

では、観察が手薄になりやすく、オピオイド性急性呼吸不全の予防と対処は重要な課題である<sup>12)</sup>。三徴（傾眠、無呼吸を伴う小さくて不規則な呼吸、瞳孔ピンホール）は家族でも観察ができ、医師が電話報告を受けて診断することもできる。睡眠中無呼吸があっても、いつもどおり覚醒するなら問題ない。また、終末期で意識レベルが低下しても、努力呼吸や呼吸回数が多い場合は、オピオイドを減量する必要はない。オピオイド性呼吸不全と診断されても、早期にオピオイド拮抗薬ナロキソンで治療できることが多いので、当座用救急薬としてナロキソン1本を診療所に常備すると安心である。

#### 5) せん妄

せん妄は一過性であるといわれるが、がん末期のように不眠や苦痛が続く場合は持続することが多い。また、転倒・転落などの事故にもつながるため、せん妄の予防、治療、ケアには細心の注意を払わなければならない。離床センサーが鳴ると、看護師は病室に向けて一斉に駆け出すほどである。このため、せん妄は本人だけでなく家族、スタッフを強く消耗する。特に、夜間「睡眠の確保」は病棟運用上でも重要な課題となっている。

せん妄治療の目標は、i) 事故予防、ii) 睡眠リズムの回復、iii) 精神医学的正常化の順と考えられる。薬物治療は、睡眠薬と精神薬（リスベリドン）の併用から始めている。入院をきっかけに発症した場合は、自宅へ外泊または退院すると軽減することもある。どうしても不眠が強い時は、睡眠を確保するため、夜間のみミタゾラムを持続投与している。他に疼痛、呼吸困難、発熱などの身体的苦痛を十分緩和することは必須である。治療に難渋する場合は精神神経科へ紹介している。

三浦<sup>10)</sup>は、膵がん症例を解析して、死に対峙する時の脅威（危機的状況）がせん妄の発生に影響を及ぼしているとした。さらに、せん妄の

後に安寧（受容）を獲得する場合があります。せん妄は死に向かう者として自然な営みであると考察している。一般的に、せん妄は精神症状としてとらえられるが、男性患者では仕事や職場についての失見当識も多く、将来（もしくは人生）の喪失に対する実存的苦悩や、危機による霊的な存在の混乱とみることもできる。このように、積極的な意味合いをせん妄に見い出すことも考えられる。

#### 5. オピオイド性鎮痛薬の使用状況および薬剤師の関わりについて（担当：佐川）

緩和ケア病棟に特徴的な事項として、

- i) 麻薬性鎮痛薬の1日当たりの平均使用量は、一般病棟に比べ、緩和病棟がすべてにおいて高用量であり、特にモルヒネ注が高用量で使用され（総使用量は緩和病棟が一般病棟の21.7倍、1人当たりの総投与量は35.6倍）、注意が必要であった
- ii) 各製剤の特徴・副作用を理解し、薬物が正しく使用されるよう、患者の病態や理解度に応じた説明を行っていかねばならない。薬剤管理指導は患者向けの説明書<sup>13)</sup>を用いて行った
- iii) 薬剤師は、薬の効果、副作用を確認し、適切な薬物療法ができるよう医師に情報提供する必要があると思われた。薬剤評価表や禁忌相互作用確認表は有効であった
- iv) 薬剤管理指導の時間が限られており、情報伝達に課題があった。

#### 6. 緩和ケア看護支援センター<sup>16)</sup>（担当：橋本）

圏域医療施設への緩和ケア看護支援を積極的に行い、地域全体の緩和ケアの質的量的な向上を目的に、緩和ケア病棟開設と同時に、スタッフステーション隣の一室に緩和ケア看護支援センターを設けた。看護師2名、MSW1名（相

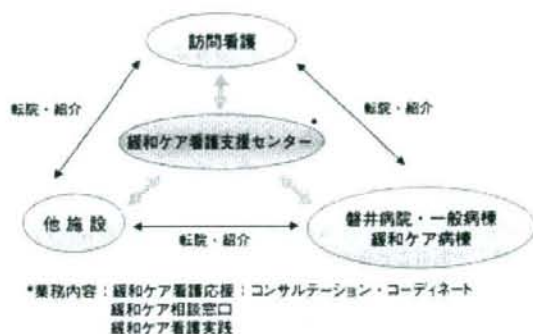


図3 緩和ケア看護の連携（健井病院緩和ケア看護支援センター）

談員）が専従として配属され、院内、近隣医療施設、在宅で活動した（図3）。

#### 1) 初年度の活動実績

- i) 緩和医療科への紹介患者の対応（主治医、病棟看護師、緩和医師と協働して）42件、
- ii) 緩和ケア病棟入棟への支援129件、
- iii) 緩和ケアに関するコンサルテーション対応223件、
- iv) 在宅療養の調整（合同カンファランスの主催を含む）と支援（院内、診療所、訪問看護ステーションと協働して）19件、在宅疼痛緩和13件、在宅看取り7件であった。

#### 2) 評価

他施設からは「情報交換がより円滑になった、相談窓口の一本化して明確化された」という評価を、院内ないからは「啓発、および病棟在宅の切れ目のないケアができた、在宅の様子を院内に向けフィードバックできた」、患者家族からは「安心感と希望確認から退院まで7日で在宅移行（MSWの存在）できた」との評価があった。

#### 7. 一関在宅緩和ケア支援ネットワーク<sup>17)</sup>

当地域で在宅緩和ケアを展開するために、複数の医療機関と専門職が協力し、患者家族が安心して在宅での生活が続けられるように支援するネットワークで、2007年3月に設立された。4病院、8医院（在宅療養支援診療所2）、1歯科医院、10訪問看護、15介護施設、9調剤薬局、市民の会、行政が参加した。

活動は、施設の参加呼びかけ、イントラネットによる情報の共有、月例会、市民公開講座などを行い、「すべてのがん患者とその家族が、等しく質の高い緩和医療を受けられる体制作り」、「住み慣れた家で過ごしたい、畳の上で最期の時を迎えたい」という願いの実現のための支援を目指している。「人間としての尊厳を大切に、地域に根ざした文化の伝承を踏まえて、地域社会システムとしての在宅緩和支援ネットワークの構築」が目標である。

#### 8. 健全な運営

健全な運営について正確な評価は難しいの

で、大まかにポイントを挙げる。患者満足度調査などケアの評価は今後の課題である。

- i) 持続鎮静を実施した症例はなかった。  
スタッフや家族から実施を求められるような、症状緩和が非常に不十分な症例はなかったといえるかもしれない。
- ii) 患者の自死がなかった。  
どんなに周囲が気を配っても、自死が「その人の意志次第」であることを考えると、幸運であったとともに、スタッフやご家族の努力、患者本人のまごへの感謝を忘れてはならないと考えている。
- iii) 看護的に「重い」症例が少なくなかったにもかかわらず、スタッフの「燃え尽き」病体はなかった。  
職員のメンタルケアへ対策は十分とはいえないので、スタッフの自己管理、話しやすい職場環境などの整備に努めた関係者の努力の結果である。
- iv) 麻薬取り扱いの誤りによる重大な事故の発生はなかった。  
二重チェック体制など、普段からの事故防止への努力の成果である。
- v) 収支バランス  
収支バランスは、支出（材料費・人件費）についての情報は得られず、正確な状況は不明である。しかし、これまで当病棟の材料費は、出来高払いの毎月のレセプトでみる限り、1日1人あたりの平均が8,000～10,000円であったので、包括算定となった現在でも（1日1人当たりの入院収益42,000円前後）大きな問題はないと考えられる。

## 9. 持続鎮静と緩和ケアの目標

ある日、当病棟で、60歳の肺がん末期患者がせん妄の中で自殺未遂を図った。嗚咽で謝罪と絶望を語り、なお死を願う患者を前にして筆

者は言葉がなく、一瞬「持続鎮静」を思った。

著者は、過去に最期の持続鎮静中に患者を脳出血で失った症例を経験した<sup>19)</sup>。持続鎮静の理由は、オピオイド大量投与でも鎮痛されない、反復性痙攣を伴う激しい痛みであった。死後数年して、この激痛の原因が麻薬性ミオクロソスであった可能性を知った。当時気づいていれば患者・家族を苦しめず、持続鎮静も必要なく、結果的に脳出血もなかったかも知れない。このような持続鎮静をめぐる後悔があって、本症例では「他に方法はないか」と僧侶（ボランティアコーディネーター佐藤良規師）に相談した。その夜、駆けつけた僧侶と患者が対話をした結果、患者は小さな楽しみを見つけ、後日の僧侶との再会を約束した。患者の心に「明日」が蘇った。

「緩和ケアの目標は、病床で死を願うことすらある患者が、死ぬこと以外に生きる方法を見つけ、心が救われること」とは、同僚看護師（豆2007）の言葉である。スタッフの役割は、患者が「生きる方法を見つける」ための手助けといえる。持続鎮静ではこれと逆方向へ進み、後戻りもできない。したがって、この役割はどんな場面でも忘れてはいけない原則である。が、容易なことではない。

山室 誠氏は、筆者のペインクリニック修行中<sup>20)</sup>に、「自分ができないことは、できる人に任せること」と述べた。そのために、全人的苦痛に直面する緩和ケアの現場には様々な職種（立場）のスタッフが参加している。この多様なスタッフが、患者家族のニーズを共有し、同じ方向を目指して日々のケアを実践することが当病棟の日常である。今後も様々な困難と出会いながら、患者家族とともに「生きる方法を見つける」日々が続く。

おわりに

毎回同じことを述べて恐縮であるが、緩和ケ



アの標榜科、医学部・大学院講座の整備は緊急の課題である。

政府は「がん対策基本法」の意義を声高に喧伝しながら、緩和ケアを正式に「認知」しようとし、自治体や従事する側はボルテージがいよいよ上がり、相変わらず「どこに行けば受けられるかわからない」難民状態の市民との断層は深まるばかりである。この溝に橋をかけるのは、医療施設が掲げる「緩和ケアやります」という一枚の看板である。

また、最近の朝日新聞紙(2007年11月11日付)上に、山崎章郎氏は、「がん診療連携拠点病院の緩和ケア医師養成では、座学だけでなく緩和ケア病棟での臨床研修が必要である」と述べた。講義と臨床という医師教育の要を示唆した。さらに、緩和ケアが医師の当然の技量として求められるなら、医学教育の基本に立ち返って、座学は学部教育から始めるべきであり、初期研修で実地訓練を始めるべきである。

以上は、他の診療科では当たり前のものである。看板はどんな手法でもよい。医師教育には時間がかかる。機が熟した今、指導者各位のご一考をお願いしたい。

本論文の一部は第11回東北緩和医療研究会(盛岡)で発表した。また、平成19年度厚生労働省科学研究費補助金「がん臨床研究事業「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(江口班)」の助成を受けた。

#### 文 献

- 1) 佐藤 智: 地域連携を促進させる医師の働き。日がん学会誌 19: 31-33, 2005
- 2) 佐藤 智: WHO方式がん疼痛治療法の考え方とヒント。ペインクリニック 27: S30-S42, 2006
- 3) 世界保健機構・編。武田文和・訳: がんの痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法—第2版。東京。金原出版。1996
- 4) 日本緩和医療学会・編: がん疼痛治療ガイド

- ライン。東京。真興交易医書出版部。2000
- 5) 佐藤 智, 山室 誠: 神経ブロック療法の治療計画—適応と適応時期—ペインクリニック 19: 668-672, 1998
- 6) 佐藤 智, 山室 誠: がんによる痛み。(宮崎東洋・編: 神経ブロック—関連疾患の整理と手技—)。東京。真興味交易医書出版部。2000。177-180
- 7) 佐藤 智: 癌性疼痛とPCA。ペインクリニック 21: 39-43, 2000
- 8) 山室 誠: がん患者の痛みの治療第2版。東京。中外医学社。1997
- 9) 杉山公利, 高橋雅彦, 千葉聡子, 他: ナロキソン持続投与による麻薬起因性呼吸抑制の拮抗。薬理と治療 29: 967-973, 2001
- 10) 東口高志: 末期癌。(東口高志・編: NST完全ガイド栄養療法の基本と実践)。東京。照林社。2005。276-277
- 11) 森田達也: QOLからみた終末期がん患者の水分管理。緩和医療学 8: 26-34, 2006
- 12) 星野 彰: 第6回日本緩和医療学会抄録集。69, 2001
- 13) 佐藤 智: 在宅における疼痛緩和の進め方。疼痛緩和の考え方。(小川節郎・監: オピオイドによる疼痛緩和)。12: 812, 2005
- 14) 三浦浅子: 一般病棟における癌がん患者の死にいたる体験の分析。三重大学大学院医学研究科看護学専攻成人看護学 平成18年度学位論文(現 八戸赤十字病院)
- 15) 国立がんセンター・編: 「痛み止めの薬」のやさしい知識—あなたの痛みを上手に取り除くために—。東京。がん研究振興財団
- 16) 江口研二: 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17年度総括報告書—。厚生労働省科学研究費補助金がん臨床研究事業 2007
- 17) 一関在宅支援ネットワーク設立準備会・編: 在宅緩和ケアの支援ガイド—設立記念版—。岩手県立磐井病院地域連携室。2007
- 18) 佐藤 智, 山室 誠: 麻酔科医の立場から—癌性疼痛治療を中心に—。ペインクリニック 17: 333-338, 1996
- 19) 佐藤 智: 外科医からペインクリニック医になって行っている緩和医療。ペインクリニック 22: 905-911, 2001
- 20) 佐藤 智: 往診からはじまって宮城県とともに歩むまで。(蘆野吉和・編著: 特集・在宅医療—みやぎ方式にまなぶ—) 緩和医療学 3: 370-378, 2001

## 特集 緩和医療 ～在宅ケアと地域連携、がん対策基本法の施行を見据えて～

### 総論

### ～緩和ケアの離陸に向けて～



中川 恵 一\*

今の日本は死を認めない傾向にあり、「死なない」ということを前提としているので、がん患者も医師も、ともかくがんを治すことだけを考えてきた。その結果、日本のがん治療は今、キュア（がんを治すこと）とケア（患者さんを癒すこと）のバランスが極端にキュア側に偏っている。実は、放射線治療こそが、キュアとケアの両者を担当でき、2つの架け橋となる治療手段である。筆者が、放射線治療から緩和ケアを目指した理由である。在宅緩和ケアでは、コミュニティーとの連携も欠かせないため、大都市と田舎で一律に考えることは困難である。緩和医療を学問として考えると、多施設共同研究によるEBM (evidence-based medicine) 的アプローチのほか、広い学問領域を結集した死生学研究が重要となろう。

#### 1. 医療の基盤は「ケア」

今の日本は死を認めない傾向にある。社会も自分も「死なない」ということを前提としているので、がん患者も医師も、ともかくがんを治すことだけを考えてきた。その結果、日本のがん治療は今、キュア（がんを治すこと）とケア（患者さんを癒すこと）のバランスが極端にキュア側に偏っている。しかし、がんの完治には初回治療がほとんどすべてで、再発するとそのがんが数年以内に亡くなるという厳しい現実がある。

「治癒」という言葉が、治（キュア）と癒（ケア）から成り立っているように、医師だけいてキュアを行う病院もなければ、ナースだけがケアを行う病院もあり得ず、常に、その両方が提供されるべきである。そもそも、今の医療の原型は、中世ヨーロッパの修道院に起源を持つ。修道女たちが、貧者や病人を修道院のなかにかくまって、ケアを行っていたのである。近代医学の技術は、このケ

アという基盤に付け足される形で提供されてきたわけで、ケアこそが、医療の基盤である。(図1)。

#### 2. 放射線治療の可能性

筆者は、放射線治療から緩和ケアの世界に足を踏み入れたが、放射線治療こそが、がんの治療と緩和ケアの架け橋となると考えている。放射線治療は、がんの治療法のなかで特に副作用が少ないので、進行・末期がんにも使える。例えば、脳や脊髄に転移して麻痺などが出た時に、放射線を転移部位にかけるとその麻痺が改善する。がんは完治しないけれど、症状の進行を防ぎ、QOL (quality of life) を高めることにつながるのである。放射線治療は、末期患者にも使えるほど、身体的負担が軽いと言える。

最新鋭の高度な放射線治療は、早期がんを切らずに完治させるためのものと考えがちだが、全身状態の悪化した末期の患者にこそ、高精度なピンポイント照射が行われるべきであろう。(図2)。

\* 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部・部長 (なかかわ・けいいち)



——■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

逆に，早期がんでも，緩和ケアが必要な局面がある。例えば，医師の自己防衛的な「告知」を受けて痛んだ心にはケアが必要である。

日本では，抗がん剤を徹底的に行い，骨髄抑制

などで治療手段がなくなると，ホスピスを紹介されるケースが多かった。しかし，がんの治療とがんのケアは対立するものではない。治療とケアは，常に両方とも必要で，病状によって，ウェットが変わってくるだけなのである。(図3)。

現在，「徹底した抗がん治療から，匙を投げる形で，ホスピスに紹介される」といった，不連続な終末期医療が見直されつつある。緩和ケアチームでは，主治医によるがんの治療に，緩和ケアの視点を加えることで，がんの治療と緩和ケアの両立が図られる。東京大学医学部附属病院でも，緩和ケア専用病床は廃止して，緩和ケアサービスは緩和ケアチームによるものに絞っている。今後さらに，在宅緩和ケアを推進したい。

がんの在宅ケアは，医療機関の外来や病棟ではなく，患者の自宅を医療現場と考えて，訪問診療や訪問看護を中心に緩和ケアを提供する形態である。在宅緩和ケアの長所としては，「自分のペースを守ることができる」，「家族と過ごすことができ



図1 Hospice de Beane での中世のケアの再現 (France, Beane)

修道女が貧者のケアにあたっている。

(筆者提供)

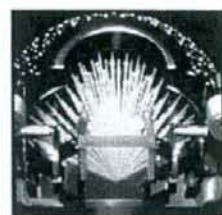
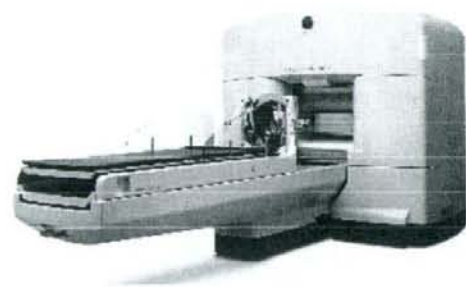


図2 末期がん脳転移患者へのガンマナイフ治療

脳転移は完全消失し，左上下肢の麻痺が緩解した。

(筆者提供)

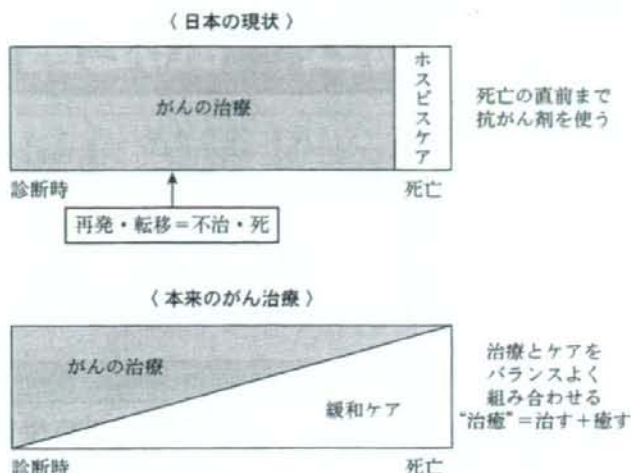


図3 がんの治療と緩和ケアのあり方

徹底的な抗がん治療の継続が不可能になってから緩和ケアが始まる「従来型」と、治療とケアが同時に行われる「バランス型」への移行が必要である。

(筆者作成)

る」などがあげられる。だがその反面、「病状の急変に対し、迅速な対応をとることができない」、「家族への介護負担が過大となりやすい」などといった短所もある。患者の病状や療養環境の変化などに応じて、在宅ケアと病院機能の双方の長所を生かしていくことが重要となろう。一方、コミュニティとの連携も欠かせないため、大都市と田舎で一律に考えることは困難である。

一方、学問として緩和医療を考えることも重要である。緩和ケアも、臨床腫瘍学の一部であるという考えのもと、エビデンスを重視する流れもできつつある。一見、ホスピス精神と対立するようにも見えるが、このことも、ケアとキュアの両立の構図のなかで捉えるべきであろう。筆者も、JPCAN (Japan Palliative Care Audit Network: 日本緩和ケア検証ネットワーク) を立ち上げて、緩和ケアにおける多施設共同の調査・研究に関する支援体制を確立しつつある。また、今年度から、東京大学文学部が中心となって死生学を研究するグローバル COE (中核的研究拠点)「死生学の展開と組織化」に分担研究者として参加する。死生学の問題を、さまざまな方向から捉え直すことも、極めて重要である。

### 3. 限りある故に尊い命

生命が永遠であれば、完治だけが重要であろうが、人間の死亡率は 100% である。そもそも超高齢化社会では、治癒を目指す治療と緩和ケアの境はあいまいとなってくる。緩和ケアで、人生の豊かさは、時間の長さとは別であると考え。一瞬、一瞬を大事に生きるしか、人生を豊かにする方法はない。「命には限りがあり、それ故、尊い」ということをもう一度考える必要がある。「がんになって、このことに気づいた、がんになってよかった」と言う患者は少なくない。自分の死生観に従って、人生の時間を、各人に与えられた資源と考え、大事に使っていくという思考の転換が、「がんの壁」を乗り越えるためには必要であろう。

#### 参考文献

- 1) 中川恵一, 養老孟司: 自分を生ききる—日本のがん治療と死生観—, 小学館, 東京, 2005.
- 2) 中川恵一, 養老孟司, 和田秀樹: 命と向き合う—老いと日本人とがんの壁—, 小学館, 東京, 2006.
- 3) 加藤大基, 中川恵一: 東大のがん治療医が痛くなって、ロハスメディア, 東京, 2007.



## 特集 緩和医療 ～在宅ケアと地域連携、 がん対策基本法の施行を見据えて～

# 1. がん対策基本法と緩和ケア

中川 恵一\*

6月15日に、安倍総理および公明党太田代表が東京大学医学部附属病院を訪れ、がん対策基本法が定める「がん対策推進基本計画」について発表を行った。このなかで、特筆すべきは、がんを診療する医師すべて（10万人を想定）が、5年以内（当初は10年以内の計画であった）に緩和ケアの研修を修了するように前倒しの指示を行ったと発言された点である。がん対策推進基本計画のなかでも、緩和ケアに最大のウェイトが置かれており、緩和ケアをがん治療の柱として位置づけている。このことによって、日本のがん治療体系が大きく転換する可能性がある。筆者もその成立過程では大いに関与したが、この法律と基本計画が遵守されて、現実にはわが国のがん医療がよい方向に舵を切ることを希望する。

## 1. はじめに

6月15日に、安倍総理および公明党太田代表が東京大学医学部附属病院を訪れ、最新の放射線治療を視察された。筆者が最新の治療装置の解説を行い、症状緩和目的を含む放射線治療中の患者との懇談の場を設けた。（図1）。その後の臨時の会見で、がん対策基本法が定める「がん対策推進基本計画」について発表が行われた。このなかで、特筆すべきは、がんを診療する医師すべて（10万人を想定）が、5年以内（当初は10年以内の計画であった）に緩和ケアの研修を修了するように前倒しの指示を行ったと発言された点である。

このことから分かるように、わが国のがん対策のなかで、特に放射線治療と緩和ケアが大事であり、基本法でも最重点課題になっている。逆に言えば、この2つがこれまで、日本のがん医療のウィークポイントと言える点であったわけである。実際、がん対策推進基本計画のなかでも、この2つにがん登録を加えた3点が重点的に取り組

むべき課題とされている。がん対策推進基本計画では、緩和ケアに関する課題は以下のように記述されている。

## 2. 治療の初期段階からの 緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするためには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など、さまざまな場面において切れ目なく実施される必要がある。しかしながら、欧米先進諸国に比べると、わが国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまた数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含

\*東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部・部長（なかがわ・けいいち）



—■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

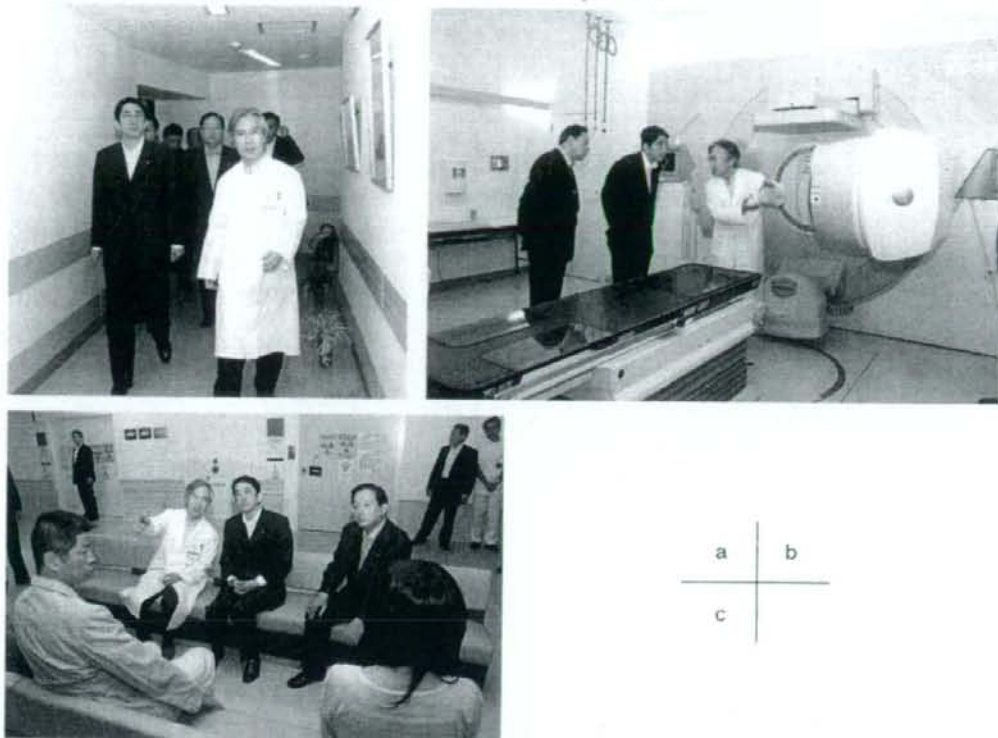


図1 東京大学医学部附属病院放射線治療部視察の様子

最新の放射線治療の視察のため安倍総理および公明党太田代表が当院を訪れた。放射線治療室へ案内し(a)，治療装置の解説を行い(b)，症状緩和目的を含む放射線治療中の患者との懇談の場を設けた(c)。

(筆者提供)

めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、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等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

### 3. 緩和ケア分野での目標

さらに、全体目標の1つとして、以下のような緩和ケア分野での目標が掲げられている。

基本計画では、すべてのがん患者およ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

あげている。がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様にさまざまな苦痛を抱えている。

また、がん患者およびその家族は、療養生活において、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、さまざまな困難に直面している。こうしたことから、治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、基本計画では、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「すべてのがん患者およ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」を実現することを目標としている。

### 4. 緩和ケアで取り組むべき施策

さらに、取り組むべき施策としても、以下を掲

げている。

緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅医療など、さまざまな場面で切れ目なく実施される必要があることから、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく。その際には、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や、在宅における緩和ケアの在り方について検討していく必要があり、緩和ケア病棟には、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援および終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待される。

身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。

全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成していくための研修を行うとともに、地域における緩和ケアの教育や普及啓発を行っていくことができる体制を整備していく。

また、拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識および技能を有する医師や看護師が専従的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく。

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、専門的な緩和ケアを提供できる外来

## 1. がん対策基本法と緩和ケア

を拠点病院に設置していく。

また、地域における在宅療養患者等に対する支援を行うことを目的に在宅緩和ケア支援センターを設置し、必要に応じて介護サービスとも連携していく。拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく。

## 5. 緩和ケアの個別目標

個別目標は、以下のように設定されている。

10年以内(総理が5年以内に前倒しを指示。前述)に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする。原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識および技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等、がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備することを目標とする。なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適切ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。

## 6. おわりに

このように、がん対策基本法および、その基本計画では、緩和ケアをがん治療の柱として位置づけており、日本のがん治療体系が大きく転換する可能性がある。筆者もその成立過程では大いに関与したが、この法律と基本計画が遵守されて、現実にわが国のがん医療がよい方向に舵を切ることを切に希望する。





## 特集 緩和医療 ～在宅ケアと地域連携、 がん対策基本法の施行を見据えて～

# 8. 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～

岩瀬 哲<sup>\*1)</sup>・村上 忠<sup>\*2)</sup>  
安田 恵美<sup>\*3)</sup>・中川 恵一<sup>\*4)</sup>

本稿では、東京大学医学部附属病院（以下、当院とする）地域医療連携部を通じて、他院ないしは在宅医へ紹介された当院の入院がん患者 186 人の転帰を調査分析し、がん治療における当院の地域連携について考察した。がん患者の転帰は、地域の紹介先を分類して集計された。結果は「依頼中の患者死亡」が 68 人 (36.6%)、「一般病棟へ転院」が 27 人 (14.5%)、「ホスピスへ転院」が 24 人 (12.9%)、「在宅へ移行」が 30 人 (16.1%)、「他院の外来へ移行」が 35 人 (18.8%)、「中断」が 2 人 (1.1%) であった。地域連携を準備している間に 36.6% の患者が当院で死亡しているという統計は、がん治療における当院の課題が「早期の地域連携」であることを明らかにしたと言える。また、なぜホスピスや在宅医療を希望した患者の多くが退院することなく、病院死を迎えたのか考察する必要がある。

### 1. 調査目的

大学病院を利用するがん患者は医療依存度が高く、ホスピスや在宅ケアへの移行が十分に行われていないと考えられる。そこで、我々は東京大学医学部附属病院（以下、当院とする）地域医療連携部を通じて、他院ないしは在宅医へ紹介されたがん患者の転帰を分析し、がん治療における当院と地域連携の実態を調査して、当院における地域連携の現状と、わが国の終末期医療について考察することを調査の目的とした。

### 2. 方法と対象

2004 年 4 月 1 日から 2006 年 3 月 31 日までに当院地域医療連携部を通じて、他院ないしは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人を対象と

し、患者のがんの部位（表 1）、男女比<sup>①</sup>（表 2）、平均年齢、転院先（表 3）を分類して集計した。がんの部位は肺がんが最も多く、次いで胃がん、肝がんが多かった。男女比は男性がやや多く、平均年齢は 62.9 歳（11～93 歳）であった。

### 3. 考察

当院では、がん治療を担当する診療科が地域の医療施設にがん患者を紹介する場合、地域医療連携部が診療科より依頼を受けて転院や在宅医療への移行を担当する。当院地域医療連携部には、2004 年 4 月から 2006 年 4 月までに当院の各診療科から 186 人の依頼があった。内訳は、「依頼中の患者死亡」が 68 人 (36.6%)、「一般病棟へ転院」が 27 人 (14.5%)、「緩和ケア病棟/ホスピスへ転院」が 24 人 (12.9%)、「在宅へ移行」が 30

\* 東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 <sup>①</sup> 副部長（いわせ・さとる） <sup>②</sup>（むらかみ・ただし）

<sup>③</sup>（やすだ・めぐみ） <sup>④</sup> 部長（なかがわ・けいいち）

## ■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

表1 入院がん患者のがんの部位

東京大学医学部附属病院地域医療連携部より他院あるいは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人のがんの部位の内訳を示す。最も多いのは肺がんであった。

がんの部位	患者数	(%)
肺がん	34人	(18.3)
前立腺がん	6人	(3.2)
腎がん	6人	(3.2)
膀胱がん	2人	(1.1)
精巣腫瘍	0人	(0.0)
胃がん	29人	(15.6)
食道がん	9人	(4.8)
大腸がん	10人	(5.4)
肝がん	18人	(9.7)
胆のうがん	2人	(1.1)
膵がん	14人	(7.5)
乳がん	7人	(3.8)
甲状腺がん	2人	(1.1)
頭頸部がん	5人	(2.7)
子宮がん	9人	(4.8)
卵巣がん	6人	(3.2)
白血病	2人	(1.1)
悪性リンパ腫	1人	(0.5)
悪性骨髄腫	0人	(0.0)
脳腫瘍	2人	(1.1)
皮膚がん	1人	(0.5)
その他のがん (原発不明がんを含む)	5人	(2.7)
がん診断なし	13人	(7.0)
精査中	3人	(1.6)
合計	186人	-

(筆者ら作成)

人 (16.1%)、「他院外来へ移行」が 35 人 (18.8%)、「依頼の中断」が 2 人 (1.1%) であったが、「依頼中の患者死亡」が 36.6% であったという統計は特筆すべき問題であると考えられる。この偏りとかんがの部位、性別、年齢との関係は明らかにできなかった。

がんの根治を諦めて、地元の病院やホスピス、在宅ケアを希望した患者がそのまま病棟で死亡す

表2 入院がん患者の男女別患者数

東京大学医学部附属病院地域医療連携部より他院あるいは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人の男女別患者数を示す。男性の割合がやや多かった。

性別	患者数	(%)
男性	105人	(56.4)
女性	81人	(43.6)
合計	186人	(100.0)

(筆者ら作成)

表3 入院がん患者の転院先

東京大学医学部附属病院地域医療連携部より他院あるいは在宅医へ紹介された入院がん患者 186 人の転院先の割合を示す。転院することなく当院で死亡した例が最も多かった。

転院先	患者数	(%)
依頼中死亡	68人	(36.6)
一般病棟	27人	(14.5)
緩和ケア病棟/ホスピス	24人	(12.9)
在宅	30人	(16.1)
他院外来	35人	(18.8)
中断	2人	(1.1)
合計	186人	-

(筆者ら作成)

るということが、患者やその家族の「望ましい死」であるはずがなく、その原因は考察される必要がある。我々は、その原因が必ずしも医療サイドにだけあるとは考えていない。日常診療の中で「患者の医療への依存」を強く感じるからである。どんなにがんが進行しても（根治が望めない状態になっても）、がん患者が常に「治りたい」と考えることを当然の心理として、医療者は患者とその家族に協力して医療環境を作っていかなければならない。個々の死生観が問われる時代に入ってきたように思える。医療サイドの原因としては、医療



## 8. 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～

者が「悪い知らせ」を患者に正しく伝えていないことが考えられる。がん治療の現場には SPIKES (Setting/Perception/Invitation/Knowledge/Empathy and Exploration/Strategy and Summary) のような「悪い知らせを伝えるプロトコル」<sup>1)</sup>や医療者のコミュニケーション・スキルをアップさせるプログラムの導入が望まれる。

当院は2003年に緩和ケア診療部を設立、2004年から緩和ケアチームが活動を開始し、2005年4月から緩和ケア診療加算の承認を受けている。緩和ケアチームの構成要員は、緩和ケア医1名(専従)、サイコオンコロジスト1名(専任)、ホスピスケア認定看護師1名(専従)、リエゾン看護師1名(専任)、麻薬専門薬剤師1名(専任)、漢方専門医1名(専任)である。2004年6月9日から2006年12月31日までに当院に入院していたがん患者で、主治医から緩和ケアの適応があると判断され、緩和ケアチームにコンサルトされた患者は571人であった。そのうち在宅緩和医療に移行してきた患者はわずか14人(2.5%)であった。緩和ケア病棟/ホスピスへの移行は5人(0.9%)とさらに低く、一般病棟への転院は37人(6.5%)であった。

緩和ケアチームが診療したがん患者の約半数(281人/49.2%)が死亡退院していること、転院として外来へ移行した患者の比率(154人/27%)が高いことを考え合わせると、当院でがん治療を受けた患者は、入退院を繰り返して、最終的には当院で死亡するというケースが大半を占めると考えられる。そして、緩和ケアチームの平均診療日数が30.5日で、死亡患者の平均診療日数が32.7日であることを考えると、がん患者とその家族が在宅緩和医療を知り、在宅緩和医療に移行するための時間は極めて少ないと言える。

当院では、厚生労働省の指導に従って各病棟に緩和ケアチームのポスターが提示されており、緩和ケアの情報が入院患者に提供されているが、緩和ケアチームへのコンサルテーションは99%以

上が主治医からの依頼である。(がん患者からの直接依頼は571人中1人)。従って、主治医が早期から緩和ケアの必要性を考え、がんの治療中から緩和ケアチームにコンサルテーションしないと、がん患者が在宅緩和医療やホスピスへ移行することは困難と考えられた。また、緩和ケアチームは、がん患者には早期から緩和ケアチームの介入が必要であることを院内のがん治療担当医に理解してもらえるように、常に緩和ケアの情報を院内で発信する必要がある。がん治療過程で入院から外来へ移行する患者には主治医と協力して在宅緩和医療の啓発を行う必要がある。

現在、がんはわが国の死亡原因の第1位であり、これは少なくとも3人に1人ががんで死亡していると考えられ、さらには2人に1人ががんで死亡する時代が近づいていると考えられている。1960年代は、自宅における死亡が7割あったと報告されているが<sup>2)</sup>、当時より国民の医療への依存度が高くなっているとしても、最終的に自宅で療養したいという希望がなくなっているとは考えられない。終末期を迎えるがん患者のQOL(quality of life)を上げるためには、一般病棟においても緩和ケアの概念が浸透し、在宅医療への移行が早期に実現できるネットワークの構築が必要と考えられる。

## 補注:

民俗学者の柳田邦男氏は「終末期」という表現を不適切とし、「完成期」と呼んでいるが、筆者らはこの表現に賛同している。

## 文 献

- 1) [http://www.cancerit.jp/cancer\\_references/arc\\_hive/spikes.pdf](http://www.cancerit.jp/cancer_references/arc_hive/spikes.pdf)
- 2) 厚生労働省:平成13年人口動態統計調査,2001.
- 3) 柳田邦男:「死の医学」への日記.新潮社,東京,1999.

綜合臨牀 第56巻第5号  
(平成19年5月1日発行 別刷)

緩和ケア・医療の新しい流れ  
*New trend in palliative medicine*

中川 恵一  
*NAKAGAWA Keichi*

永 井 書 店



## 緩和ケア・医療の新しい流れ

*New trend in palliative medicine*

診断の指針 治療の指針



中川 恵一

NAKAGAWA Keiichi

2006年6月16日に成立した「がん対策基本法案」の骨子は、①放射線治療、②緩和ケア、③がん登録、④患者家族の参加—の4点になります。緩和ケアに関しては、第十六条(がん患者の療養生活の質の維持向上)に、「国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼(とう)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、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする」とあります。早期からの緩和ケアの導入と在宅緩和ケアが法律で定められたこととなります。とくに重要なのは、がんの治療と緩和ケアの両立ということですが、

今の日本は死を認めない傾向にあります。社会も自分も「死なない」ということを前提としていますので、がんの患者さんも医師も、ともかくがんを治すことだけを考えています。その結果、日本のがん治療は今、キュア(がんを治すこと)とケア(患者さんを癒すこと)のバランスが極端にキュア側に偏っています。しかし、がんの完治には初回治療がほとんどすべてで、再発するとそのがんが数年以内に亡くなるという厳しい現実があります。治すことだけを考えると、亡くなる前日まで苦しみを耐えながら、意味の乏しい抗がん剤を打ち続けるということにもなってしまいます。

「治療」という言葉が、治(キュア)と癒(ケア)から成り立っているように、医師だけいてキュアを行う病院もなければ、ナースだけがケアを行う病院もあり得ません。つねに、その両方が提供されるべきなのです。そもそも、今の医療の原型は、中世ヨーロッパの修道院に起源を持ちます。修道女たちが、貧者や病人を修道院のなかにかくまって、ケアを行いました。近代医学の技術は、このケアという基盤に付け足される形で、提供されてきたのです。ケアこそが、医療の基盤なの

です。

筆者は、放射線治療から緩和ケアの世界に足を踏み入れました。放射線治療こそが、がんの治療と緩和ケアの架け橋となります。放射線治療は、がんの治療法のなかでとくに副作用が少ないので、進行・末期がんにも使えます。たとえば、脳や脊髄に転移して麻痺などが出た時に、放射線を転移部位にかけるとその麻痺が改善します。がんは完治しないけれど、症状の進行を防ぎ、QOLを高めることにつながります。放射線治療は、末期の患者さんにも使えるほど、身体的負担が軽いのです。最新鋭の高度な放射線治療は早期がんを切らずに完治させるためのものと考えがちですが、全身状態の悪化した末期の患者さんにこそ、高精度なピンポイント照射が行われるべきでしょう。逆に、早期がんでも、緩和ケアが必要な局面があります。たとえば、医師の自己防衛的な「告知」を受けて痛んだ心にはケアが必要です。

日本では、抗がん剤を徹底的に行い、骨髄抑制などで治療手段がなくなると、ホスピスを紹介されるケースが多いようです。しかし、がんの治療とがんのケアは対立するものではありません。治療とケアは、つねに、両方とも必要で、病状によって、ウェイトが変わってくるだけなのです。ホスピス型の「終末期ケア」では、治療行為は基本的に行いません。このことは、診療報酬面でも、はっきりと表れています。ホスピスの「緩和ケア病棟入院料」は、「定額制」です。患者のために高い薬を使ったり、手厚い体制を整えたりすれば赤字になります。放射線治療などが有効であったとしても、経営的には行いにくいと言えます。これでは、ケアとキュアのバランスはとれません。

現在、ホスピス型の「徹底した抗がん治療から、匙を投げる形で、ホスピスに紹介される」といった、不連続な終末期医療が見直されつつあります。緩和ケアチーム(承認基準を満たした病棟を持たない施設などで、緩和ケアに関する専任のスタッフがチームとして

東京大学医学部附属病院緩和ケア診療部 部長

Key words 緩和ケア がん対策基本法 放射線治療 キュアとケア 在宅緩和ケア

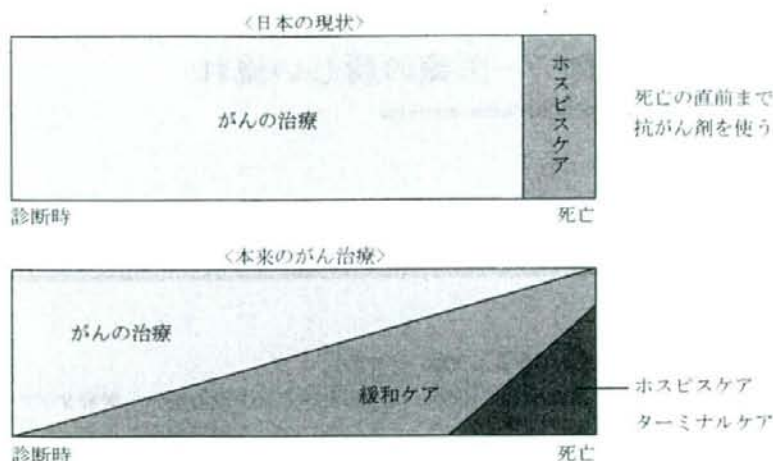


図1 がん治療のあり方

緩和ケアを提供する形態)では、主治医によるがんの治療に、緩和ケアの視点を加えることで、がんの治療と緩和ケアの両立が図られます。東大病院でも、緩和ケア専用病床は廃止して、緩和ケアサービスは、緩和ケアチームによるものに絞っています。さらに、在宅緩和ケアを推進しようと思っています。

がんの在宅ケアは、医療機関の外来や病棟ではなく、患者の自宅を医療現場と考えて、訪問診療や訪問看護を中心に緩和ケアを提供する形態です。在宅緩和ケアの長所としては、「自分のペースを守ることができる」、「家族と過ごすことができる」などの利点がある反面、「病状の急変に対し、迅速な対応をとることができない」、「家族への介護負担が過大となりやすい」などの短所があるとされています。患者の病状や治療環境の変化などに応じて、在宅ケアと病院機能の双方の長所を生かしていくことが重要となります。コミュニティーとの連携も欠かせません。

一方、学問として緩和医療を考えることも重要です。緩和ケアも、臨床腫瘍学の一部であるという考えのもと、エビデンスを重視する流れもできつつあります。一見、ホスピス精神と対立するようにも見えますが、このことも、ケアとキュアの両立の構図のなかで捉え

るべきでしょう。筆者も、JPCAN (Japan Palliative Care Audit Network: 日本緩和ケア検証ネットワーク)を立ちあげて、緩和ケアにおける多施設共同の調査・研究に関する支援体制を確立しつつあります。こうした活動は、結果的に、最良の緩和ケアおよび標準的ケアを確立するとともに、根拠に基づいた医療 (evidence-based medicine: EBM)を確立するために必要な根拠 (evidence)を創ることにつながります。

生命が永遠であれば、完治だけが重要になるでしょうが、人間の死亡率は100%です。そもそも、超高齢化社会では、治療をめざす治療と緩和ケアの境はあいまいとなってきます。緩和ケアでは、人生の豊かさは、時間の長さとは別であると考えます。一瞬、一瞬を大事に生きるしか、人生を豊かにする方法はありません。「命には限りがあり、それ故、尊い」ということを、もう一度考える必要があります。「がんになって、このことに気づいた、がんになってよかった」と言う患者さんは少なくありません。自分の死生観にしたがって、人生の時間を、各人に与えられた資源と考え、大事に使っていくというが、「がんの壁」を乗り越えるためには必要でしょう。



# Cancer patients' distresses and inquiries: proposal of four-level classification based on consultation service and questionnaire survey

Ken Yamaguchi,<sup>1,5</sup> Mutsumi Ishikawa,<sup>2</sup> Yuka Takada,<sup>3</sup> Ryo Hamazaki,<sup>3</sup> Yuka Hamada,<sup>3</sup> Tomoha Fukuchi,<sup>3</sup> Harumi Muramatsu,<sup>4</sup> Hajime Ito,<sup>4</sup> Tomohisa Iwase,<sup>4</sup> Yuko Kitamura,<sup>2</sup> Yumiko Abe,<sup>2</sup> Yayoi Hirose<sup>3</sup> and Tomoko Horiuchi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Shizuoka Cancer Center, <sup>2</sup>Cancer Survivorship Research Division, Shizuoka Cancer Center Research Institute, <sup>3</sup>Patient Support and Inquiry Division, Shizuoka Cancer Center, Disease Management Center, Shimonagakubo 1007, Nagaizumi-cho, Sunto-gun, Shizuoka 411-8777, <sup>4</sup>Shizuoka Research Institute, Takajo, Aoi-ku, Shizuoka-city, Shizuoka 420-0839, Japan

(Received November 21, 2006/Revised December 17, 2006/Accepted December 22, 2006/Online publication March 8, 2007)

The present study was undertaken to understand the realities of cancer patients' and their family members' distresses and inquiries, including medical/physical, emotional/spiritual and social/economic problems, from scientific viewpoints. The initial step of the study was to develop the classification category for these distresses and inquiries. The category was proposed based on information from two different sources; one is the consultation records of the Patient Support and Inquiry Division, Shizuoka Cancer Center and the other is the database of the Questionnaire Survey, which consisted of more than 25 000 distresses from 7885 people who faced up to cancer. The four-level classification category was constructed from 16 primary categories, 35 secondary categories, 129 tertiary categories and 619 quaternary categories. The classification category made it possible to analyze the distresses of cancer patients and their family members. The present study demonstrated the differences between the patterns of distresses for the consultation service and the questionnaire survey. In consultation centers belonging to hospitals, such as the Patient Support and Inquiry Division in the Shizuoka Cancer Center, patients wanted to consult on distresses and inquiries related to medical care. In contrast, they rarely consulted on emotional/spiritual or social problems. Based on the present classification category, we are developing a database called 'Questions and Answers for Cancer Patients' Distresses'. The database enables medical staff to learn what distresses patients and their family members, and to implement high-quality consultation in cancer clinics. (*Cancer Sci* 2007; 98: 612-616)

Cancer patients and their families face a wide variety of distresses and inquiries, including medical/physical, emotional/spiritual and social/economic problems.<sup>(1,2)</sup> In Japan, in the last 25 years, the style of cancer clinics has changed a lot.<sup>(3)</sup> Almost every patient is told the truth in terms of cancer diagnosis and treatment; at the time of treatment, patients always give written informed consent to medical staff; and patients are fully justified in obtaining a second opinion when they encounter difficulties in making their own decisions concerning cancer treatment. Although these changes allow patients to participate in their own medical care, this style of medical care always increases distresses and inquiries to which cancer patients and their family members face. Therefore, support programs for patients suffering from cancer and their family members play a very important role in modern cancer clinics.

With the aim of knowing the realities of patients' and family members' distresses and to decrease them, we started a consultation service named 'YOROZU-SOUDANJO (One-stop Consultation Center for Everything You Need to Know about Cancer)' in the Patient Support and Inquiry Division of the

Shizuoka Cancer Center. Data accumulated in this service provided important information to classify cancer patients' and their family members' distresses and inquiries, in terms of having a clear grasp of the essence of them. Simultaneously, we did a large-scale questionnaire survey for cancer patients in Japan in 2003. The purpose of this study was to collect actual voices of cancer patients and their family members and to develop methods to decrease their distresses. The interim report entitled 'A report on research into the anxieties and burdens of cancer sufferers - the views of 7885 people who faced up to cancer' was published.<sup>(1)</sup> The database in this survey also played an important role in categorizing cancer patients' distresses and inquiries.

The present study was undertaken to understand the realities of cancer patients' and their family members' distresses and inquiries from a scientific viewpoint. It is well recognized that cancer patients and their family members face a variety of distresses, but until now these were analyzed as personalized experiences, and were not systematized scientifically. The initial step was to set up a classification method for these distresses and inquiries, and we propose a classification category in the present study, which was applied to evaluate differences in the patterns of distresses between the consultation service and the questionnaire survey.

In 2006, the Japanese Government passed fundamental law for cancer control, and one of the important policies concerned the management of consultation services in the district cancer center hospitals. However, many medical staff face difficulties in knowing how to take care of patients and their family members or how to communicate with them, as information is not available on high-quality consultation for cancer patients and their family members. It is obvious that the people in charge of consultation are required to understand the realities of patients' and their family members' distresses and inquiries for effective management of their facilities. The present study will be useful for medical staff in implementing high-quality consultation services.

## Materials and Methods

**Consultation data accumulated in the Patient Support and Inquiry Division.** The Patient Support and Inquiry Division in Shizuoka Cancer Center started to provide a consultation service in September 2002. The consultation was accomplished by two ways: of face-to-face consultation or telephone consultation, with clients deciding whether they wanted to remain anonymous or not. With the permission of clients, staff of the division (including medical

<sup>†</sup>To whom correspondence should be addressed. E-mail: k.yamaguchi@scchr.jp



social workers and nurses) made records of consultations using patients' electronic charts at the Shizuoka Cancer Center Hospital, which were strictly protected for privacy under the Medical Act in Japan. All records were classified based on the primary category developed by the method described below.

The administration office of the Shizuoka Cancer Center requested the number of consultations and primary-category classifications for evaluation of the activity of the division in each fiscal year; personal information regarding the client and the content of the consultation were not required. Between September 2002 and March 2005 a total of 22 079 consultations took place in the division, and information reported to the administration office was used in the present study.

**Database of the questionnaire survey.** The precise method for the questionnaire survey has been described elsewhere.<sup>(1)</sup> Briefly, the survey was executed in 53 medical institutions and 15 patient or patient-support groups. With regard to the ethical considerations of the questionnaire, the privacy of the participants was protected using anonymity methods with which it is not possible to determine individual names of respondents, and approval from ethical review committees and the written informed consent of respondents were obtained.

The total number of questionnaires sent out was 12 345, and the number of questionnaires returned was 7885; the response rate was 63.9%. Data used in the present study came from the pivotal part of the survey to elicit freely written responses from patients, describing in their own words what their distresses as cancer patients are. The questionnaire survey provided a total of 25 952 distresses from 7885 cancer patients who responded to the survey. The distresses were analyzed by the method described below.

**Four-level classification category of cancer patients' distresses and inquiries.** Because there was no previous study to classify cancer patients' and their family members' distresses and inquiries, we started to categorize each of the large number of distresses and inquiries described above. 'Primary category' was developed under the implementation of the consultation at the Patient Support and Inquiry Division. Each consultation was grouped according to key words presented by clients, and it was found that groups were divided into 16 categories, as described in Table 1.

The classification evolved further based on the database of the questionnaire survey. The total 25 952 distresses obtained by the

questionnaire survey were compiled into short sentences including a few key words, and were classified by primary category. In each of 16 primary categories, each distress was further divided into small groups based on their key words, which constructed the quaternary category. Several groups of the quaternary category formed the tertiary category, and also several of the tertiary categories formed the secondary category. Four-level classification of cancer patients' distresses and inquiries was completed in this manner. The reason why four levels was required was to enable patients, their family members and medical staff to approach similar distresses. They could search a particular distress easily by following the items from the primary category to the lower level, step by step.

## Results

**Classification of cancer patients' distresses and inquiries.** The 16 primary categories developed by the database of the consultation at the Patient Support and Inquiry Division are described in the left-sided vertical row in Table 1. Numbers of the secondary, tertiary and quaternary categories under every primary category are described in Table 1. Completed four-level classification generated by the database of the questionnaire survey comprised 35 secondary, 129 tertiary and 619 quaternary categories (Table 1).

An example of the database structure is demonstrated in Fig. 1. Full structures of the four-level classification were described in an interim report, which is available at the website of Shizuoka Cancer Center.<sup>(1)</sup>

**Comparison of the details of consultation in the patient support and inquiry division with the results of the questionnaire survey.** A total of 22 079 distresses collected by the consultation service in the Patient Support and Inquiry Division were categorized into 16 primary categories. As shown in Table 2, the primary categories were further divided into 11 matters related to medical care and five matters not related to medical care. The total 25 952 distresses obtained by the questionnaire survey were also classified by the same categorization. It is worth noting that the percentage of matters related to medical care in the consultation service was 80.1%, extremely high when compared to the percentage of those in the questionnaire survey (27.8%).

Figure 2 describes the percentage of consultations in the Patient Support and Inquiry Division and distresses in the questionnaire

**Table 1.** The 16 primary categories and numbers of the subsequent categories belonging to every primary category in the four-level classification of cancer patients' distresses and inquiries

Primary category	No. categories belonging to the primary categories		
	Secondary	Tertiary	Quaternary
1. Outpatient	2	4	9
2. Hospitalization/discharge/hospital change	3	7	18
3. Diagnosis/treatment	2	8	46
4. Palliative care	2	4	13
5. Notification, informed consent, second opinion	3	4	20
6. Medical coordination	2	2	2
7. Home care	1	2	3
8. Facility and equipment/access	2	3	9
9. Relationships with medical staff (own hospital)	2	5	24
10. Relationships with medical staff (other hospitals)	2	4	6
11. Symptoms, side-effects, sequelae	3	41	175
12. Anxiety and other mental problems	4	10	59
13. Way of living, reasons for living, sense of values	3	6	34
14. Work, economic burdens	2	10	73
15. Relationships with family and other people	2	19	128
16. Relay of document and others	0	0	0
Number of categories	35	129	619

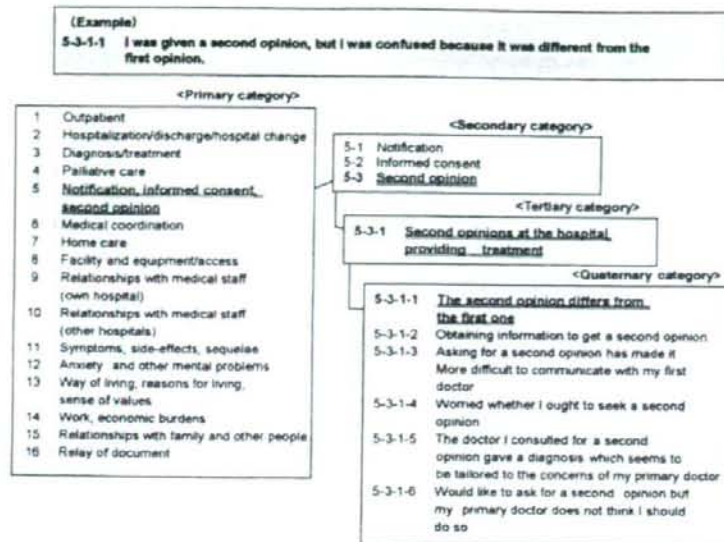


Fig. 1. An example of the structure of four-level classification of cancer patients' distresses and inquiries. The distress is related to the second opinion. In the primary category, it is a component of the fifth category of 'Notification, informed consent, second opinion'. The secondary category belonging to the fifth primary category was divided into three groups, and the patient's distress belongs to the third group of 'Second opinion' with a number of '5-3'. Only one tertiary category termed 'Second opinions at the hospital providing treatment' belongs to the secondary category '5-3', and the patient's distress was numbered as '5-3-1'. The tertiary category comprised six groups of quaternary categories, and the patient's distress fit the first group of 'The second opinion differs from the first one' with a number of '5-3-1-1'. The quaternary category '5-3-1-1' contained the example and other five distresses.

Table 2. Comparison of the details of the questionnaire survey with those of the consultation service analyzed by the four-level classification

Primary category	Questionnaire cases		Consultation cases	
	n	%	n	%
<b>Matters related to medical care</b>				
1. Outpatient	121	0.5	4 301	19.5
2. Hospitalization/discharge/hospital change	195	0.8	1 133	5.1
3. Diagnosis/treatment	1 738	6.7	4 257	19.3
4. Palliative care	158	0.6	586	2.7
5. Notification, informed consent, second opinion	291	1.1	5 092	23.1
6. Medical coordination	2	0.0	92	0.4
7. Home care	3	0.0	581	2.6
8. Facility and equipment/access	52	0.2	461	2.1
9. Relationships with medical staff (own hospital)	580	2.2	220	1.0
10. Relationships with medical staff (other hospitals)	156	0.6	173	0.8
11. Symptoms, side-effects, sequelae	3 915	15.1	782	3.5
Subtotal	7 211	27.8	17 678	80.1
<b>Matters not related to medical care</b>				
12. Anxiety and other mental problems	12 624	48.6	577	2.6
13. Way of living, reasons for living, sense of values	1 140	4.4	28	0.1
14. Work, economic burdens	2 055	7.9	1 732	7.8
15. Relationships with family and other people	2 922	11.3	98	0.4
16. Relay of document and others	0	0	1 966	8.9
Subtotal	18 741	72.2	4 401	19.8
Total	25 952	100	22 079	100

survey related to medical care compared with those not related to medical care, classified by primary category. In the case of the questionnaire survey, a large proportion of distresses were concerned with 'anxiety and other psychological problems', 'spiritual problems' and 'relationship with family members and other people'. In contrast, in the case of the consultation service, they occupied an only a small proportion, indicating that the details of the distresses and inquiries in the questionnaire survey were different from those in the consultation services carried out in the hospital.

For further understanding of the details of the classification, the list of top 20 distresses classified by tertiary category in the questionnaire survey is given in Table 3.

## Discussion

With the aim of understanding the realities of cancer patients' and their family members' distresses and inquiries, including medical/physical, emotional/spiritual and social/economical problems, we proposed a classification category based on information from two different sources: one was the consultation records of the Patient Support and Inquiry Division, Shizuoka Cancer Center and the other was the database of the questionnaire survey conducted in 2003.<sup>(1)</sup> In order to make it easy to search for a particular distress by following the items from primary categories to the lower levels, step by step, the classification category was constructed from four-level



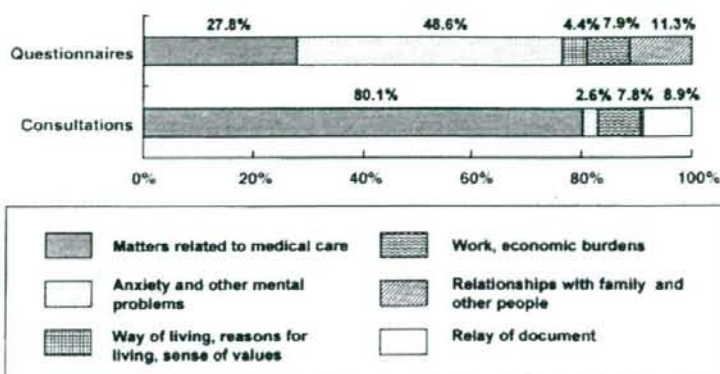


Fig. 2. Comparison of the percentage of the number of cases related to medical care with those not related to medical care in the questionnaire survey and the consultation service evaluated by the four-level classification.

Table 3. List of top 20 distresses of tertiary category described in the questionnaire survey

Rank	Title of tertiary category	No. distresses
1.	Anxiety over cancer spreading or recurrence	4 033
2.	Vague feeling of anxiety about the future	3 087
3.	Fear of death	2 177
4.	Mental panic and a loss of hope	2 116
5.	Side-effects of anticancer drugs	673
6.	Frequent thoughts about cancer	606
7.	Continuous unstable feeling	561
8.	Medical expenses	506
9.	Feelings regarding surgery	501
10.	Feelings regarding treatment	493
11.	Worries about children	470
12.	Worries about going back to work or continuing work	431
13.	Healthcare after treatment	429
14.	Worries about family	423
15.	Relationship with family members	412
16.	Cosmetic changes	380
17.	How to live as a cancer survivor	360
18.	Continuous symptoms	357
19.	Influence of cancer on work	336
20.	Relationship with spouse	323

The total number of distresses was 25 952.

classification of the primary, secondary, tertiary and quaternary categories.

The primary category was derived from the consultation records, which played an important role in understanding the whole image of cancer patients' and their family members' distresses and inquiries. The other categories were extended by analyzing more than 25 000 distresses obtained from the questionnaire survey. The final classification structure comprised 16 primary categories, 35 secondary categories, 129 tertiary categories and 619 quaternary categories. There was no precedent for classifying cancer patients' distresses and inquiries to this level, probably because people think they are too broad and too individual to make classifications.

It is worth noting that distresses collected by the questionnaire survey were derived from 7885 people who faced up to cancer. In Japan the number of cancer survivors was estimated to be 2.98 million people, so the data of the present study came from 0.26% of the total number of cancer survivors in Japan. In addition, the construction policy of this classification method

made it possible to cover more than 25 000 distresses. Therefore, it is possible to assume that the classification is comprehensive, and that almost all questionnaires and inquiries experienced by cancer patients and their family members are able to be classified by this method.

Using the proposed classification category, we analyzed the differences between the patterns of distresses described at the consultation service in the Patient Support and Inquiry Division and those collected by the questionnaire survey. In the case of the consultation service, 80% of the consultation outcomes were related to issues of medical care. In contrast, in the case of the questionnaire survey, issues related to medical care were less than 30%, and approximately 50% were related to anxiety or other emotional problems. Furthermore, problems with spirituality and relationships with family members and other people occupied a considerable part of the questionnaire survey, 4.4 and 11.3%, respectively. These results suggest that in consultation services at hospitals, such as the Patient Support and Inquiry Division in the Shizuoka Cancer Center, patients want to consult on distresses and inquiries related to medical care. They rarely consult on matters of anxiety or other emotional or spiritual problems or problems regarding relationships with family members or other people.

It is possible to speculate that there are reasons why the different patterns of distresses arose between the two databases. The patients approached by the consultation service may have had practical problems that they wanted to solve, especially in the field of medical care. When they thought that medical staff of the consultation service were not able to make good suggestions, they did not want to approach them. Generally speaking, patients believed that it was difficult for medical staff to respond to their personal problems. In contrast, in the questionnaire survey, participants were passive, if anything, and they did not have problems that needed to be solved immediately. In this situation, there was a tendency for the participants to list distresses that were on their mind for a long time without any lucid solution; as described in Table 3, emotional/spiritual and social problems were examples. Based on the present results, we recommend that, in consultation services provided in hospitals, the medical staff are required to ask patients whether they have distresses related to emotional/spiritual or social problems, even though the staff will not be able to solve the problems. It is worth noting that to listen carefully to patients and to carry on a dialogue with them alleviates the distress. The scientific classification of the patients' distresses and inquiries makes it possible to analyze problems that patients and their family members will face up to.

To learn cancer patients' and family members' distresses is important according to the following reasons. First, it will help