

図2 患者の住まい

表3 ADLの状況

| ランク | n |
|-----|-----|
| 自立 | 8 |
| J1 | 32 |
| J2 | 50 |
| A1 | 78 |
| A2 | 134 |
| B1 | 128 |
| B2 | 125 |
| C1 | 138 |
| C2 | 133 |
| 不明 | 99 |

表4 認知症の状況

| ランク | n |
|------|-----|
| 自立 | 276 |
| I | 124 |
| IIA | 62 |
| IIIB | 102 |
| IIIA | 76 |
| IIIB | 50 |
| IV | 131 |
| M | 16 |
| 不明 | 88 |

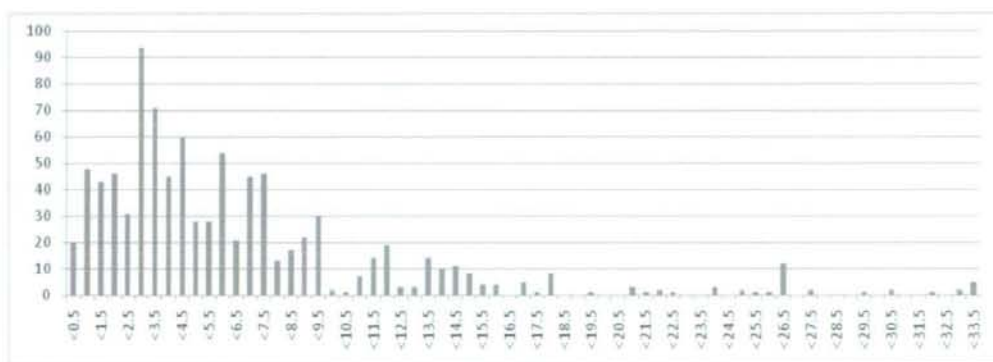


図3 在宅療養支援診療所と患者の住まいとの距離の分布

表5 地域毎の在宅療養支援診療所と患者の住まいとの距離

| 地域 | 中央値(範囲) |
|----|----------------|
| A | 5.7(1.5-19) |
| B | 3.2(0.53-13) |
| C | 2(0.48-5) |
| D | 1.6(0.7-3.8) |
| E | 9.9(0.54-34.4) |
| F | 5.6(0.59-21.2) |
| G | 8.3(1.8-30) |
| H | 6.6(0.52-26) |
| I | 3.4(0.5-26) |
| J | 2.5(0.4-11.9) |

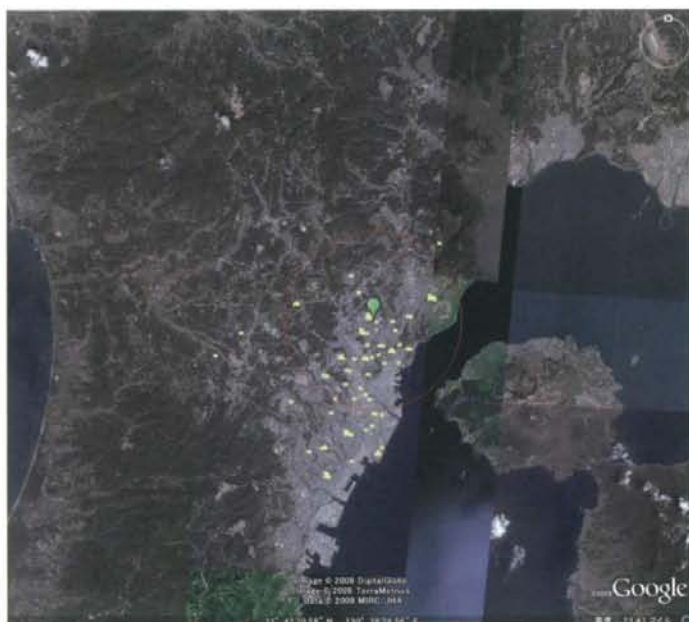


図4 A診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号)赤線の円はA地域の患者宅と診療所の中央値



図5 B診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はB地域の患者宅と診療所の中央値



図6 C診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はC地域の患者宅と診療所の中央値



図7 D診療所の受診患者の居住地域
 緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はD地域の患者宅と診療所の中央値



図8 E診療所の受診患者の居住地域
 緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はE地域の患者宅と診療所の中央値



図9 F診療所の受診患者の居住地域
 緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はF地域の患者宅と診療所の中央値



図10 G診療所の受診患者の居住地域
 緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はG地域の患者宅と診療所の中央値



図11 H診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はH地域の患者宅と診療所の中央値



図12 I診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す(郵便番号) 赤線の円はI地域の患者宅と診療所の中央値



図13 J診療所の受診患者の居住地域

緑印が診療所、黄色プロットが患者の居住地を示す（郵便番号）赤線の円はJ地域の患者宅と診療所の中央値

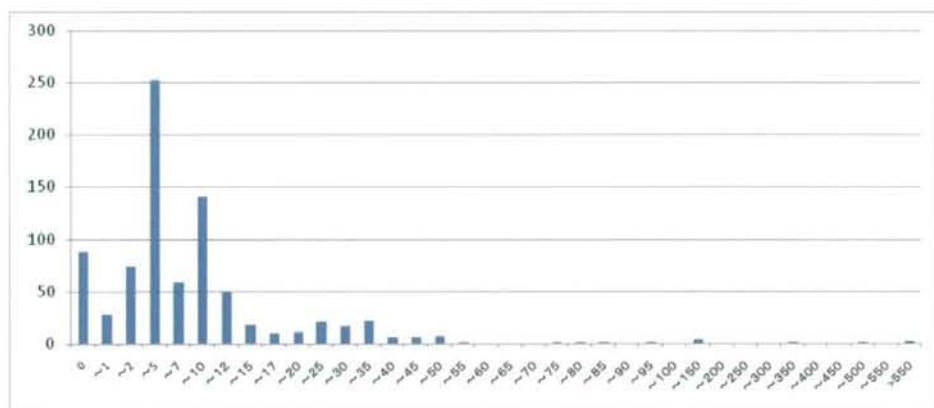


図14 紹介元医療機関と在宅支援診療所の距離 (n=823)

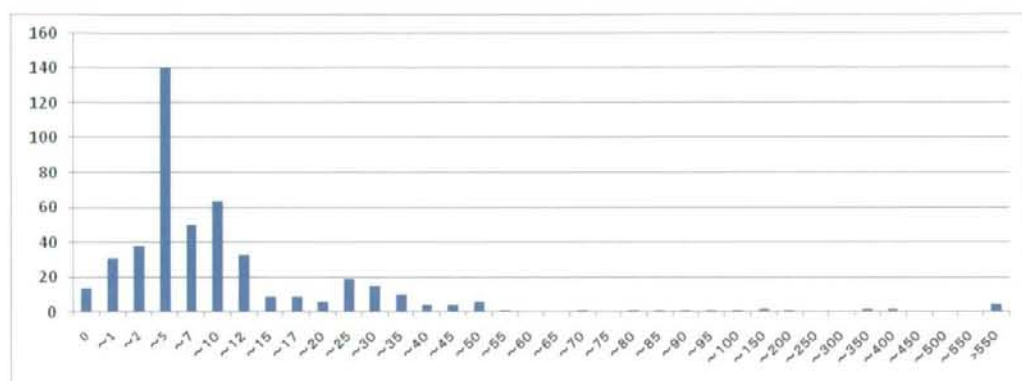


図15 診断、治療をした医療機関 (n=471)

表6 がん患者の患者動態

| 在宅に至るまでの患者動態 | n |
|--|-----|
| がん拠点病院を1施設入院／通院後在宅開始 | 168 |
| 一箇所目のがん拠点病院で診断・治療後、自宅近くなどの別のがん拠点病院で入院／通院での治療後に在宅医療開始 | 7 |
| がん拠点病院で診断／治療後に、その他の医療機関での入院／通院治療を経て在宅医療開始 | 43 |
| その他の医療機関でがん発見・診断(・治療)され、がん拠点病院で治療(入院・通院)後、在宅医療開始 | 25 |
| その他の医療機関1施設に入院／通院後在宅開始 | 72 |
| その他の医療機関を2箇所以上入院／通院後在宅開始 | 64 |
| 紹介状無での在宅療養開始 | 11 |

Spiritual Care 新しい医療文化の形成に向けて

研究分担者 林 邦雄 枚方公済病院血液内科 医員

研究要旨

Spiritual Careについて文献学的検討とアメリカのHospiceの現実を知ることにより、宗教的文化的背景の違いを越えた人間の心の論理とリアリティこそSpiritual Careの根本であることを確認した。日本においてSpiritual Careが生まれてこない理由は、ターミナルケアに対する見当違いの政府の施策、学会を指導する人の哲学・思想の乏しさなど大きな妨げになっている。また保険点数として評価されない治療と言う医療経済的問題も重要な背景である。

A. 研究目的

現在の医療は革新的な科学技術の進歩から大きな恩恵を受けている。医療者も患者もその進んだ医療に対し大きな希望と期待を抱いている。医学が科学技術の力を借りてもっぱら身体の問題に取り組むことが出来たからであるが、それが可能であったのは、デカルトの人間二元論が、体と心を分けて考えることを認めたからである。“精神”、“魂”の問題は、教会の責任とするという免罪を医学は得た。勿論神学から離れ、科学の立場に立って歴史上初めて心を病む人間の解放に取り組んだ有名なフィリップ・ピネルの様な例はあった。残念ながらこの精神科学は、未だに人間の心の問題を解決するにはいたっていない。人間の心の医学の立ち遅れが端的に表れているのがターミナルケアである。身体的痛みへの緩和医療は日本の医療においても漸く根付いて来たが、未だ心の痛みに対する医療は形をなっていない。欧米では臨床的にSpiritual Careの形で心の痛みのCareをする動きがある。その歴史的、文献的検討と具体的実例を検討し、その意味と今後日本で実現していく上での問題を考える事にする。

B. 研究方法、倫理面への配慮

Spiritual Careやその意味に関連する著書や論文を考証し、一方でアメリカのホスピスやChaplaincyの現状を視察した。参考著書、資料:

1. Kenneth J. Dock, Death and Spirituality, Baywood, 1933
2. ころの旅、神谷美恵子、みすず、1982
3. 三谷隆正、幸福論、1992
4. 新谷尚紀、死後の環境—他界への準備と墓—、1999
5. Shunryu Suzuki, not always so - practicing the true spirit of Zen, 2002
6. Jerome Groopman, MD, The Anatomy of Hope, RANDOM HOUSE, 2004,
7. Douglas J. Davie, A brief history of death, Blackwell, 2005
8. 高齢社会白書、2007
9. 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン、医政局総務課、2008
10. 大いなる看取り、中村智志、2008
11. 大阪府緩和ケア研修会参加ハンドブックPEACE、日本緩和医療学会、2009

参考論文:

1. King DE, et al, Belief and attitudes of hospital inpatients about faith and

prayer, J Fam Pract 34:9-52, 39, 1994

2. Goeri Anadarajah, et al, Spirituality and Medical Practice, American Family Physician, Vol 63, Num. 1, 81-88, Jan 1, 2001

3. Auguste H. et al. Medical School Curricula in Spirituality and Medicine, JAMA, 291:2883, 2004

名簿

アメリカ、サンフランシスコに於いて Spiritual Care に関係する人との面談

1. Kelley Mullin, MPH, Hospice by the Bay, Provider Relations Liaison

2. Jan Parkin, Executive Director, Diocesan House at Gracw Cathedral

3. Mary Schroeder, Program director, Maitri Hospice

4. Will Hocker, Sojourn Chaplaincy at San Francisco General Hospital

5. Mitchell D. Feldman, MD, MPhil, Professor of Medicine, UCSF Director of Faculty

Mentoring, University of California, San Francisco

C. 研究結果

死者を見送る場合は家より病院になったが、その現状を見てみよう。

死を前にして

幼少の頃家での看取りの光景を思い出す壮年以上の人には多いだろう。死にいく人は生きながらえるという生への執着は少なく、年齢、あるいは病気で体が衰えていくのを静かにそれ受け止め、家族も厳粛に生の終焉を見守った事が多かったのではないかと。敷かれた布団の上で死後の処置がされるのを見守り、夜中線香の火が絶えないよう側で見守りながら、家族が亡くなった人の一生を思い浮かべ、最後の時間を死者の側で過ごすのが習わしであった。過去のものとなったこのような「看取り」記録を読むと、郷愁感じられる。現在は病院で死を迎えること

が多く、その点では雰囲気は異なるが、別れの形は残っている。筆者が勤める枚方公済病院は、今も田畑が多くあり自然の姿が残った地域の病院であるからかもしれないが、多くの親戚や家族が病室に集まり、病者の傍に寄り、手を握り、声をかけ、家族として何かできないかと思案しつつも、時間の経過とともに死を受け入れ、静かに見送る姿は変わらない。

病院死が増加した現在、終末期医療のあり方を考える必要が生じてきている。そして漸く日本でも「緩和医療」という形で終末期の医療が考えられる様になってきた。

死に対する日本医療

日本緩和医療学会は各地で「緩和ケア研修会」を開催し、その普及に努力している。

厚生省も医政局が中心となり終末期医療のあり方に関する懇談会を開き、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を発表している。

平成20年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん医療の均てん化に資する緩和医療に携わる医療従事者の育成に関する研究」という研究事業によって「医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE)」が作成された。日本緩和医療学会はこれを教育材料に普及活動をしている。プログラムには以下の内容が作られている。

① がん性疼痛、②オピオイドを開始するとき、③呼吸困難、④消化器症状 (嘔気・嘔吐)、⑤精神症状 (気持ちのつらさ)、⑥精神症状 (せん妄)、⑦コミュニケーション⑧地域連携などである。精神的な問題を取り上げているのは⑤と⑥である。死を前にした人間の心は多様で深淵である。「つらさ」という哲学も思想もない一つの情動的表出にのみ注目し、表面的対処方法のみで片づけていることに思考や心の貧困さを感じる。せん妄は神経学的・心身医学的症状であるが、この病因についての検討は全く無い。

キューブラー・ロスが、死を前にした患者の観

察を通じた実証的研究で死の受容までの心理学的過程の段階を明らかにした。否認に始まり、怒り、駆け引き、鬱状態へと苦悩する精神過程が死を受容する前にある。その苦悩は人間に固有のもので、死を前にした人の人間性が明らかになる機会でもある。身体的苦痛の緩和は人間性の保全に不可欠な治療で、その治療法の普及は今の日本に急務である。しかしPEACEに書かれた精神の緩和は心の苦悩に何も触れていない。この点をこそSpiritual Careとして取り上げなければならない。身体的状態の改善に焦点が絞られた緩和ケア治療の苦痛に対する科学的・技術的治療の進歩は高く評価しなければならないが、「苦しむ人間」に対する洞察は人間学的に深める必要がある。「全ての臨床医は苦痛に悩む人間をもっとまぢかに見る者として、ただ苦痛に対する科学的・技術的な対処のしかたを知るだけでなく、「苦しむ人間」に対する洞察をふかめなくてはならない」という神谷美恵子の考えは正鵠を得ている。

厚労省の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を検討してみる。

④大切な概念としてリビングウィルを使っているが、①医療費増大を招く高額な蘇生医療を出来るだけ抑制するにはどうすればよいか、あるいは②蘇生医療を中止させる事を正当化するために専門家委員会をどのように有効に生かすかなどの終末期医療の終焉に焦点が絞られている。このガイドラインは終末期の患者ではなく、医療費の増大を憂慮している様に読める。

⑤十分な情報提供と説明を重要な原則としているが、情報しかも科学的情報は患者や家族が判断するための心の支えとしては非常に弱いものであるという認識がない。また医療の持つ不確実性、予測不能性には全くふれられていない。話し合いが強調されているが、その方向性は全く検討されていない。私は終末期の医療の内容を決定するに当たっては、患者の生きる意味、Spiritualityが重要な鍵となると思う。初めての自己の死を前に正しい医療が何なのか

を何パーセントの人が確信を持って決めることが出来るであろうか。そこでガイドラインは次のように進めようとしている。患者がどのような選択をしていいか迷うとき、委員会に委託し「患者にとって最善の方法」を選ぶと言うわけである。この委員会で天の声を作り出そうというのだろうか。

2007年版政府がだした高齢社会白書が総人口に占める65歳以上の高齢者の割合の変化は、2005年は人口20.1%で5人に1人が、2055年には40%を越え2.5人に1人になる。「前例のない高齢社会が現出する」として対策の必要性を訴えている。

2005年に現役世代3.3人が高齢者1人を支えていたのが、2055年は1.3人で1人を支えなければならないと推計される。このような状況の中で、健康な高齢者、社会に貢献する事のできる高齢者をどのように増やしていくかは重要な課題であるが、高齢者の医療費は出来るだけ削減し、そのためには蘇生医療を抑制するようにするという理念の基にガイドラインが作られているなら憂うべきことである。

生命の限界が来ているにもかかわらず無意味に延命治療を求めてくる事に対しては生命倫理から見ても正しくない医療であることを患者側に伝えなければならない。嬰兒、続いて妻を失い、自らも結核に冒されて若くして死んだ哲学者三谷隆正が述べる疾病観をここで引用する。「病気というものはただなおりさえすれば良いのではない。人間はただ生きていけば良いのではない。ただいたずらに死を延期したような生き方では、真の生き方とは言えない。たとえ病気はなおらなくても、病辱上の毎日の生活が真のいのちと真のよろこびとに豊かなものであるならば、それで立派な内容充実した一生である。」

神谷美恵子もローゼンタールの考えをまとめて「過去の生涯を無意味だったと確信する人は決して死を受け入れようとせず、充実した生涯を送ったと確信する人ほど死ぬ用意が出来ており、死に対してあまり不安を抱かない者である。」と確信的に表現している。「本当の自己を

知ることが出来た人は内面的に安らぐことができる。」とも言ふ。人の人生の意味を受け止める目をもつことからSpiritual Careは始まることが理解出来る。

Cicely Saundersは、1967年St Christopher's Hospiceを世界最初のhospice careの施設とし、Palliative Careの必要性と意義を世界に示した。その後イギリスのHospiceは1991年には130施設、1998年には228施設と増加した。イギリスの現状を知る機会に乏しい私は、知人もあり訪問する機会もあったアメリカにおけるPalliative Careの現状を視察し、その意義を考察することにする。

アメリカにおける終末医療

アメリカのトップテンホスピタルが毎年選出される。医療技術は勿論、評判、死亡率、看護の数や技術、専門家の評価などに基づいて選出される。2007年と2008年では1病院が入れ替わっただけだったので、この2年間でトップテンに選ばれた11施設であった。この11施設のHomepageからPalliative care, Spiritual

Care, Chaplaincyの部門の標榜を調べたのが下記の表である。Religious, SpiritualあるいはChaplaincyいずれかがある施設は11施設のうち8施設(72%)である。Medical schoolでのSpiritualityのカリキュラムの普及を振り返ると、1994年は12校の内17校、1998年には39校、2004年には84校とその学校数は増加している。さらにHolistic medicineはComplementary and alternative medicineという別のコースでSpiritualityも教授されている。これについて53校で調査された結果では、64%はspirituality, 信仰、宗教をその教育の中に含んでいるとの事である。

ただこの様な教育が進んでいるアメリカにおいても、患者の77%が医療の一部門としてspiritualな課題を求めているのに、医師は10%から20%しか患者とこの問題を話さないと調査結果がある。King DEらによると病院に入院している患者の77%が医療の一部門として患者のSpiritualityへの医師の配慮、37%が信仰について会話を希望していると報告している。1990年のGallupの調査ではアメリカ人の95%が神を信じているという結果が出ている

表 Top ten hospitalsとReligious Spiritual care, Chaplaincy

| | Palliative | religious | spirituality | chaplaincy |
|--|------------|-----------|--------------|------------|
| Johns Hopkins Hospital | ○ | ○ | | ○ |
| Mayo Clinic | ○ | ○ | | ○ |
| UCLA medical center Los | ○ | | ○ | ○ |
| Cleveland Clinic | ○ | | | |
| Massachusetts General Hospital, Boston | ○ | ○ | | ○ |
| New York-Presbyterian Univ. Hosp. of Columbia and Cornell | ○ | | | |
| Duke University Medical Center, Durham, N.C. | ○ | | ○ | |
| University of California, San Francisco Medical Center | ○ | | | |
| Barnes-Jewish Hospital/ Washington University, St. Louis | ○ | | ○ | ○ |
| Brigham and Women's Hospital, Boston | ○ | | | ○ |
| University of Washington. Medical Center, Seattle, Wash | | | ○ | |

が、この様なアメリカの宗教的文化的背景と患者の要望と照合する。

Religious Spiritual care, Chaplaincyについて考察することにする。

Religious Care, Spiritual Care, Chaplaincyは何か？

Religious Careは信仰が心の支えになるし、Chaplaincyは訓練を受けChaplainが心の支えとなる。Spiritualityは理解が難しい概念であるが、ここでは特定の宗教、宗派の考え方ではなく、人間の存在の意味を問う各人固有の意味を発見する事に価値を置く治療と考えるのが一般的である。医療技術の進歩とその実践、病院施設やそのシステムが優れているTop ten Hospitalsは同時に、Religious Care,

Spiritual Care, Chaplaincyを実践していることに注目したい。アメリカの医療が人間の精神をも含めた治療の重要性を認め、実践していると。しかしアメリカにおけるこの様な医療の歴史は非常に短い。医療におけるSpiritualityが議論され始めたのは1980年代のようである。その当時の病院認定委員会の調査によると、アメリカのホスピスプログラムに適切なSpiritual careを実践的プログラムが無かったそうで、今日に見るアメリカのSpiritual careはこの20年で急速に進歩したのである。

科学万能の価値観と競争社会が生みだした社会矛盾に気付いた時、Spiritualityの重要性が認識され始めたのである。そのようなアメリカのHospice具体例をみとみる事にする。

Maitri Hospice (Hartford Street, San Francisco)

禅センターの僧侶Issan Dorseyが家の前の路上で若いAIDSの学生が倒れていたのを見つけ、抱きかかえてつれて入り看病したのがこのHospiceのきっかけとなった。それは1987年の事で、まだAIDSの有効な治療薬なく、多くのAIDSの若者が行き倒れて路上で死んでいた

時代だった。AIDSの偏見のために社会から排斥された学生はDorseyが提供した空間で心の安らぎを得、感謝の気持ちで死を迎えることが出来た。彼はその後もAIDSの人々を匿う活動を続け、やがてそのHospice活動が認められ、Residential Care Facilityとして認可を受けた。1997年には今の新しいビルに移った。競争社会から脱落し、しかも死の病AIDSにかかった人にとってMaitriは天国だった(Hospiceの住人自身がそう表現した)。2000年カクテル治療がAIDSを生きることでできる病気に変えたが、働く仕事が無く、医療費を払うことができない孤独な人にとってその後もMaitriは天国であった。医療状況の変化と共にMaitriにも変化が、即ちAIDSの患者が減って、貧しい癌患者も入所するようになった。経済的には市からの援助を受けているが、チャリティパーティや寄付によって資金を集めている。各自個室がある。小さい花壇のテラスが見える大きなリビングルームは皆のくつろぎの空間となっている。訪問した時はキッチンで集まってケーキを作っていた。薬局があり、モルヒネ等は時間になると各自取りに行き服用する。瞑想する部屋があり、そこには仏像が置いてあった。

禅センターについて補足すると、曹洞宗の布教のために1961年Shunryu Suzukiによってサンフランシスコに設立された。禅の修行の一環としてここでもHospice活動がある。2008年はセンターが改築中で訪問出来なかった。Suzukiの著書「not always so-practicing the true spirit of Zen」はBordersの店頭で沢山並んでいた。禅の立場からの心の持ち方の指南書がアメリカ人の心を捉えていることを知った。

UCSFの教授で、日本のAIDS治療にたずさわる医師、コメディカルスタッフに対する指導をしてきた医師、Feldmanを訪問した。

Prof. Feldman (UCSF)

死を前にした患者に、「残された時間」について話す事の困難さは日米共通である。人によっては葬儀ミサの曲を選んだりする人はいる。ア

アメリカの調査だが、患者でなく、代理人は、その95%は予後(悪い)を知る事を希望する。一部の人には知ることを望まない人もある。日本では一人の人が代理人としての責任を負うことを嫌う傾向があるが、これは「代理人」の概念の違いであろう。

話し合いの時彼は私に1冊の本、Jerome Groopman, MD, "The Anatomy of Hope" を勧めた。

ここでその本を紹介する。実は"Hope"という重要な概念をここで知ることが出来たからである。著者はpalliative careに携わる医師でもないしchaplainでもない、hematologist-oncologistとして臨床に携わる医師である。対象とする疾患が悪性である故に、どこまで治療するか悩む、最期の患者にどう接するか悩み続ける。そしてかれが臨床医としての体験から、「科学として限界のあるときに「Hope(希望)」の感情が生み出すドミノの力」に気付く。治療責任を持つ医師が同時にSpiritual careを自らの責任とし担う著者自身のドキュメントは同じ血液臨床医にとって心打たれる本であった。Hopeにはcognitive partとAffective partがあるが、HopeとはBeliefとexpectationであり、それを強く抱く人にはendorphin, enkephalinの産生が認められるという研究も報告して面白い。死を前にした人間にとってのHopeの理解は難しいが、結果としてのHopeでなく、未来へのHopeを今日・今のHopeとして捉えて生きる事を目標としているように思えるが、どこか禅に通じるような思想である。

市中病院のCaplain活動の定着に苦勞し、今も経済的に苦勞しているChaplain Willに出会った。新しい分野の定着に苦勞するのはどこも同じであることが認識出来た。

Chaplain Will

SF General HospitalのChaplainで、アフリカで若者にエイズ教育をしてきた経歴の持ち主だ。宗教は、イギリス国教会の牧師の資格がある。病院におけるChaplainの必要性を認識

させるのに随分苦勞したようだ。小さい部屋と秘書を持っていた。給料は一部病院からもらっているが、他に基金から、教会からの援助をもらっている。Executive Director, Diocesan House at Gracw CathedralのJan Parkin (Willの知人)に会ったとき、金銭面でも人材面でもHospice活動を支援していると言っていた。病院は市の南方で貧しい人たちが生活している地域にあり、医療に多くの課題をもつ病院ではと感じた。Chaplainには他にスタッフを持っていないのでUCSFの学生(情報工学とはコミュニケーション論とかの学生がいた)がボランティアで来て彼を助けていた。学生は技術としてCommunication skillを学習して臨床に臨んでいた。

その他

資料を得ることが出来なかったが、サンフランシスコのHospiceは最近施設HospiceでなくHome hospiceに重点が移っているとのことだったので付記しておく。

D. 考察

西洋人から見れば「spiritual soulの概念はユダヤ教や西洋の宗教のものであり、ギリシャの知的経験とキリスト教精神の経験の言葉によって作られ西欧文化の歴史の中で育まれたspiritualityは宗教を同一のもの(John Morgan)」というのが主たる考えかと思っていたが、サンフランシスコのSpiritual Careの実践内容を見るとむしろ仏教が支柱になっていた。Dennis RyanのDeath, Eastern Perspectiveの記録を思い出す。彼女はニューヨークのホスピスで死を前にした孤独な男、中国人を訪問している。ほとんど口をきかない男がある日仏教寺院にお参りに行ってほしいと頼む。その日早速寺院に行き、一番高い線香を買い、親しい僧と線香をたく。彼女は仏教徒ではないが、仏像に手合わせ安らかな気持ちになる。その頃には彼は息を引き取っていたことを翌日ベットに他の男が寝ているのを見て知る。宗教は異なっても、

人には生死を超越したなにかがあり、死は新しい旅立ちと彼女は認識する。ホスピスでの看取りは、苦悩の意味とトータルな痛みへのケアの結果であり、それが spirituality の出発点なのだ。Kenneth J. Dockの本の中には Spiritual care についていろいろ教示してくれる文章がある。この Care は教義、信条ではない、人の世界に入れる能力、共感する能力であり、非常に深いところのレベルで人と触れあう事が含まれている。この Care には Hope が重要な要素、これのない死は惨事だ。この Hope には死を超越するところの真実を reality ととらえているところがある（これは Jerome Groopman, MD の言う Hope と奇しくも一致する）。Spiritual Care はホスピスの哲学的支柱であり、この実現には家族、コミュニティが必要である。その中で出来ることは寄り添って歩くこと、そして現実を受け入れ平和の発見が出来る様に手助けすること。Spiritual Cry に対してホスピスは次の様に話しかけるのだ。「我々はあなたが生きそして死んでいく時あなたと一緒にいます。あなたを痛みから解放し、あなたの人 生におけるあなた自身の意味を見つけ出せるよう心の自由を与えます。我々はあなた、そしてあなたが愛した人を癒します、それは言葉だけでなく、しばしば触れ見つめる事によって。我々はあなたに Hope をもたらします、明日でなく今日に。我々はあなたを一人にしないし、あなたを見守り、そばにいます。」この様な姿勢は、イメージとしては我々の過去の人々が行ってきた看取りと重なる。欧米の歴史と思想を振り返り、現在の Hospice の姿をみてきた。そして Hope という概念が一つの鍵になることに気付いた。それは自然科学に基づく必然性とは別の幻想ではない、心の論理とリアリティがあることを教えてくれる。

E. 結論

Spiritual Care について文献学的検討とアメリカの Hospice の現実を知ることにより、宗教的文化的背景の違いを越えた人間の心の論理とリアリティこそ Spiritual Care の根本である

ことが明確になった。日本において Spiritual Care が生まれてこない理由は、ターミナルケアに対する見当違いの政府の施策、学会を指導する人の哲学・思想の乏しさなど大きな妨げになっているし、また保険点数として評価されない治療と言う医療経済的問題も重要な背景である。病院は技術的仕事を行う場だけではなく、人間を診（観、看）る場であるという文化の構築こそ現実的な課題であると考えられる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 実用新案登録

なし

2. その他

なし

3. 特許取得

なし

医療施設間情報伝達手段の実態調査

研究分担者 中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野 助教
研究協力者 前沢政次 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野 教授

研究要旨

医療施設の間では様々な情報交換が行われる。患者の移動先を決定するための情報は、医師や看護師のそれぞれあるいは地域医療連携室等の院内部署に収集が任されており、他方、広報活動などの実態は必ずしも明らかでない。

本研究では医療機関及び保健所などを訪問して広報資料などの提供を依頼し、また、本年は小規模なアンケート調査を実施した。

北海道内のがん拠点病院（10施設）を対象に別紙のような調査用紙を作成して郵送調査を行った。6施設より回答があり、近隣の医療機関からの個別具体的な問い合わせについては日常からの情報提供活動で充分とする回答が2施設よりあったが、患者からの個別具体的な問い合わせに対してはその都度の対応が必要とされ、事前対応で可能とした施設はなかった。

A. 研究目的

医療施設の間では様々な情報交換が行われる。患者情報はもちろんであるが、患者の移動を決定するための診療科、設備、医療機能、特定の疾患の診断・治療が可能であるか否かの情報のやりとりも行われていると考えられる。平成17年6月の医療法等の改正により、都道府県を通して、国民及び患者に対しての情報提供が医療機関に義務づけられたが、他医療機関での診療が適切な状況になった患者の移動を決定するための情報は、医師・看護師など職員個人や、地域医療連携室等の院内部署に収集が任されており、他方、自院の情報を提供するための広報活動などの実態は必ずしも明らかでない。患者の自己決定に当たって医療機関の情報が広く共有されるべき事はもちろんであるが、医療・医学分野での背景情報は甚だ大きいという理由で、医療専門職が直接に情報交換することによってしか患者の移動に影響しえない情報もあると考えられる。本研究は、この医療専門職間の情報のやりとりを明らかにす

ることによって、患者の移動の更なる適正化に寄与することを目的としている。

B. 研究方法

本研究では、これまで実態として印刷物等によってどのような情報のやりとりが行われているのか、医療機関、保健所等から作成している広報誌や施設情報の印刷物の提供を受けてきた。本年は北海道内のがん拠点病院（10施設）に対して別紙のような調査用紙を作成して、平成21年2月初旬に郵送し、6施設より回答を受領した。

C. 研究結果

調査用紙は患者と他医療機関の各々からの個別具体的な問い合わせに対して自院の提供できる診療機能をどのように提供可能なのかを問う設問1及び2と、情報提供の更新頻度を問う設問3によって構成されている。設問3は最も更新頻度の高い媒体をひとつだけ回答することを求めたが、複数回答した1施設が見られた。

設問1の患者からの問い合わせへの対応については、自由記載欄でがん患者相談室での一括対応という回答を示した1施設を含めて、全ての施設で電話等の窓口対応可能としている。重複して、場合によって受診を勧めるとしたのが4施設、診療科外来や担当医師への電話あるいは面談での対応を勧めるとしたのが3施設であった。病院ホームページ等への誘導を行うとした1施設が見られた。住民対象の情報提供活動で充分とした施設は一つも見られず、現に日常的にこの種の問い合わせの少ないことが窺えた。

設問2の他医療機関からの問い合わせへの対応については、全ての施設で診療科への個別対応を求めるとした回答があった。専門性の高い内容である場合にはやはり医師同士の随時の情報交換が必要となる。直接の受診を求めるとしたのも3施設あった。日常的に情報提供活動を行っているとした医療機関が3施設見られたのは設問1とは対照的である。

設問3では更新頻度の最も高い媒体を問うた。自院のHPとした施設、地域医療機関関係者向けの勉強会や病院HPとした施設が複数あった。ただし、後者には複数回答した施設を含んでいる。他院向け印刷物、患者向け刑事とした施設はなかった。他は各1施設ずつの回答であった。

E. 結論

患者からの個別具体的な問い合わせに対しては電話等窓口の整備が行われている。事前の情報提供で充分とした施設はなく、随時の個別対応が必要と認識されている。他医療機関に対しては勉強会等を含めた日常的情報提供の試みに重点が置かれる一方、実際に問い合わせの発生した場合には診療科医師等による直接対応が必要とされている。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

がん拠点病院 総務担当者 各位

平成21年2月1日

北海道大学大学院医学研究科
医療システム学分野
助教 中村 利仁

医療施設間情報伝達手段についてのアンケート調査 ご協力をお願い

いつも大変お世話になっております。

本研究は、個別性の高さ故に自らの治療に必要な情報の選別と獲得が困難ながん患者に対して、必要で適切な情報が医療機関を通して提供され、これによってがん患者の動態が最適化されることを実現するための基礎的資料造りを目的としております。

本年は、がん拠点病院が、個別具体的な患者の状況に応じて、自院で施行可能な医療内容を、地域の医療機関に対してどのような形で提供し、あるいは問い合わせに応じているのかを調査させていただきたく、お力添えをお願い申し上げます。

ご多忙の所、大変恐縮でございますが、添付の調査用紙（A4片面3項目）にご回答の上、同封の返信用封筒でご返送下さいますよう、お願い申し上げます。

調査用紙は北海道内のがん拠点10病院に送付させていただいております。

また、貴院にて発行されていらっしゃる情報誌など、添付の返信用封筒にてご恵送いただければ幸いです。

ご回答内容は本研究以外の目的には使用いたしません。

御高配をお願い申し上げます。

貴院の一層のご発展をお祈り申し上げます。

頓首

なお、本調査は、平成20年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「がん臨床研究に不可欠な症例登録を推進するための患者動態に関する研究」（課題番号： H18-がん臨床—一般—006）によって行っております。

医療施設間情報伝達手段についてのアンケート調査 調査用紙（平成21年2月1日）

貴院名： _____ ご担当者（部署・御芳名）：

ご担当者のご連絡先：

1. 個別のがん患者自身あるいはその家族などからの検査・治療等が可能か否かについての電話、電子メールなどによる問い合わせに対しての、貴院での対応であてはまる回答番号に○を付けてください。

（複数回答可）

1. 自院への受診を勧める
2. 該当する診療科医師等に問い合わせへの対応を求める
3. 電話口等で必要な情報を提供している
4. 発行物などを送付している
5. 自院のホームページ等を紹介している
6. 近隣の医療機関を通して情報提供している
7. その他（ _____ ）

2. 地域の診療所・病院等からの個別具体的ながん患者について検査・治療等が可能か否かについての電話、電子メールなどによる問い合わせに対しての、貴院での対応であてはまる回答番号に○を付けてください。

（複数回答可）

1. 自院への受診を勧める
2. 該当する診療科医師等に問い合わせへの対応を求める
3. 電話口等で必要な情報を提供している
4. 発行物などを送付している
5. 自院のホームページ等を紹介している
6. 他医療機関に対しては日頃から情報提供済み
7. その他（ _____ ）

3. この1年を通して、診療機能について最も情報の更新頻度の高かったものはどれでしょうか。あてはまる回答番号ひとつに○を付けてください。

1. 印刷物（患者向け等）
2. 印刷物（医療機関向け）
3. ホームページ等
4. 院内掲示（患者向け等）
5. 院内掲示（職員向け等）
6. 医療機関向け勉強会等
7. その他（ _____ ）

ご協力ありがとうございました。

(H18-がん臨床-一般-006)

【送付先】(10箇所)

| | |
|------------------|-------------------|
| 国立病院機構 北海道がんセンター | 札幌市白石区菊水4条2-3-54 |
| 市立札幌病院 | 札幌市中央区北11条西13-1-1 |
| 市立函館病院 | 函館市港町1-10-1 |
| 砂川市立病院 | 砂川市西4条北2-1-1 |
| 日鋼記念病院 | 室蘭市新富町1-5-13 |
| 王子総合病院 | 苫小牧市若草町3-4-8 |
| 旭川厚生病院 | 旭川市1条通24-111-3 |
| 北見赤十字病院 | 北見市北6条東2-1 |
| 帯広厚生病院 | 帯広市西6条南8-1 |
| 市立釧路総合病院 | 釧路市春湖台1-12 |