貼付で再開する。ちなみに、最も吐き気を生じにくい方法は、フェンタニル注の持続投与方法である。モルヒネ坐剤は吐き気時の代替薬にはなり難い。

iii) 大量投与、急速滴定が必要な場合: オピオイドは、薬物が異なってもμ受容体を介して鎮痛作用を発揮するという機序は同じであり、単に製剤を変更しても鎮痛効果は上がらない。しかし、投与経路により利用効率が違うので、より確実に迅速な鎮痛が必要な時は注射剤の持続投与に切り替える。

④ オピオイドが効かない時

i) これまでの痛みの増悪が考えられる場合は、まず頓用薬を1~2回追加してみる(この時、所定の投与間隔を守る)。少しでも効果がある場合は、眠気が出るまで頓用を繰り返すことができる。十分な鎮痛が得られた時点で定時分投与量を増量する。

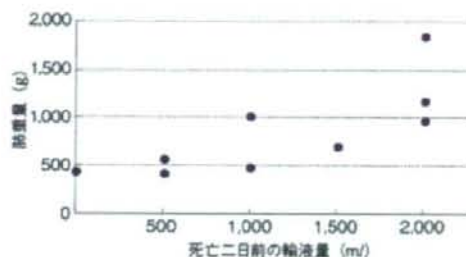


図2 病理解剖時の肺重量と輸液量の関係（文献12、口演内容より）

ii) これまでと違う激痛を訴えた場合は、新たな原因の検索が必要である。その上で、全くオピオイドが内服が効かない時や明らかな激痛は強い体動時痛を生じている可能性があり、オピオイド注射による急速滴定や神経ブロックも含めて、ペインクリニック医が主治医の相談に応じる体制が必要である。

iii) 神経因性疼痛の場合は前述の鎮痛補助薬を併用する。激しい神経因性疼痛もペインクリニック医の診察が必要である。

iv) 当科では、カテーテル感染の問題から、今のところ神経破壊薬による神経ブロックが中心である。

そのほか、骨折では局所の安静または固定術、大量腹水では穿刺排液、腸閉塞ではオクトレオチド、鎮痙剤、イレウス管、人工肛門などの適応を検討する。

2) 輸液のマネジメント

死の過程で経口摂取が困難になった時、水分やカロリーはどれだけ投与すればよいのだろうか。通常は、健康時、疾病時、周術期など、様々な状況での代謝が研究され、それを基に必要な量が知られている。しかし、末期がん患者の代謝の研究¹⁰⁾は乏しく、水分必要量の定説もない。したがって、現状では症例ごとの観察と判断が重要である¹¹⁾。

① 輸液の副作用と必要量

星野¹²⁾は、病理解剖時の両肺が死亡前輸液量に比例して重くなることを観察・報告した（図2）。重くなった肺は「水を吸ったスポンジ状態」であり、増加分は生前に肺毛細血管から肺臓と間質にしみだした水分（輸液）の重さであるという。一方、岡部（医療法人英秋会岡部医院）は、豊富な在宅緩和ケアの経験から、死の瞬間には水分必要量がゼロになること、および輸液にも副作用（過剰輸液による浮腫・体腔液貯留）があることを指摘した（私信）。この2つの観察から、必要量がゼロに近づいているにもかかわらず「過剰な」水分が投与されると、喀痰や肺水腫を増悪させて、終末期の呼吸困難と強い死前喘鳴につながると考えられる。

当科では、実際の輸液量の目安として尿量に着目した。尿量は循環血液量あるいは腎血流量によって直接左右されるからである。一般に病的な尿量減少として、おおむね（500～）300 ml/以下を乏尿、100～50 ml/以下を無尿と定義されている。したがって、当科では、輸液の必要最低量を500 ml/の排尿が維持される量とし、ほかに問題がない限り、その輸液量を変える必要はないと仮定した。また、過剰輸液を避けるための判断基準として、「減量要素」（浮腫、体腔液、喀痰、循環・呼吸不全、乏尿・無尿など）を設定した。この減量要素が観察された時には輸液を500 ml/ずつ減量し、段階的に

ゼロに近づけるのである。

②実際の輸液量

結果として、当科の輸液量は鎮痛薬や抗生薬などを除く基本輸液量が1,000または500 mlとした症例が多かった。病期ごとの基本輸液量は、末期前期1,500 ml、末期後期1,000 ml、終末期500 ml、臨死期キープまたは終了する、というのが基本となった。

このような輸液管理を行った結果、尿量は減少するが、慢性的誤嚥症例でも喀痰は減ることが多い。また、終末期に「家族が見るに見かねるような」強い喘鳴の発生は経験しなかった。これは、輸液量の調節によって、喀痰や呼吸困難の発生が極力抑えられたためであると考えられる。さらに、呼吸困難が軽減した分、生命の延長をもたらした可能性もある。

これらは、積極医療から「死に配慮した医療」への転換という、緩和ケアのための発想の転換がもたらした結果であると考えている。過剰輸液を避け、ドライサイド（脱水気味）にあると、死前喘鳴も軽く短時間に済むことを多くの関係者が経験している。「枯れる様に眠る様に」と大往生を願った昔人の言葉は、現代の緩和ケアにも生きている。

3) 呼吸困難の緩和

がん末期には、肺転移、がん性胸膜炎、誤嚥性肺炎のほか、喀痰喀出困難によって呼吸不全となりやすい。その結果生じた呼吸困難の緩和は容易ではない。呼吸困難は、あえぐ患者を見守るしかない家族にとって「見るに忍びない」つらい症状となる。そのため、場合によっては持続鎮静を迫られることもある。しかし、持続鎮静は最後まで苦痛なく意識を保つことを目標とする緩和ケアの「敗北」である。

呼吸困難の治療は、今のところオピオイド投与と過剰輸液の防止、理学療法の2つが基本である。末期には原因の治療（胸水除去など）も検討されるべきであり、終末期には息苦しさだ

けでなく、あえぐ姿そのものが治療の対象となる。どの病期にあっても、原因治療や理学療法で軽減しない呼吸困難に対しては、オピオイド投与による呼吸苦の緩和が中心になる。オピオイドは呼吸中枢に作用して呼吸困難の苦痛（感覚）そのものを軽減するので、意識レベルを下げる鎮静薬とは根本的に作用が異なる。

オピオイド投与法は鎮痛に準じて少量から開始する。特に呼吸性アシドーシスにある場合は、オピオイドによるわずかな換気量の減少が、急速に炭酸ガス血症を増悪する可能性があり、慎重なオピオイドの投与が求められる。投与方法としては、持続静脈投与（PCAが望ましい）が最も確実で即効性である。強い喘鳴や不安感恐怖感を伴う場合は、早めに経口や貼付から静注に切り替えるべきである。モルヒネによる気管支喘息様呼吸喘鳴が疑われた場合は、フェンタニルに変更しなければならない。

過剰輸液の防止については、前述のように予防的計画的なマネジメントを心がけている。すなわち、死に向けて段階的に輸液を減らすなどである。末期にはがん病変の進行は抑えられないのだから、せめて医療行為が患者の苦痛を増やす事態は避けなければならない。

4) 終末期の呼吸とオピオイド性呼吸不全

自然経過でみられる終末期の呼吸は、以下の3段階で考えることができる。

- i) 換気量を増やそうと肩で息をする「努力呼吸」。
- ii) 胸郭の運動が小さくなり、呼吸補助筋により下顎が上下するだけの「下顎呼吸」。
- iii) 「呼吸停止」。

呼吸パターンは病態によって特徴があり、これらを鑑別して適切に対処しなければならない。特に、オピオイド性呼吸不全と肝不全、腎不全など代謝性呼吸異常の鑑別、その対応と治療法を知ることは重要である。最近、オピオイド施用の規制が一段と緩和された在宅緩和ケア