

X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク

2. 岡山市における緩和ケアの地域連携—緩和ケア岡山モデル

加藤 恒夫

(かとう内科並木通り診療所)

はじめに

がん対策基本法による診療体制整備の一環として2008年に厚生労働省は「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の策定」において、地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）の整備を拠点病院に義務づけた。この状況下で、今後必要とされることは、地域の受け皿であるプライマリケアチームのがん診療機能を高めること、およびがん連携診療において必然的に生じる在宅緩和ケアの体制を整備し、(拠点)病院と地域の連携機能を高めることであろう。本稿では、この点を主眼に「緩和ケア岡山モデル」のその後の展開の状況と今後の課題を記す。

私たちの診療スタイル

岡山モデルが全国的に通用する普遍性を持つかどうかを判断してもらうために、まず当院の概要を紹介する。

筆者は1979年（昭和54年）、地域医療を実践することを目的として19床の有床診療所を開設した。その後、1992年に岡山地域を中心に緩和医療研究会の組織化に参画した（これは医師だけの組織で、会員が約200名、日本緩和医療学会より2年早い誕生だった）。また、がん電話相談窓口がボランティアベースとして開設されるのを支援した。

そして1997年4月、わが国で32番目（中四国地域では初）の緩和ケア施設を在宅ケアの基地として開設した。その後、地域連携による在宅緩和ケアを運営する過程で、「緩和ケア施設は要らない」という結論に至り、2001年末に同施設を閉

鎖した。現在では、再び有床診療所として機能している。

筆者らの診療所の常勤医は4名（筆者、後期研修6年目の医師、循環器専門医、泌尿器専門医）。泌尿器科医は、高齢者医療や終末期医療には必ず伴う排尿障害において大活躍している。

筆者らの診療所の最大の特徴は、13床の医療病床と6床の療養病床の存在であり、またさまざまな在宅ケア資源を併設していることである（訪問看護ステーション、居宅支援事業所、通所リハビリテーション、地域包括支援センター）。つまり、当院では、外来（在宅）と入院、そして医療保険と介護保険の双方からアプローチができ、両方の問題点を知ることができる。

その他に特記しておきたい点は、ボランティア事務局の存在である。専属事務員を1人おき、約70名のボランティアが地域貢献を目指して活動している。

① 緩和ケア病棟を閉じて

緩和ケア病棟を閉じた効果は、第1に、診断期・治療期・終末期のすべてのステージの患者をみるようになるようになったことであろう。緩和ケア病棟時代は、当院は地域社会で「死ぬ場所」として認識されていた。閉鎖してからそれが払拭されるまで、10年の歳月が必要だった。

第2に、地域医療の視点より、がん以外の疾患に対する緩和ケアの重要性に気づくことができたこと、第3に、緩和ケアを患者の生活の中で活かす工夫をするようになったことであろう。

② がん治療の各ステージにおける在宅緩和ケア

次に、今後の課題である「がん地域連携」の実例を示し、在宅サポートチーム（拠点病院における「緩和ケアチーム」に相当）の役割を紹介する。

1. 治療支援

Aさん、62歳、進行膵がんの女性患者の診療支援の例である。幽門狭窄による摂食不能で発症し、当院から拠点病院に紹介した。まず、岡山大学病院で胃空腸吻合術を行い、2週間に1度の化学療法も同病院で開始した。そして放射線治療は、当院近くのA病院に毎日通院して行った。つまり、2つの病院の外来ベースで治療した。そして、日常生活維持と症状緩和をわれわれ（在宅サポートチーム）が行った。

2. 治療からの撤退支援

Bさん、51歳、食道がん、男性。家族は妻と、東京で在学中の19歳の長女、10歳の男児と父親。縦隔転移、骨転移など多発転移がひどくて治療効果がなく、苛立ちがひどくなって精神的に落ち込んできた。課題は、積極的治療からどのように撤退するか。患者の希望は、「病院とつながりたい」ことである。サポートチームの役割は、病院との窓口を開いておき、ご本人の現実と希望のずれを修正することと、家族に患者の現状を説明し、Bさんの苛立ちとの付き合い方をアドバイスすることだった。

Bさん宅は当院から遠距離であったために、自宅近くの訪問看護ステーションにケアの実践を、また近くの開業医に日々の診療を依頼した。サポートチームの役割は、ケア調整と症状緩和、本人・家族の苛立ちと不安への対処だった。その後、Bさんは治療からの撤退を自ら決断した。

ここでは、特に「治療撤退期の緩和ケア」の重要性を強調しておきたい。筆者らはこのような支援を多数実施している。

3. 迅速対応

Cさん、73歳、乳がん、女性。多発性肝・骨転移があり、外来化学療法を受けていたが、自宅で突然、痛みが出現。「苦しくて動けない」と、某病院腫瘍センターの化学療法チームからわれわれ在宅サポートチームに出勤要請があった。筆者

らはその日の夜、通常診療を終えた後に自宅を訪問した。傍には、小学生の2人のお孫さんがいた。往診の帰りの車中から近隣の開業医師と訪問看護ステーションに電話し、帰院するまでに在宅ケアチームの編成を完了した。そして、Cさんは2週間後、ご自宅で息をひきとられた。

③ 第2の患者としての家族—誰がどこでケアするのか

以上の3つの事例には共通の問題がある。第1に、抗がん治療中からの緩和ケアを誰が提供するのか。第2に、ご家族、とりわけ子どものケアを誰が担うのか。第3に、急変に対してはどこで、誰が診るのか、である。これらの解決抜きにしては、地域連携パスは現実の手順とはなりえない。

厚生労働省は最近、「子どものケア」を課題視し始めた。筆者らが外来ベースでみても、診療現場に現れない子どもへの対処は、非常に重要だと考えている。子どもは、化学療法室にまで足を運ぶことはまずありえない。しかし、患者の心の中の大きな部分を占めている。連れ添いの問題、親の問題もまた然りである。

このような問題の解決支援は、患者の居住社会の大きな課題であろう（筆者らは、あえて夜に訪問診療し、ご家族の現状をみるという手法を使うことが多々ある。通常の9時～午後5時では、家族は学校や仕事でいないことが多い）。

④ 外来化学療法室の負担の軽減—プライマリケアの関与

この問題については本書2008年版でも触れているので、ここではそれに付記するにとどめる。

その第1は、外来化学療法室では家族ニーズがみえないということである。そして第2は、化学療法の進歩とともに、治療が終末期まで続くようになってきていることである。これは時代の流れとして筆者らは受けとめており、必要な治療をどれだけ持続できるかという「治療協力」の立場と態勢をとっている。

そのような中で、腫瘍センターに人手が足りない場合には、プライマリケアチームが関与すれば、本人と家族のケアがより良くできるようにな

るのではないかと常日頃から感じている。

⑤ 誰が地域連携パスを動かすのか

以上に記したことからみえてきた、地域医療をめぐる政策課題と現状について触れる。

がん対策基本計画では、緩和ケアを治療の初期段階から適応することがうたわれている。しかし筆者らの経験では、治療の段階の患者は緩和ケアを自分にはまだ無用と考えているケースがほとんどである。

次いで、5大がんに対する地域連携パスを誰が動かすのかという点である。さらに、筆者の視点（プライマリケア側）よりみると、プライマリケアが地域連携パスに適切に位置づけられているかどうか疑問である。連携図や書面では位置づけられているかにみえる。しかし、地域側からみると、パスに診療所以外の地域資源（訪問看護や調剤薬局、居宅介護支援事業所など）の記述がない場合が多く、それでは現実的な連携はできない。

時間外診療をする診療所が激減しているといわれるが、これは、医薬分業の中で生じた必然であろう。時間外の調剤薬局がなければ、診療所が時間外診療をしても薬が出せない。

以上の結果、連携パスの策定に反して、診療所と病院が共同でみる患者さんは激減しているように思われる（このことについては今後、筆者らが調査すべき課題だと考えている）。

英国事情—わが国の比較モデルとして

2010年7月、エコノミスト誌のシンクタンクである Economist Intelligence Unit は OECD（経済協力開発機構）加盟国の終末期ケア・ランキングを発表した。それによると、英国が1位で、わが国は23位。注釈として「その差は政策の戦略性にある」とのことである。以下に、思考の1モデルとして英国の緩和ケアについて簡単に触れる。

① 院内緩和ケアチーム

英国で院内緩和ケアチームが活動を開始したのは1980年頃で、その後、急速に増加した。その

役割は、院内での専門職教育や患者・家族の教育、そして院内外との連携、関係部門へのアドバイスの提供である。

院内緩和ケアチームのおもな連携対象は、地域のさまざまなサービス機関、つまり家庭医や地区看護師などであり、プライマリケアとよく連携できている。さらに、地域の中の緩和ケア専門看護師（clinical nurse specialist）を中心とした在宅サポートチームや、多くの保健福祉団体とも連携している。つまり、院内の緩和ケアチームといっても連携対象は非常に広範囲にわたっている。

② 在宅サポートチーム—日本への示唆

次に、地域の在宅サポートチームについて記す。わが国ではまだ、在宅サポートチームは存在しない。筆者らは自分たちの活動を「在宅サポートチーム的」と考えているが、社会的に認知されているとは考えていない。

その話題に入る前に、英国のホスピスの特徴をいかいつまんで述べる必要がある。英国のホスピスの多くは、現在は比較的大きな地域単位で運営されているが、もともとは地域の篤志によって設立された経緯がある。したがって、地域住民にとっては「自分たちのホスピス」という意識が強い。しかも、ほとんどのホスピスが在宅ケア部門を有しており、在宅サポートチームはその一室に間借りしている場合が多い。それにより、在宅ケアニーズのある患者が把握しやすく、自宅へ出向いてアドバイスできるという運用方法である。

英国の代表的緩和ケア認定看護師であるマックミランナースは1970年に活動を開始し、現在では英国全土に4,000名を擁している。地域の緩和ケアニーズに対しては、まずマックミランナースが対応するという体制である。

このように、英国の在宅サービスは多くの篤志団体によって担われており、在宅サポートチームは、「自宅と施設と病院」をつなぐ役割を果たしている。

③ 英国の緩和ケア資源

英国での緩和ケア施設（ホスピス）は表1に示すとおり減少傾向にあり、それに代わってチーム

表1 英国における緩和ケア—1980年, 1995年, 1999年, 2009年の比較

	'80 ^{*1}	'95 ^{*2}	'99 ^{*3}	'09 ^{*4}
入院施設	58	208	236	217
Home care teams	32	385	476	308
Hospital support teams	8	250	347	345
デイ・ケア・センター	0	220	251	279
Hospice at Home	0	?	?	145

^{*1}Lunt B, Hiller R: Br Med J 283: 595-288, 1981

^{*2}1995 Directory of Hospice & Palliative Care Services

^{*3}1999 Directory of Hospice & Palliative Care Services

^{*4}2009 Hospice at Home Web

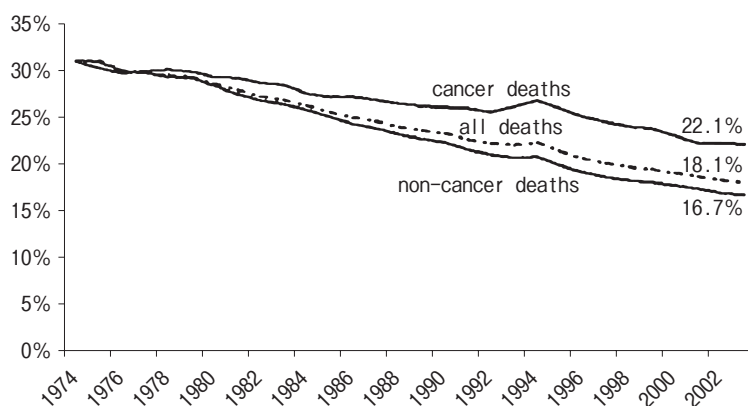


図1 英国の在宅死割合の推移¹⁾

や在宅資源が急速に増えてきている。それらの資源を上手にコーディネートし、使いこなすことが、英国緩和ケアの戦略である。

次に、英国におけるがん患者の在宅死亡割合の推移について示す(図1)¹⁾。この文献のまとめで Higginson は以下のように記している。「がんケアについてそこまで手厚く対処しても〔筆者註：チャリティによる特殊なサービスが多々あることを指す〕、がんによる自宅死は、2003年以降2030年までの間にさらに42%も減少し、10人に1人しか自宅で死ぬなくなるだろう」

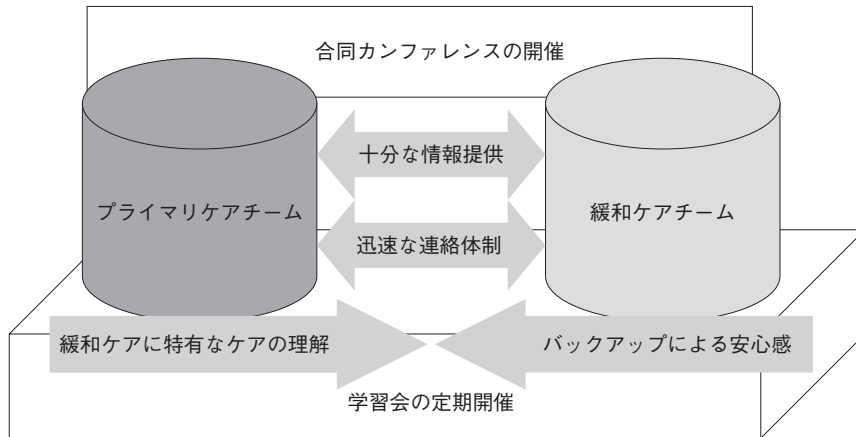
④ 腫瘍センターと地域

2008年春、英国の腫瘍センターがどのように地域とパートナーシップを結んでいるのかを知るために、筆者はイングランドの3都市、ニューカッスル、リーズ、マンチェスターのそれぞれの

腫瘍センターを訪問した。

英国の腫瘍センターについて特徴をまとめると、そこには緩和ケアチームの関与が必ずある。院内チームの責任は主として入院患者に向けられ、外来患者の問題はできるだけ地域で解決するように方向づけされている。一方、外来患者には必ず地域でGP(家庭医)とDN(地区看護師)が介在し(これはわが国との医療システム上の違い)、院内・地域の両面で、非営利団体が大きく関わっている。

わが国の腫瘍センターと院内緩和ケアチームの関係は、誤解を恐れずいうならば、病院の利益(在院日数の短縮化や、患者の囲い込み)という点で動くのが現実だが、英国の場合は診療報酬とは無関係で、柔軟性に特徴があるといえる。



(斎藤信也, 下妻晃二郎, 山口三重子, 他: 第8回日本在宅医学学会発表, 「在宅緩和ケアにおけるプライマリケアチームと緩和ケアチームの連携」スライドより (一部改変))

図2 連携を促進する因子 (プライマリケアチームからみて)

がんの療養場所を地域へ—緩和ケア岡山モデル

「緩和ケア岡山モデル」の目的は、がんの療養の場所を地域に移すことである。詳細は本書2008年版を参照されたい。

その傍証として、2008年に日本医師会が行った「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」を紹介する。回答者数10万人という大規模調査報告書である。以下、手短かに記す。

「がん診療を行っている医師の多くが継続して緩和医療に関わりたい意欲をもっている」「がん診療を行っている診療所医師の62%が、がん在宅診療に関心があり、58%が主治医として死亡まで診療する意向をもっている」

これは、かなり多くの開業医師たちが「死亡まで診る」意識を持っているということであり、在宅ケアに追い風の話であろう（しかしながら、彼らがなぜがん在宅診療の現場に登場してこないのか、あるいはできないのか、という点に現在のわが国の問題があると筆者は考えている）。

開業医たちの「緩和ケアの普及のために有効と考えていること」は、「コミュニケーションの評価」や「相談窓口の開設」が多い。他に、「自分たちが困ったときに専門家に相談ができる仕組み」の策定も多い。開業医にとって「こまったときに専門家が利用しやすくなれば、在宅診療が普

及する」という回答である。

筆者らは、1999年に岡山市の開業医を対象に、同様の調査を実施し、この2008年の日本医師会調査とほぼ同様の結果を得ている。「岡山モデル」はその調査に基づく開業医のサポートチームである。

① メーリングリストによる情報の共有と迅速な交換

次に、岡山モデルの情報交換について記す。近年、筆者らはメーリングリスト（以下、ML）を活用している。メールサーバは当院に置き、管理は筆者の秘書が担当。MLはそれぞれのケースに応じて設定し、常時4～5例のMLが開設されている。まちがったMLに情報を流さないように、細心の注意を払っている。

情報管理の安全性についてはよく質問を受けるが、個人を特定できない記録方法の約束を行い、安全性の維持に務めており、これまでに問題が生じた事例はない。腫瘍センターからも「病院に居ながら、患者さんの自宅の現状がみえる」と、重宝がられている。

② 開業医が自立的に行う終末期ケアに向けて

以上のように緩和ケア岡山モデルでは、サポートチームは可能なかぎり手を出さず、プライマリケアチームが症例を積み重ねていくことを通して

表2 連携の結果（化学療法との相関）

	対象者	年齢 中央値	ブ・チーム と連携	自宅死数 (%)
総合	99	67	47	33 (33.3)
化学療法終了群	65	73	43	26 (40.0)
化学療法継続群	34	66	4	7 (24.1)

化学療法継続群ではプライマリケアの関与と自宅死亡が目立って少ない
2003年1月～2008年5月

(加藤恒夫：第45回日本癌治療学会総会 報告)

成長することがねらいである。筆者らがサポートするプライマリケアチームは次々と変わり、12年前に協働した人たちは、すでに自立し、筆者らのところにはほとんどアクセスしてこない。こうして、岡山では在宅緩和ケアが面として広がりをみせつつある（近々、実態調査を計画している）。

図2の概念図は、学術チームが筆者らの活動を外部からの研究としてながめたものである。その中で、非常に重要な要素として「情報提供が十分であること」と「連絡がタイムリーにすぐできる」ことの2つが挙げられている。また、この研究による（患者の）家族満足度は3.94（5点満点）だった。かなり高い点が出たと筆者は思っている。

がん診療地域連携は可能か

① 腫瘍センターとプライマリケア合同調査研究より

最後に、がん診療の地域連携は本当に可能なのか、私見を述べる。

2008年、岡山大学病院の腫瘍センターと筆者らは共同で調査研究を行った。調査研究開始のきっかけとなる疑念は、以下の通りである。2003年から2008年までの連携データによれば、化学療法を終えたのちにサポートチームが関わった患者の約40%が自宅で亡くなることができたにもかかわらず、化学療法継続中に関わりを開始した患者の自宅死の割合は24.1%だった。この原因は何かという問いが、研究の契機だった（表2）。調査研究の詳細は報告書に譲る。

まず、大学病院腫瘍センター側の調査（回答率68%）では、外来通院中の患者に対して「大学病

院以外にかかりつけ医をもっているか」との質問では、58%が「もっている」とのこと。次に、「地域のかかりつけ医に診せる条件は何か」では、「連携がしっかりしていること」や「近くて通院しやすい」「夜間・休日にも受診できる」「緊急時に入院できる」などが同等の割合で挙げられた。

次に、「かかりつけ医が化学療法に関わることで何の効果があるか」の質問では、解が一定せずバラバラだった。これに対する私見は、「患者は、かかりつけ医や訪問看護師が関わることにどのような利点があるかを知らない」、つまり啓蒙できていないということである。

次いで、診療所医師の意識調査を概述する。回答率は25%と低いが、「自分の患者が、がん化学療法を他院で受け始めた場合、支援しますか」との問いに、「積極的に支援する」「できれば支援したい」を合わせ75%と、多くの医師がサポートに前向きだった。次に、「診療所医師が化学療法に関与することは患者・家族にとってどういう効果があるか」の質問には、「QOLの維持」「有効」「どちらかという有効」と応えた回答が8割を占めた。

次に、岡山県の実訪問看護ステーションへの調査は回答率87%で、そのうち8割が化学療法支援に前向きであった。訪問看護の役割では「QOLの向上」が全回答を占めた。

診療所医師のグループ討論からは、「自分たちはもっと勉強しないといけない」「腫瘍センターの医師は治療の知識はあるが在宅ケアの知識はないので、相互学習が必要だ」などの意見が多かった。

次に、訪問看護師のグループ討論からは、「自

分たちは悪化してからしか関われない」,つまり「ADLの良い時には訪問させてもらえない」「自分たちが関われば患者・家族の想いの傾聴が可能となり,良い結果が期待できる」という意見が大多数だった。

以上の声をまとめると,「治療期から,病院とプライマリケアの共同作業が必要ではないか」ということである。

② 地域連携パスの課題—相互信頼の土壌育成

われわれは腫瘍センターのさまざまな専門家を招聘して学習会を開いている。さらに,その学習会を地域に開放して多職種が共に学習する機会を持つようにしている。

それとは逆に,われわれプライマリケア側も腫瘍センターに出向き,「どのタイミングで,誰が,どのように関われば,自宅に帰せるのか」,治療者に話をする機会を持てるよう働きかけている。

地域連携パスの円滑な運用には,「腫瘍センターから地域へ,地域から腫瘍センターへ」という相互作用こそが重要であり,その過程で互いの距離が近くなり,地域連携パスが円滑に運用できるようになると考えている。

③ 必ず必要となる在宅サポートチーム

筆者らは岡山における在宅サポートチームとし

X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク

て11年間活動してきた。その間に,わが国では院内サポートチームが「緩和ケアチーム」として法的整備がなされ活動を開始したが,まだ在宅サポートチームの機能は育成の射程に入っていない。今後,連携パスの運用をはじめとした在宅緩和ケアの促進を考えるならば,この機能は必須であろう。病院にはサポート機能が必要で,地域には不要のほずがない。

最後に,筆者らの在宅サポートチームが地域で有効に機能することができた要因を列挙する。

- ①地域医療を日常的に担当している
- ②複数の在宅資源がある
- ③緊急避難先として活用できる病床がある
- ④複数の医師による対応が出来る
- ⑤24時間体制で活動できる
- ⑥時間外でも調剤できる

これらを満たす解は,わが国独自の仕組みである「有床診療所」であろう。わが国には,有床診療所として緩和ケアを担っている施設が多数ある。今後,それらが在宅サポートチームとして活動することを期待したい。

文 献

- 1) Gomes B, Higginson IJ: Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliat Med* 22 (1): 33-41, 2008