

# がん難民

wandering cancer patients

標準的治療，緩和医療，がんビジネス，がん対策推進基本計画

**定義** 「がん難民」とは2004年頃より使われ始めた社会用語である。定義としてはおよそ、「治療方針に悩んだり，治療をしてくれる医師や病院を探し求めて，途方に暮れながら彷徨っているがん患者たち」のことを指す<sup>1)</sup>。ほかに「がん医療に地域間格差，施設間格差がある問題，新規抗がん剤等の認可の遅れに憤る患者たち」からの発言にも使われている<sup>2)</sup>。最近では，さらにはがん患者が経済的にがん難民化する問題が生じている。

**展開** 「医師の治療説明に不満足，または納得できる治療方針を選択できなかった」がん患者を調査した推計によると，がん患者128万人のうち53%（68万人）ががん難民化しているとされた<sup>3)</sup>。

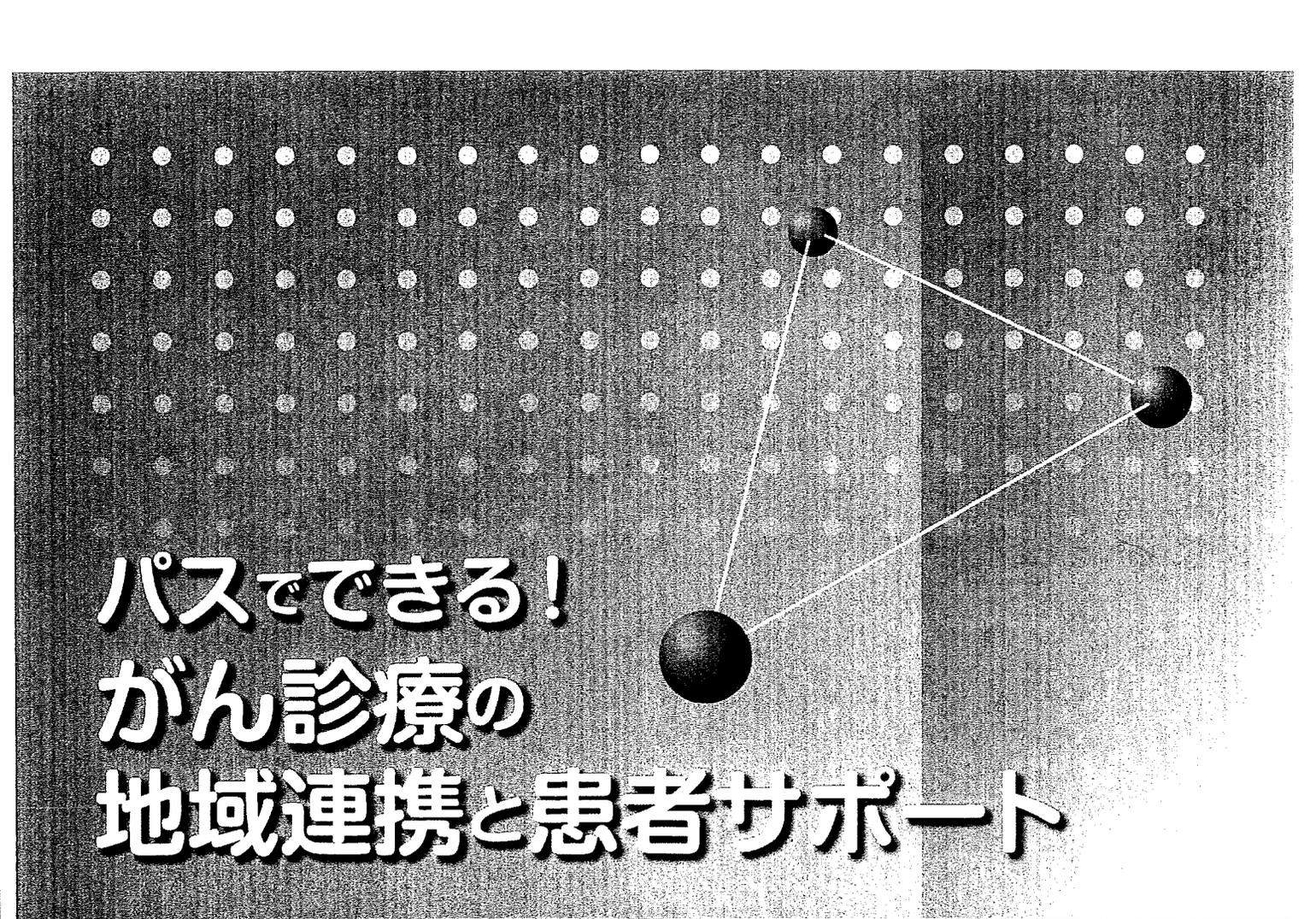
がん医療における標準的治療は大学病院やがん診療連携拠点病院を中心に均てん化が急速に進んでいるが，標準的治療とは「現在ある治療で最も効果的と証明された，あるいは妥当と考えられている治療法」という意味であり，それらの治療を使い果たした段階で，がん患者への正当な積極的治療法は存在しない。あとに残るのは確実性が証明されていない経験的，実験的治療法でしかなく，多くの場合「緩和医療」が推奨される。しかし，まだ体力の残る患者にとって（終末期医療と誤解されている）「緩和医療」はにわかには受け入れがたい。何も積極的治療をしないという精神的重圧に耐えかねて不安に震え，ほかに何か治療法はないのかと非標準的治療を求めて彷徨う。その姿はあたかも国という抛り所を失った難民であり，いかがわしきがんビジネスの温床ともなっている。これが「がん難民」という社会の実相である。がん対策推進基本計画（2007年6月）では「がん医療に地域間格差，施設間格差」の解消を重要課題としているが，標準的治療と緩和医療の隙間を埋めて，患者に納得のいく医療を提供するためのサポート体制が欠如しているところに，がん難民を生む日本の医療・社会的な問題がある。緩和医療への誤解を解く啓発活動，「医療コーディネーター」や「地域連携パス」など隙間を埋める仕組みづくりも始まっている。

文献 1) 三好立 ([http://www.cftopia.com/gan\\_nanmin/index.html](http://www.cftopia.com/gan_nanmin/index.html))

2) 変えよう日本のがん医療 (<http://www.canps.net/>)

3) がん患者会調査研究委員会：がん患者会調査報告—『がん難民』解消のために—。医療政策，5，日本医療政策機構，2005。

谷水正人



パスでできる！  
がん診療の  
地域連携と患者サポート

編集 岡田晋吾 谷水正人

# がん診療における地域連携に必要な要件

## 1 はじめに

がん医療において医療機能の分化・連携の推進、切れ目のない医療の提供と在宅医療の充実は喫緊の課題である。地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)はがん医療の課題を解消するツールとして有望視されている。本稿ではがん診療における地域連携が成立するための要件について考察した。

## 2 地域連携が成立するための要件

がん診療における地域連携が成立するための要件について以下の3つの観点から考察する。

- 要件1. 地域連携基盤を構築する
- 要件2. 現場の医師をサポートする
- 要件3. 患者の意向をふまえる

### 1) 要件1. 地域連携基盤を構築する

連携パスは地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる。従来、連携パスは意識の高い基幹病院がプロトタイプを作成しそれが地域に広がるという形で普及してきた。今後は基幹病院中心を脱却し、地域での共同開発、連携ネットワークの構築に向かう必要がある。がん診療連携拠点病院(拠点病院)が表に出すぎないことは連携を円滑に進めるうえで必要な配慮である。また従来の医師医師間連携に留まらず多職種連携を目指す必要がある。がんに限らず4疾患5事業(4疾患：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病；地域医療支援病院を核として系列化、5事業：救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療；不採算でも必要な医療)として連携パスツールの様式が統一されることが望ましい。

地域連携基盤としては医師会、行政(保健所)のネットワーク等が候補である。愛媛県での連携体制構築を例に挙げる。

#### ① 県医師会、行政との共同体制：

がんの連携医療はかかりつけ医と専門医の連携である。かかりつけ医機能を担う診療所、一般病院との関係を構築するために最初の段階で医師会の意向を確認し、共同体制を組む必要がある。組織率の高い医師会の場合は特に有効である。医師会の連絡調整は一旦承認を得ると円滑に進む。もう1つ、従来がん医療に関係することが少なかったが、行政(保健所)のネットワークは地域医療機関だけでなく保健福祉領域をカバーしている。筆者らの場合も協力関係を築くために意見交換の場に参加してもらっている。医師会の組織率が低い都市部のネットワーク構築には行政ネットワークとの共同が有望であろう。

#### ② 4疾患5事業を統括できる研究会の立ち上げ：

愛媛県では平成20(2008)年6月に愛媛大学医学部が主催する医療連携室の研究会(愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会)が立ち上がった。愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会は愛媛大学の関連病院の会を母体とし、県下のほぼすべての病院の幹部、医療連携室職員が参加する。総会が3回/年開催され、医療連携室間の情報共有、意見交換の場となっている。

#### ③ がんの連携パス開発を担うのは？

愛媛がん診療連携協議会(愛媛県下の7がん診療連携拠点病院、県医師会、歯科医師会、看護協会、病院薬剤師会、県行政担当部局で構成)が主に担当する。5大がんの地域連携パス作成に関する委員会が分科会として定期会合を持つ。

#### ④ 研究会活動

愛媛クリニカルパス研究会(愛媛県下の主な21病院が参加する院内パスの研究会、全国のがんの基準パス開発とも連携し院内パスの普及啓発を進めている)が活動している。拠点病院はすべてこちらにも加入している。

上記を基盤として、平成20(2008)年から乳がんを最初のテーマとして県拠点の四国がんセンターがひな型を提供し「5大がんの地域連携パス作成に関する委員会(連携パス委員会)」が定期的な会合を運営している。そこで挙げられた地域連携基盤構築のための重点事項は以下の3点であった。

### ① 緊急時の対応を保証する仕組みを備えること

医師会アンケート調査などからみると連携を受けるか  
かりつけ医側の懸念は「緊急時の対応」であり、患者会の  
意見でも緊急時の不安が大きい。連携開始の基本として  
緊急時の対応が決められていない連携はあり得ない。医  
療者個人の犠牲ではなく連携のシステムとして緊急時の  
対応を保証する仕組みが必要である。

### ② 入院パスと連携パスの双方を揃えること

連携パス単独では医療の質を保証するに至らない。一  
貫した医療の質を保証するという観点からみれば入院パ  
スと連携パスの双方が示される必要がある。ただし入院  
パス、連携パスは独立して開発される。発展途上の一過  
程として連携パスだけで稼働する段階は容認される。

### ③ 医療連携室の機能を強化すること

医療連携室が強化、再構築されねばならない。連携の  
コーディネートのあり方は4疾患5事業で共通する。従  
来の連携調整は術後回復、ケアの調整が主であり事務  
職、ケースワーカーが中心となってきたが、がんなど医  
療内容に深く関わる連携パスの調整には医師、看護師の  
役割が重要である。拠点病院には専任で連携パス作成に  
あたり、普及啓発する医療職を確保することが望まし  
い。連携をコーディネートする基本的要件をマニュアル  
化する作業、教育研修の機会を設けることも必要であ  
る。日常医療業務に忙殺されている医療者の今以上のボ  
ランティア作業や他業務との併任は困難である。筆者ら  
は連携構築をサポートする「連携パス開発・研修セン  
ター」の設置が必要と考え実現化を模索している。

## 2) 要件 2. 現場の医師をサポートする

### ① 医療者への圧迫感、作業量の増加

3分間診療であっても外来診療医は頻繁に患者を診る  
ほうが安心である。しかし連携医療により外来診察回数  
は減少する。1回の外来診察にかかる責任と負担は格段  
に大きくなる。連携相手から常に評価され続けることは  
(緊張感を生み医療の質の向上に寄与するには違いない  
が)ストレスである。また患者の要求度が高くなった現  
在、それに応えられるコミュニケーション能力に欠ける  
医師は少なくない。患者との信頼関係の維持に負担を感  
じる医師も出てくるであろう。情報提供書作成等の医師  
の作業量も増加する。医師の負担が心身ともに大きく増  
すことは避けられない。医師への負担を軽減する、ある  
いは医師をサポートをする役割、人材が必要である。

### ② 医療者が抱く変革への抵抗感

連携医療は医師を選ぶことになる。拠点病院の専門医  
が連携医療に関心を示さない(非協力的な)場合は問題で  
ある。本来医師の頭の中には連携パスより遙かに緻密な

診療計画が存在する。すでに地位を確立した診療科長な  
どは多忙を理由に連携パスに非協力的となりやすい。周  
りが自分に従っている場合にあって頭の中を明らかにす  
る面倒な作業に手を付けたくはないであろう。しかし治  
療計画は評価可能な形で明示されること、EBMに基づ  
く標準的治療に則っていることが求められている。医師  
が自らを変革できないのはリスクである。スタープレー  
ヤー、ワンマンたる医師に対しても連携パスの利点、  
チーム医療による共同と質の保証と明示の必要性を説  
き、理解を求めるつらい作業が先導者には求められる。  
場合によっては病院長のトップダウンが必要かもしれな  
い。

## 3) 要件 3. 患者の意向をふまえる

自分だけは専門病院で継続して診てほしいという患者  
の願いは果たして不当な要求だろうか。連携ということ  
が医療提供側の都合の押しつけになっていないだろう  
か。医療者は医療の質・安心・安全を保証し、どんな場  
合も支えるという姿勢を示しているだろうか。最初に治  
療を受けた専門医に継続して診て欲しいと願う患者の心  
情は決して不自然ではない。しかし高度化、専門分化し  
た医療を最適な形で提供できるためには連携医療が必須  
である。がん医療のいろいろな時期において、中心とな  
る専門医は異なる(図1)。連携パスは1フェーズの治療  
計画(フォローアップ計画)を明示、規定するものであ  
り、診断、治療、再発、進行、終末と一連の流れの中  
では専門医の分業は必然である。終始一貫してサポート  
できるのはかかりつけ医である。連携パス導入はかかり  
つけ医の重要性を再認識することに他ならない。患者には  
専門医が門外漢の継続診療を引き受けることのリ  
スク、医療のミスリーディングへの危険、専門医はか  
かりつけ医機能を果たすことが困難であることを丁寧  
に説明する必要があるだろう。医療者の意図を患者・  
家族にきちんと説明する役割、人材が必要である。

患者は元来医師に対して自分の状態をうまく伝えられ  
ない。患者にとって連携医療に抱く不安は緊急時の  
対応の不安(「いつも通っていないといざという時、  
病院で診てもらえるのか不安」, 「二人の医師の間で  
責任のなすりつけあいが起こるのではないか」),  
かかりつけ医の対応力への不安(「専門医でなくて  
同じ水準の医療を期待できるのか」, 「対応が遅  
れる危険はないのか」)等である〔患者会アンケート  
調査(未公開データ)による〕。緊急時の対応につ  
いて患者の安心を保障することは重要である。連  
携により少なくなる関係性を補い、患者の思いを  
伝え・支える調整役が必要である。

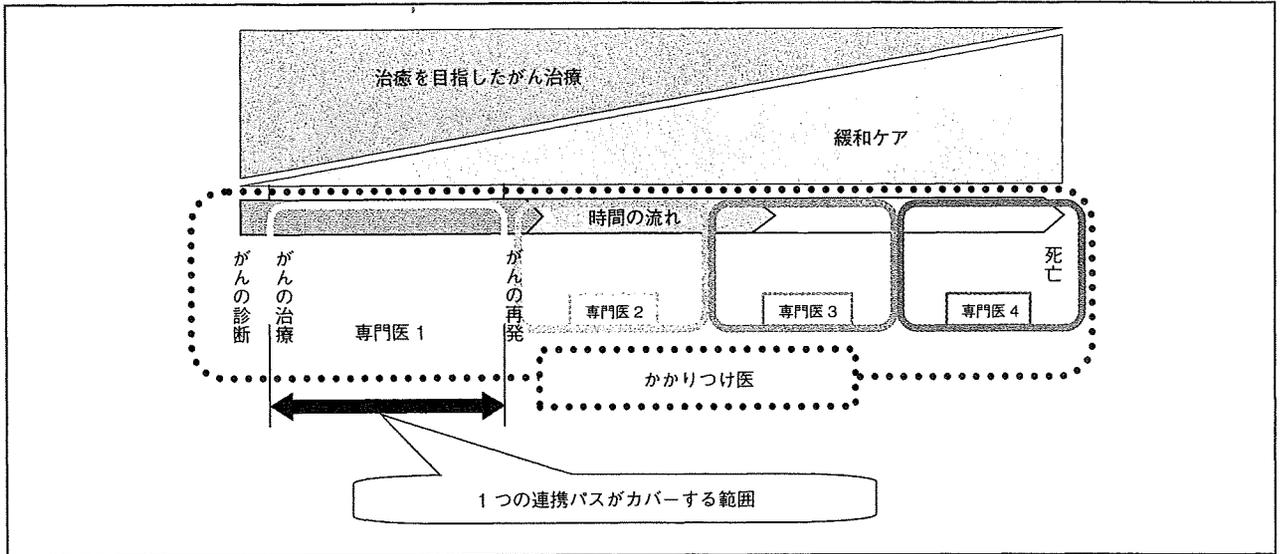


図1 がん医療連携における役割分担と連携バスの位置づけ

いろいろな時期において、中心となる専門医は異なる。終始一貫してサポートできるのはかかりつけ医である。

### 3 求められる連携コーディネート機能

3つの観点から地域連携が成立するための要件を述べたが、連携をコーディネートする機能が最重要課題であることを主張した。連携のコーディネート機能を整理すると以下の3点となる。

- ① 医療連携の必要性と方法を関係者(かかりつけ医、患者等)に説明し、調整する
- ② 患者の訴え、症状等の情報を医療者(専門医、かかりつけ医)に伝える
- ③ 身近な相談役として患者を支える

過去にはベテランといわれる外来看護師が一部その役割を代行していたこともあったが、外来配置が減らされる等現在の外来看護師にその力は不足している。連携バスという視点で外来部門、連携室部門を見直し、①医療連携室が担うコーディネート担当者(ソーシャルワーカー、事務職員、看護師)、②外来に配置するコーディネート担当者(看護師)、③連携バスの開発を担当する医療者(医師、看護師)、の3者による医療連携支援体制を構築することを提唱したい。

がん対策推進基本計画に連携バスが取り上げられたのは患者の声からであったと聞く。がんの拠点病院だけでなく近くの医療機関でもレベルの高いがん医療が受けら

れるなら連携を進めて欲しい、という声が出発点であったとすれば、連携バスにより本当に患者の期待に応える医療が提供できるかどうか、そのために何をどう整えるか、今後さらに深い議論と試行錯誤が必要である。最終的には連携のコーディネートにより、いかに医療の質・安心・安全を患者に納得してもらえるか、いかに現場の医療者の負担を軽減できるか、ということが連携バスの成否を握るであろう。

### 4 おわりに

がんの地域連携バスは「病院に通院する人も近くのかかりつけ医を持ちましょう」ということに他ならない。「かかりつけ医制」は古くから提唱されているが、まだその体制は確立できていない。患者はいかにしてよいかかりつけ医に出会えるか、がんの連携バスはその道筋を提示できるものでありたい。

(補記)本研究は平成20(2008)年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」研究班の成果に基づいている。

(谷水正人)

## 第

## 5

## 章

がん診療における  
地域連携パス

1. 概説	41	5. 肝がん	69
2. 胃がん	45	6. 乳がん	81
3. 大腸がん	57	7. 前立腺がん	89
4. 肺がん	65		

## 1. 概説

## 1 はじめに

第5次医療法改正の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」〔平成18(2006)年6月21日交付〕に基づいて「地域連携クリティカルパスの整備状況」が医療資源・連携等に関する情報として収集されることになった<sup>1)</sup>。また平成20(2008)年にがん診療連携拠点病院の指定要件が変更され、わが国における主ながん(肺がん, 胃がん, 大腸がん, 乳がん, 肝がん)において地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)の導入が求められた<sup>2)</sup>。がん診療連携拠点病院には、がんの連携パス開発を通して新たな地域医療連携体制の構築が求められている。本項では厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業による「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」研究事業(研究代表者 谷水正人)で行った調査結果を紹介し、今後の課題を考察する。

## 2 5大がんの連携パスの現況調査

## 1) 対象と方法

連携パスの現況把握のためのアンケート調査を平成21(2009)年1月5~20日に実施した。対象はがん診療連携拠点病院351医療機関と東京都がん診療認定病院10医療機関の総数361医療機関とし、病院長宛に郵送にて調査を実施した。

## 2) 結果

214通の回答(回収率59.4%)が得られた。

- ①平成20(2008)年12月末現在、胃がん14パス、大腸がん15パス、乳がん15パス、肺がん7パス、肝がん6パス、前立腺がん3パス、膀胱がん1パス、緩和1パス、子宮がん1パスの計63パスが把握でき、全国で胃がん459人、大腸がん250人、乳がん276人、肺がん28人、肝がん11人ががん地域連携パスで医療を受けていることが確認できた。
- ②連携パス作成の単位は、県統一パス2、2次医療圏統一パス3、病院独自パス17、その他3であったが、都道府県がん診療連携拠点病院が中心となり、県統一パスを目指す動きが31県でみられた。
- ③がん診療における連携の難しさでは、地域ネットワークの未成熟、在宅医療の未成熟、連携先データベースの未成熟、在宅療養をサポートする社会資源が少ない、患者家族に理解がない等の回答があった。
- ④必要なサポートとしては、連携パスの解説、作成方法の解説、連携パス会議の運用方法、事務局の運営方法等のノウハウを多くのところが求めている。また連携パス導入にあたって予算措置は不可欠、連携推進のための人件費のサポートが必要であるとの指摘もあった。
- ⑤連携パス開発への要望として、5大がんすべての完全なパスでなく、術後フォローなどできた順に情報提供してほしい、解説ではなく事例提示をしてほしい、5大がん連携パスの全国均一化・統一化されたパスを作成してほしい、地域連携パスとして、最低限必要

とする要件を明確にしてもらいたい、緩和医療に関するバスを策定してほしい等があった。

### 3 医師会アンケート調査にみる連携への医師の意識

愛媛県医師会において、医師会員のがん診療地域連携に関する意識調査、今後の案内等参考となる医師に関する情報収集を目的にアンケート調査を行った。

#### 1) 対象と方法

愛媛県医師会の全会員 2,883 名(開業医 1,106, 勤務医 1,777)を対象に平成 20(2008)年 11 月 10~23 日に調査票を郵送した。

#### 2) 結果

回収は 1,041 通(回収率 36%)であった。

- ① がんの医療連携に協力したいとの回答は診療所医師 62%, 一般病院医師 69%, 拠点病院医師 78%といずれも高率であった。
- ② 逆紹介で受け入れることのできる患者は、診療所、一般病院の順に術後フォローの患者 71%, 73%, (安定した)化学療法(経口抗がん剤)中の患者 39%, 56%, (安定した)注射抗がん剤使用中の患者 13%, 33%, 進行再発がんの化学療法中の患者 14%, 33%, 緩和ケアの患者 26%, 45%であった。術後フォローの受け入れは高率であり、化学療法患者の受け入れにも積極的な回答がある一方、いかなる場合も受け入れられないとの回答が 23%, 14%あった。
- ③ がん患者を受け入れた場合の不安な点は、緊急時の対応(診療所 77%, 一般病院 62%)と化学療法副作用への対応(50%, 49%)が高かった。
- ④ 在宅医療に関わっている割合は、診療所 58%, 一般病院 30%と高く、在宅での看取りの経験もそれぞれ 49%, 30%と高率であった。
- ⑤ 連携の勉強会としては診療所、一般病院ともに緩和ケアへの関心が高く、支持療法、化学療法、がんの病態と続いた。
- ⑥ 自由記載では、がんの連携への積極的な関わりを求める意見がある一方、連携への否定的な意見もみられ、個別の対応に配慮する必要があることが示された。

## 4 患者アンケート調査

NPO 法人愛媛がんサポートおれんじの会(松本陽子代表)が平成 21(2009)年 1 月に会員と例会参加者に行った調査結果(回答数 80)を紹介する。

- ① 病診連携については、よいと思う 68%, よくないと思う 22%, わからない 9%であった。よいと思うという意見の理由は、多い順に通院時間が短くなる 24, 複数の人にみてもらうほうが安心 23, 待ち時間が短くなる 14, 近くに信頼できる医師がいる 12 があがった。よくないと思うという意見の理由は大きな病院でないと不安だから 11, どちらに頼ってよいかわからない 8, 近くに診療所がない 2 などがあがった(複数回答あり)。
- ② どの段階から病診連携が可能だと思うか、という質問に対して、経過観察のみ 27, どの段階でも 20, 積極的治療をしなくなったときから 17, 経口抗がん剤の段階 10 であり、進行再発がんの抗がん剤治療は 3 であり、どの段階でも不可能という意見も 5 あった(複数回答あり)。
- ③ 自由記載からの意見
  - a) 情報不足への不安：診療所にがんの専門知識がないために専門病院へ行くのであって、診療所で何ができるか明確でない。別の医療機関に所属する複数の医師が患者の状態を同じ水準で把握できるのか。診療所の医師がすべてがん対応のスキルが十分とはいえない、そのために適切な対応ができない、もしくは遅れる危険性が高い。
  - b) コミュニケーション不足への不安：個別に丁寧な説明が絶対必要。病状が悪化したときに責任のなすり合いが起きるのではないか。医療者同士が顔のみえる連携を強化しないと患者を紙一枚で送る「冷たい医療」となりかねない。儲からない患者を押し付けられた医療機関が本気で患者の診察をしてくれるのか疑問。
  - c) 安心できる連携のために：緊急時の対応が保障されること、受け入れ先の医療機関の情報の提示(何ができ何ができないか、設備、機器、スタッフの体制、医師の人物像)、治療初期から(連携を含めた治療方針の)全体像を提示すること、患者にとっての利点、不利な点を明らかにすること、連携をコーディネートする人が必要との指摘があった。

## 5 がん診療における連携パスの位置づけ

がん医療連携における役割分担と連携パスの位置づけを整理してみよう(第2章図1, 7頁を参照)。がんの連携パスは専門医とかかりつけ医の併診による循環型連携である。がんの種類, 進行度などに規定された治療方法ごとに設定される。例えばがんの根治的手術後のフォローアップを考えてみると, 専門医による手術後, 外来フォローとなった段階では節目の専門医による診察, 定期的なかかりつけ医の診察が計画され, (専門医による)画像検査のフォロー, (かかりつけ医による)日常診療, 定期投薬, 血液検査等が入る。「私のカルテ」が情報共有ツールとして患者とともに動く。不運にして再発した場合, その連携パスは終了し, 次の連携パスへと引き継がれる。専門医は専門的治療に応じて交代していくのが原則であり, 例えば化学療法の専門医へとバトンタッチされる。かかりつけ医は疾患の最初から最後まで一貫してサポートする。

連携パスの推進はがん均てん化, 標準的治療の普及とともにかかりつけ医機能の重要性を再認識するプロセスにはかならない。つまり患者・家族に身近な存在としてかかりつけ医制度の普及推進を図る活動につながるものである。患者・家族への連携パスのアピールは「病院に通院する人も近くのかかりつけ医を持ちましょう」ということになるだろう。

## 6 現状についての考察

がん診療連携拠点病院は平成24(2012)年4月までに5大がんの連携パスを揃えておく必要がある。全国の連携パス開発状況は平成21(2009)年1月の時点ではまだ出発の段階であったが, その後の全国各地域での進展は著しい。ほぼすべての都道府県でがん診療連携協議会として連携パスの検討会が立ち上がっている。平成21(2009)年6月の都道府県がん診療連携拠点病院の調査資料(和歌山県立医科大学事務局, 51拠点のうち38拠点から回答, 未公開)のほか, 個人的に把握している情報も加えると, 少なくとも肺がん3, 胃がん5, 大腸がん3, 肝がん1, 乳がん3が県統一パスとしてすでに作成されている。県統一パスには至っていなくても拠点病院からの開発事例は続々と公表され, 運用実績の報告も出始めている。連携パス開発研究班としての成果はインターネットに公開されており, 連携パスのひな型がダウンロードできる<sup>3)</sup>。また本書でも先進的な開発事例が紹

介されている。現在開発中の地域, 拠点病院には後塵を拝することを恐れることなく積極的に先進事例を拝借して地域の実情に合わせた連携パスの開発を進めていくことを期待したい。連携パス開発研究班では昨年度に引き続き本年度も全国の連携パス開発状況を調査する。できればそれらの成果をインターネット上のパスライブラリーとして提示していきたいと考えている。

医師のアンケート調査はその後いくつかの都道府県でも実施されているが, 同様の傾向である。すなわちかかりつけ医, 一般病院はがんの連携に対して前向きな回答を寄せており, 特に術後のフォローアップ連携には多くの施設が協力的である。抗がん剤治療の連携も連携先と適応を選べば成立し得る。また在宅医療, 在宅看取りの経験を有する診療所は多く, 在宅緩和ケア連携が成立する素地はある。かかりつけ医側としての懸念は緊急時の対応である。拠点病院としての対応が求められていることを踏まえ, 体制を整える必要がある。

患者家族の連携医療に関するアンケート調査は貴重である。患者会というがん医療に特に関心が高い集団の調査であったことには留意するとしても, 連携医療に対する理解が高いことが示されていた。しかし情報不足, コミュニケーション不足への不安は大きく, 訴えは切実であった。患者に無理を押しつけてはいけぬ。連携パスで解決しようとしている医療者の姿勢をわかりやすく提示し, 理解してもらうための工夫を重ねる必要があるだろう。

連携パス適応による連携医療の姿を描いてみたが, 現実の医療とは必ずしも合致していない。外科医が術後再発に化学療法を担当することは消化器領域等では日常に行われており, がん薬物療法専門医の養成は始まって間がない。大学医学部の新設腫瘍内科学講座の機能発揮にはまだ時間が必要である。また専門的緩和医療という視点でも医療資源は圧倒的に不足している。また従来の医療に慣れた患者にとって, 治療法ごとに専門医が変わるという連携の有様がすんなりと受け入れられるかどうかは疑問である。かかりつけ医とよほどの信頼関係がなければ, 専門医の変更について割り切るには抵抗感があるであろう。また連携パスが形の上で整ったとしても, それが稼働するかどうかは地域ネットワークや施設の院内体制(連携のコーディネート機能)に大きく左右される。連携ネットワークの環境はこの1,2年の間に大きく前進しているが, 連携パスを稼働させるための院内体制が整っている拠点病院はまだ少ない。

## 7 おわりに

全国の連携バス開発の現状、医療者、患者のアンケート調査からみた課題について概括した。医療が機能分化、役割分担へと向かっている時代の流れは変わらないとしても、そこに至る道は遠く、また複雑である。連携バスが一つの正しい方法論であることに異論はないが、われわれは多くの問題を抱えつつその適応を模索していかなければならない。まずは無理をせずできるところから出発する柔軟な姿勢が求められる。連携バスを「外来治療方針の説明書」として連携の有無に左右されない形にまとめ上げた大阪府の試みは慧眼である<sup>4)</sup>。

(補記)本研究は平成20(2008)年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」研究班の成果に基づいている。

### ■ 文献

- 1) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律  
[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_housei.nsf/html/housei/16420060621084.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/16420060621084.htm)
- 2) がん診療連携拠点病院の整備について  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 3) 5大がんの地域連携クリティカルパスモデルの開発  
<http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html>
- 4) 大阪がん診療地域連携バス  
<http://www.mc.pref.osaka.jp/ganshinryou-chiikirenkei.htm>

(谷水正人, 河村進, 青儀健二郎, 船田千秋, 宮内一恵)

## 原著

## 地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査

秋山 美紀<sup>1)</sup>, 的場 元弘<sup>2)</sup>, 武林 亨<sup>3)</sup>, 中目 千之<sup>4)</sup>, 松原 要一<sup>5)</sup>1) 慶應義塾大学 総合政策学部, 2) 国立がんセンター中央病院 緩和医療科, 3) 慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学,  
4) 鶴岡地区医師会, 5) 鶴岡市立荘内病院

受付日 2009年2月21日/改訂日 2009年8月8日/受理日 2009年8月18日

【目的】診療所医師の在宅緩和ケアの実施状況および困難感を明らかにし、がん緩和ケアを地域で推進するための有効策を検討することを目的とした。【方法】緩和医療資源が十分でないと考えられる地域の全診療所 69カ所の医師を対象に、質問紙調査によって在宅緩和ケアの実施状況と今後の対応の意向を評価したうえで、62カ所の診療所医師のインタビュー調査により在宅緩和ケア実施の阻害要因などを明らかにした。【結果】質問紙の回収率は81%で、在宅緩和ケアの実施率は、比較的末期のがん患者の在宅診療 27%、モルヒネ内服による疼痛管理 29%、精神面サポート 12%などであった。インタビュー内容分析の結果、緩和スキルの向上、病院医師との関係構築、患者・家族・一般市民の啓発などの必要性が示された。【結語】在宅緩和ケア推進のためには、地域で研修会などを開催し、病院、診療所間で良好な関係を築きながらスキルアップを行うとともに、一般市民の在宅ケアへの理解を培うことが重要である。  
Palliat Care Res 2009; 4(2): 112-122

Key words: 緩和ケア, 在宅医療, 診療所, 医療連携

## 緒言

多くの日本人が自宅での療養を望みながら、実際には困難だと感じている。厚生労働省が5年ごとに行っている「終末期医療に関する調査」によると、6カ月以内に死期が迫っていると想定した場合、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」と答えた人が最も多く29.4%、次いで「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」が23.0%、「自宅で最期まで療養したい」と回答した人も10.9%であり、6割以上の国民が自宅で療養したいと考えていることが示されている<sup>1)</sup>。しかし、2006年度の人口動態調査によると、実際の死亡場所は病院が約80%、自宅が約12%であり、特に死因第1位のがんに限れば、病院約90%、自宅約6%であり、患者の療養場所についての希望は達成されていないことが示されている<sup>2)</sup>。

2007年の終末期医療に関する調査で、自宅で最期まで療養することが「可能である」と答えた一般国民は2002年の8.3%から2007年は6.2%へ減少し、逆に「困難である」と答えた一般国民は65.5%から66.2%に増加している。「困難である」と答えた者にその理由を聞くと、「介護してくれる家族に負担がかかる」が79.5%、「症状が急変した時の対応が不安である」が54.1%、「往診してくれる医師がいない」が31.7%と続いている<sup>1)</sup>。F県の一般集団を対象とした調査でも、在宅療養の障害として、家族への負担や、症状急変時の対応への不安に次いで、「往診してくれるかかりつけ医がいない」ことが上位に挙がっている<sup>3)</sup>。

国は、2006年の在宅療養支援診療所の新設や、介護保険の特定疾病への末期がん指定と制度的に整備を進めており、2007年時点の在宅療養支援診療所の届出は10,477件となっている<sup>4)</sup>。2006年7月から2007年6月までの1年間で全国の9,777カ所の在宅療養支援診療所が看取った患者総数は27,072名

(自宅21,724名、特別養護老人ホーム等施設5,348名)と報告されているが、在宅療養支援診療所のうちの32%(3,168施設)が看取り数0となっている<sup>4)</sup>。こうしたことから、在宅緩和医療を担う診療所医師の啓発や教育が急務となっている。

日本医師会が全国の診療所医師を対象に行った調査では、診療所医師は緩和ケアを総論的には認識しているものの、具体的な知識にはばらつきが多いと報告されている<sup>5)</sup>。この報告書は、適切な緩和ケアの知識と技術の普及、専門家の養成と利用の便の向上など、6項目を緩和ケア普及のための対策として挙げている。しかしながら、具体的にどのような知識や技術が診療所医師に不足しているのか、彼らが何に困難感を感じているのかを明らかにした報告はない。

そこで本研究は、診療所医師が現状でどのような在宅緩和ケアを提供し、また、今後提供する意思を持っているか、どの緩和的処置に困難感を感じているかといった点について明らかにすることを目的として調査を行った。

## 方法

緩和医療資源が十分ではないと考えられる地域において、全医療機関を対象に質問紙調査を行ったうえで、それを補完する訪問インタビュー調査を行い、在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策を検討した。

本調査は、「がん対策のための戦略研究」の一環として実施され、研究責任者が所属する鶴岡市立荘内病院の倫理委員会の承認後に、ヘルシンキ宣言にのっとり実施した。

## 1) 研究対象

対象地域は、山形県の鶴岡地区(鶴岡市と三川町、人口約16万人、面積1,324km<sup>2</sup>)内の一般診療所である。2009年1月現在の医療機関数は、病院9(一般病院4、リハビリテーション病院2、残りは精神科と産婦人科)と診療所91(うち在宅療養支援診

療所 14) である。地区内には、がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、ホスピスはいずれも存在しない。地区内唯一の中核病院である市立病院 (520 床: 一般病床 510 床, 人間ドック 10 床) では、2005 年に院内緩和ケアチームが発足し、2008 年 4 月に緩和ケア外来が開設された。当該地域は、「がん対策のための戦略研究」で、緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域と位置づけられている<sup>9)</sup>。

## 2) 質問紙調査

2007 年 10 月現在で鶴岡地区医師会に加盟する 95 の医療機関 (病院 9, 診療所 86) に質問紙を配布した。

調査は記名式で、背景因子として、おもな診療科、調査月の前月 1 カ月の外来患者数、そのうちの初診患者数、担当がん患者数、入院患者数、退院患者数、調査時期から過去半年間に看取った患者数を尋ねた。また、がんの在宅診療の経験および今後の対応の可能性について、比較的早期のがん患者の在宅診療、比較的末期のがん患者の在宅診療、専門領域に限定した往診、について尋ねた。

疼痛緩和の項目として、モルヒネなどの医療用麻薬の投与・維持・管理 (内服・坐剤、持続皮下注射、持続点滴、硬膜外カテーテル)、嘔吐、便秘といった副作用管理、その他の身体症状の項目として、呼吸困難や倦怠感といった症状緩和、精神的な項目として、がん患者の精神面サポート、家族の精神的サポート、抑うつ、せん妄への対応、治療内容の項目として、栄養管理 (経管栄養チューブの挿入、管理、胃瘻、中心静脈栄養 (intravenous hyperalimentation; IVH)、がん治療 (外来化学療法、経口抗がん剤の処方と管理)、その他の手技として、腎瘻、バルーンカテーテル、イレウス管、経皮経肝胆管ドレナージ (percutaneous transhepatic choangiogram drainage; PTCD)、在宅酸素療法の管理について経験と今後の対応を尋ねた。

いずれの項目についても、調査時の提供状況については 2 段階 (行っている、行っていない) の選択式とし、行っていない場合には、今後の方向性について 4 段階 (可能、症例により可能、検討の余地あり、不可能) の選択肢より回答を求めた。

## 3) 訪問インタビュー調査

インタビュー調査は、前述の質問紙調査をふまえて、診療所医師のがん診療および緩和ケアの経験と今後の意向をより具体的に把握することを目的とした。特に質問紙調査で、在宅緩和ケアおよび各種処置について今後の対応が「不可能」と回答した医師に対して、障害になっている点を聞き、それを取り除く方策を検討することとした。質問紙調査に回答した 69 の診療所のうち、インタビュー調査に応じた 62 の診療所に対して、緩和医療を 20 年以上経験してきた指導医資格を持つ専門医と医療分野で質的研究の経験を有する研究者を含む計 3 名の研究者が訪問し、半構造化インタビューを行った。

おもな質問項目は、a. がん患者の受け入れ状況、b. 麻薬を用いる疼痛治療の経験、c. 在宅医療の実施状況と今後の可能性、d. 緩和ケアについての印象、e. 緩和ケアに対する意欲、f. 希望する学習やスキルアップの内容、g. 地域の診療連携体制への要望、であった。

## 4) データ解析

質問紙調査は、調査時の提供状況、および現在行っていない場合の今後の方向性について、項目ごとに比率を算出した。インタビュー調査は、Strauss と Corbin<sup>7)</sup>、および戈木クレイグヒル<sup>8)</sup>のグラウンデッド・セオリー・アプローチにのっとり分

析した。グラウンデッド・セオリーは、インタビューなどのデータに密着しながら分析することで発言者の主観や心理的プロセスを概念化し、実践現場で適用性の高い理論を帰納的に生成する方法であり、医療分野の質的データ分析にも広く用いられている<sup>7,8)</sup>。データは文節単位に切片化し、コーディング、カテゴリー化、各カテゴリー間の関係の検討を繰り返しながら、最終的に「在宅緩和医療実施への障害」「在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策」についてのカテゴリーを抽出した。コーディングは、訪問調査を行った研究者のうち質的研究を専門とする筆頭著者がすべてを行い、収束したカテゴリーについては、緩和医療の専門医である第二著者が妥当性を確認するというプロセスで行った。

## 結果

### 1. 質問紙調査 (表 1)

配布した 95 の医療機関のうち、81%にあたる 77 施設 (病院 8, 診療所 69) より回答を得た。このうち診療所 (69 施設) の医師の年齢構成は、30 歳代 2 名、40 歳代 13 名、50 歳代 34 名、60 歳代 13 名、70 歳以上 7 名であった。主たる診療科の内訳は、内科 39 名、外科 4 名、小児科 3 名、産婦人科 3 名、眼科 5 名、整形外科 4 名、泌尿器科 3 名、耳鼻咽喉科 3 名、皮膚科 3 名、精神科 2 名であった。

調査月の前月にがん患者を 1 人以上診療している診療所は 14 施設 (21%) であった。在宅での看取りを 20 施設 (39%) の診療所が行っていると答えた一方で、主治医としてのがん患者の在宅診療に関しては、比較的早期のがん患者について行っていると回答した診療所は 9 施設 (18%)、比較的末期のがん患者について行っていると回答した診療所は 13 施設 (27%) であった。主治医として末期がん患者の在宅診療を「行っていない」と回答した 36 施設 (内科 14, 他科 22) のうち、今後の方向性についても「不可能」と回答したのは 26 施設 (内科 6, 他科 20) であった。

診療所の医療用麻薬の使用に関しては、坐剤や内服による投与を 15 施設 (29%) が実施していたのに対して、持続皮下注や持続点滴による投与はそれぞれ 2 施設 (4%) と少なく、今後の方向性についても「不可能」と答えた診療所が、持続皮下注 69%、持続点滴 78% であった。

その他の処置の実施率は、在宅 IVH の管理 (2%)、腎瘻の管理 (6%)、呼吸困難緩和 (8%) と低かった。特に今後も「不可能」との回答が多かった処置としては、硬膜外カテーテルによる疼痛管理 (90%)、腎瘻管理 (83%)、在宅酸素療法の管理 (81%)、イレウス管の管理 (80%) であった。がん患者の精神的サポート、家族の精神的サポートに関しても「不可能」と回答した施設が半数以上あった。

### 2. 訪問インタビュー調査

インタビュー調査に応じた 62 の診療所医師は、男性 57 名、女性 5 名で、年齢構成は、30 歳代 2 名、40 歳代 12 名、50 歳代 30 名、60 歳代 12 名、70 歳以上 6 名であった。主たる診療科の内訳は、内科 37 名、外科 3 名、小児科 2 名、産婦人科 3 名、眼科 3 名、整形外科 4 名、泌尿器科 3 名、耳鼻咽喉科 3 名、皮膚科 3 名、精神科 1 名であった。

発言についてコーディング・カテゴリー展開した結果、「在宅緩和医療実施への障害」として、①手技への不安、②病診連

表1 提供しているがんの在宅診療および治療の状況

質問項目	調査時の提供状況		現在は「行っていない」場合の今後の方向性			
	行っている	行っていない	可能	症例により可能	検討の余地あり	不可能
<b>がんの在宅診療</b>						
比較的早期のがん患者の在宅診療	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	7 (18%)	5 (13%)	24 (60%)
比較的末期のがん患者の在宅診療	13 (27%)	36 (74%)	2 (6%)	5 (14%)	3 (8%)	26 (72%)
専門領域に限定した往診	—	—	7 (23%)	5 (17%)	4 (13%)	14 (47%)
緩和ケアなどグループ診療への参加	2 (4%)	47 (96%)	7 (16%)	7 (16%)	11 (24%)	20 (44%)
在宅での看取り	20 (39%)	31 (61%)	1 (3%)	0 (0%)	5 (17%)	24 (80%)
<b>疼痛緩和</b>						
内服・坐剤によるモルヒネなどの投与・維持・管理	15 (29%)	36 (71%)	3 (8%)	6 (17%)	5 (14%)	22 (61%)
持続皮下注によるモルヒネなど医療用麻薬の投与・維持・管理	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	6 (12%)	7 (14%)	34 (69%)
持続点滴によるモルヒネなど医療用麻薬の投与・維持・管理	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	3 (6%)	6 (12%)	38 (78%)
硬膜外カテーテルによる疼痛管理	1 (2%)	50 (98%)	0 (0%)	4 (8%)	1 (2%)	43 (90%)
モルヒネなどの医療用麻薬による嘔吐管理	8 (16%)	43 (84%)	3 (7%)	9 (21%)	7 (17%)	23 (55%)
モルヒネなどの医療用麻薬による便秘管理	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	9 (21%)	6 (14%)	23 (55%)
疼痛増悪時の在宅対応	9 (18%)	42 (82%)	2 (5%)	8 (19%)	5 (12%)	27 (64%)
<b>その他の身体症状</b>						
がん患者の呼吸困難緩和	4 (8%)	47 (92%)	0 (0%)	8 (17%)	3 (6%)	36 (77%)
がん患者の倦怠感緩和	7 (14%)	44 (86%)	2 (5%)	10 (23%)	5 (11%)	27 (61%)
がん治療(抗がん剤など)の副作用治療	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	8 (17%)	5 (10%)	34 (71%)
<b>精神心理的項目</b>						
がん患者の精神面のサポート	6 (12%)	44 (88%)	2 (5%)	11 (25%)	7 (16%)	24 (55%)
家族の精神的サポート	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	9 (21%)	6 (14%)	24 (57%)
がん患者の抑うつへの対応	6 (12%)	45 (88%)	2 (4%)	11 (24%)	6 (13%)	26 (58%)
がん患者のせん妄への対応	5 (10%)	45 (90%)	1 (2%)	10 (22%)	5 (11%)	29 (64%)
<b>治療内容</b>						
経管栄養の管理	13 (26%)	38 (75%)	2 (5%)	8 (21%)	2 (5%)	26 (68%)
経管栄養チューブの挿入	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	10 (23%)	2 (5%)	29 (66%)
胃瘻の管理	12 (24%)	39 (77%)	3 (8%)	5 (13%)	4 (10%)	27 (69%)
在宅中心静脈栄養 (IVH) の管理	1 (2%)	50 (98%)	2 (4%)	5 (10%)	4 (8%)	39 (78%)
外来化学療法	4 (8%)	47 (92%)	1 (2%)	7 (15%)	4 (9%)	34 (74%)
経口抗がん剤の処方と管理	10 (20%)	41 (80%)	4 (10%)	8 (20%)	8 (20%)	20 (50%)
腎瘻の管理	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (15%)	40 (83%)
バルーンカテーテルの管理	15 (29%)	36 (71%)	5 (14%)	5 (14%)	0 (0%)	26 (72%)
イレウス管の管理	2 (4%)	49 (96%)	1 (2%)	3 (6%)	6 (12%)	39 (80%)
経皮経肝胆管ドレナージ (PTCD) の管理	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	4 (8%)	6 (13%)	38 (79%)
褥創の治療・管理	23 (45%)	28 (55%)	2 (7%)	6 (21%)	3 (11%)	17 (61%)
病的骨折の保存的治療の管理	5 (10%)	46 (90%)	2 (5%)	5 (12%)	5 (12%)	31 (72%)
ビスホスホネート注射剤の投与	3 (6%)	48 (94%)	7 (15%)	2 (4%)	6 (13%)	31 (67%)
リンパ浮腫の管理	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	6 (13%)	10 (22%)	29 (63%)
在宅酸素療法 (HOT) の管理	18 (35%)	33 (65%)	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	26 (81%)
夜間緊急時の対応	17 (33%)	34 (67%)	0 (0%)	3 (9%)	4 (12%)	27 (79%)
口腔のケア	6 (12%)	44 (88%)	1 (2%)	11 (25%)	8 (18%)	24 (55%)

携体制への不安、③患者・家族・市民の心構え、という3点の категорияが導き出された。各カテゴリーに関するおまな発言は表2に示す。

本稿における発言の記述で、「数名」とは2〜5名、「多くの」とは6名以上が発言したことを意味する。

### 在宅緩和医療実施への障害

#### ①手技への不安

多くの医師が開業してから長年にわたり医療用麻薬の処方経験がなく、特に持続点滴や皮下注射による疼痛緩和治療の手技に対する不安が大きいことが示された(発言1〜5)。また、胃瘻や在宅IVHといった緩和医療以外の手技についても懸念が聞かれた(発言6)。

表2 在宅緩和医療実施の障害となっていること

発言	発言番号
① 手技への不安	
疼痛管理	
麻薬免許はあるが、開業してから麻薬を出したことはない。痛み止めはおもにボルタレンとペンタジン。	1
昨年はMS コンチン®を1回使った。それ以前10年間は経験ない。持続皮下注射はまったく経験がない。	2
麻薬の種類も増えているようだが普段やってないので、貼り薬、飲み薬、坐剤の違いすら分からない。	3
がんはあまり経験ない。地域に、緩和ケアのスキル、痛みのとり方のスキルが広がっていないと感じる。	4
(亡くなった患者の症例で)私自身の勉強不足、薬の知識がないことを痛感した。もう少し疼痛緩和のことを知っていればよかった。	5
その他の手技	
胃瘻や在宅IVHなど事故も起きているし、今までそうしたケースがなかったので自信がない。	6
② 病診連携体制への不安	
病院のバックアップ	
今までは病院は退院させたらおしまいでバックアップがなかった。	7
いざという時にはいつでも入院できるというバックアップ施設があると在宅に踏み切りやすい。	8
在宅で診る一番の不安は状況が変わった時に病院がすぐ対応できないこと、そうなると家族も不安になる。	9
通院でも一時的に入って痛みコントロールができる場所が必要。定期の受診以外の緊急の対応もやってほしい。	10
専門医への相談	
病院に気軽に聞ける体制があればうれしい。今は聞きたくても窓口がない。	11
病院の専門の先生に相談できる体制も必要だと思う。	12
紹介のタイミング	
がん患者がわれわれに戻ってくることはあまりない。病院に紹介すると返事はくるが、その後どうなったのか、経過も知りたい。	13
今までは治療をした病院から患者が出てくること自体少なかった。	14
がん治療をする病院から開業医に紹介されるタイミングが遅すぎる。診断がついて手術直後からずっと、情報を密にやりとりしたい。	15
病院から在宅へ移すタイミングが遅い。流動的かと思うが、2～3カ月前には送ってほしい。	16
病院から患者が出されるタイミングは亡くなる直前のことが多い。	17
③ 患者・家族・市民の心構え	
在宅医療への理解不足	
家族が本当に在宅で納得しているかが問題だと思う。	18
病院が患者を地域に帰すとまず家族が不安になる。病院とだけキャッチボールしたがる家族が多い。	19
病院で手を尽くしたら在宅に帰すという方針が市民に浸透していない。	20
地域の患者家族は、病院の手術をした先生を上にみて、地域の開業医を低くみる。…患者・家族との信頼関係をつくるのが難しい。	21
家族は他人の目を気にする、具合が悪い姿を近所に見られたくない。「何でこんなに具合が悪いのに家においでいるのか」と言われるから。	22
容体変化に伴う動揺	
困るのは、亡くなる直前に家族が動揺して病院に入れたがること。こちらは最期まで診たくても、家族が病院に入れたがるのがものすごく多い。	23
最後の最後で家の人が看きれなくなることが多い。	24
病院から出すタイミングによっては、家族が音を上げてしまうことが多い。家族の希望を聞きながらケースバイケースで…。	25
最初は「在宅でできるだけやりたい」と言っているけど、だんだんと家族は見るに耐えられなくなって病院に入れたがる。病院を紹介してほしいと…、本人の意思ではなくても結局病院に戻ってしまうことがある。	26

## ②病診連携体制への不安

現状の病診連携の問題点として、多くの医師が、いざという時に病院専門医に相談したり一時的に痛みのコントロールをしてもらえるようなサポートが不足していると発言した(発言7～10)。さらに、多くの医師が、病院から開業医へ紹介されるタイミングが遅すぎると指摘し(発言15～17)、もっと早い段階から連絡をとり合いたいという希望が複数あった(発言15)。

そもそも、がん患者が病院から地域の診療所医師に紹介されて戻ってくるということがほとんどないという声も数名の医師から聞かれた(発言13,14)。

このほかに、がん告知が病院できちんとされておらず戸惑う場合がある、在宅緩和ケアを1人で担うことは困難でグループ診療が必要と考えながらも人に頼みづらいといった声も聞かれた。

表3 在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策に関するカテゴリーと発言

- 
- 1) 学習会の開催によるスキルアップ  
 地域で勉強会を開いて、病院が退院させるタイミング、開業医との「落とし所」を見つける必要がある。  
 持続皮下注も腎臓管理も教えてもらえればできると思うので、事前に知識を深めたい。  
 持続皮下注は研修を受ければできると思う。腎臓もみたことないが管理は難しくないとと思う。  
 科が違くと常識が違うので、垣根を超えた勉強会が必要。  
 中心静脈栄養や持続皮下注射など即戦力になる勉強会にはぜひ参加したい。  
 訪問看護師や介護職種など、関わる人すべての勉強会が必要。
- 2) 病院医師と在宅医との関係構築  
 病院での診断がついた直後から密に連絡をやりとりしたい。  
 まったく見ず知らずの患者を、急に今日から診るといっわけにはいかない。  
 病院医師との顔の見えるネットワークがほしい。  
 がん治療をする病院と連携しながら診ていく必要がある。  
 紹介患者について病院から返事は来るが、その後の経過を知りたい。
- 3) 病院によるバックアップ体制の確立  
 定期的受診以外の緊急対応、通院でも一時的に入って痛みをとるということの中核病院にやってほしい。  
 中核病院とそれ以外の3病院が連携し、ステージや症例・症状に応じて対応してほしい。  
 まずは病院が地域へ患者を帰せる体制づくり、そして緊急時にバックアップできる体制づくりが必要。
- 4) グループ診療体制の構築  
 1人で24時間対応は大変。3人程度のグループでやればもう少しできる。夜間対応できる先生が少ない。  
 グループでやれば対応ができることもある。  
 グループ診療や医療ネットワークは良いが、市街地の医師と距離が離れすぎている。  
 グループ診療には日頃からの医師同士の人間関係が必要。普段からグループで診る体制を構築したい。
- 5) 患者・家族・一般市民の啓発  
 家族の心構えが在宅死のカギになる。  
 病院とだけキャッチボールしたがる家族が多い。家族への啓発が必要。  
 地域での予防や健康、身体についての教育も大切。  
 一般市民に、死生観や「よく生きる」といったテーマで啓発が必要。  
 市民の意識も変わっていかないといけないが、講演会をやっても浸透するには時間がかかるだろう。
- 

## ③患者・家族・市民の心構え

在宅緩和医療実施の障害として、介護する家族や地域住民の在宅医療に関する理解不足や好ましくないイメージを指摘する声も多く聞かれた(発言18-22)。介護者の負担が大きいことや、患者の急変時に家族が動揺する機会が多いことも、在宅緩和ケアの阻害要因であると多くの医師が発言した(発言23-26)。

また、比較的末期のがん患者の主治医としての在宅診療や往診について質問紙調査で「不可能」と回答していた内科医6名に、半構造化インタビューで「c.在宅医療の実施状況と今後の可能性」を尋ねたところ、いずれも外来診療が忙しく時間的余裕がないという回答であったが、このうち4名は、自分が紹介した患者などに限定すれば在宅診療を行う可能性がある」と発言した。「自分の患者なら最期まで診るのは当然。その際は緩和医療にも対応したいのでノウハウを知りたい」といった発言をはじめ、自分が病院に紹介した患者、近隣の患者、知っている医師から依頼された場合は、末期がん患者でも在宅主治医として診ると回答した。

さらに「e.緩和ケアに対する意欲」の質問に対しては、内科以外の医師から、「主治医の体制が整ったら耳鼻咽喉科の立場でサポートや協力できることをしたい」(耳鼻咽喉科医)、「鎮痛や圧迫骨折のコルセット作りはできる」(整形外科医)、「腎臓カテーテル管理など依頼があれば往診もできる」

(泌尿器科医)、「せん妄の診立てや精神面のサポートならできる」(精神科医師)、「主治医の安心のための協力は喜んでほしい」(眼科医)、といった発言があった。内科以外の医師は3名を除き、自分の専門分野で在宅主治医をサポートできると回答した。

## 在宅緩和ケアを地域で推進していくための有効策

医師の発言内容の分析により、在宅緩和ケアを地域で推進していくためには、1)学習会などの開催による診療所医師の緩和技術のスキルアップ、2)病院医師と在宅医との関係構築、3)病院によるバックアップ体制の確立、4)グループ診療体制の構築、5)患者・家族・一般市民の啓発、という5つのテーマが有効な取り組みとして示唆された。

特に技術や知識の習得機会を望む声は多く、具体的には持続皮下注を含む疼痛管理、次いで精神サポート、呼吸コントロール、食事や栄養管、嚥下・口腔ケア、腎臓管理などの学習を希望する発言があった。5つのテーマに関する発言内容は、表3に示した。

## 考 察

2008年の日本医師会の調査報告では、緩和ケア普及のため

の対策として、(1) 適切な緩和ケアの知識と技術の普及、(2) 専門家の養成と利用の便の向上、(3) 医師の仕事量の総和の緩和、(4) コミュニケーションに関する評価、(5) 麻薬の管理の簡便化、(6) 相談窓口の設置、および緩和ケア病棟以外に入院や日中・夜間に滞在できる施設の量的拡充、を提案している<sup>9)</sup>。

鶴岡地区の診療所医師を対象にした本研究でも、上記(1)と(6)が共通する有効策として浮かび上がったが、それに加えて、病院との早期の信頼関係の構築、いざという時の専門医によるバックアップ、患者・家族・市民の在宅緩和医療への理解の3点も重要という示唆を得ることができた。

このことは、国ががん対策推進基本計画において「すべてのがん患者及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」を達成するために具体的に取り組むべき施策として挙げた地域連携の推進、各地域の特性をふまえた在宅医療実施体制の計画的な整備に資するものと考え<sup>9)</sup>。

また、診療所医師と専門医や病院医師との関係を早期に構築することが重要との点は、各自の役割分担を明確にして限られた人的医療資源を効率的に活用することにつながると考えられるので、本地域のような緩和ケア資源が十分ではない地域への緩和ケア普及においては特に重要と考える。

診療所医師の在宅緩和医療の実施率は、疼痛管理や精神サポートなどすべてにおいて低く、全般的に知識が不足していると多くの医師が感じていた。特に持続皮下注射や点滴による麻薬投与、腎臓管理、呼吸困難の緩和といった、開業してから経験の少なかった手技については困難感が高いことが示された。このことは、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークならびに日本ホスピス在宅ケア研究会の医師を対象とした質問票調査で、皮下注射および点滴によるモルヒネ投与を実施している割合は、ホスピス医師に比べて診療所医師での実施率が低いとされた結果とも一致する<sup>10)</sup>。また、日本医師会による意識調査でも、緩和医療の知識と技術について、たとえ現在がんの診療を行っている診療所医師であっても自己評価は高くなく、がんの診療を行っていない診療所医師ではさらに低いことが示されている<sup>9)</sup>。緩和ケアの経験が少ない理由としては、病院から診療所へがん患者が紹介されることが今まであまりなかったことが多くの医師によって指摘された。

質問紙調査で比較的末期のがん患者を受け入れる意思を示していなかった診療所医師も、訪問インタビュー調査で掘り下げて聞いてみると、近くの医師に頼まれたり、自院のかかりつけ患者が在宅に戻った場合には、在宅緩和医療を提供したいと考えており、そのための学習意欲が高いことも明らかになった。これまで経験のない輸液療法なども学習機会さえあれば実践が可能になると考えていることが示された。

これらのことから、地域でがん患者の在宅医療を担う医師への緩和ケア教育に際しては、知識や技術を具体的に習得できる場にすることが重要であり、診療所医師が経験を積み重ねていけるよう病院側も退院などのタイミングなどを考慮しながら協力して技術移転を進める必要があると考える。

さらに、耳鼻咽喉科、泌尿器科、小児科、整形外科、皮膚科、眼科といった分野の医師が、地域のがん患者を専門家の立場から具体的にサポートする意欲が高いこともインタビュー調査によって明らかになった。このことから、在宅主治医だけでなく、意欲を持つ他の診療科の医師も在宅サポートチームに組み入れ、積極的に地域の緩和ケアに関わるような地域連携の体制

を検討することも有用と考える。

がん治療を行う病院との関係構築とともに、患者や家族との関係構築も、診療所医師にとって重要な課題であることが、インタビュー調査から示された。患者・家族・一般市民の在宅緩和医療への理解を深め、イメージを改善することが、取り組むべき施策として示されたが、この点は、がん対策推進基本計画に、緩和ケアについての一般国民への普及啓発が重点施策として挙げられていることとも一致する<sup>9)</sup>。

鶴岡地区の医師の発言は、患者や家族と訪問を担当する医師との信頼構築を早い時期から図る必要性を示している。病院から診療所への紹介のタイミングが遅れると関係構築が難しくなるが、その一方で在宅期間が長期化すると家族の負担が大きくなる(表3)。よって、家族の負担を軽減しながら在宅療養を維持するためには、患者や家族の在宅緩和医療への理解を促すとともに、必要に応じて、病院が一時的に患者の入院を受け入れるといったサポート体制も必要となる。つまり、がん治療を行う病院、在宅医療を引き受ける診療所、患者・家族という三者間で良好な関係を構築することが、在宅緩和ケア普及に重要であることが本研究の結果から考察できる。

また、患者や家族が病院を上に見て、地域の開業医を低くみるといった発言や、病人を家に置いておくことについて近所の目を気にするといった発言(表2)からは、医療は病院で受けるものといった地域住民の通念が根強く残っていることが示されている。こうした地域特性をふまえた啓発活動によって在宅医療への理解を高めることも、在宅緩和医療推進の重要な要素であると考えられる。

本研究は鶴岡地区の診療所医師の在宅医療や緩和ケアに対する認識、困難感、意欲をアンケート調査で定量的に把握し、さらにそれを補完する訪問インタビュー調査を行った。調査参加率は、同地域の診療所の80%(質問紙調査)、72%(インタビュー調査)と高かったことから、地域代表性の高いデータであると考えられ、これを通して、今後の地域緩和ケア提供体制の構築へつなげていくための示唆を得ることができた。また、この地区と同様に緩和医療資源が必ずしも豊富でない他の地域での在宅緩和医療を推進していくうえで、重要な知見になると考えられる。しかし一方で、診療所医師1人ひとりの緩和ケアへの認識や地域への要望の背景にある文化的・地域社会的コンテキストは、地域によって異なるので、ここで得られた知見を一般化する際には、これらの点を慎重に考慮する必要がある。

わが国においては在宅緩和医療の提供体制の充実が叫ばれており、その要となることが期待される診療所医師からのこうした声を活かして、今後、地域ぐるみで診療体制の構築を行っていく必要がある。

## 謝辞

この研究の一部は、厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」による。調査にあたっては、鶴岡地区医師会ならびに日本対がん協会研究員 相庭伸 氏に多大なご協力をいただいた。ここに感謝の意を表する。

## 文 献

- 1) 厚生労働省. 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について. 2004. [cited 2009 FEB

- 20] [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>]
- 2) 厚生労働省. 平成 18 年度人口動態調査. [cited 2009 FEB 20] [[http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_1\\_2.html](http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_1_2.html)]
- 3) 佐藤一樹, 宮下光令, 森田達也, 他. 一般集団における終末期在宅療養の実現可能性の認識とその関連要因. *Palliat Care Res* 2007; 2: 101-111.
- 4) 厚生労働省. 主な施設基準の届出状況等. 2008. [cited 2009 FEB 20] [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0716-3c.pdf>]
- 5) 日本医師会. がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査. 2008. [[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3.pdf)]
- 6) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care* 2008; 25: 412-418.
- 7) Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. London: Sage Publications, 1990.
- 8) 戈木クレイグヒル滋子. *グラウンデッド・セオリー・アプローチ—理論を生みだすまで*. 新曜社, 東京; 2006.
- 9) 厚生労働省健康局総務課がん対策推進室. *がん対策推進基本計画*. 2006. [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>]
- 10) Kotani K. Morphine use for at-home cancer patients in Japan. *Tohoku J Exp Med* 2004; 204: 119-123.

# A survey on palliative home care in rural Japan

Miki Akiyama<sup>1)</sup>, Motohiro Matoba<sup>2)</sup>, Toru Takebayashi<sup>3)</sup>,  
Chiyuki Nakanome<sup>4)</sup> and Yoichi Matsubara<sup>5)</sup>

1) Faculty of Policy Management, Keio University, 2) Division of Palliative Medicine, National Cancer Center,  
3) School of Medicine, Keio University, 4) Tsuruoka Medical Association, 5) Shonai Hospital

**Purpose:** Palliative care is an essential part of integrated cancer treatment. This study aimed to identify general practitioner (GPs)' perceptions of palliative care and the difficulties they encounter in providing care to terminally ill cancer patients. **Methods:** Japanese GPs in a rural area where palliative care resources were inadequate were surveyed by questionnaire. Using the questionnaire, researchers visited 62 clinics in the area and carried out semi-structured interviews to identify problems and to investigate possible ways to promote the provision of palliative care by GPs. The transcripts were manually coded into descriptive and interpretive categories. **Results:** Seventy seven out of 95 responded to the questionnaire (effective response rate: 81%). Experience of pain control was inversely related to the extent of the GPs' perceived difficulties in providing palliative care. Lack of hospital support and understanding of patients and their families were also barriers to the provision by the GPs of palliative care to terminally ill cancer patients at home. The suggested solutions were: to provide seminars for doctors in the area to improve their pain control and other clinical skills; to build up good relations between the doctors in hospitals and clinics in the area; and to educate patients, families and the community at large in the necessity of palliative care. **Conclusion:** Our study indicated that building up good inter-organizational relations among physicians and educating the community were important in order to promote GPs' participation in palliative care.  
Palliat Care Res 2009; 4(2): 112-122

Key words: palliative care, home medicine, clinic, medical affiliation

Table 1 Availability of general practitioners to provide home care for cancer patients in rural Japan

	Available for home care at present		Will possibly be available for home care in the future*			
	Yes	No	Yes	Depends on the situation	Low probability	No
<b>Cancer care</b>						
Home care for early-stage cancer	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	7 (18%)	5 (13%)	24 (60%)
Home care for advanced-stage cancer	13 (27%)	36 (74%)	2 (6%)	5 (14%)	3 (8%)	26 (72%)
Home visits limited to general practitioner's preferred field (s)	—	—	7 (23%)	5 (17%)	4 (13%)	14 (47%)
Participation in a group practice program for palliative care	2 (4%)	47 (96%)	7 (16%)	7 (16%)	11 (24%)	20 (44%)
End of life care	20 (39%)	31 (61%)	1 (3%)	0 (0%)	5 (17%)	24 (80%)
<b>Pain management</b>						
Management with opioids including oral and suppository morphine	15 (29%)	36 (71%)	3 (8%)	6 (17%)	5 (14%)	22 (61%)
Management with continuous subcutaneous injection of opioids	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	6 (12%)	7 (14%)	34 (69%)
Management with continuous intravenous injection of opioids	2 (4%)	49 (96%)	2 (4%)	3 (6%)	6 (12%)	38 (78%)
Pain control with epidural injection	1 (2%)	50 (98%)	0 (0%)	4 (8%)	1 (2%)	43 (90%)
Management of opioid-induced nausea and vomiting	8 (16%)	43 (84%)	3 (7%)	9 (21%)	7 (17%)	23 (55%)
Management of opioid-induced constipation	9 (18%)	42 (82%)	4 (10%)	9 (21%)	6 (14%)	23 (55%)
Management of exacerbated pain	9 (18%)	42 (82%)	2 (5%)	8 (19%)	5 (12%)	27 (64%)
<b>Physical symptom management</b>						
Alleviation of dyspnea	4 (8%)	47 (92%)	0 (0%)	8 (17%)	3 (6%)	36 (77%)
Alleviation of fatigue	7 (14%)	44 (86%)	2 (5%)	10 (23%)	5 (11%)	27 (61%)
Treatment of adverse effects of anti-cancer treatment (e.g. chemotherapy)	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	8 (17%)	5 (10%)	34 (71%)
<b>Psychological management</b>						
Psychosocial support for cancer patients	6 (12%)	44 (88%)	2 (5%)	11 (25%)	7 (16%)	24 (55%)
Psychosocial support for family members	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	9 (21%)	6 (14%)	24 (57%)
Treatment of depression	6 (12%)	45 (88%)	2 (4%)	11 (24%)	6 (13%)	26 (58%)
Treatment of delirium	5 (10%)	45 (90%)	1 (2%)	10 (22%)	5 (11%)	29 (64%)
<b>Treatment management</b>						
Management of enteral tube feeding	13 (26%)	38 (75%)	2 (5%)	8 (21%)	2 (5%)	26 (68%)
Placement of feeding tubes	7 (14%)	44 (86%)	3 (7%)	10 (23%)	2 (5%)	29 (66%)
Management of enteral feeding by gastrostomy	12 (24%)	39 (77%)	3 (8%)	5 (13%)	4 (10%)	27 (69%)
Management of intravenous hyperalimentation	1 (2%)	50 (98%)	2 (4%)	5 (10%)	4 (8%)	39 (78%)
Outpatient chemotherapy	4 (8%)	47 (92%)	1 (2%)	7 (15%)	4 (9%)	34 (74%)
Oral anticancer drug prescription	10 (20%)	41 (80%)	4 (10%)	8 (20%)	8 (20%)	20 (50%)
Management with nephrostomy	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	1 (2%)	7 (15%)	40 (83%)
Management with balloon catheters	15 (29%)	36 (71%)	5 (14%)	5 (14%)	0 (0%)	26 (72%)
Management with long tubes for ileus	2 (4%)	49 (96%)	1 (2%)	3 (6%)	6 (12%)	39 (80%)
Management with percutaneous transhepatic cholangio drainage (PTCD)	3 (6%)	48 (94%)	0 (0%)	4 (8%)	6 (13%)	38 (79%)
Management of decubitus ulcers	23 (45%)	28 (55%)	2 (7%)	6 (21%)	3 (11%)	17 (61%)
Conservative treatment of pathological fracture	5 (10%)	46 (90%)	2 (5%)	5 (12%)	5 (12%)	31 (72%)
Bisphosphonate therapy	3 (6%)	48 (94%)	7 (15%)	2 (4%)	6 (13%)	31 (67%)
Care of lymph edema	3 (6%)	48 (94%)	1 (2%)	6 (13%)	10 (22%)	29 (63%)
Management with home oxygen therapy	18 (35%)	33 (65%)	2 (6%)	2 (6%)	2 (6%)	26 (81%)
Night emergency calls	17 (33%)	34 (67%)	0 (0%)	3 (9%)	4 (12%)	27 (79%)
Oral care	6 (12%)	44 (88%)	1 (2%)	11 (25%)	8 (18%)	24 (55%)

\* Limited to GPs who were not providing home care at the time of the survey

Table 2 Barriers to the provision of home care

Category/ Subcategory	General practitioners' (GPs') comments
① Concerns about skills	
Pain control	<p>No clinical experience of opioids, although I am certified to administer them.</p> <p>No clinical experience of continuous subcutaneous injection of opioids, although I have administered oral and suppository opioids.</p> <p>Can't distinguish between different dosage forms such as patches, oral capsules and suppositories, since I don't use opioids in daily practice at all.</p> <p>Skills and knowledge related to palliative care and pain control are scarce in this area.</p> <p>Recent experience has made me realize that I need to gain more knowledge and skills related to pain control.</p>
Other skills	<p>I have no confidence in such treatments as gastronomic feeding and at-home IVH, since I have had no clinical experience of them. The increasing number of incident reports also discourages me from attempting them.</p>
② Concerns about support and collaborative relationships with core hospitals	
Hospital backup in emergencies	<p>There is no hospital support once a patient is discharged.</p> <p>Backup hospital beds for use in emergencies are would encourage home care service.</p> <p>The biggest concern patients' families have about home care is the lack of emergency beds in core hospitals available if there is a sudden change in the patient's condition.</p> <p>Access to a hospital pain control unit should be retained even when a patient is receiving care at home from a GP.</p>
Availability of palliative care specialists for consultation	<p>Consultation services should be provided by a core hospital; at present, they aren't.</p> <p>GPs in the area need ready access to hospital palliative care specialists.</p>
Lack of hospital-clinic cooperation	<p>Patients are seldom referred back to GPs after treatment at a core hospital.</p> <p>Few patients are referred to GPs after treatment at a core hospital.</p> <p>Hospitals refer patients to GPs too late: detailed information about patients should be shared, starting right after a surgery.</p> <p>A good patient-physician relationship should be established before the terminal care starts.</p> <p>Patients tend to be discharged too late: 2-3 months is a desirable home care period.</p> <p>One hospital referred a patient to me just before the patient died.</p>
③ Readiness of patients, their families, and society as a whole to accept home care	
Lack of understanding about home care	<p>It is questionable whether families actually prefer homecare.</p> <p>Families feel insecure when a relative is discharged from the hospital.</p> <p>The concept of home care at the terminal stage of an illness is not well accepted by society.</p> <p>It is difficult to build up a good trusting relationship with patients' families, as they tend to rely more on hospital specialists.</p> <p>Families are sometimes criticized by their neighbors for keeping very sick relatives at home.</p> <p>Communicating with a patient's family, especially when they are not living together, is difficult.</p>
Loss of confidence in the home care system when the patient's condition changes	<p>There is a tendency for families to request hospital admission for a relative right before death.</p> <p>Family members tend to give up at toward the very end.</p> <p>Families get worn out if of the patient's discharge from the hospital is not timed carefully.</p> <p>Even when families want to care for their relatives at home, they lose confidence as the illness becomes advanced.</p>

Table 3 Possible measures to promote the involvement of general practitioners (GPs) in palliative care

---

1) Training and seminars

Seminars or conferences at which GPs and hospital specialists can discuss the appropriate timing of discharge are necessary.

I want to learn the necessary skills to carry out procedures like continuous subcutaneous injection of opioids and nephrostomy.

I think I would be able to deal with such procedures as continuous subcutaneous injection and nephrostomy if I were trained; I just happen not to have received training.

Doctors with different specialties focus on different issues, so seminars that can bring all the specialties together need to be organized.

I would like to attend seminars on useful procedures such as IVH and continuous subcutaneous injection.

Training is needed for all professionals, including home care nurses and care givers.

2) Good relationships between hospital doctors and GPs

I want to enter into detailed discussion with hospital specialists as soon as the patient is diagnosed.

Time is needed to build up a relationship with a patient, so hospitals should provide more information in advance of the patient's discharge.

Networks are needed to establish close relationships between GPs and hospital specialists.

Hospitals providing cancer treatment and GPs should collaborate to provide good care.

Besides a reply to my referral letter, I want to know details about the progress of my patients after operations or treatment in the hospital.

3) Support from hospital palliative care team

The core hospital should be ready to treat any patient who needs emergency pain control at any time.

The core hospital and the 3 other hospitals in this area should cooperate to support patients according to the stage of their disease and symptoms.

The first step is to establish a system which enables hospitals to discharge their patients so that they can receive care at home, and the second step is to establish a back-up system for emergencies.

4) Group practice

It is impossible for one doctor to be available 24 hours a day. Three doctors working as a group can take care of more patients, but there are very few doctors who are prepared to cover nights.

Group practice widens the range of care and treatment that can be provided.

I think group practice and medical networks are effective, but my clinic is a long way from the city.

Group practice requires trusting relationships among member doctors. We need to establish a system of group practice as the norm.

5) Education of patients, families and citizens

Whether the family is ready to deal with it is the key to whether a patient can die at home.

Some families prefer to communicate only with hospital doctors. Patients and their families need to be better educated about medical services.

Education about health and disease prevention is also important in this area.

Citizens need to be engaged in frank discussions about life and death.

It may take a long time to change citizens' perceptions of and attitudes toward home care.

---