

市川市民・浦安市民の「がん」ハンドブック 配布アンケートにご協力をお願いします。



実施期間 7月1日～8月31日まで（9月10日までにご返送下さい。）

* 各設問の該当する番号に○をつけて下さい。

拠点病院用

問1 アンケート回答者にお聞きします。

施設名	
職種	1. ソーシャルワーカー 2. 看護職 3. 事務員 4. その他()

問2 8月末までで、何部配布されましたか。

1. 400部 2. 200～399部 3. 100～199部 4. 51～99部 5. 25～50部 6. 24～1部 6. 配布なし
--

問3 ハンドブックは主に誰が配布していますか。(複数回答可)

1. ソーシャルワーカー 2. 看護職 3. 事務員 4. その他()

問4 どのような配布方法をとられましたか。(複数回答可)

1. 面接手渡し 2. 郵送 3. 自由に取ってもらう 4. その他()

問5 今回の「ハンドブック」についてどう思われますか。

1. とても役に立つ 2. 役に立つ 3. あまり役に立たない 4. 役に立たない
上記回答理由を教えてください ()

問6 今回お配りした「ハンドブック」をもっと必要としますか。

1. もっと必要 2. 配布数で十分 3. よくわからない

問7 普段、がん患者さんにはどのようなリーフレット類を利用していますか。

種類別に該当する番号に○をお付けください。

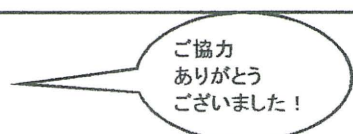
	よく利用	利用する	利用しない	知らない
国立がんセンター・がん対策情報センターの冊子	1	2	3	4
施設・機関独自のがんの説明の冊子	1	2	3	4
施設・機関独自の医療（がんを含まない）に関わる説明の冊子	1	2	3	4
施設・機関独自の施設説明の冊子	1	2	3	4
その他()	1	2	3	4

問8 貴職に伺います。今回お配りした「ハンドブック」の印象をお聞かせ下さい。

大きさ、ページ、内容、その他ご意見、ご感想をお聞かせ下さい。

問い合わせ先 地域保健福祉課 小山 電話 047(377)1101 FAX 047(379)6623

御協力ありがとうございました。



市川市民・浦安市民の『がん』ハンドブック



このリーフレットは、「がん」の告知を受けたあなた自身やご家族の方にお読みいただくものです。
がんと共に生きるための情報と、相談の内容によって、どこに相談をすればよいか、相談先を具体的に示しました。

＜関係機関の方へのお願い＞

このリーフレットは、がんの治療・療養をする方の情報について、多方面にわたって掲載しています。
患者さん・ご家族が読み進む中で、質問を受けた場合には、対応をお願いいたします。
また、関係機関へ連絡を取る場合においても、御協力をお願いいたします。

※このリーフレットは、厚生労働省科学研究費補助金(がん臨牀研究)により、市川健康福祉センターが作成しました。(平成22年6月)

平成21年度作成リーフレット

表1 リーフレットの内容

- 目次（自分の悩みから相談先を）
- 医療従事者との付き合い方
- がんに関する相談
- 痛みを我慢しない
- セカンドオピニオン
- 在宅療養に関する相談
- 治療にかかる費用について
- 高額な医療費について
- 高額療養費制度について
- 医療費控除について
- あなたの連絡先一覧（患者さん、家族が書く欄）

図1 リーフレットの“わかりやすさ”

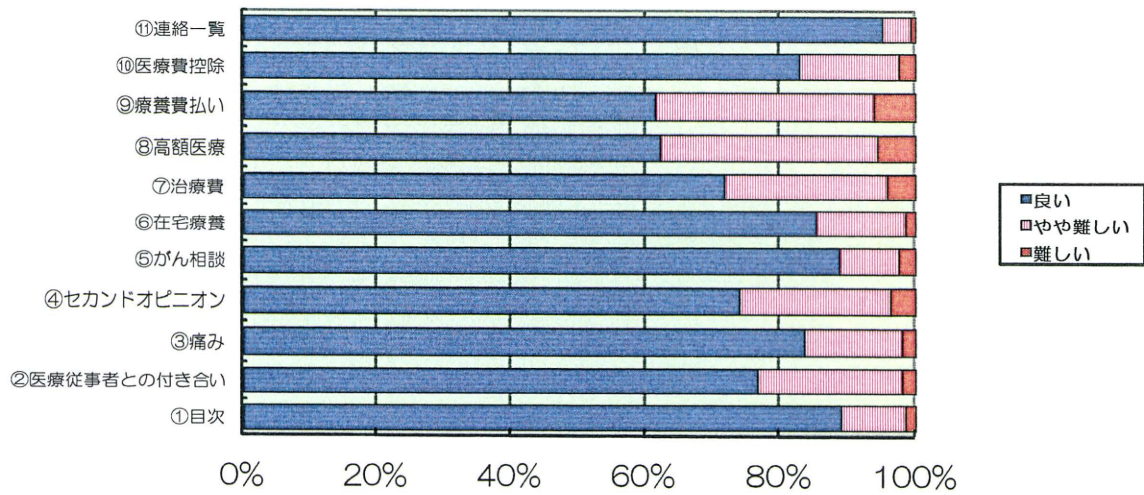


図2 リーフレットの“情報量”

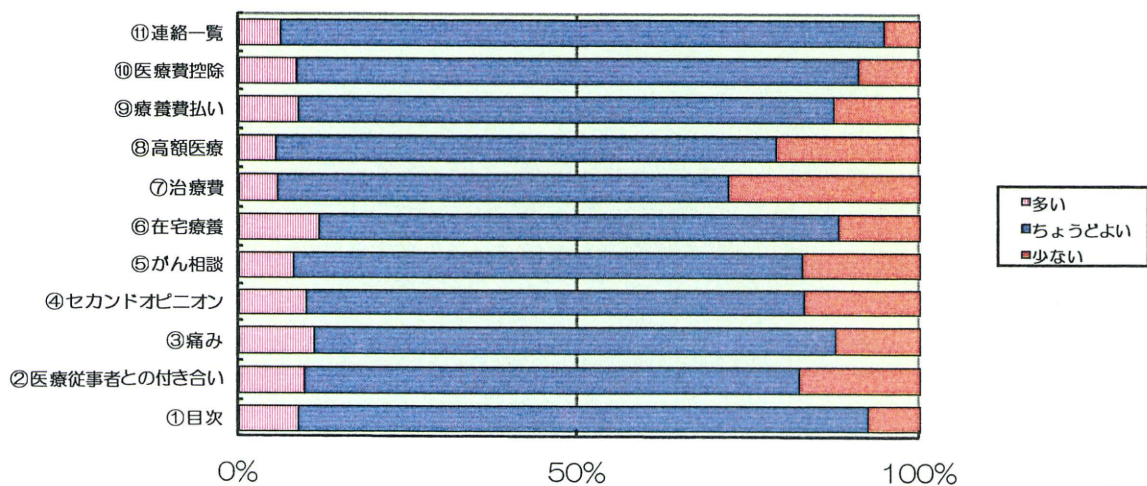


図3 リーフレットが役立つか

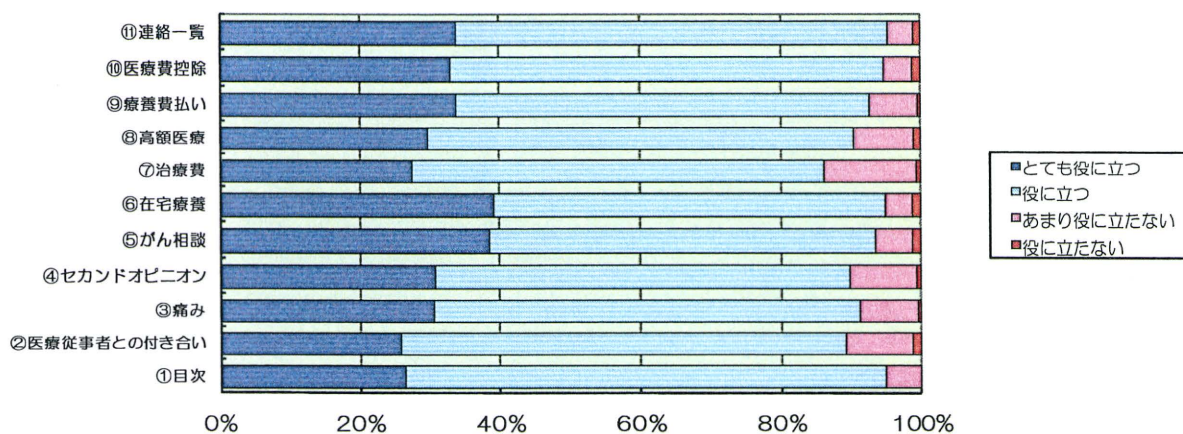
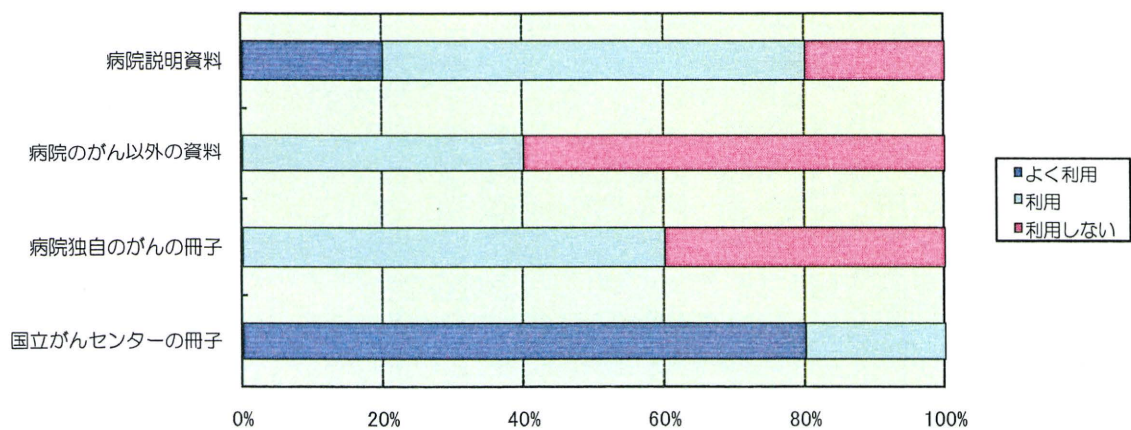


図4 がん拠点病院における各種資料の利用状況



分担課題名 千葉県安房地域の在宅緩和ケア普及に関するバリアの研究

研究分担者 関根龍一 亀田総合病院 疼痛・緩和ケア科 部長代理
 研究協力者 小野沢滋 亀田総合病院 在宅医療部 部長
 三河貴裕 亀田総合病院 がん地域連携室 室長

研究要旨

昨年度の分担研究調査では、安房地域におけるがんの在宅死亡率は約 15.3%¹⁾ と全国平均 7% の約 2 倍であった。この数字は鴨川市の在宅緩和ケア調査における、“がんになった場合に自宅での看取りを希望する住民の割合 13.3%²⁾” とほぼ同等で、今のシステムは現在の在宅看取りのニーズを満たしている可能性が示唆された。この結果より、同地域における緩和ケア普及の次なる課題として、同地域の在宅医療の拠点である在宅医療部と横断的な基本サービスとしての緩和ケア充実を目標に掲げる緩和ケアチームががん地域連携拠点病院に併設している安房地域の特徴を生かしつつ、同地域の各医療施設が在宅緩和ケアに今まで以上に参加しやすいサポート内容を明らかにすることが重要と考えた。今回の調査では、当院とがん診療で連携関係にある南房総地域の 62 施設の医師を対象に、在宅緩和ケアに関する意識調査を行った。今回の調査結果を踏まえ、今後は顔の見える病病連携、病診連携をさらに推進し、緩和ケアチームによる地域緩和ケアコンサルトや地域医師に対する在宅緩和ケアのサポート内容を再度検討し、可能なものから実践していく必要がある。

A. 研究目的

昨年度の研究では、安房地域におけるがんの在宅死亡率はおよそ 15% であり、これは全国平均 7% の約 2 倍であり、全国的には恵まれた在宅緩和ケアの提供体制であることが分かった。この数字は鴨川市の在宅緩和ケア調査における、“がんになった場合に自宅での看取りを希望する住民の割合” 約 13% とほぼ同等で、今のシステムは現在の在宅看取りのニーズをほぼ満たしている可能性も示唆された。スタッフに恵まれた自前の在宅医療部と緩和ケアチームの両者を備えたがん診療連携拠点病院である当院が、南房総地域の在宅緩和ケアの充実のために、地域開業医を含む各医療施設といかに連携し、在宅緩和ケアを普及させるかが今後の課題である。このためには地域医師の在宅緩和ケアに関するニーズや日頃の考えを知り、在宅緩和ケア普及へのバリアの内容を深く理解することが必須である。今回、在宅緩和ケアに関する意識や問題点等について同地域で診療に従事する医師へのアンケートを行い結果を分析した。

B. 研究方法

当院とがん診療に関して連携関係にある、南房総地域の 62 施設の医師を対象に、在宅緩和ケアに関する意識調査を行った。実施は H23 年 2 月で 2 週間の回答期間を設け、匿名

の郵送法でアンケート回収した。

当院では、昨年にごん地域連携室が新設され、南房総地域の各医療施設と顔の見える連携関係づくりの構築にむけて、連携関係の強化を図っている。アンケート実施時点までに、当院地域連携室スタッフが実際に同地域の連携施設を個別訪問し、各施設でどのようながん診療が提供可能なのか、密な情報交換を開始している。連携強化のための個別訪問を済ませた 62 施設を今回のアンケート配布先とした。

(倫理面への配慮) 本研究は匿名でのアンケート調査であり、個人情報保護の観点から倫理的に問題はない。

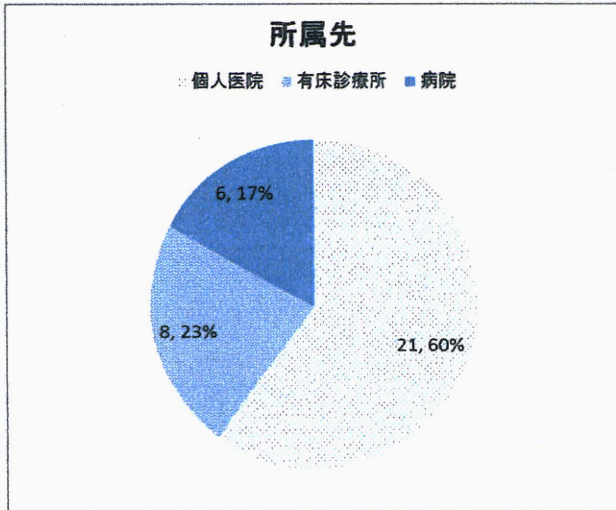
C. 研究結果

62 施設中、35 施設に所属する医師から回答があった。(回答率 56.5%)

Q1-1. 回答者の所属先施設内訳 (表 1、図 1)

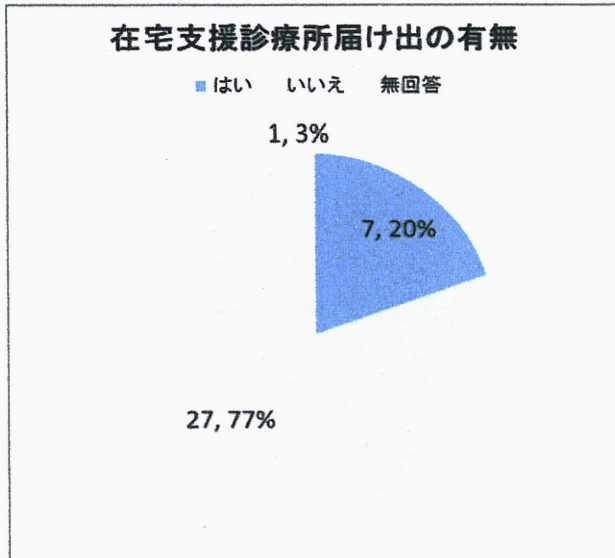
個人医院	21
有床診療所	8
病院	6

<表 1>



<図 1>

Q1-2. 在宅支援診療所届出の有無：
 有り：7 (20.0%) なし：27 (77.1%)
 無回答：1 (2.9%)

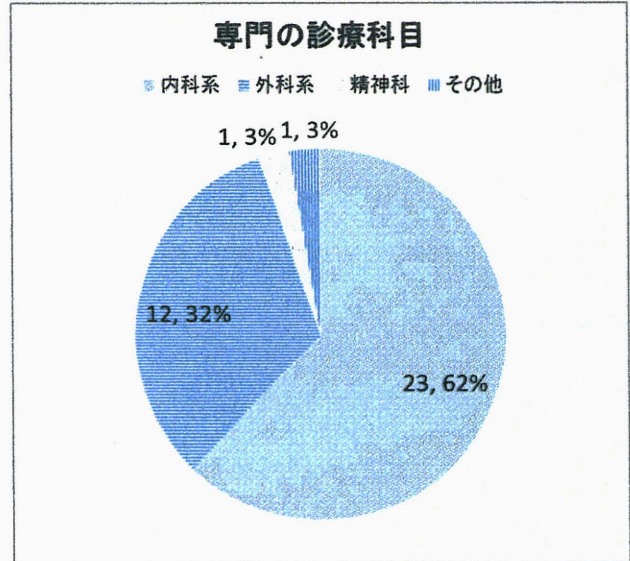


<図 2>

Q1-3. 回答医師の専門診療科目 (表 2、図 3)

内科系	23
外科系	12
精神科	1
その他	1

<表 2 >

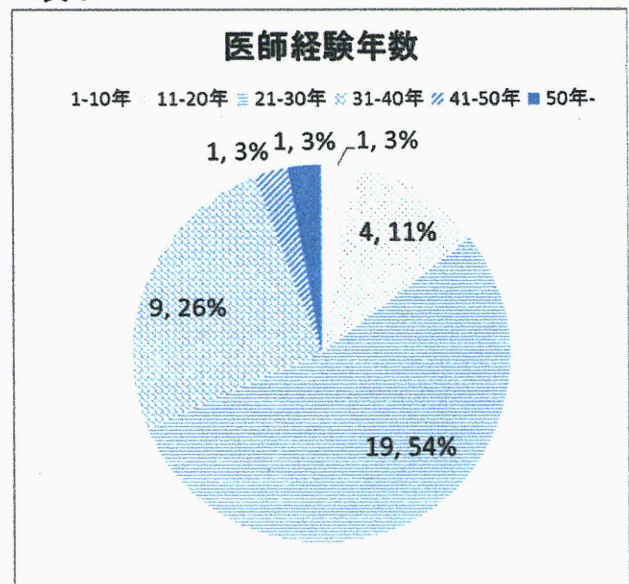


<図 3>

Q1-4. 回答医師の医師経験年数 (表 3、図 4)

1-10年	1
11-20年	4
21-30年	19
31-40年	9
41-50年	1
50年-	1

<表 3>



<図 4>

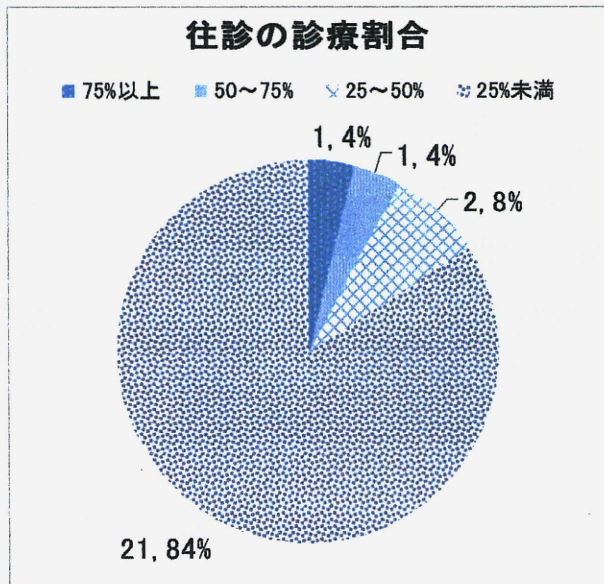
Q2. 日常的な往診の有無

有り 26名 (74.3%) なし 9名 (25.7%)

Q3. 往診が診療全体に占める割合 (労力として)
 (表 4、図 5)

75%以上	1
50～75%	1
25～50%	2
25%未満	21

<表 4>

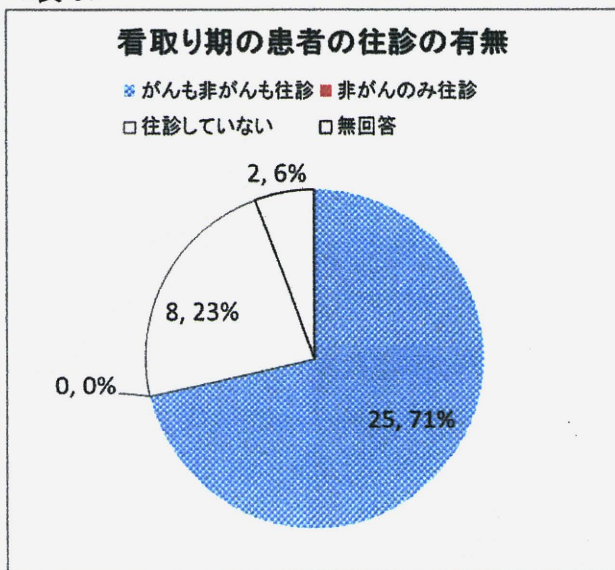


<図 5>

Q4. 看取り期患者の往診の有無
(表 5、図 6)

がんも非がんも往診	25
非がんのみ往診	0
往診していない	8
無回答	2

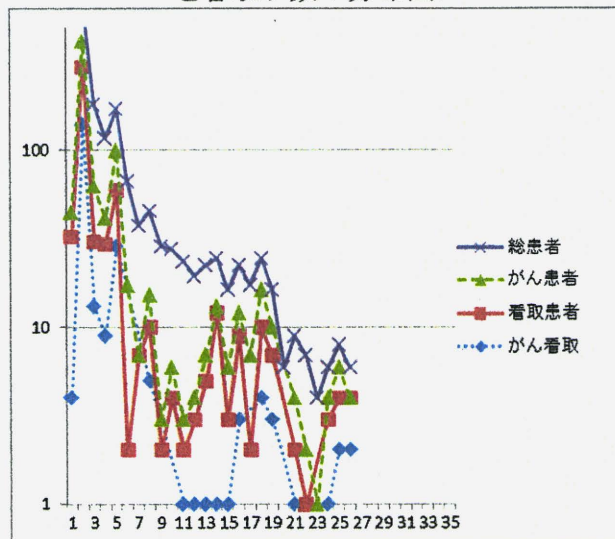
<表 5>



<図 6>

Q5. 昨年一年間に往診患者数、往診したがん患者数、在宅での看取り患者数、がん患者の在宅看取り数は？ (図 7)

<各施設の昨年度の一年間の往診患者数、往診がん患者数、在宅看取り患者数、がん患者の在宅看取り数の分布図>



<図 7>横軸は回答者 1～35 (番号は無作為順不同)、縦軸は患者数 (対数軸)。

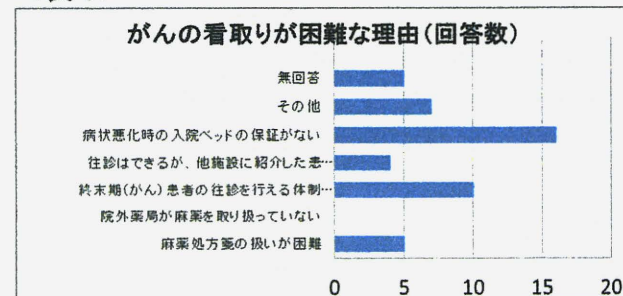
27～35 までは 4 項目とも 0 であった。

年間 1 施設あたりの往診患者総数は 39.8 ± 96.5 人 (平均土標準偏差) (中央値 10)、在宅看取り総数 9.5 ± 27.5 人 (中央値 2)、がん患者の在宅往診総数 8.0 ± 22.0 人 (中央値 1)、がん患者の在宅看取り 6.4 ± 24.1 人 (中央値 0) であった。

Q6. がんの看取りが困難な理由 (複数回答可)
(表 6 と図 7 を参照)

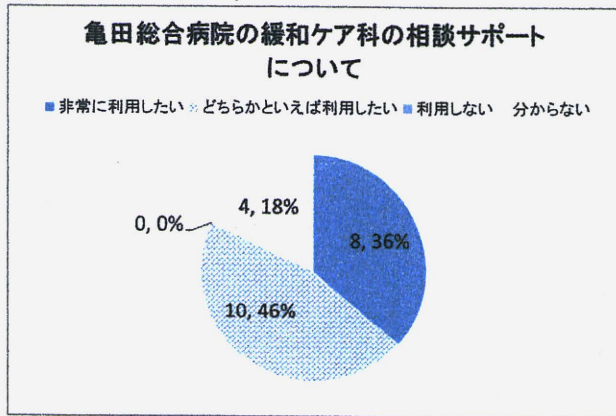
痛みなどの症状コントロールが難しい	6
麻薬処方箋の扱いが困難	5
院外薬局が麻薬を取り扱っていない	0
終末期(がん)患者の往診を行える体制にない	10
往診はできるが、他施設に紹介した患者が自施設に逆紹介されない	4
病状悪化時の入院ベッドの保証がない	16
その他	7
無回答	5

<表 6>



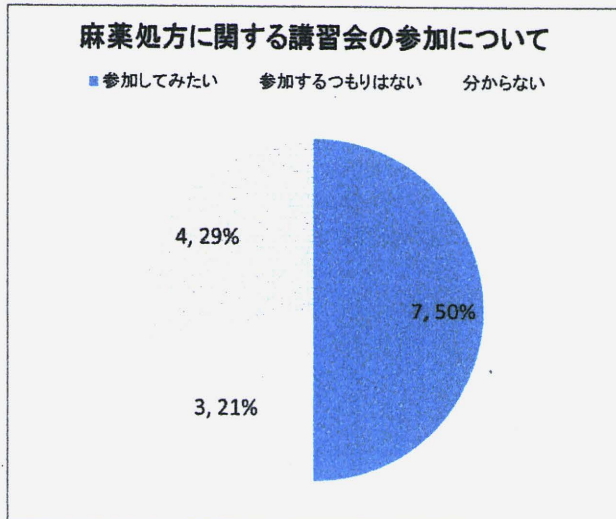
<図 7>

Q7. 亀田総合病院緩和ケア科のサポートを利用したいか？ (図 8)



<図 8>

Q7-2. 麻薬処方に関する講習会に参加したいか？ (図 9)

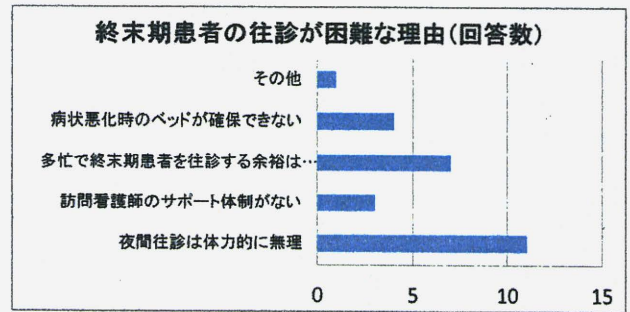


<図 9>

Q7-3. 終末期患者の往診が困難な理由。(表 7, 図 10)

夜間往診は体力的に無理	11
訪問看護師のサポート体制がない	3
多忙で終末期患者を往診する余裕はない	7
病状悪化時のベッドが確保できない	4
その他	1

<表 7>

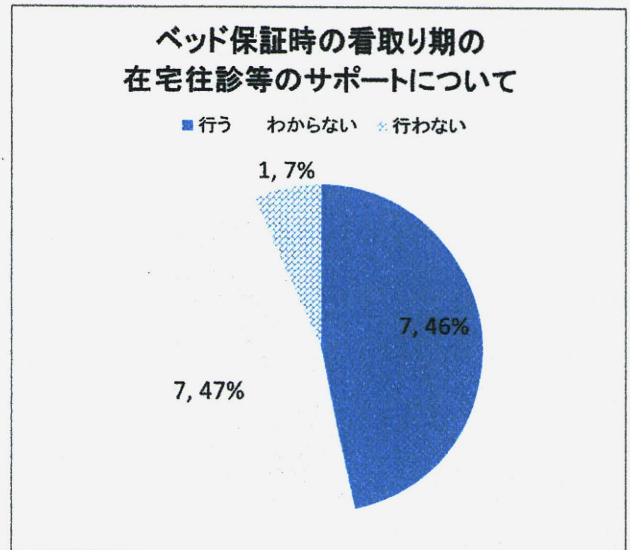


<図 10>

Q7-4. ベッド保証時の看取り期の在宅往診サポートについて (表 8 と図 11 を参照)

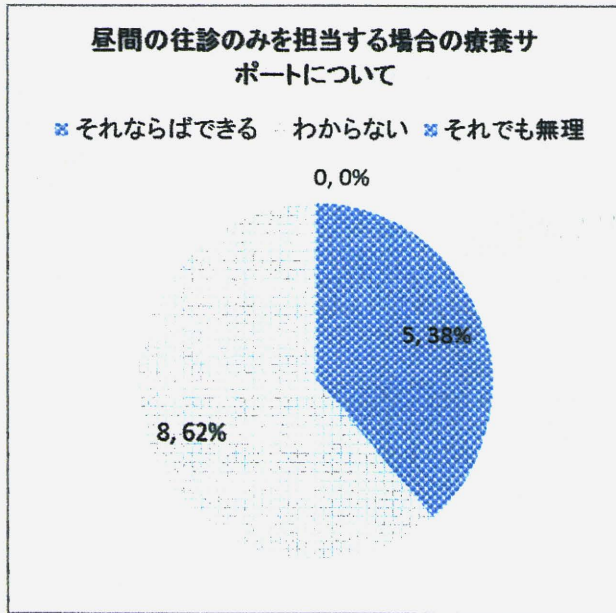
行う	7
わからない	7
行わない	1

<表 8>



<図 11>

Q7-5. 夜間の往診サポートを受けられれば、在宅緩和ケアに参加できるか？ (図 12)

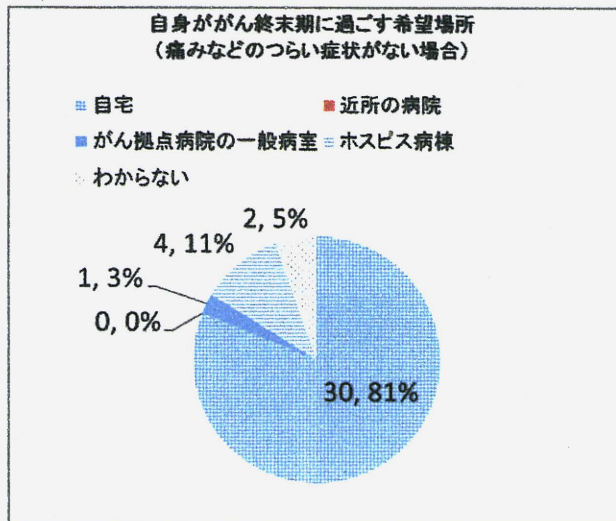


<図 12>

Q8. 痛みなどつらい症状がない場合に、あなた自身ががん終末期の場合に過ごしたい看取りの場は？ (表 9, 図 13)

自宅	30
近所の病院	0
がん拠点病院の一般病室	1
ホスピス病棟	4
わからない	2

<表 9>



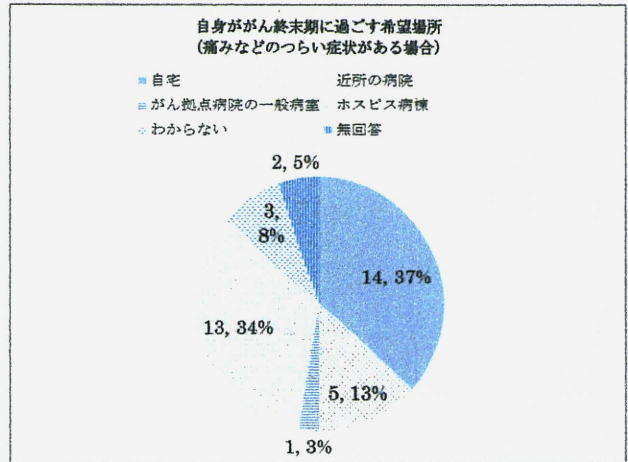
<図 13>

Q9. 痛みなどのつらい症状がある場合に、あなた自身ががん終末期で過ごしたい場所は？ (表 10, 図 14)

自宅	14
----	----

所の病院	5
がん拠点病院の一般病室	1
ホスピス病棟	13
わからない	3
無回答	2

<表 10>



<図 14>

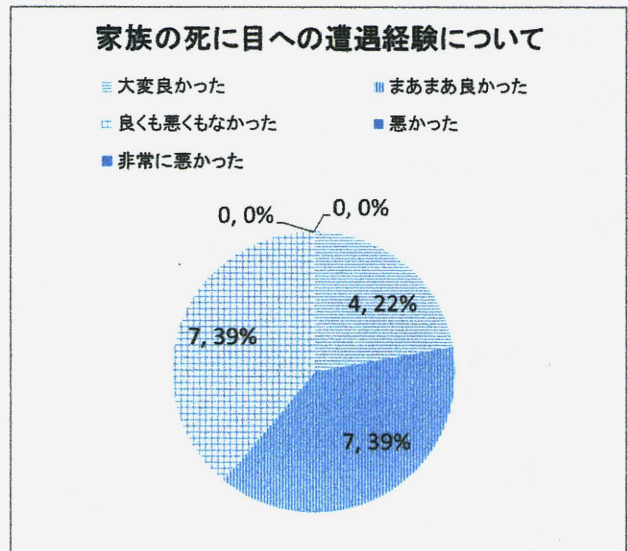
Q10. 自宅で家族の死に目に会った経験はあるか？

ある 18 (51.4%) ない 17 (48.6%)

Q11. Q10 であると答えた方へ。家族の死に目にあった経験はどうだったか？ (表 11, 図 15)

大変良かった	4
まあまあ良かった	7
良くも悪くもなかった	7
悪かった	0
非常に悪かった	0

<表 11>

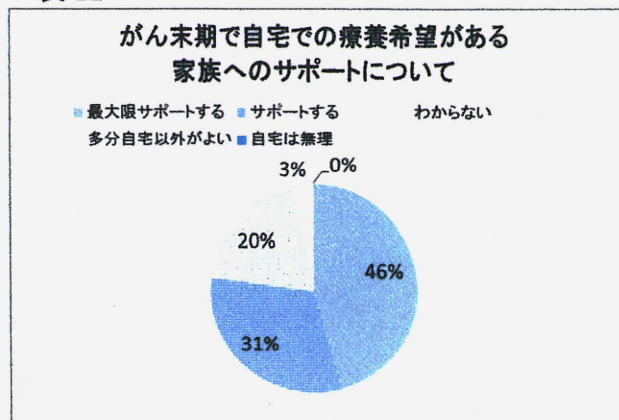


<図 15>

Q12. 在宅看取り希望である患者・家族へサポートを行うか？（表 12、図 16）

最大限サポートする	16
サポートする	11
わからない	7
多分自宅以外がよい	1
自宅は無理	0

<表 12>

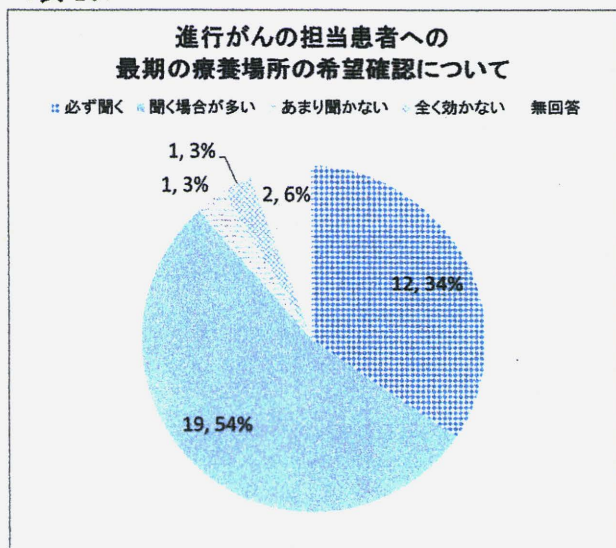


<図 16>

Q13. 進行がんの担当患者に最期の療養場所の希望を確認するか？（表 13、図 17）

必ず聞く	12
聞く場合が多い	19
あまり聞かない	1
全く効かない	1
無回答	2

<表 13>

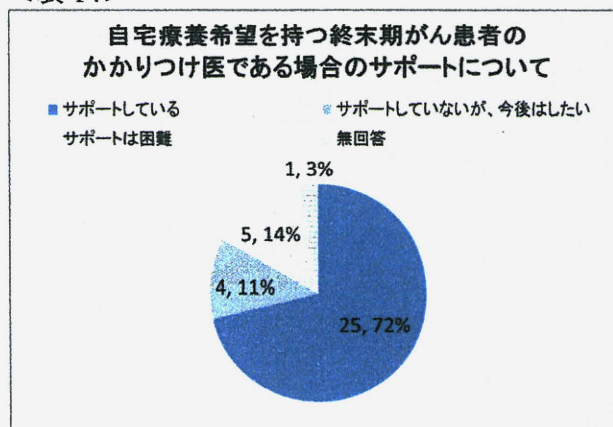


<図 17>

Q14. 在宅療養希望であるかかりつけ患者の場合にサポートを行うか？（表 14 と図 18）

サポートしている	25
サポートしていないが、今後はしたい	4
サポートは困難	5
無回答	1

<表 14>



<図 18>

D. 考察

当院が連携関係をもつ地域医師らの多くは、在宅緩和ケアに意欲的に取り組み、往診を日常的に行う医師が7割以上と少なくなかった。10名以下の年間看取りを行う医師が殆どで、多数の患者を往診している施設は少数であった。予想した通り、在宅緩和ケア、とくに看取りの往診のバリアとしては、夜間往診が体力的に無理であること、多忙で終末期患者の往診体制が整っていないとの意見が最多であり、この点における対策の必要性が明らかになった。また、地域がん診療拠点病院である当院がサポート可能な項目として、地域コンサルテーション、オピオイド処方に関する勉強会等のニーズが存在することが今回明らかとなった。これらについて今後何らかの活動を行うことで、在宅緩和ケアの普及の一助になる可能性がある。

E. 結論

今回の調査を基にさらに顔の見える病診連携、病病連携関係を推進し、今回明らかになった問題点とニーズについて対策を継続して行う必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

書籍：(分担執筆)

関根龍一：PCAポンプで突出痛に対応する
森田達也他 編 秘伝緩和ケアのちょっとした
こつ 青海社 P83-86 2010

(翻訳)

関根龍一：集中治療室における終末期ケア 田
中竜馬 監訳 The Washington Manual of
Critical Care Medicine メディカル・サイエ
ンス・インターナショナル P589-595 2010

(論文)

関根龍一：緩和ケアチームのボランティア ホ
スピス・緩和ケア白書 2010 (財)ホスピス緩和
ケア研究振興財団 P29-32, 2010

関根龍一：特集 がん緩和ケアのチーム医療
地域の機関病院として～院内院外に対して
MEDICO Vol. 41 No. 7, P1-5 2010

田辺瑤子、関根龍一：緩和ケアチームの一員と
してのリハビリテーション 臨床看護 36(4),
534-539, 2010-03

関根龍一、千葉恵子、横田久美他：急性期病院
緩和ケアチームが取り組むリハビリテーショ
ン～亀田総合病院の現状と今後の課題 看護
学雑誌 74(7), 26-32, 2010-07

2. 学会発表

本研究の内容は、今年度の第 16 回日本緩和医
療学会学術大会で発表予定である。

関根龍一：緩和ケア目的のリハビリテーショ
ンが QOL に及ぼす影響に関する前向き観察研究
第 15 回日本緩和医療学会学術大会 ポスター発
表 2010 年 6 月 18 日 東京

関根龍一：急性期病院における除痛率調査
第 15 回日本緩和医療学会学術大会 ポスター
発表 2010 年 6 月 18 日 東京

関根龍一：がん疼痛における PCA の活用
第 44 回ペインクリニック学会総会ワークショ
ップ 2010 年 7 月 3 日 京都

関根龍一：緩和ケアにおける症状マネジメント
千葉県薬剤師会 2010 年 9 月 11 日 千葉

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

参考文献

1) 関根龍一、小野沢滋 千葉県安房地域にお
ける看取りの場の動向に関する調査 (平成 21
年厚生労働省科学研究費補助金事業 がん臨
床研究事業 渡辺敏班長 分担研究報告
P51-55, 平成 22 年(2010 年)4 月

2) 池上直己 地域における終末期ケアと実態
に関する調査研究報告書 (平成 20 年度厚生
労働省 老人保険健康推進等事業) P61, 平成
21 年 2 月

平成22年度 分担研究報告書

分担課題名：がん患者に対する終末期緩和ケア前の病診連携提供体制に関するバリアの分析とその解決策に関する研究

研究分担者：野本靖史 施設名：船橋市立医療センター 職名：緩和ケア内科部長

研究要旨

終末期在宅緩和ケア提供体制を作るに当たり、終末期に入ってから連携には問題があると考えられる。そのため、がん治療期・経過観察期からの連携が重要となると予想される。この、時期の連携に対し、連携元のがん治療医師、連携先の個人診療所医師の意見を求め、連携提供体制に関する障害とその対策について考えた。

一般診療所の医師の意識では、普段からかかりつけでなく、また、専門外のがん患者の診療には躊躇する傾向があった。しかし、普段からかかりつけであり、かつ、自分の専門範囲のがん患者の診察は積極的に行う意見が多かった。また、クリニカルパスがある場合、さらに、がん治療医と双方で定期的に診療していく場合に連携を受諾する傾向があった。終末期在宅医療に関しては概ね好意的であったが、実際となると問題が多いと感じていた。

一方、がん診療に携わる医師の意識では、顔なじみの専門範囲の診療所医師にはクリニカルパスの有無にかかわらず紹介する傾向があった。専門外の診療所医師とはあまり連携しない傾向があったが、クリニカルパスがある場合、さらに、がん治療医も定期的に診療する場合には、連携を依頼する意見が多くなっていた。がん終末期に関しては、在宅療養や緩和ケア病棟などを患者に勧めたいと考えていた。

今回のアンケート調査結果から、がん経過観察期の地域連携、がん終末期の在宅療養連携に関して、顔の見える連携、クリニカルパスの充実、連携しやすい環境作り、両者の積極的な知識・技術の向上が重要であると考えられた。

A. 研究目的

【はじめに】

今回の調査対象地域である船橋市は、千葉県東葛南部2次医療圏（人口約160万人）のほぼ中央に位置する人口約60万人の中核都市である。千葉県東葛南部2次医療圏には“船橋市立医療センター”の他に市川市に“東京歯科大学市川総合病院”，浦安市に“順天堂大学浦安病院”が地域がん診療連携拠点病院として指定されている。

船橋市立医療センターの患者背景では船橋市在住患者がおよそ85%を占めている。また、船橋市内には船橋市立医療センターの他にいくつかの消化器系がんの治療を行っている病院があるが、船橋市立医療センターは5大がんをはじめ各種のがんの手術、化学療法、放射線療法を行っており、また、緩和ケア病棟を有しがん治療の中心的役割を担っている。

船橋市立医療センターで治療を受けた患者で終末期を迎えた患者のうち約35%、140名/年

が他院（在宅療養を含む）にて診療を受けていると推定される（推定がん死亡者数400名/年-当院でのがん死亡者数260名/年から）。当院では全ての再発患者に対応することは不可能であり、また、在宅療養など地域での診療を希望する患者もおり、有機的な連携対策が求められている。

【目的】

がん患者において、終末期となった際に突然“がん診療医”による診療から“地域の医師”による診療へ移行した場合、患者に戸惑い、不安、不信感などが生じることがある。また、依頼を受けた地域の医師にも患者との十分な関係作りがされる間もなく急速に進行する病状に対処しなければならない事もある。従って、終末期以前からの地域連携が重要となると予想される。そこで、終末期ではない治療期あるいは経過観察期のがん患者において、がん診療を行っている医師から地域において診

療を行っている医師にどの程度連携をとることが可能であるかの検討を行う。

B. 研究方法

“一般診療所の医師” “がん診療に携わっている医師” にそれぞれ調査用紙（資料 1）を配付し回収する。

一般診療所の医師：船橋市医師会に所属しており内科，外科，泌尿器科，産婦人科を標榜している個人開業医 160 名

がん診療に携わっている医師：船橋市立医療センター医師（外科，呼吸器外科，消化器内科，呼吸器内科，泌尿器科，産婦人科）31 名

【調査用紙の内容】

以下の設定・条件は配布したアンケートの内容を簡略化して示したものである。

一般診療所医師に対するアンケート

設定 I，条件と質問：

がん治療が終わった後の患者さんの経過観察についての質問です。この状況は、ある例を示しています。このような状況の場合どうしたいかを考えてお答えください。

「患者さんは一通り治療が終わりました。しばらくは入院や大きな検査は必要なく、1 か月に 1 回、外来で採血・レントゲン検査および内服抗がん剤の投与を行うことになりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。」

条件：

条件 1 普段かかりつけでなく、また、この患者のがんについて専門外。（消化器専門の先生に対する肺がん，産科が専門の先生に対する子宮がんなど）

条件 2 かかりつけではないが、患者のがんについて専門。

条件 3 かかりつけ患者だが、患者のがんについて専門外。

条件 4 かかりつけ患者であり、かつ患者のがんについて専門。

条件 5-8 条件 1-4 に加えて、きちんとしたクリニカルパスが作成されていてそれに従って 1 か月毎に診療する。

条件 9-12 条件 5-8 に加えて、6 か月毎に医療センターで診療を行うが、クリニカルパスに従って 1 か月毎に診療する。

質問：先生は今後どうされたいですか？

1. 自分が診てあげたい

2. 断りたい
3. その他（自由意見）

設定 II-1（終末期在宅医療の質問）：

余命 6 か月以下と考えられる状況になってしまいました。痛みは薬でかなり抑えられています。しかし、体力が低下して食事もし少し取れません。また、家族に支えてもらえればなんとかトイレに行くこともできます。しかし、外来通院はかなり厳しい状況です。患者さんはなるべく自宅で過ごしたいと言っています。

質問：この場合どのようにされたいですか？

1. 訪問診療（往診）をしてあげたい
2. 往診は難しいので外来診療なら行う
3. 訪問診療を行っている知り合いの先生を紹介する
4. 病院への入院を勧める
5. その他

設定 II-2（終末期在宅医療の質問）：

質問：在宅緩和ケアについてどのように考えておられますか？（複数回答可）

1. 在宅緩和ケアを患者さんと家族に積極的に勧めたい
2. どちらかという在宅緩和ケアは勧めない
3. 在宅緩和ケアを積極的に行いたい
4. どちらかという在宅緩和ケアには興味がない
5. 入院から在宅に移行するには手続きがかなり面倒である
6. 入院か在宅継続かの見極めが難しい
7. 24 時間 365 日連絡可能というのは困難である
8. 在宅診療を行っている診療所間での連携が重要である
9. 在宅診療に特化した診療所の開設を望む
10. 訪問看護ステーション、介護事業所などの連携が難しい
11. その他自由意見

がん診療に携わっている医師に対するアンケート

設定 III，条件と質問：

がん治療が終わった後の患者さんの経過観察についての質問です。この状況は、ある例を示しています。このような状況の場合どうしたいかを考えてお答えください。

「患者さんは一通り治療が終わりました。しばらくは入院や大きな検査は必要なく、1 か月に 1 回、外来で採血・レントゲン検査・内服抗

がん剤の投与を行うことになりました。患者さんは、医療センターは遠いし、待ち時間も長いので近くの診療所の先生に診てもらいたいと言っています。」

条件：

条件 1 近医はがんが専門ではない。(高血圧や糖尿病が専門など)

条件 2 近医はこの患者のがんが専門であるが、その先生の顔や経験を知らない。(胃癌に対する消化器科など)

条件 3 近医はこの患者のがんが専門であり、かつその先生の顔や経験をよく知っている。

条件 4-6 条件 1-3 に加えて、きちんとしたクリニカルパスが作成されていてそれに従って 1 か月毎に診療する。

条件 7-9 条件 4-6 に加えて、6 か月毎に医療センターで診療を行うが、クリニカルパスに従って 1 か月毎に診療する。

質問：先生は今後どうされたいですか？

1. 患者さんを説得して自分で診る
2. 診療情報書を書いて患者さんの希望通り近医で診てもらおう
3. その他 (自由意見)

設定IV-1 (終末期在宅医療の質問)：

余命 6 か月以下と考えられる状況になってしまいました。痛みは薬でかなり抑えられています。しかし、体力が低下して食事もしろくか取れません。また、家族に支えてもらえればなんとかトイレに行くこともできます。しかし、外来通院はかなり厳しい状況です。患者さんはなるべく自宅で過ごしたいと言っています。

質問：この場合どのようにされたいですか？

1. 自分の外来を何とか受診してもらおう
2. 自分の病院に入院してもらおう
3. 緩和ケア病棟あるいは療養型の病院に入院してもらおう
4. 在宅診療を行っている診療所の先生に依頼する
5. その他

設定IV-2 (終末期在宅医療の質問)：

質問：在宅緩和ケアについてどのように考えておられますか？ (複数回答可)

1. 在宅緩和ケアについて患者さんと家族に積極的に勧めたい
2. 患者さんが希望されれば勧めたい
3. どちらかという在宅療養の先生には任せたくない
4. 入院から在宅に移行するには手続きがかな

り面倒である

5. いつ再度入院希望となるかわからないのが問題点である

6. その他 (自由意見)

(倫理面への配慮)

診療所医師、がん診療医、それぞれのアンケートは無記名とし、また、個人が特定できないような回収方法、分析処理方法、公表方法を採用する。

C. 研究結果

【回収結果】

一般診療所医師に対するアンケートでは回収数 62 (うち無効回答 2)、回収率 38.8%であった。がん診療に携わっている医師に対するアンケートでは回収数 13、回収率 41.9%であった。

【一般診療所医師の意識】

医師歴では 31 年以上が 51% とベテラン医師が多かった (Fig. 1)。診療科では内科 48%、消化器科 25%、外科 13% などであった (Fig. 2)。

次いで設定 I において診療すると答えた診療所の医師の割合は、条件 1-4 では、かかりつけでもなく専門外の場合は 33% であり、かかりつけではないが専門範囲の場合は 57%、かかりつけであるが専門外の場合は 55%、かかりつけでありかつ専門範囲の場合は 77% であった (Fig. 3)。

クリニカルパスがある条件 5-8 では、かかりつけでもなく専門外の場合は 38% であり、かかりつけではないが専門範囲の場合は 58%、かかりつけであるが専門外の場合は 65%、かかりつけでありかつ専門範囲の場合は 77% であった (Fig. 4)。

クリニカルパスがありかつがん診療医も診療を行う条件 9-12 では、かかりつけでもなく専門外の場合は 47% であり、かかりつけではないが専門範囲の場合は 67%、かかりつけであるが専門外の場合は 70%、かかりつけでありかつ専門範囲の場合は 80% であった (Fig. 5)。

かかりつけでもなく専門外の場合について比較したところ、条件 1 では 33% であったが、クリニカルパスがある場合 38% に上昇し、さらにがん診療医も診療を行う場合は 47% となった (Fig. 6)。

かかりつけでありかつ専門範囲の場合について比較したところ、条件 4 では 77% であったが、クリニカルパスがある場合でも 77% で変わらず、さらにがん診療医も診療を行う場合は

83%であった (Fig. 7)。

自由意見では

- ・ 患者側に大病院志向があるのが問題
- ・ 大病院側に専門外の診療所医師にゆだねることに危惧していることが問題
- ・ 急変時に病院の受け入れ体制が整っていないのが問題 (後方支援ベッド)
- ・ 時間外の対応は困難。24時間体制ではない。
- ・ 専門外のがん診療のポイントがわからない
- ・ 急速に変化する患者の状態には対応不可能
- ・ 高齢のため新しいことは困難
- ・ 病院側がきちんと診療していないことが問題
- ・ 抗がん剤やオピオイドの処方できない
- ・ 一方的な押しつけのような依頼が問題
- ・ 患者側が診療所に大病院と同じ事を要求するのは問題

などの意見がそれぞれ複数あった。

設定Ⅱ-1 (終末期在宅医療の質問) の結果は、訪問診療を行う 35%, 訪問診療を行っている他の医師を紹介する 27%, 病院への入院を勧める 20%などであった (Fig. 8)。

設定Ⅱ-2 (終末期在宅医療の質問) の結果は「在宅緩和ケアを勧める」意見が比較的多く、「勧めない」「興味がない」「手続きが面倒」などの否定的意見は少なかった。しかし、「積極的に行う」医師は少なく、「常時連絡可能な状態を維持することは困難」と思っている医師が多かった (Fig. 9)。

自由意見では

- ・ 終末期緩和ケアでは十分な施設・人員を配備すべきである
- ・ 介護力の少なさが問題
- ・ 介護する家族のことを思うと入院を勧める
- ・ 緩和ケアに対する知識が少ない
- ・ 必要時の入院体制の確立を望む
- ・ 一診療所では対応困難

などの意見があった。

【がん診療に携わる医師の意識】

医師歴では各年代ともほぼ平均していた (Fig. 10)。診療科では消化器外科 31%, 産婦人科 23%, 呼吸器内科 15%などであった (Fig. 11)。

次いで設定Ⅲにおいて近医を紹介すると答えたがん治療医の割合は、条件 1-3 では、専門外の近医に対しては 38%, 専門範囲の近医に対しては 62%, さらに顔見知りの近医に対しては 85%であった (Fig. 12)。

クリニカルパスがある条件の条件 4-6 では、

専門外の近医に対しては 54%, 専門範囲の近医に対しては 69%, さらに顔見知りであれば 85%であった (Fig. 13)。

がん治療医も定期的に診療する条件の条件 7-9 では、専門外の近医に対しては 69%, 専門範囲の近医に対しては 77%, さらに顔見知りの近医に対しては 85%であった (Fig. 14)。

専門外の近医に対してどの程度連携するか比較したところ条件 1 では 38%であったが、クリニカルパスがある場合には 54%, さらに自分も定期的に診療する場合には 69%と連携すると答えたがん診療医が増えていた (Fig. 15)。

また、専門かつ良く知っている近医に対してはクリニカルパスがあっても、無くても、さらに自分も定期的に診療しても、しなくても変わらず、85%のがん診療医が近医と連携すると答えていた (Fig. 16)。

自由意見では

- ・ 診療所医師の技量の差が大きすぎる。診療所医師に求めるレベルに達していない場合がある
 - ・ 状態変化時にすぐ送り返される
 - ・ クリニカルパスと一緒に勉強する必要がある
 - ・ 患者側に大病院志向がある (診療所を希望しない)
 - ・ 内服の抗がん剤であっても自分が診た方が安心
 - ・ 往診医はほとんどいないと認識している
- などの意見が認められた。

設定Ⅳ-1 の結果は、自分の外来で診る、自分の病院に入院してもらおうと答えたがん診療医は一人もおらず、緩和ケア病棟あるいは療養型病院への入院を勧めるが 27%, 在宅療養を勧めるが 73%であった (Fig. 17)。

設定Ⅳ-2 の結果は、在宅療養を積極的に患者に勧める、患者が希望すれば勧めるという意見が多かった。一方、在宅療養の先生には任せない、手続きが面倒、再入院が障害などの否定的意見は少なかった (Fig. 18)。

自由意見では

- ・ 在宅療養を行うには現在の家族形態では困難 (独居, 老老介護, 若年世代が全て就労中など)
- という意見があった。

D. 考察

がん患者の終末期以前の経過観察期における一般診療所医師による定期的経過観察につ

いて、一般診療所医師とがん診療に携わる医師との間で意識の相違を検討することによって、連携の障害となる問題点が明らかになると推測される。このため様々な条件下での意識を見るアンケート調査を行ったところ、両者の間に意識の相違が見られ、連携の妨げになると考えられた。これらを解決することにより、スムーズな連携に役立つ可能性があると思われる。

一般診療所の医師の意識を要約すると、普段からかかりつけでない患者、また、自分の専門範囲外のがんの患者の診療には躊躇する傾向があった。しかし、普段からかかりつけであり、かつ、自分の専門範囲のがん患者の診察には積極的に行うとする意見が多かった。きちんとしたクリニカルパスが定められており、クリニカルパスに従って検査や投薬を行う場合には連携を受諾する傾向があった。さらに、がん診療医と双方がクリニカルパスに従って定期的に診療していく場合（ダブル主治医制）では連携を受諾する傾向が強かった。

終末期在宅医療に関しては概ね好意的であったが、実際に自分が行うこととなると問題が多いと感じていた。つまり、24時間連絡が取れる体制が困難であると感じており、終末期在宅緩和ケアは知識や経験の問題から尻込みする意見が多く、さらにはオピオイドの投薬が不可能とする意見も複数見受けられた。また、終末期には様々な対応困難な症状が急速に進行することがあることから、在宅緩和ケアはそれに特化した診療所が開設され、その診療所に任せることが望ましいという意見も多かった。

一方、がん診療に携わる医師の意識を要約すると、顔なじみの専門範囲の診療所医師にはクリニカルパスの有無にかかわらず紹介する傾向があった。一方専門外の診療所医師とはあまり連携しない傾向があったが、クリニカルパスがある場合、さらに、がん治療医も定期的に診療する場合（ダブル主治医）には、連携を依頼する意見が多くなっていた。

がん終末期に関しては、在宅療養や緩和ケア病棟などを患者に勧めたいと考えていた。終末期の患者のQOLを考えると、患者側の希望が叶えられる方法として専門医による在宅緩和ケアや緩和ケア病棟を良い方法と考え、がん診療医としてはがん治療に力を集中したいという気持ちの表れではないかと考えられた。

自由意見では、がん診療医は一般診療所医師の技量不足あるいはばらつきを問題点としてあげ、一般診療所医師も専門外のことに対する不安を上げていた。これを解決する方法として、きちんとしたクリニカルパスが作成され、かつ、

両者が内容を共有できるよう検討会などを開催することが重要であると考えられた。

全く知らない医師との連携を躊躇するのは当然と考えられるが、これを解消するためお互いを知り合える場のセッティングが必要であり、かつ、知識・技術の向上の場になることが望ましいと考えられた。

終末期緩和ケアについては、患者に関わる十分な時間を取る必要があること、また、様々な身体的・精神的症状や社会的問題、スピリチュアルな表出に対処する必要があることなどから専門性があると判断し、緩和ケア専門である緩和ケア病棟や在宅緩和ケアを専門とする医師に委ねるのが良いという意見が一般診療所医師、がん診療医双方から見られていた。緩和ケア病棟や在宅緩和ケア専門医の数は少なく、必要とする全ての患者に対応できないのが問題であり、患者側の希望を叶えるためには一般診療所医師やがん診療医も関わらざるを得ないのが現状である。

E. 結論

がん経過観察期の地域連携、がん終末期の在宅療養連携に関して、顔の見える連携、クリニカルパスの充実、連携しやすい環境作り、両者の積極的な知識・技術の向上が重要であると考えられた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

近々発表予定である。

2. 学会発表

第138回船橋市医師会船橋市立医療センター合同研修会(H23.2)にて発表。

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他



Fig. 1 診療所医師の医師歴分布

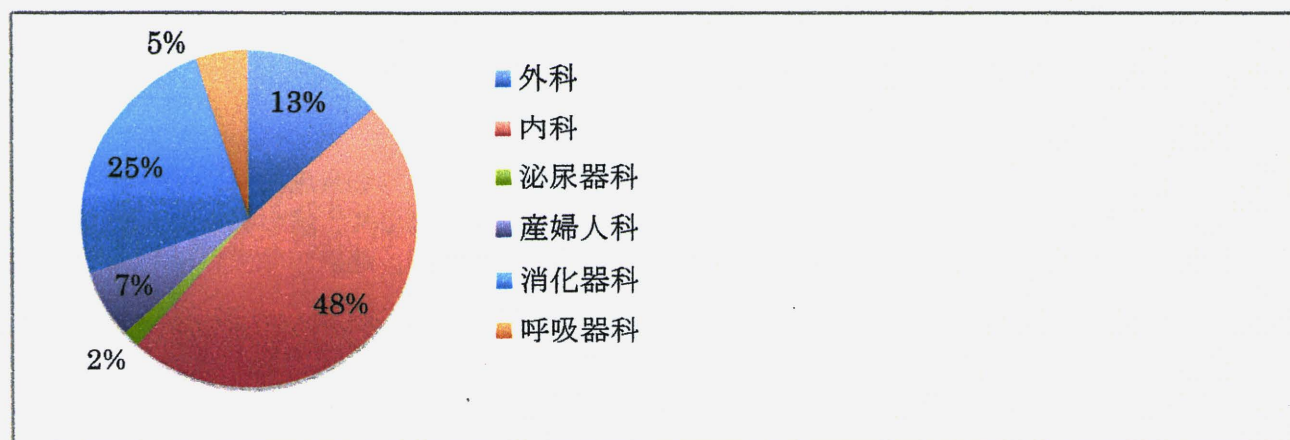


Fig. 2 診療所医師の診療科別割合

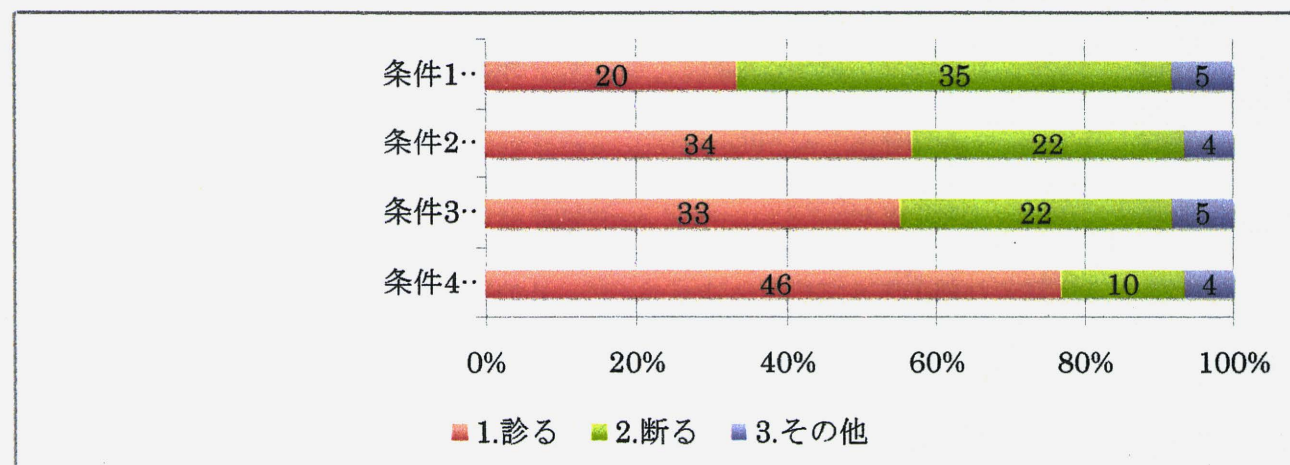


Fig. 3 条件1～4

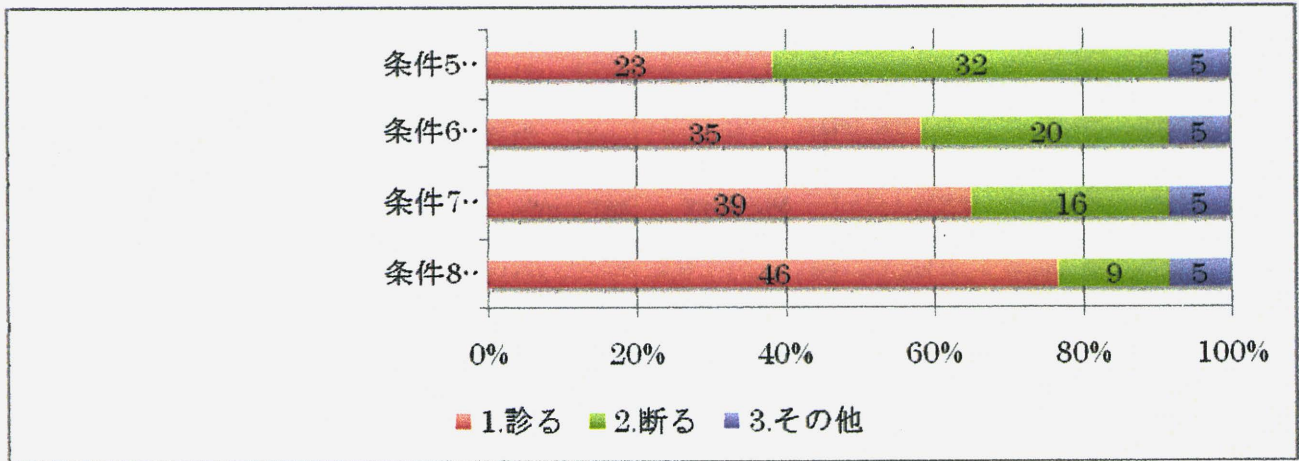


Fig. 4 条件5～8 (クリニカルパスがある場合)

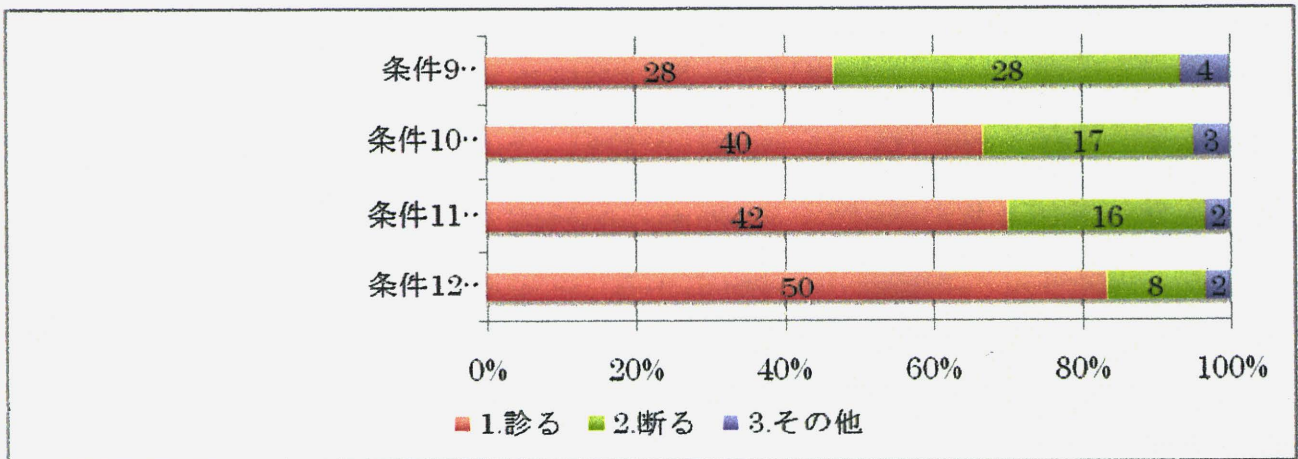


Fig. 5 条件9～12 (クリニカルパス かつ ダブル主治医)

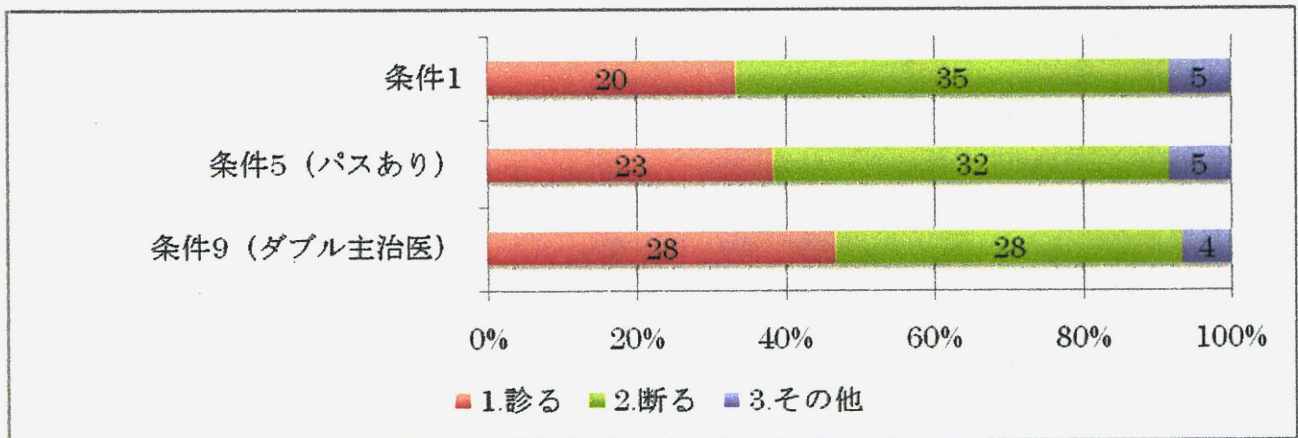


Fig. 6 かかりつけでなく かつ 専門外の場合

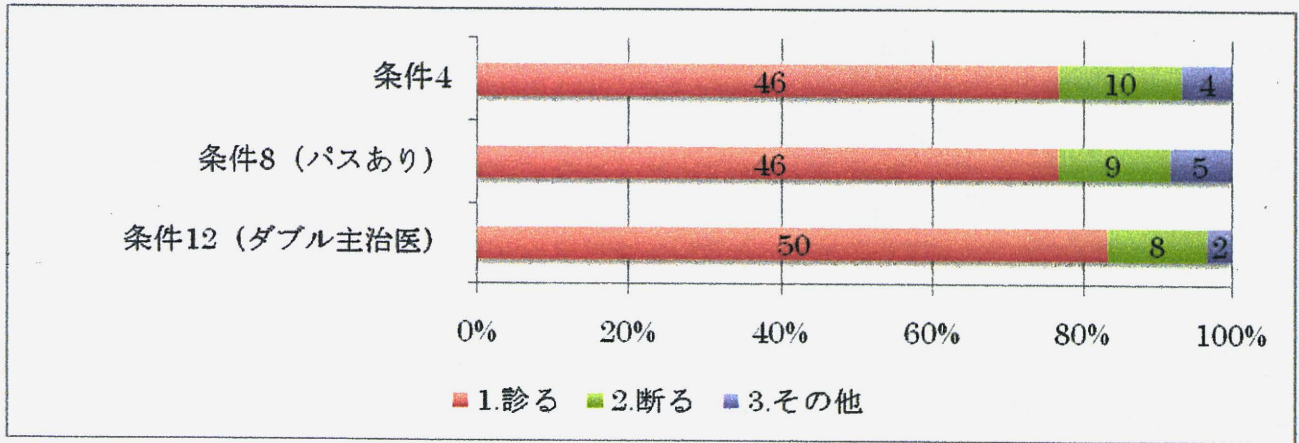


Fig.7 かかりつけであり かつ 専門範囲の場合

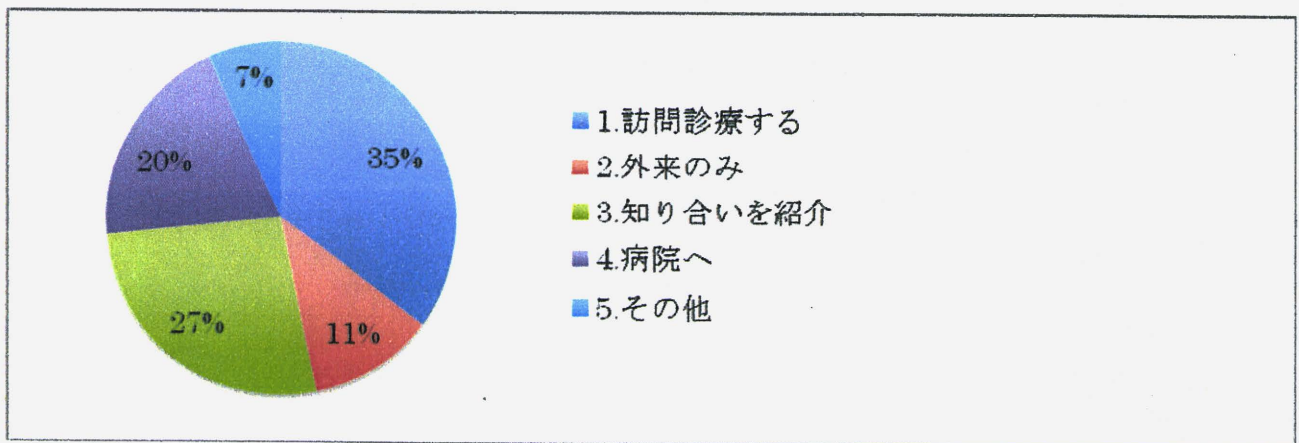


Fig.8 診療所医師の終末期在宅療養希望患者に対する意見

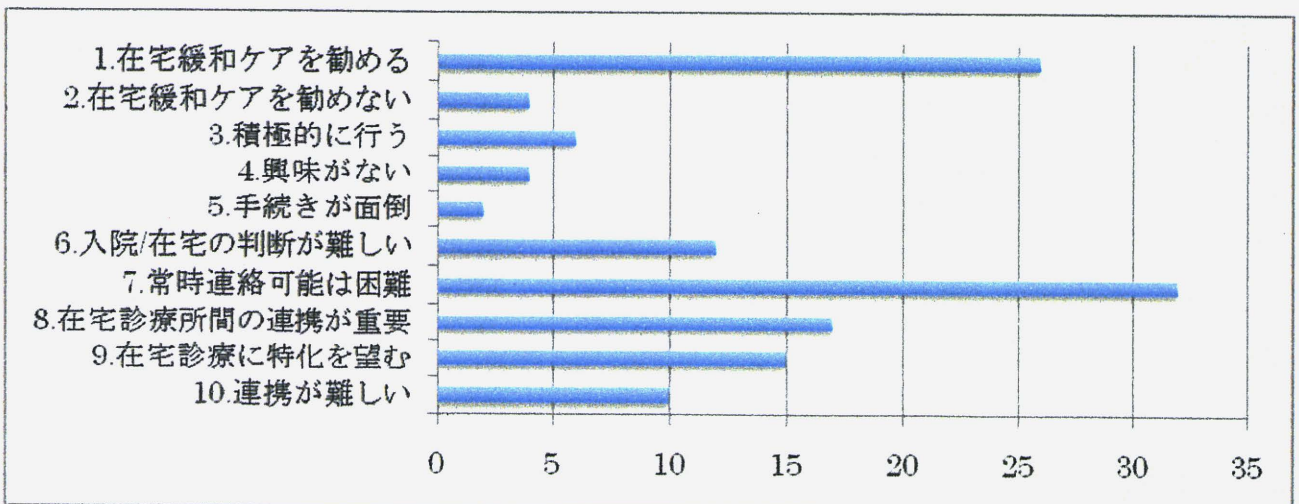


Fig.9 診療所医師の終末期在宅療養に対する意識 (n=60)



Fig. 10 がん診療医の医師歴分布



Fig. 11 がん診療医の診療科別分布

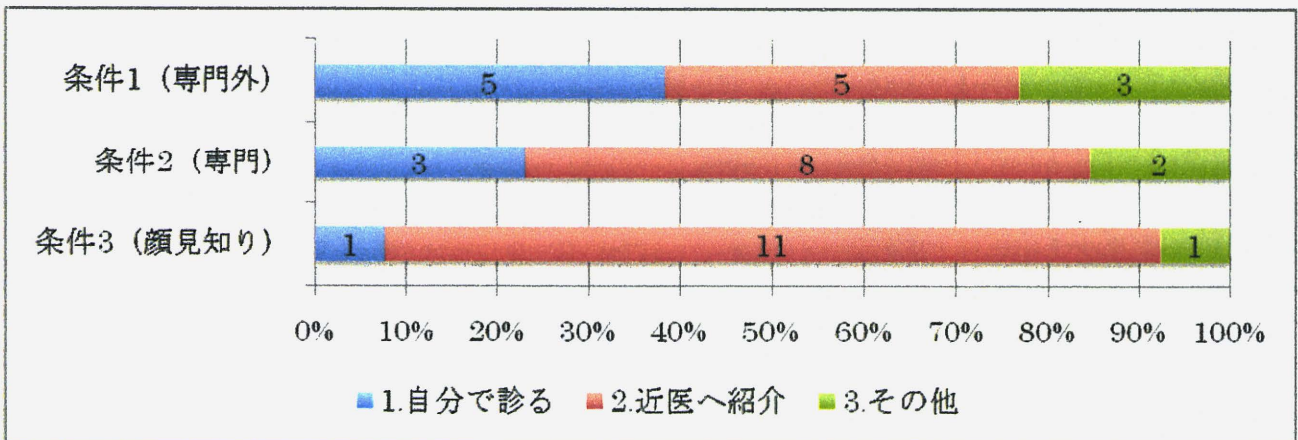


Fig. 12 条件1～3