

11 姑息的治療と緩和医療

食道癌においては、診断時から食道狭窄による嚥下障害や栄養障害、誤嚥・瘻孔による咳嗽、腫瘍による胸痛などを伴い、生活の質（QOL）の低下をきたしている場合が少なくない。治癒を目的とした治療の初期から、症状緩和や QOL の維持・改善のための治療を併せて行っていくことが重要である。

食道癌終末期患者に対する緩和ケアにおいては、食道狭窄による嚥下障害とそれによる栄養障害、気道狭窄や気道との瘻孔に起因する症状、遠隔転移による悪液質などの症状、高 Ca 血症などが特に問題になる。そのなかでも食道狭窄症状や気道狭窄症状、瘻孔に起因する症状の改善としては、姑息的治療として放射線療法、化学放射線療法、食道ステント挿入、気管ステント挿入、食道バイパス手術などが行われることがある。栄養障害に対しては中心静脈栄養法以外に胃瘻・腸瘻造設が行われることがある。これらの姑息的治療は食道癌に特徴的であり、それらの方法や時期を適切に決定することは、食道癌終末期の患者の緩和治療としてきわめて大切である。

しかしながら、食道癌患者に対する姑息的治療・緩和治療としての種々の治療法の効果や安全性について大規模な評価はほとんどなされていない。放射線療法や化学療法が best supportive care より生存期間延長効果があるかどうかを調べた研究も見当たらない。しかし、実地臨床ではそれらにより QOL が著明に改善される症例も少なからず存在することは事実である。医療者は食道癌に特徴的な姑息的治療・緩和治療に習熟しておく必要があり、十分な説明と同意のもとに積極的にそれらを試みることが求められる。

本稿では、食道癌に特徴的な症状とそれに対する姑息的な治療について概説し、さらに緩和治療のポイントを説明する。

1 進行食道癌の症状と姑息的治療

進行食道癌による局所症状としては、食道狭窄に伴う嚥下障害、気道への瘻孔形成、気道の狭窄、出血、疼痛などがあり、いずれも患者の QOL に大きな影響を与えるため適切な対応が要求される。

a 食道狭窄に伴う嚥下障害と栄養障害

ポイント

嚥下障害は栄養状態の悪化を招くだけでなく、患者・家族にとって不安を増大させる大きな要因になる。

食物や唾液の逆流に起因する誤嚥により、致死的な肺炎を起こすことがある。

食道狭窄に対しては、まず化学放射線療法や放射線単独療法が試みられることが多いが、全身状態を考慮しながら、食道バイパス術や食道ステント挿入が行われることもある。

栄養障害の改善を目的として、胃瘻や腸瘻の造設を行うこともある。

嚥下障害は「食べる」という人間にとっての大きな楽しみを奪い、栄養状態の悪化を招いて患者のみならず家族にとっても不安を増大させる大きな原因となる。また、食道癌の反回神経への浸潤や圧迫による神経麻痺の併存などにより、逆流に伴う誤嚥性肺炎の原因にもなりえるため、積極的な対症治療が試みられるべきである。食道狭窄に対しては、まず化学放射線療法や放射線単独療法が試みられることが多いが、食道バイパス術や食道ステント挿入が行われることもある。

1) 放射線療法または化学放射線療法

根治的治療の適応がない場合でも、全身状態が良好であれば姑息的な放射線療法（できれば化学療法も併用）により狭窄症状の改善を試みる。その方法は、患者の performance status、瘻孔の有無などを加味して、各施設で症例毎に決定されているのが現状である。食道癌診断・治療ガイドライン（2007）¹⁾では、「患者の全身状態に与える影響を考慮し、目的達成のための必要最低限度の照射野と総線量を設定し可能な限り短期間で治療が終了するように努める」と記載されている。

2) 食道ステント挿入

X線透視下に内視鏡を用いて狭窄部にガイドワイヤーを通し、ステントを挿入することで、内腔を拡張して経口摂取を可能とする方法である。全身状態などから手術や放射線治療の対象とならない場合に検討されることが多い。最近では自己拡張型メタリックステントが用いられる。特にカバー付き自己拡張型メタリックステントは、カバーなしステントに比べて腫瘍増殖による再狭窄を予防²⁾できることが示されている。食道ステント挿入は比較的低侵襲で短期間に経口摂取が可能となる場合が多いが、疼痛・瘻孔形成・出血などの重篤な有害事象が生じることもある。

Clinical Question

食道狭窄に対するステント治療の適応と問題点は？

Answer ステント治療は胸部中部～中下部食道癌がよい適応である。食道ステント挿入により、頸部～胸部上部食道癌では違和感や疼痛・気道狭窄が生じやすく、また胸部下部～腹部食道癌では胃内容の逆流とそれによる誤嚥性肺炎の危険があるため適応には慎重さを要する。後者については、最近、逆流防止弁付きステントが開発され臨床試験により有効性が示された。

放射線療法前の食道ステント挿入は、疼痛・瘻孔形成・出血などの重篤な有害事象の発生が多いことが知られており³⁾、食道癌診断・治療ガイドライン（2007）¹⁾では、「原則として避けることが望ましい」と記載されている。ステント挿入後の化学療法の是非に関しては述べられていない。しかしながら、化学

放射線療法が奏効して狭窄の解除や予後の改善も期待できる現状では、早期のステント挿入は避けるべきである。逆に（化学）放射線療法施行後のステント挿入も同様に危険性が高いとされる¹⁾が、経口摂取の願望がきわめて強い場合もあり、十分な説明と同意のもとに施行されることが多い。この際には、食道バイパス術や栄養嚥造設術の適応判断も同時に慎重に行わなければならない。

3) 食道バイパス手術

食道ステント挿入が困難または危険と判断されるが、耐術可能な全身状態であれば、食道バイパス術を行うこともある。胸部食道を空置し、主として胃を用いて食道再建を行うことが多い。バイパス術といっても手術侵襲は決して軽度ではなく、栄養不良例も多いため縫合不全などの合併症の発生率も高いとされ、慎重に適応を決める必要がある。バイパス術を行うことにより、経口摂取が可能となり栄養障害の改善が図られるのみならず、食道狭窄に起因する頑固な唾液の逆流や食道気道瘻による気道分泌を低下させることも可能である。そのため、周術期をうまく乗り切ることができた場合には、食道癌終末期患者にとってはよい緩和治療となる。

Clinical Question 2

食道バイパスの術式はどのようなものがあるか？

Answer 食道バイパス術には、再建臓器と残存食道の内瘻化あるいは外瘻化の組み合わせ次第で多くの術式があり、その優劣に一定の結論は出ていない。その例を図1に示す⁴⁾。どの術式にせよ、耐術可能とはいっても全身状態が不良な患者が対象であり、かつ姑息的な治療にすぎないことを考えると、手術侵襲が可能な限り小さく、簡便で安全な術式を選択しなければならない。

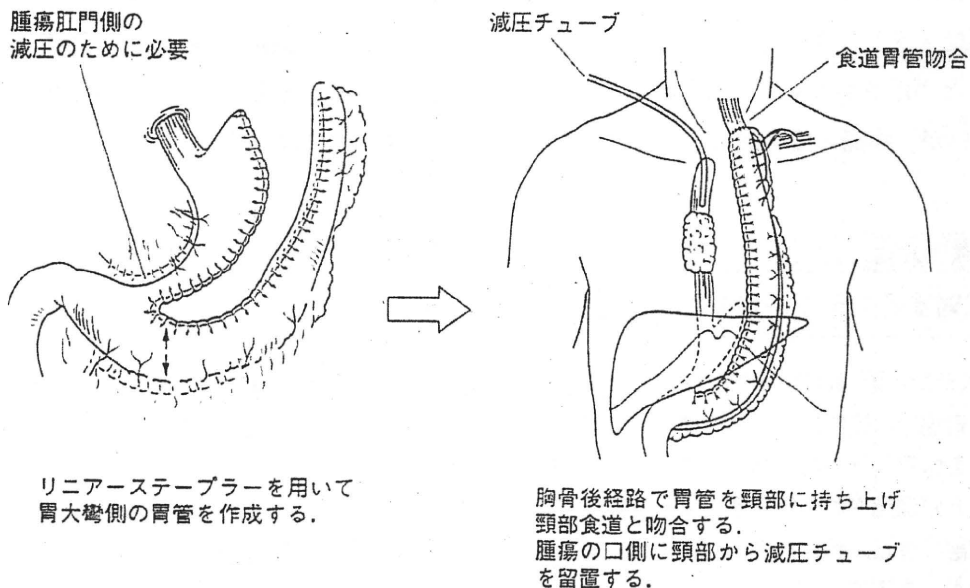


図1 食道バイパス術の術式例（文献4より改変）

Clinical * Question

食道ステント挿入や食道バイパス術の適応とならない場合、食道狭窄を解除するための方法は？

Answer レーザー照射、温熱療法、エタノール注入、放射線腔内照射などの方法が報告されている。しかしながら、食道癌診断・治療ガイドライン（2007）¹¹での推奨度はいずれもグレードC（行うように勧めるだけの根拠が明確でない）である。フジーやバルーンによる拡張術を行うこともあるが効果は一時的である。

4) 栄養瘻造設・その他

上記のいずれの治療も困難な場合、栄養障害の改善のために、胃瘻や腸瘻造設を行うことがある。経口摂取は可能とはならないが、経腸栄養による在宅療法への移行も可能となる。狭窄が高度でなく細径内視鏡の通過が可能なときは、経皮的内視鏡的胃瘻造設術（PEG）が低侵襲な方法として採用される。高度狭窄症例に対しては、開腹下に胃瘻・空腸瘻の造設が行われる。

b | 気道への瘻孔形成と気道の狭窄

エッセンス

食道癌の浸潤による気管気管支や肺との瘻孔形成は、患者のQOLを大きく低下させ、放置すると肺炎・縦隔炎・膿胸などの致死性病態を生じる。瘻孔を伴う食道癌に対しては化学放射線療法を行うことより腫瘍縮小と瘻孔閉鎖をみる症例が多く報告され、全身状態が許せば治療の第1選択である。瘻孔に対するカバー付き食道ステントの挿入もQOL改善に有効である場合が多い。

気道狭窄に対しては気管ステントの挿入を行うが、気管分岐部付近のステント挿入は技術的に容易でない。

気道閉塞による突然の呼吸停止や大動脈への穿孔による大量吐血などの急激な致死性病態が生じることを常に念頭におき、十分な説明をしておく必要がある。

1) 気道との瘻孔に対する治療

食道癌の直接浸潤による気管気管支や肺との瘻孔形成は、食道狭窄とともに患者のQOLを大きく低下させ、放置すると肺炎、縦隔炎、膿胸などの致死性病態を生じる。唾液などの気道への流れ込みによる咳嗽・呼吸困難感などにより、食道狭窄がなくても経口摂取が不能となることもある。これらの症状は患者の生活全般に多大な影響を及ぼし、患者・家族の苦痛を増大させる。積極的な対応が望ましいが治療に難渋することも多い。

近年、瘻孔を伴う食道癌に対しても化学放射線療法を行うことより腫瘍縮小と瘻孔閉鎖をみる症例が多く報告され、全身状態が許せば第1選択としている⁵⁾。しかし、これにより逆に瘻孔の増悪や致死的な出血を生じうることも認識しておく必要がある。

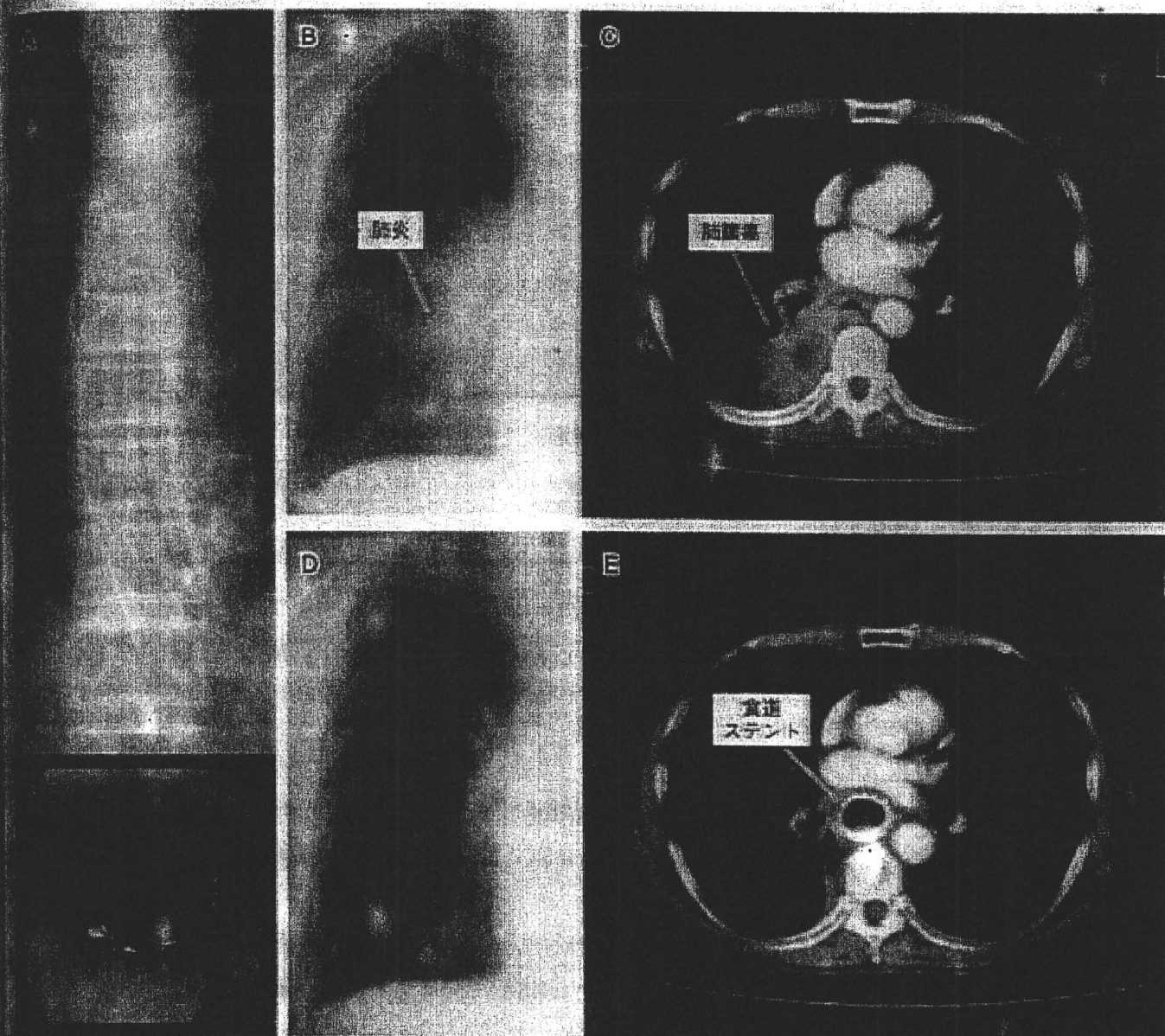


図2 瘻孔を伴う胸部食道癌に対するカバー付き食道ステント挿入の効果

胸部中部食道癌による食道肺瘻により肺炎・肺塞栓を生じたためカバー付き食道ステントを挿入した(A)。挿入直前の胸部X線と胸部CTにおいて右下肺野に肺炎と肺塞栓がみられた(B, C)が、挿入後2カ月後には著明に改善した(D, E)。ステント挿入後、化学療法を施行して306日生存した。

瘻孔に対するカバー付き食道ステントの挿入も有効である場合が多い(図2)。瘻孔を閉鎖し食道への食物や唾液の流れ込みを防ぐことにより、肺炎発症の危険を低下させ経口摂取が可能となる。ただし、疼痛・出血・穿孔などの有害事象が生じうる。食道への瘻孔を形成するような食道癌は食道を圧迫していることも多く、食道ステントの挿入により気道が急激な狭窄や閉塞をきたすことがある。場合によっては気管ステント挿入を先行させる必要がある。

2) 腫瘍による気道狭窄と呼吸困難に対する治療

腫瘍による気道の圧迫は、刺激による咳嗽や気道抵抗増大により喀痰排出困難をもたらす呼吸困

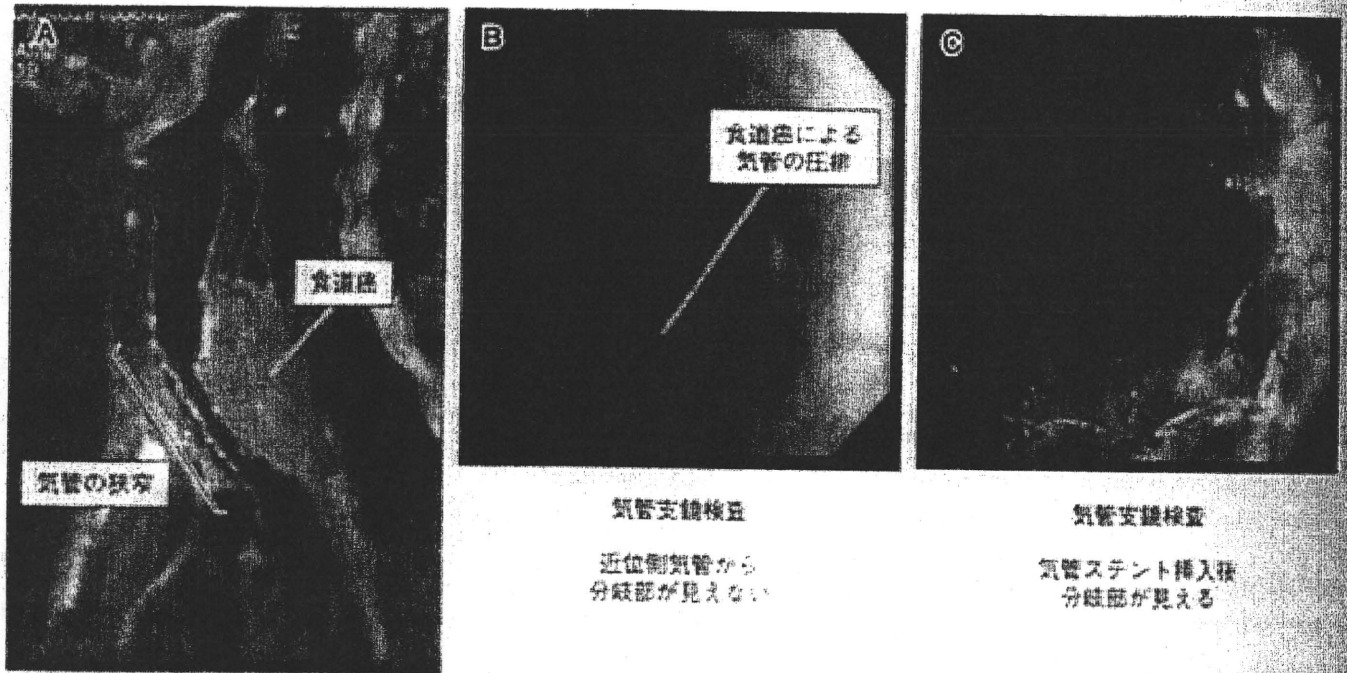


図3 気道狭窄を伴う胸部上部食道癌に対する気管ステント挿入の効果

胸部上部食道癌により気管が圧迫され著明な狭窄をきたしている。患者は高度の呼吸困難と不安を訴えていた (A)。気管支鏡にて、気管の狭窄により気管分岐部が観察できなかった (B) が、気管ステント挿入後には狭窄は解除され気管分岐部が観察でき、患者の呼吸困難は劇的に改善した (C)。

難を生じる。高度の場合は窒息の恐怖感を生み、患者の苦痛は高度になる。狭窄に対しては気管ステントの挿入を行うことで呼吸困難が劇的に改善する (図3) が、気管分岐部付近のステント挿入は技術的に容易でなく慎重な適応が求められる。

呼吸困難に対しては酸素吸入や薬物療法などの対症療法を行う。後者の第1選択はモルヒネである。これにより呼吸困難感の感受性を低下させ、気道分泌や咳嗽反射の抑制を図る。ステロイドも呼吸困難に対して有効である。同時に、理学療法・日常生活のナーシングケア・心理的サポートなどの非薬物療法も重要である。

3) 気道閉塞と大量出血

気道閉塞による突然の呼吸停止や大動脈への穿孔による大量吐血などの致死的病態は、食道癌前症にかかわる医療者は何度となく遭遇する事象である。発生すると手の施しようがない場合がほとんどであり、事前の、特に家族への十分な説明が重要である。患者や家族は、急変急死の恐怖を抱えながらの生活を余儀なくされるため、両者に対する心理的サポート・心のケアを怠ってはならない。

2 食道癌患者の緩和治療

ポイント

- 緩和医療はすべての癌領域で共通に行われるべき医療である。
- 食道癌においては特に、嚥下障害、栄養障害、瘻孔による咳嗽などにより QOL の低下をきたす場合が多く、治療初期から症状緩和や QOL の保持・改善のための治療法を検討するべきである。
- 終末期には患者の状態も多岐にわたるため、個別の対応が必要である。
- 緩和治療の方法や効果については、今後の客観的評価が必要である。

世界保健機構（WHO）は、緩和医療について、「痛み・その他の症状のコントロール、心理面・社会面・精神面のケアを最優先課題として、癌の早い病期においても治療の過程においても適応されるべきものである」といっている。また、終末期の緩和医療は、治癒を目的とした治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的な医療でなければならない。以上のことは、すべての癌患者に対して共通であり日常診療として行われているが、いまだ全医療者が十分な知識や経験をもっているとはいえない。近年は、さらに精神腫瘍学（サイコオンコロジー）専門医によるカウンセリングや医療社会福祉士によるソーシャルワークなども重要となってきた。また、がん対策基本法およびがん対策推進基本計画によって、「すべてのがん診療にかかわる医師は、がん診療連携拠点病院などによる緩和ケア研修を受ける」ように定められている。

a 癌性疼痛の治療法

癌性疼痛に対しては、日本緩和医療学会作成の「がん疼痛治療ガイドライン」⁶⁾に基づいた方法が推奨される。WHO 鎮痛薬ラダーに示されるように、癌性疼痛治療の第 1 段階は非ステロイド性抗炎症剤（NSAIDs）による鎮痛である。疼痛の程度に応じて第 2 段階の弱オピオイド、第 3 段階の強オピオイドをためらわずに使用して疼痛管理を図る。

わが国で使用可能な強オピオイドは、モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの 3 種類である。食道癌終末期患者の場合、経口摂取が困難な場合が多く、水剤、坐剤、注射薬、貼付薬などの上手な使用法に精通することが重要である。

オピオイドの使用法と副作用対策に関する詳細は他書に譲るが、モルヒネと比べた場合、フェンタニルは嘔気・便秘・眠気・譫妄の頻度は少なく、オキシコドンは腎機能障害時の眠気・譫妄の頻度が少ないとされている。また、副作用の軽減、鎮痛効果の改善、投与経路の変更、耐性形成の回避を目標として、オピオイドローテーションも行う。強オピオイド投与中でも NSAIDs を併用することも多く、またトリプタノールなどの抗うつ薬、テグレトールなどの抗痙攣薬、メキシチールなどの抗不整脈薬、ケタミンなどの NMDA 拮抗薬、ステロイドなど鎮痛補助薬も症状に応じて積極的に併用することが重要である。

身体的症状緩和のためには、精神的症状緩和も同時に図っていかなければならない。そのために

は緩和ケアチームの参加が望ましい。

Clinical Question

食道癌の痛みの特徴は？

Answer 食道癌の痛みとしては、胸背部痛や嚥下時痛などがある。骨転移やリンパ節転移などによる疼痛は他の癌と同様であるが、放射線性食道炎による咽頭や胸部の、特に嚥下時の疼痛が特徴的である。

b 食道癌終末期患者に対するその他の緩和治療

エッセンス

骨転移に対する治療の目標は、疼痛緩和と病的骨折の予防である。食道癌は高 Ca 血症を最も生じやすい癌の 1 つである。高 Ca 血症が高度になると急性腎不全・精神神経症状・低酸素血症などを示すクリーゼとよばれる致死的病態を示す。脳転移は比較的まれではあるが、全身状態が損われていなくても精神神経症状などによる QOL の低下をきたすため積極的な治療が必要である。

食道癌の臓器転移のなかで骨と脳への頻度は比較的低いが、緩和医療のうえでは重要である。また、食道癌終末期患者は、しばしば高 Ca 血症を生じる。栄養障害に対する対策も患者の QOL を保つために重要である。

1) 骨転移に対する治療

骨転移に対する治療の第 1 の目的は疼痛緩和である。しかし、骨転移による病的骨折が生じると、患者の QOL を著しく損ない患者の精神的ダメージも大きいため、疼痛の程度によらず病的骨折の予防としての治療を行うことも重要である。治療法としては放射線外照射が一般的である。特に椎骨転移による病的骨折は脊髄麻痺を生じる危険性があり、予防が重要で整形外科的手術も行われる。oncological emergency としての脊髄損傷にも十分習熟しておく必要がある。

2) 高 Ca 血症の治療

高 Ca 血症は、すべての癌で生じうるが、食道癌は高 Ca 血症を最も生じやすい癌の 1 つである。軽度であれば口渇、食欲不振、便秘などの症状を示すが、高度になると急性腎不全、精神神経症状（意識混濁など）、低酸素血症などを示す高 Ca 血症クリーゼとよばれる致死的病態を示す。原因は全身の骨転移であることが多いが、骨転移がなくても生じうることを知っておく必要がある。血清 Ca 濃度を定期的に測定し、未然に予防することが重要である。治療としてはビスホスホネートが第 1 選択薬であるが、高度の場合は脱水の補正と生理食塩水の輸液による Ca 排泄の促進が必要であり、緊急を要する際には即効性のカルシトニンを投与する。ビスホスホネート使用の際には、

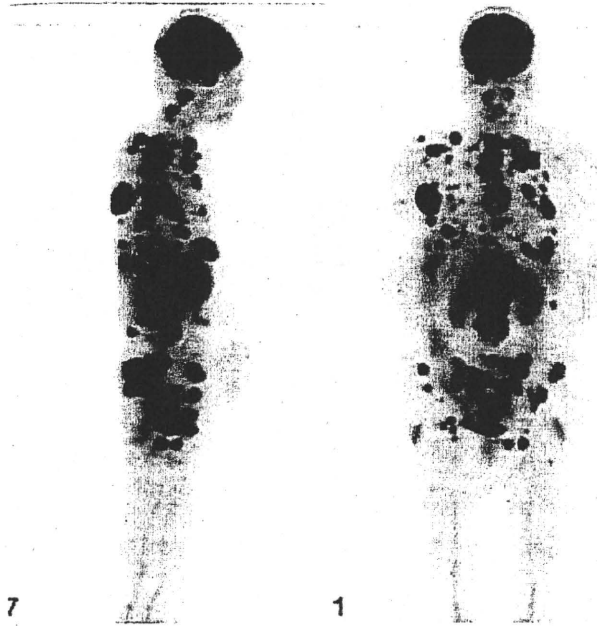


図4 初診時に高度の高Ca血症をきたした胸部食道癌症例

高度の倦怠感・脱水症状・意識障害で発症した胸部食道癌症例。初診時の血清Ca値は19.3mg/dlであり、生理食塩水の急速輸液、カルシトニンとビスホスホネートの投与により7日後には正常化した。図は入院時FDG-PET検査で全身の骨転移や臓器転移を伴っていた。

顎骨壊死という有害事象についても知っておく必要がある。高Ca血症による意識障害が食道癌の初発症状としてみられることもある(図4)。

3) 脳転移に対する治療

脳転移は比較的まれではあるが、全身状態が損われていなくても精神神経症状などによるQOLの低下をきたすため積極的に治療する。人格の変化として現れることもある。治療法としては放射線療法が主体となるが、転移病巣の大きさや数に応じて全脳照射やガンマナイフなどの局所照射が選択される。脳圧亢進に対する対応も必要となる。

おわりに

食道癌の根治手術後の生存率は50%を超えるようになってきているが、非切除症例も含めると、食道癌患者の5年生存率は約25%(国立がんセンターがん対策情報センターによる)である。すなわち、食道癌患者の4人に3人には、何らかの姑息的治療・緩和治療が必要とされることになる。そのために、食道癌診療に携わる医療者は、食道癌の特徴を十分に理解しながら、チームとして多くの技術を習得していかなければならない。心のケアも含めた積極的で全人的な医療を提供できるように日々の努力が要求される。

■参考文献

- 1) 日本食道学会, 編. 食道癌診断・治療ガイドライン(2007年4月版). 東京: 金原出版; 2007. p.51-60.
- 2) Verschuur EM, Homs MY, Steyerberg EW, et al. A new esophageal stent design (Niti-S stent) for the prevention of migration: a prospective study in 42 patients. *Gastrointest Endosc.* 2006; 63: 134-40.
- 3) Nishimura Y, Nagata K, Katano S, et al. Severe complications in advanced esophageal cancer treated with radiotherapy after intubation of esophageal stents: a questionnaire survey of the Japanese Society for Esophageal Diseases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2003; 56: 1327-32.

● II-2. 悪性腫瘍

- 4) 多幾山渉. サーキュラーステープラーとリニアステープラーを用いて形成する食道バイパス術. 手術. 2002; 56: 147-52.
- 5) 目良清美, 大津 敦. 食道癌に対する積極的治療と緩和医療との接点—終末期食道癌の治療も含めて— . ターミナルケア. 2003; 13 (6): 473-9.
- 6) 日本緩和医療学会, がん疼痛治療ガイドライン委員会, 編. がん疼痛治療ガイドライン 2000. 東京; 真興交易医書出版部.

〈藤 也寸志〉

1

5大がん地域連携クリティカルパスとコーディネート機能の必要性

国立病院機構四国がんセンター統括診療部長
谷水正人

国立病院機構四国がんセンター外来部長
河村 進

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(医療連携)は喫緊の課題である。地域連携クリティカルパスがそのツールとして有望視されている。本稿ではがん臨床研究事業「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」研究事業(研究代表者谷水正人)での議論を土台として，医療連携を進めるための「コーディネート機能の必要性」について考察したい。

1. がんの地域連携クリティカルパスが求められた背景

第5次医療制度改革で医療提供体制の再構築，医療連携の推進がうたわれ，またがん対策基本法では療養の質の向上とがん医療の均てん化が目標に掲げられた。がん対策推進協議の過程で患者からはがん難民解消の意見として「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。」という声が発せられた。これらはいずれも従来型の医療連携すなわち「診療情報提供書をベースにした医師-医師間連携」が医療連携の仕組みとして十分機能していなかったことを反映するものであり，浮上したのが「がんの地域連携クリティカルパス」の導入であった。

しかしがん医療に地域連携クリティカルパスが求められた段階では，現実にはがんの地域連携クリティカルパスはほとんど存在していなかった。クリティカルパスが果たしてきた入院医療におけるシステム改善と自立的進化を内在する方法論(PDCAサイクル)が医療連携の推進に期待されたというのが実態である。すなわち，医療連携にクリティカルパスの手法を適応することにより，標準化された診療計画の共有とチーム医療を基本とした医療連携が目指され，システムとしての自立的な進化に期待されることになった。

2. 5大がんの地域連携クリティカルパスモデル開発研究の基本方針

われわれはがんの地域連携クリティカルパス開発研究として2つの目標をあげた。すなわち，

- ①地域連携クリティカルパスのひな型を開発する。
- ②地域連携クリティカルパスを稼動させる仕組みを整理し、提案する。

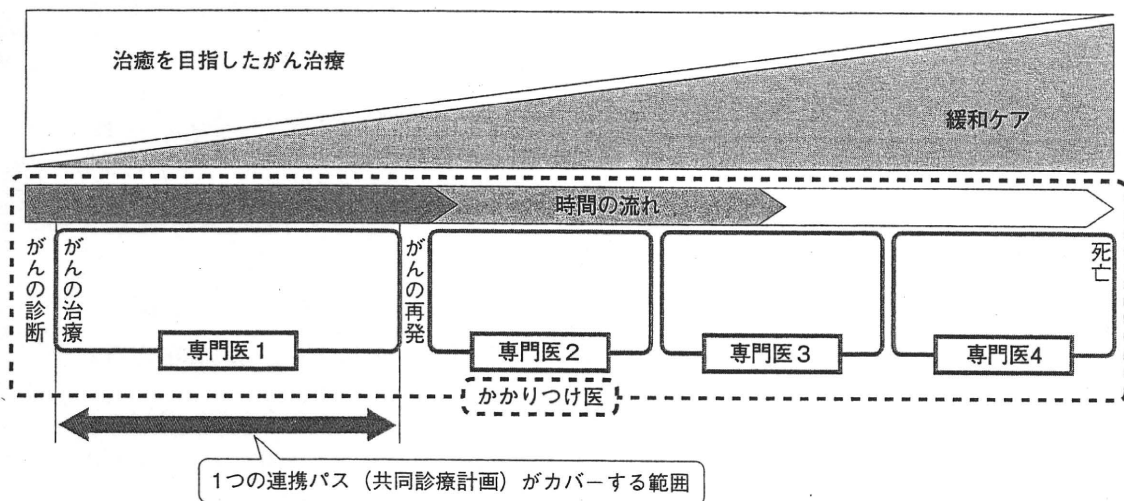
がんの地域連携クリティカルパスの先行事例が少ないことはがん医療の現場に混乱を引き起こす可能性があり、ひな型の開発と提示、先進地域のネットワーク構築事例の集積、連携パスの全国の開発状況を調査・報告が急がれた。また計画としての地域連携クリティカルパスができたとしても、それを動かすためには人的資源の投入は避けて通れない。連携調整のために必要な機能を明確化し、人的資源投入のノウハウを提示することが研究班として重要である。当面は「連携の基本的技術の整理、マニュアル作成」までを研究班の目標とし、成果は、ホームページへの公開(<http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html>)、オープンカンファレンスの開催(H21/3/8, H22/2/14東京女子医大弥生記念講堂)という形で公開、還元していく。

わが国の医療界では人的資源が圧倒的に不足しており、安易な人的資源の投入は砂漠に水を撒くがごときに終わる危険性がある。地域連携クリティカルパスへの人的資源投入の方法論を明確にしておくことが重要である。

3. 地域連携クリティカルパスが掲げる医療体制と現実の医療との乖離

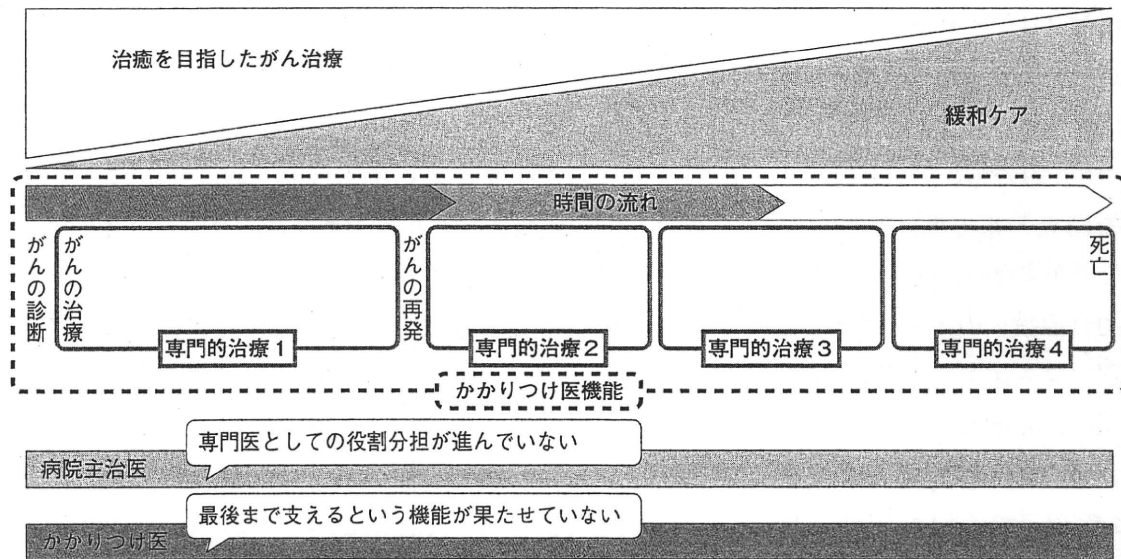
まずは地域連携クリティカルパスの提示する医療体制と現実の医療との乖離について問題提起したい。

地域連携クリティカルパスにおける共同診療体制は一連のがん医療の中で疾患ごと、治療方針ごとに設定される。中心となる専門医はがん医療の地域連携クリティカルパスごとに交代し、かかりつけ医は終始一貫して患者の日常診療を支える(図1)。例えばがんの手術を受けた場合、手術を担当した専門医1が専門的観点から術後補助化学療法、フォローの節目となる画像診断等を担当し、日常診療をかかりつけ医が担当する。かかりつけ医は患者の術後の日常検査、処方を担当するほか、



専門医はがん医療の時期において交代していく。かかりつけ医は終始一貫してサポートする。

図1 がん医療における地域連携クリティカルパスの位置づけ



地域連携クリティカルパスを阻む役割分担の未成熟、医師不足など、地域連携クリティカルパスの描く医療と現実の医療には距離が大きい。

図2 現実の医療

他の併存症(例えば合併する糖尿病管理等)のフォローを担当する。専門医とかかりつけ医が共同し、医療の質(標準的治療と日常の療養管理)を保障する。再発した場合その地域連携クリティカルパスは終了し、次の地域連携クリティカルパス(化学療法等)に移行する。専門医は交代し、かかりつけ医は継続する。

しかし、専門医の交代は患者からは受け入れられないことがある。現実には病院主治医が自分の専門性を超えて主治医を継続して務める場合が多く、専門医としての役割分担は必ずしも進んでいない(図2)。専門医の不足の他、病院主治医自体が(将来のかかりつけ医を目指し)必ずしも役割分担を望まないことも問題である。またかかりつけ医も自分の専門性にこだわり、総合的な立場から患者を最後まで(看取りまで)支えるというスタンスは必ずしも保持していない。すなわち地域連携クリティカルパスは単なる医療連携の方法論の問題ではなく、医師の有り様に深く関わることになる。

4. 地域連携クリティカルパスを稼働させるために必要な3つの視点

1 連携ネットワークを構築し、運営する必要

医療連携を進めるうえで連携ネットワークの枠組みを明らかにしておく必要がある。医師会、行政、がん診療連携拠点病院がその中心的役割を担うべきであるが、ネットワークの具体的な有り様は地域特性に左右される。ここでは愛媛県の構築例を提示する。オープンカンファレンスのプレゼンテーションではそれ以外の地域のネットワーク構築例にも触れられている(<http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html>)。

(1) 医師会、行政との共同体

がんの連携医療はかかりつけ医と専門医の連携である。医師会(都道府県医師会)との共同体

制が基本である。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。愛媛県では医師会の組織率が高いので、医師会との共同体制を特に重視している。

(2)愛媛県がん診療連携協議会

がんの地域連携クリティカルパス開発は愛媛県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設置され、分科会の下にがん種ごとの検討会が定期的開催されている。がん診療連携協議会は都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件として位置づけられており、都道府県がん診療連携拠点病院が連携パス開発の責任を負っている。

(3)4疾患5事業の連携

愛媛県では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)がある。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。4疾患5事業の連携体制をまとめる研究会として機能し、医療連携室間の情報共有、意見交換の場となっている(年3~4回開催)。

(4)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クリティカルパスの研究会、全国のがんの基準クリティカルパス開発とも連携している)が活動している。拠点病院以外の病院にも情報が届き、前記がん診療連携協議会分科会にも参加している。

2 現場の医療者をサポートする必要

医療者は医療連携により多くの負担、ストレスを抱えることになる。連携パスが示す一連の流れは入院医療、外来・在宅医療の枠を超えて、総合的な視点で患者(の療養生活)を支える仕組みである。しかし例えば入院医療しか経験しない医療者(病院主治医、病棟看護師)は在宅療養に関する理解が決定的に不足する。総じて現在の医療者は患者の療養生活全般を理解できる想像力に欠けている。またチーム医療として複数のプロフェッショナルが連携する場合にはそれぞれの立場による制約があり、求められる役割を果たす(専門性を発揮する)中でさまざまな確執・軋轢が生じ得る。それを調整し、医療者をサポートする体制が必要である。

(1)医師への圧迫感、作業量の増加

連携医療により外来診察回数は減少し、病院医師にとって外来診察にかかる責任と負担は大きくなる。共同診療においては他の医師と協力して患者さんの心情に添って応答する能力が求められるというストレスも生じる(医師には最近までコミュニケーションスキルを学ぶ機会がなかった)。情報提供書作成等の医師の作業量も増加する。医師の抱えるストレスを軽減するサポートが必要である。

(2)医師が抱く変革への抵抗感

本来医師の頭の中には地域連携クリティカルパスよりはるかに緻密な診療計画が存在する。診療科長などは周りが自分に従っている場合に敢えて頭の中を明らかにする面倒な作業に煩わされたくはなく、非協力的となりやすい。しかし時代の要請として診療計画が共有され、標準

的治療に則ることが求められている。治療方針を地域連携クリティカルパスに落とし込む作業は膨大であり、地域連携クリティカルパスを開発するサポートが必要である。

3 患者の意向をふまえる必要

患者にとっては専門医との共同体制のもとで信頼できるかかりつけ医を持つことこそ安心の医療に繋がる。患者の抱える不安に応えられる連携体制を構築することが必要である。

(1) 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

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(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。しかし自分だけは専門病院で継続して診て欲しいという患者からの希望は多い。患者には専門医が門外漢の診療を引き受けることの危険(医療のミスリーディングの危険)を率直に説明する必要がある。

(2) 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

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「いつも通院し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(がん患者・家族の会おれんじの会アンケート調査)。患者を身近にサポートする体制が必要である。

5. 求められる連携コーディネート機能

以上から、地域連携クリティカルパスのために必要な連携コーディネート機能は以下の3点である。

- ① 医療連携の必要性と方法をかかりつけ医に説明し、調整すること。
- ② 医療連携の必要性と方法を患者・家族に説明し、調整すること。
- ③ 患者の訴え、症状等の情報を医療者に伝え、身近な相談役として患者を支えること。

そのためには地域連携クリティカルパスという視点で外来部門、連携室部門を見直し、下記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。

(1) 医療連携室が担う連携調整

連携ネットワークの構築、地域連携クリティカルパスの事務局業務、地域の医師に対する説明・啓発を担う部門として成長する必要がある。その役割を担う人はソーシャルワーカー、事務職員、看護師が適切であろう。医療依存度の高いがんの連携パスでは専従の看護師配置が望ましい。

従来の医療連携室は前方連携、退院調整と地域の医療事情に迫られて発足したため病院ごとの個別性が大きく、医療連携コーディネート機能が業務として整理されていない。医療連携担当者の業務を整理し、研修の機会を設ける必要がある(表1)。

表1 連携担当者に必要な技能(検討中)

1) 連携のための事務局能力を発揮できる
・地域連携クリティカルパスの開発・管理・分析
・データ集積・分析・フィードバック
・研修会・連絡調整会議の開催
2) 連携に関する基礎知識・基礎技術がある
・地域の医療資源・社会資源, 医療制度
・基礎となる医療知識, クリティカルパスの知識
3) コミュニケーションスキルがある
・患者個々のニーズが把握できる
・患者個々に対応した医療連携を構築できる
・医療関係者間の連絡調整が正しく実施できる
・連携に伴い生じた問題に適切に対応できる
1)から3)についてシラバスを作る, 3)はグループワーク, ロールプレイ(連携パスの導入運用, 退院調整)を入れる

(2)外来における連携調整

クリティカルパス適用時のオリエンテーション, 個々の患者に対する連携支援, 再受診時の介入にあたる。役割を担う人は看護師, メディカルクラークであろう。外来と病棟が分かれている看護体制を見直し, 外来・病棟がシームレスに一体となる看護師配置が必要である。

(3)地域連携クリティカルパスの開発

連携パスの開発は延々と続く, それを担当する部門では日常業務から解放して専任で開発にあたれる環境を確保することが望ましい。役割を担う人は医師, 看護師, 薬剤師, 事務職である。

6. 四国がんセンターが計画する医療連携・研修センター

地域連携クリティカルパスは医療連携体制再構築の端緒を開くものであり, がん診療連携拠点病院には医療連携室にとどまらず「がんの地域連携クリティカルパス開発・運用, 医療連携部門」の大幅な拡充が必要である。四国がんセンターでは現在の「がん相談支援・情報センター」(11人の専従職員で構成)を拡大し, 2010年度に「医療連携・研修センター」を設立する。当初は看護師2人, ソー

表2 四国がんセンターが「医療連携・研修センター」として取り組もうと考えている事業

1) がん医療連携の推進, 医療機関役割分担の推進
・5大がんの地域連携クリティカルパスを開発・電子化する
・専門的がん診療機能, かかりつけ医普及推進機能, 緩和ケア機能を明確化する
・連携コーディネーター(看護師, MSW)の育成, 研修を行う
2) 在宅緩和ケア, がん在宅医療の推進
・がんの在宅医療推進のための医療者支援を行う
・かかりつけ医, 訪問看護ステーション, 居宅介護支援事業所, 調剤薬局との連携を強化
・地域医療をサポートする緩和ケア病棟の機能強化
3) がん医療に関する研修の推進
・がん集学的治療, 緩和ケア, がん相談支援, がん登録に関する研修を行う
4) 愛媛がん診療連携協議会, 拠点病院との共同
・連携コーディネーター, コメディカルスタッフが訪問し, 拠点病院と共同する
・地域連携クリティカルパスを共同開発する
・がん化学療法に関して拠点病院間の情報交換, 情報共有を図り治療を支援する
5) 患者/家族への支援, 患者力の活用
・がん患者サロンの場所を提供。ソーシャルワーカーが中心となって患者を支援する
・県行政との連携により医療機関情報を拡充する

シヤルワーカー1人専従、医師1人(併任)を増員し、専従者は携帯電話を携帯し、専用の車両を確保して県下の医療機関、訪問看護ステーションを訪ね歩く。すなわち現場が抱える医療連携の問題点を再度深く掘り下げることから始める(表2)。われわれの病院としての取り組みが地域連携クリティカルパス運用のモデルに繋がれば幸いである。

おわりに

地域連携クリティカルパスは医療機関、医療者の調整から始まる。地域連携クリティカルパスは医療連携の立場からすべての医療機関、医療者の役割を見直す膨大な作業の始まりとなるであろう。連携のコーディネート機能の重要性は最大限に強調されるべきである。

(補記)本研究は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。

2

がん対策基本法とがん地域 連携クリティカルパス

国際医療福祉総合研究所長・国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

はじめに

厚生労働省の「2008年人口動態統計の年間推計」によると、年間死亡者数約100万人のうちがんによる死亡者数は34万3,000人であった。がん死亡者数が30万人を超えたのが2003年なので、およそ5年でがん死亡者数が15%も増えたことになる。そしてこれからも、がんは700万人ともいわれる団塊の世代の高齢化とともにさらに増加するだろう。団塊の世代が70歳を越える2020年、がんの罹患患者数は年間85万人に達し、死亡者数も年間45万人にもなるともいわれる。つまりこのころには日本人の2人に1人はがんで死亡することになる。

そして現在34兆円の医療費の約1割、3兆円を占めるがん関連医療費も今後、団塊の世代のがん年齢突入によって急増するだろう。本稿では激増するがんに対する国の政策であるがん対策基本法と、地域レベルでのがん診療の連携ツールであるがんの地域連携クリティカルパスについて振り返ってみよう。

1. 先進各国のがん対策とがん死亡率

さてわが国ではがん死亡がうなぎ昇りに増えているが、先進各国をみると事情は少し異なる。米国、英国などでは1990年代を境に人口あたりのがん死亡率が、日本とは逆に減少に転じている(図1)。例えば米国では、米国がん協会などの報告書によると、がん罹患率は1990年を境に下がりはじめ、その後の5年間は毎年平均0.7%ずつ低下し、死亡率も2.6%低下した。

90年代の米国でがん死亡率が低下した理由もいくつか指摘されている。1つは1971年、ニクソン政権のときに成立した全国がん法(National Cancer Act)の効果があげられている。この法律の制定後、がん予防策としての禁煙キャンペーンやがん検診が普及し、さらに全米各地に地域がんセンターの認定が進んだ。

この中でもがん死亡率の低減には、喫煙率の低下とがん検診強化が大きく貢献したといわれる。またがん検診、例えばマンモグラフィ、婦人科がん検診、結腸・直腸がん検診、PSAによる前立腺がん検診方法の普及が、がんの早期発見に大きく貢献した。実際に米国ではがん検診の受診率も高く、実に全体で60%にも達している。

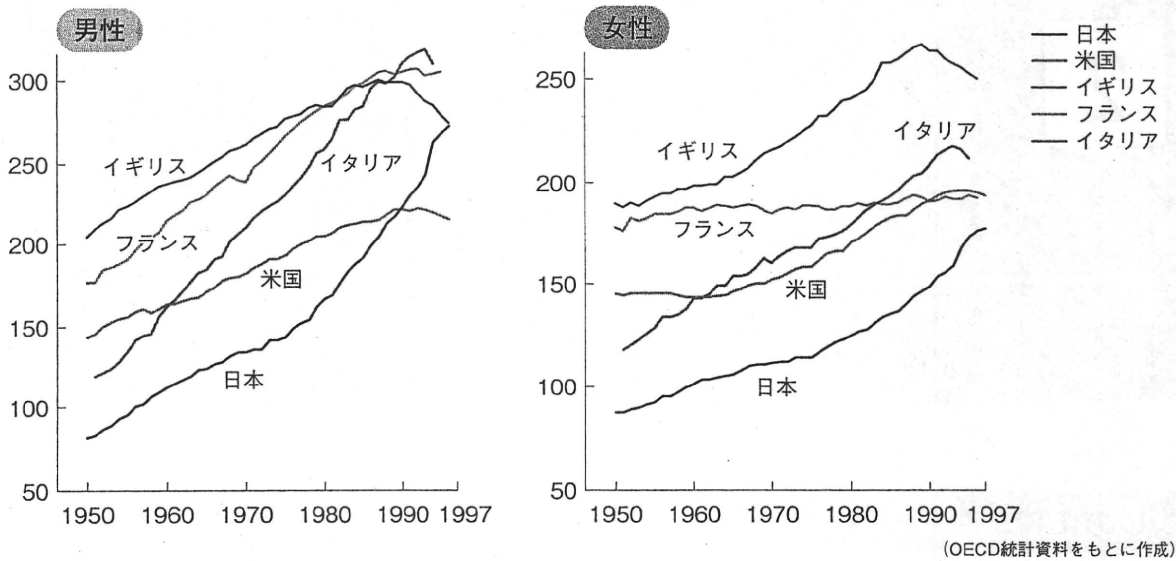


図1 人口10万人対全がん死亡率の各国推移

また米国では、がん治療を担う専門人材の育成が進んだこともがん死亡率の低減に貢献したといわれる。米国にはオンコロジストと呼ばれる腫瘍専門医が9,700人もいる。また、こうした腫瘍専門医が地域で開業し、プライマリケアの第一線でがん医療を担うのが米国の特徴だ。また米国外科学会がん委員会が認定する認定がん病院が全米で1,500病院にも達した。さらに国立がん研究所が指定する包括がんセンターも全米で39カ所ある。こうしたがん専門施設と開業した腫瘍専門医の連携が地域のがん医療の下支えとなっているのが米国の特徴である。

2. がん対策基本法

こうした中、わが国でもがん対策基本法が2006年に成立した。何と1971年に成立した米国のがん対策基本法である全国がん法(National Cancer Act)の成立に遅れること36年目の成立だ。がん対策基本法は、2006年6月の参議院本会議で全会一致で可決成立した。しかしこの成立も実は危うかった。がん対策基本法の法案は議員立法として国会提出されたのだが、当時の与党自民党と野党民主党がそれぞれに提出していたがん対策基本法の法案の一本化が困難とみられ、その成立が一時危ぶまれた。そのときに国会質問に立った民主党の山本孝史参院議員が自らのがんを告白してがん対策基本法の成立を訴えたことが契機となって、与野党が急速に歩み寄り、法案が一本化し何とか成立にこぎつけた。しかし、残念なことに山本議員は自らのがん(胸腺がん)のため56歳で亡くなった。だが、その残した功績は大きい。

さて、この法律の柱になるのは、以下の項目である。①政府が具体的目標や達成時期を盛り込んだ「がん対策推進基本計画」を策定する。そして都道府県もそれぞれ計画を策定する、②がん医療情報の収集や提供体制を整備、相談支援体制の充実を図る、③厚労省に患者や医師による「がん対策推進協議会」を設置する、④がん検診の質や受診率の向上を図る、⑤がん医療の専門的知識、技能を持つ医師の育成に努めること、などである(図2)。

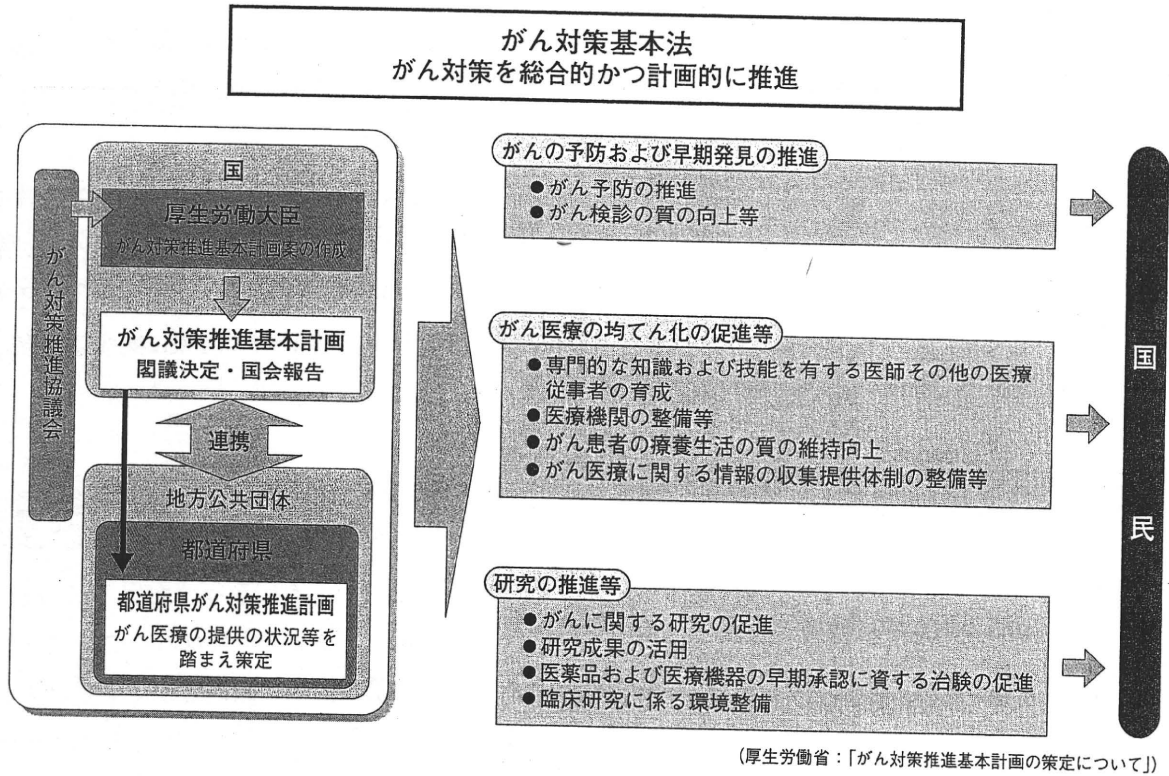


図2 がん対策基本法の概要

同法がめざすのは、全国どこに住んでいても適切ながん医療を受けられる体制づくりである「がん医療の均てん化」と、がん医療予算の大幅な増額を含めた総合的ながん対策である。しかし、これを裏返すと、これまでがん医療の質に地域差や施設間差が大きく、またがん医療に携わる専門人材も少なく、がん拠点病院の整備やがんの医療情報の発信が決して十分に行われていなかった現状も浮かび上がる。そしてがん患者の「望んでいるがん医療が受けられない」との不満も大きくなってきていた。

3. 施設や地域でばらつくがん医療の成績

厚生労働省研究班(班長：猿木信裕・群馬県立がんセンター手術部長)が、2005年に公表した調査報告書によると国公立のがん専門病院などで作る「全国がん(成人病)センター協議会(全がん協)」加盟施設30施設で、がんの治療成績に大きなばらつきがあることがわかった。

調査報告書では1998年に初回治療を行った患者について、胃がん、肺がん、乳がんについて5年生存率を比べている。調査条件はそれぞれのがんで年間50人を超える患者を治療し、90%以上の患者について経過をフォローしている、などの条件に合う病院に限って調査を行っている。また、早期がん患者が多い病院ほど生存率が高く出てしまう可能性があるため、進行度や年齢の影響を除いて生存率を算出している。

こうした調査の結果、全がん協加盟30施設で入院治療を受けた胃がん患者の5年生存率は、最高の施設で70%、最低の施設では42%と、その差が28ポイントもあることがわかった。また肺がん