

ホスピス緩和ケア白書 2011

がん対策基本法とホスピス緩和ケア

編 集 (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

志真 泰夫 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科
恒藤 暁 大阪大学 大学院医学系研究科 緩和医療学
松島たつ子 ピースハウス病院 ホスピス教育研究所
山崎 章郎 ケアタウン小平クリニック

序 文

柏木 哲夫

(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団理事長)
金城学院大学学長

わが国のホスピス緩和ケアの現状を概観する『ホスピス緩和ケア白書』は今回の2011年度版で8冊目になる。さまざまな課題を抱えながら、わが国のホスピス緩和ケアの動きが着実に社会に根づきつつあることはご同慶の至りである。1970年代に始まったわが国のホスピス運動は着実に広がり、公認のホスピス・緩和ケア病棟は2011年2月1日現在210施設、4,183床になった。

『ホスピス緩和ケア白書』では、2004年にホスピス緩和ケアの取り組みの概況を俯瞰し、2005年ではホスピス緩和ケアの質の評価および関連学会・研究会の動向を紹介した。また、2006年は緩和ケアにおける教育と人材の育成をテーマに、2007年は緩和ケアにおける専門性、特に緩和ケアチームと緩和ケア病棟に焦点を当てた。2008年には緩和ケアにおける医療提供体制と地域ネットワークの状況をまとめ、2009年には緩和ケアの普及啓発・教育研修・臨床研究を取り上げるなど、わが国のホスピス緩和ケアの現状や進歩を概観できるように企画し、発行してきた。昨年度2010年版では、ホスピス緩和ケアにおけるボランティアとサポートグループの活動を取り上げた。

さて、「がん対策基本法」が2007年4月に施行されて、およそ4年が経過した。「がん対策基本計画」の進捗状況に関する「中間報告」が2010年度に公表され、2012年度には全面的に見直されて第2次の「がん対策基本計画」が策定されようとしている。

そこで、『ホスピス緩和ケア白書2011』では見直しに先立ち、「がん対策基本法」「がん対策基本計画」の前後でホスピス緩和ケアがどのように変わったのか、また課題がどのようなところにあるのかなどについて、経過も含めて振り返ってみることにした。

がん診療連携拠点病院では、緩和ケアチーム、相談支援センターの設置が義務づけられ、活動を開始したところも多く、問題点もいろいろ出てきた。地域連携では、がん戦略研究の1つとして「緩和ケアプログラムによる地域介入研究 (OPTIM-study)」が取り組まれている。こうした動きは、これまで緩和ケア病棟や緩和ケアチームを届け出ている病院にはどのような影響があったのか、地域連携にどのような進展をもたらしたのか、また教育研修によってどのような広がりがあったのか、緩和ケアの枠組みの整理なども含めて「がん対策基本法」施行後の現状や課題を浮き彫りにしたい。

本号が現在のホスピス緩和ケアの理解に役立ち、課題を整理して将来を展望する一助となることを期待する。

目 次

序 文	柏木 哲夫	iii
I. がん対策基本法とホスピス緩和ケア		
—包括的がん医療と地域における緩和ケア提供体制	志真 泰夫	1
II. がん対策基本法後にホスピス緩和ケアはどう変わったか		
—成果と残された課題	加藤 雅志	6
III. がん対策基本法施行後にホスピス緩和ケアはどう変わったか		
—看護師の視点から	田村 恵子	13
IV. がん対策基本法後の緩和ケア教育		
—PEACE プロジェクトの実践を通して	木澤 義之	19
V. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の 経過と今後の課題	森田 達也	24
VI. がん対策基本法後に緩和ケアチームはどう変わったか		
—緩和ケアチーム研修会からみえる課題	橋爪 隆弘, 他	37
VII. がん対策基本法後に緩和ケア病棟はどう変わったか		
—当院緩和ケア病棟の経験から	金子 和彦, 他	42
VIII. がん診療連携拠点病院において相談支援センターはどのような 役割を担っているか	大松 重宏	46
IX. 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み		
1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み	山口 龍彦, 他	51
2. 緩和ケアに対する栃木県の取り組み		
—「在宅緩和ケアとちぎ」の活動を中心に	粕田 晴之, 他	55
3. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を中心とした 長崎県の取り組み	白髭 豊, 他	66
4. がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組み	中谷 俊彦, 他	72
X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク		
1. 東京都における在宅緩和ケアの連携	吉澤 明孝, 他	77
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	81
3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携	片山 壽	88

XI. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

2010年度事業活動（進捗状況）報告 長村 文夫 95

〔資料〕

1) がん診療連携拠点病院指定一覧 99
2) 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧 108
3) 緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧 112

I. がん対策基本法とホスピス緩和ケア

—包括的がん医療と地域における緩和ケア提供体制—

志真 泰夫

(筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

はじめに

2007年4月「がん対策基本法」(以下、基本法)が施行され、6月にはそれに基づいて「がん対策推進基本計画」(以下、基本計画)が策定された。基本法と基本計画が目指すところは、第1に「質の高いがん医療の均霑化」であり、第2に「がん医療の旧来モデル＝抗がん治療偏重のがん医療」から「がん医療の新しいモデル＝抗がん治療に緩和ケアを組み入れた包括的がん医療」への転換といえる。

「包括的がん医療」(comprehensive cancer care)モデルは、アメリカやイギリスで1990年代から新たながん医療のあり方として検討され、論議されてきたものである。その特徴は、2つある。1つは、一次予防から診断、治療、緩和ケアを系統的な一連の流れとして、切れ目のない医療サービスを提供することである。2つ目は、緩和ケアを診断、治療の早い時期からがん医療に統合して患者、家族に提供して、これまで抗がん治療一辺倒であったがん医療の質を変えることである。この「包括的がん医療への転換」は、国際的な流れと国内的な背景との両面から理解をする必要がある。

WHOの対がん戦略と患者・世論の力

2002年にWHO(世界保健機関)は「国家がん管理プログラム」(National Cancer Control Programmes)第2版を発表した¹⁾。WHOの「国家がん管理プログラム」は、世界各国のがん対策の経験を活かす、それと同時に新しい科学的な知見に基づいた対策や治療を国際的に普及させるという役

表1 WHOによる緩和ケアの定義(1989年)

緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題(spiritual problems)の解決が最も重要な課題となる。緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできるかぎり良好なクオリティ・オブ・ライフを実現させることである。このような目標を持つので、緩和ケアは末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対してもがん病変の治療と同時に適用すべき多くの利点を持っている。

割もっている。「国家がん管理プログラム」は1991年に第1版が公表され、およそ10年を経て第2版への改定作業が行われた。

今回の改定について緩和ケアの視点からみると、「緩和ケアの定義の変更」とがん医療に緩和ケアを統合する「包括的がん医療」モデルの提唱の2つが最も大きな改定点である。緩和ケアに関するWHOの定義は、1989年に最初の定義が公表され(表1)、2002年にはがんの病期(早期、進行期、終末期など)にかかわらず苦痛に焦点を当てて、緩和ケアを提供するように改定された(表2)²⁾。

これら1989年と2002年の緩和ケアに関する定義に、共通する3つ基本的な概念がある。

- ①生命を脅かす病気とともに時間が限られた人生を生きることの多面性と多次元性を認識すること
- ②苦痛を緩和しQOLを高めるために、チームとして優先度をもってアプローチすること
- ③患者と家族を一単位としてサポートすることすなわち、緩和ケアは「病むこと」を病態生理

表2 WHOによる緩和ケアの定義(2002年)

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放することを目指す。

さらに、2002年の定義に続けて、WHOは次のような基本概念を提示している。

緩和ケアは、

1. 痛みのマネジメントと同時に、痛み以外の諸症状のマネジメントを行う。
2. 生きることを尊重し、「死にゆくこと」を誰にでも例外なく訪れる過程と捉える。
3. 死を早めることも、死を遅らせることも意図しない。
4. 精神面のケアやスピリチュアル・ケアを組み入れた患者ケアを行う。
5. 死が訪れるとしたら、その時まで積極的に生きてゆけるよう患者を支援する。
6. 患者が病気で苦しんでいる間も、患者と死別した後も家族の苦難への対処を支援する。
7. 患者と家族のニーズに応えるチームアプローチを重視し、適応がある時には遺族に対するカウンセリングも行う。
8. QOLを向上させ、疾患の経過に良い影響を及ぼすよう努める。
9. 疾患の早い時期にも応用可能であり、生存の延長を目的とした化学療法、放射線療法、臨床的な不快な合併症の理解とその対応の推進に必要な諸研究との併用も可能である。

学的な異常としてのみ捉えるのではなく、患者は苦悩し、家族が打撃を受けるという視点からも捉えて、実践する医療であり、ケアといえる。

一方、わが国では2001年頃から、新規抗がん剤の使用や患者支援を求めるがん患者らによるさまざまな運動が活発化した。2002年にはNPO法人「日本がん患者団体協議会」の初会合が持たれ、がん患者らによる活動が全国的な広がりをもち始めた。2005年には、大阪で「第1回がん患者大集会」が開催され、「がん患者団体支援機構」が設立されている。2006年3月には、「第2回がん患者大集会」が東京で開催された。2006年4月、衆議院の院内会派である民主党・無所属クラブが「がん対策基本法案」を衆議院に提出した。続いて、自由民主党および公明党は5月に同名の「がん対策基本法案」を衆議院に提出した。

参議院では医療制度改革関連法案の本会議代表

質問に立った山本孝史議員(故人)が、自らもがん患者であることを公表し、「がん対策基本法」の一本化と会期内での成立を訴えた。この山本議員の質問を契機に、各党が合意できる案をとりまとめ、会期中に成立を図ろうとする動きが出てきた。6月には、両案の提案者である自民党、公明党、民主党議員からなる「提案者会議」が設けられ、そして山本議員から厚労省内にがん患者もメンバーとする「がん対策推進協議会」を設置することが提案され、提案者会議で合意案が最終確認された³⁾。そして、2006年6月の衆議院本会議、次いで参議院においても、「がん対策基本法案」は全会一致で可決され、成立した。

山本議員は、亡くなる直前に出版した本の中で次のように述べている。「正直に言いますが、自分ががん患者になるまで、日本のがん医療の実態に関しては無知でした。患者になって国のがん対策を検証してみると、実に多くの課題が見つかりました」「それからです。日本のどこに住んでも、同じ水準のがん治療が受けられるように、難治性のがん患者には、きめ細かな治療を可能にするように、日本の医療制度を改善してゆきたい。そして、1人でも多くの『いのち』を救いたいという気持ちで、どんどん膨らんでいきました⁴⁾」

がん緩和ケアの現状と、これからの行動計画

2007年3月に基本法の施行を前にして、わが国の緩和ケアの現状を分析し、問題点を抽出して行動計画を立てるために、『わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画』(主任研究者 下山直人、分担研究者 森田達也)と題する研究報告書が発表された⁵⁾。この報告書は、わが国のがん領域における緩和ケアをどのように進めていったらよいか、という問題意識を持つ多数の研究者が集まり執筆した報告書草案をもとに日本緩和医療学会をはじめとする緩和ケア関連9団体がコンセンサス・パネルを開催して、その討議の結果をうけて、作成したものである。

そこで抽出された緩和ケアの現状からみた問題

点は、次の5つである。

1. 緩和ケアに関する正しい知識の普及が遅れている

特に、患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安を持っており、緩和ケアを受けることに不安を感じている。

2. 基本的な緩和ケアの普及が遅れている

除痛を中心とした緩和ケアが十分に行われていない。その要因の1つに、緩和ケアを専門としない医師・看護師・薬剤師が緩和ケアを実践するための教育・支援体制が十分でない。

3. 専門的な緩和ケアの整備が遅れている

専門緩和ケアサービスの量的・質的不足が示唆される。わが国の医療提供体制をふまえたうえで、専門緩和ケアサービスのあるべき形態を明確にして、必要十分な量と質の専門緩和サービスが確保されていない。

4. 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備が遅れている

患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減されるシステムが現状では地域ごとに構築されていない。

5. 緩和ケアの研究が推進されていない

現在、十分には緩和されていない患者の苦痛は多くあるが、その苦痛を同定し、研究基盤を整備しつつ、有効な緩和治療を開発する研究が遅れている。

報告書では、これら5つの問題点の指摘を受けて、各項目に対する目標と行動計画を示した。

行動計画の目標はどこまで達成されたか

「わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画」で示された目標と行動計画のいくつかは、基本計画に取り入れられて厚生労働省による委託事業や学会などの取り組みとしてこの3年間に実践されてきている。

① 緩和ケアに関する正しい知識の普及

厚生労働省の委託事業として緩和医療学会を中

心に関連7団体の共同行動として「一般市民に対する緩和ケアの啓発普及活動＝オレンジバルーン・プロジェクト（OBP）」⁶⁾が取り組まれてきている。本事業では、この3年間に一般市民全体を対象に緩和ケアの普及啓発のためのさまざまな取り組みを行ってきた。

たとえば、リーフレットによる緩和ケアの普及啓発、シンポジウム、市民公開講座等の開催、ホスピス緩和ケア週間、WEBサイト [http://www.kanwacare.net] での広報活動、オレンジバルーンの制作物（ポスター、チラシ、ピンバッチなど）を緩和ケア普及啓発活動の広報に活用するなど挙げられる。特に、2009年から普及啓発のターゲットを「がん患者予備軍」である壮年期の市民により焦点化し、医師や看護師など医療者が自らする普及啓発を試みている。2010年度には本事業の中間評価として「一般市民を対象とした緩和ケア認識度調査」を行う予定である。

② 基本的な緩和ケアの普及

日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会が共催して「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会」「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」、国立がん対策情報センターが主催する「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会」が、この3年間で総計15回開催された。

その結果、緩和ケアの指導者研修会修了者が1,034人、精神腫瘍学の指導研修会修了者が482人誕生した（2010年12月現在）。そして、これらの指導者研修会の修了者たちが全国のがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を中心に各地域で「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」（以下、緩和ケア研修会）を開催し、20,124人のがん診療に携わる医師が緩和ケア研修会を修了した（2010年12月）。日本緩和医療学会が作成した「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム（PEACE）」⁷⁾がその大きな推進力となっている。

③ 専門的な緩和ケアの整備

基本計画では全国の拠点病院に緩和ケアチーム

(以下、PCT)を整備することに力が注がれ、3年間で全国のPCTの整備が進んだ。2010年度末で拠点病院375全施設にPCTが設けられ、ほとんどの拠点病院のPCTで活動指針や紹介の手続きが明文化された。2007年度の調査では「患者を週1回以上直接診療しない、カンファレンスや回診を行わない」という名ばかりのPCTも30%程度みられたが、2009年度には10%程度まで減少した。拠点病院では、PCTの診療体制は充足しつつある。

しかし、拠点病院のPCTで専従の医師が配置されている施設は47%、精神症状の緩和に携わる常勤の医師が配置されている施設は68%にとどまっている。PCTの活動実態として、年間50名以上の患者の診療実績がある施設は75%程度に留まっている。また、健康保険で認められた「緩和ケア診療加算」が算定できる態勢の整ったPCTは、拠点病院のチームの73%に止まっている。地域における緩和ケア病棟とPCTの連携も十分とはいえない。診療実績は病院の規模を考慮して解釈する必要があるが、必ずしも量的にも質的にも十分な専門緩和ケアサービスの提供が行われているとはいえない現状がみられた(厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業「がん診療連携拠点病院の緩和ケア調査に関する総括報告」より)。

一方、ホスピス・緩和ケア病棟(以下、ホスピス・PCU)に関してみると、日本ホスピス緩和ケア協会が毎年実施している調査において、現在のホスピス・PCUは226施設、4,472床(2011年2月現在)で、2009年度に全国のPCUで看取った患者数は25,438人であり、全国で死亡したがん患者数(344,105人)のおよそ7.4%であった。ホスピス・PCUの役割についてはこれから新たな視点からの検討が必要であるが、地域の病院の一般病棟や在宅で療養している患者で苦痛が強く、ホスピス緩和ケアの必要度が高い患者に対するケアを提供する役割が求められる。

④ 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備

「緩和ケアプログラムによる地域介入研究

(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model ; OPTIM)』⁸⁾が全国から4地域(長崎、浜松、柏、鶴岡)を選定して、開始された。

この研究の目的は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供、を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備することである。

そして、それにより、QOLの指標である、①患者による苦痛緩和の質評価が改善し、②遺族による苦痛緩和の質評価が改善し、③緩和ケア利用数が増加し、④死亡場所が患者の希望に近く変化するかを評価する、ことである。この研究は、2008～2010年までの3年間が介入期間とされ、その後、上記のQOLの指標が評価される予定である。

おわりに

2007年から施行された基本法と基本計画がもたらす緩和ケアの変化は、まだ始まったばかりである。今後、緩和ケアが「終末期がん患者のみの特別な医療であり、ケアである」とする考え方は徐々に薄れていくであろう。そして、緩和ケアは、がんを持つ患者とその家族にとって普通に必要とされる医療であり、ケアであり、がん医療に統合されて「いつでもどこでも質の高い緩和ケア」を受けられる時代が来るであろう。今こそ地域緩和ケアの環境を整備する時期であり、そういった地域社会を目指して進む時代である。

文 献

- 1) 小林 仁：がん対策基本法の意義とがん医療の在り方—立法過程からみた現状と課題立法と調査. No.265, p.55-57, 2007
- 2) 山本孝史：救える「いのち」のために—日本のがん医療への提言. p.4-5, 朝日新聞社, 2008
- 3) WHO Library Cataloguing : National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. 2nd ed, Geneva, 2002
- 4) WHO Definition of Palliative Care [http://www.who.int/en/]
- 5) 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)

I. がん対策基本法とホスピス緩和ケア

- 「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班：わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画. p.6-8, 2007
- 6) 一般市民に対する緩和ケアの啓発普及活動 = オレンジバブルン・プロジェクト (OBP) [<http://www.kanwacare.net/kanwacare/index.html>]
 - 7) 症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) [<http://www.jspm-peace.jp/>]
 - 8) 緩和ケアプログラムによる地域介入研究 (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model ; OPTIM) [<http://gankanwa.jp/>]

Ⅱ. がん対策基本法後にホスピス緩和ケアはどう変わったか—成果と残された課題—

加藤 雅志

(国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療情報コンテンツ室, 同 中央病院精神腫瘍科)

はじめに

がん対策に大きな転換期をもたらした「がん対策基本法」が2006年6月に成立し、早くも5年が経過しようとしている。「がん対策基本法」に基づき策定されたわが国のがん対策の方向性を定める「がん対策推進基本計画」も政府により中間報告書が作成され、現在、2012年から始まる次期の「がん対策推進基本計画」の内容についての議論を深めていくことが求められている。

本稿において、「がん対策基本法」の成立後にみられたわが国のホスピス緩和ケアにおける変化を概説し、その成果と残された課題について述べたい。

政府における緩和ケアの位置づけ

2006年6月、「がん対策基本法」の成立をきっかけにして、わが国のがん対策は大きく動き始めた。その大きな変化の1つが緩和ケアである。本法律において、がん患者の療養生活の質の維持・向上のために緩和ケアを推進していくことが定められた意義は大きい。

2007年6月、政府は「がん対策推進基本計画」を策定した。この基本計画は、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者およ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」という全体目標を掲げ、がん対策の基本的方向について定めたものである。この基本計画で重要なことは、全体目標として、従来のがん対策で掲げられていた「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者およびそ

の家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」というQOLの向上に着目した新たな目標が定められたことである。

基本計画において、この全体目標を達成していくために、緩和ケアは重点的に取り組むべき課題の1つに位置づけられた。がん患者が可能なかぎり質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められている。つまり、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、緩和ケアがさまざまな場面において切れ目なく、適切に提供される体制の整備を進めていくこと、またがん患者と同様にその家族もさまざまな苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケアなどの適切な援助を行うことができる体制を整備していくことが求められるようになった。これを背景に、さまざまな施策や取り組みが開始されることとなった。

緩和ケアに関する取り組み

「がん対策基本法」が成立した後、政府は、がん対策の一環として緩和ケアについては大きく分けて以下の5つの軸に沿って進められてきた(図1)。

①がん診療に携わるすべての医療従事者が、基本的な緩和ケアを実践できるように、必要な知識や技術を普及する。

②より質の高い緩和ケアを実施できるように、緩和ケアに関する専門的な医療従事者を育成する。

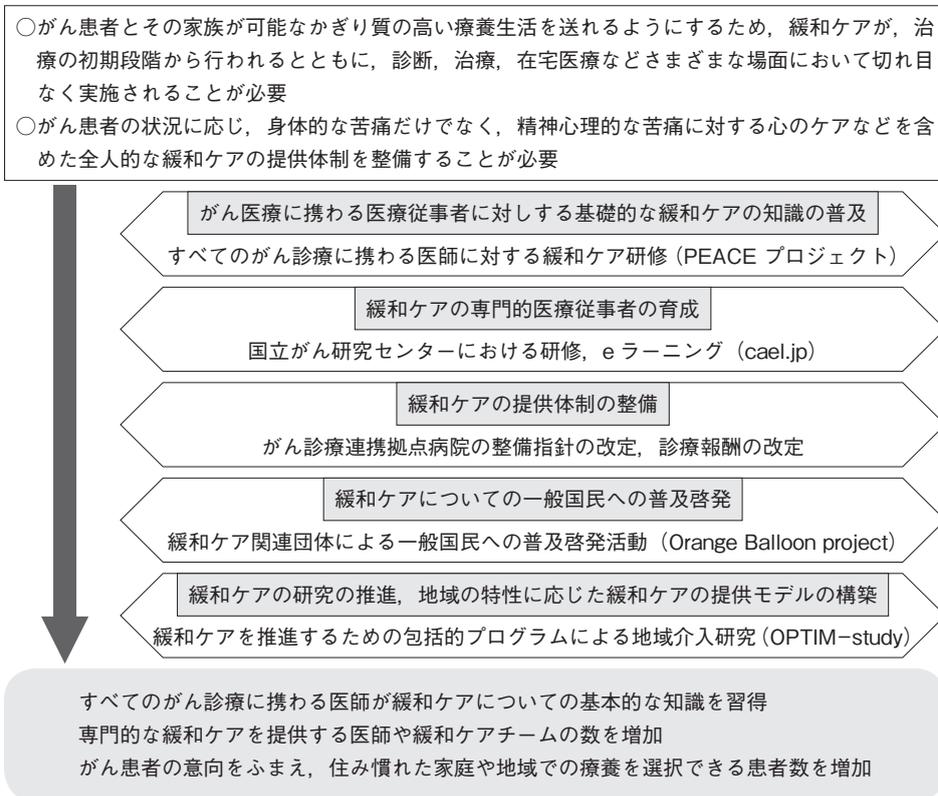


図 1 政府における緩和ケアの取り組み

③全国において、適切に緩和ケアが提供されるように、地域連携を含めた緩和ケアの提供体制を整備する。

④がん患者が必要な緩和ケアを選択できるように、一般の方々に対する緩和ケアの普及啓発を行う。

⑤まだ解決されていない緩和ケアに関する課題を解決するために、緩和ケア領域における研究を推進する。

このような軸で進められてきた緩和ケアについて、これまでに達成した成果と、残された今後の課題について整理をしていく。

医療従事者に対する基本的な緩和ケアの知識の普及

緩和ケアを推進していくためには、がん診療に携わるすべての医療従事者が、がん患者の生命の延長にだけ関心をもつのではなく、がん患者やそ

の家族の QOL の重要性を認識する必要がある。さらに、がん診療に携わるすべての医療従事者は、多様ながん患者の意向を十分に尊重した医療を実施していかなければならない。そのために、がん診療に携わる医療従事者は緩和ケアの重要性を認識するとともに、緩和ケアの基本的な知識を習得する必要がある。

しかしながら、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であることがしばしば指摘されていることをふまえ、「がん対策推進基本計画」において、緩和ケアに関する目標の1つとして、「すべてのがん診療に携わる医師が研修などにより、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする」ということが掲げられた。

「がん対策基本法」後、厚生労働省は、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を普及していくための研修を進めていくために「緩和ケア研修会標準プログラム」を定め、「がん

診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(2008年4月1日付け健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)を示した。この開催指針に準拠した緩和ケア研修会が全国で適切に開催されていくよう、日本緩和医療学会は、日本サイコオンコロジー学会の協力を得ながら、新たに「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education ; PEACE)を開発した^{1,2)}。この教育プログラムは、疼痛などの身体症状のマネジメントのみならず、精神症状やがん医療におけるコミュニケーションについても含まれており、全人的な緩和ケアの基本を習得できるように配慮されているものとなっている。詳細については、別稿を参照していただきたい。

本研修会を修了した医師の数は、2010年12月末時点では20,124人に上っている。また、本研修会を全国で開催していくための指導者の育成についても行っている。その指導者として、国立がん研究センターおよび日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」と「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数は、2011年1月末時点においてはそれぞれ1,034人、482人であった³⁾。このように、医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための体制は着実に整備が進んでおり、今後もその研修の修了者数が増加していくことが予想される。

今後の課題について述べたい。がん医療に携わる医療従事者の中で、緩和ケアの基本的な知識を習得すべき者は医師だけではない。看護師や薬剤師、その他のコメディカルスタッフも、緩和ケアについて学ぶ機会を持つ必要がある。緩和ケア研修会を全国で実施していく目的は、医療従事者に緩和ケアの基本的な知識を広げていくだけではない。全国で緩和ケアの標準化を図るという目的もあるからである。医師以外において、同様の研修会を実施していくためには、それぞれの職種に応じた標準的な緩和ケア研修会のプログラムを作成する必要がある。看護師については、既にELNEC-Japan (End-of-Life Nursing Education

Consortium)⁴⁾というプログラムがあり、日本緩和医療学会にて、その指導者を育成するための研修会を開催している。

また、医師の緩和ケア研修に関する課題については、参加した医師が研修会を修了した後、さらなるステップアップの研修会の参加を希望する者もいる。それは、緩和ケアに関するより幅広い知識を求めている場合もあれば、臨床での技術である場合もある。それらの課題に対して、新たなプログラムの開発などが進められている。

緩和ケアに関する専門的な医療従事者の育成

専門的な医療従事者の育成に関しては、学会などの取り組みによるものが多いが、政府もさまざまな施策に取り組んでいる。

厚生労働省では、2007年から国立がん研究センターにおいて、全国のがん診療連携拠点病院などの緩和ケアチームに対する研修会を開催している。本研修会は、同じ施設の身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師、看護師、薬剤師という緩和ケアチームを構成する多職種が同時に参加するもので、チームでの活動を見直し、今後の活動の方向性について検討する内容となっている。

また、臨床等で多忙な医師が、インターネットを利用して効率良く専門的な知識を学習する環境を整備することを目的に、2008年からはeラーニングを用いた学習システムの開発が進められた⁵⁾。このeラーニングのシステムは、4つの分野からなる専門コンテンツ(緩和医療分野、精神腫瘍学分野、化学療法分野、放射線療法分野)と、がん医療に携わる医師が共通で有すべき基盤的な知識としての共通コンテンツからなる。専門コンテンツの全講義数は66講義あり、緩和医療分野が12講義、精神腫瘍学講義が13講義となっている(表1)。共通コンテンツの内容は、基礎腫瘍学、臨床腫瘍学から始まり、生命倫理やチーム医療、患者教育にまで至り、合計62講義からなっている。このeラーニングは、主たる対象は医師となっているが、それ以外のコメディカルの者が利用してもたいへん有用である。充実した内容と

表1 がん医療を専門とする医師の学習プログラムeラーニングに収録されているおもな講義 (http://www.cael.jp/)

	緩和医療分野 (12 講義)	精神腫瘍学分野 (13 講義)
専門分野 (66 講義)	1 死が近づいた時のケア	1 がんの経過における正常反応と精神症状
	2 在宅医療と地域連携 (退院支援)	2 不安, 不眠, 抑うつ
	3 疼痛	3 自殺・希死念慮
	4 消化器症状	4 せん妄
	5 呼吸器症状	5 終末期
	6 腎・尿路系症状	6 薬物療法
	7 神経系	7 精神療法
	8 体腔液のマネジメント	8 家族・遺族ケア
	9 スピリチュアルペイン	9 精神腫瘍学における研究
	10 終末期をめぐる倫理的諸問題	10 精神腫瘍学における教育
	11 チームワークとマネジメント	11 がん医療におけるコミュニケーションスキル
	12 緩和ケアにおけるコンサルテーション	12 心理社会的要因とがんの罹患/生存
		13 高齢者 / 認知症
共通分野 (62 講義)	1 臨床研究と生物統計学 (6 講義)	
	2 生命倫理と法的規則 (7 講義)	
	3 基礎腫瘍学 (11 講義)	
	4 臨床腫瘍学概論 (17 講義)	
	5 緩和医療学 (8 講義)	
	6 精神腫瘍学 (5 講義)	
	7 医療ケアとチーム医療, 腫瘍社会学, 患者教育 (8 講義)	

なっているので、できるだけ多くの方々に、関心のある講義を選択して利用していただきたい。

さらに、文部科学省では、2007年から「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施している。このプランは、がん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門の医師、看護師、薬剤師など、がんに特化した医療人の養成を行う大学の取組に対して支援を行うものであり、2011年度までの施策である。18プログラム94大学が参画しており、2010年度までの受け入れ数は、医師が1,254人、看護師330人、薬剤師202人となっている⁶⁾。

今後の課題について述べたい。緩和ケアの推進にともない、緩和ケアを専門とする医療従事者も増加しつつある。一方で、地域による偏在や専門職が不在の施設があり、専門職が不在の時の対応について今後、検討を行っていく必要がある。い

わゆる「地域格差」という問題の解決は容易ではないが、専門職が不在の施設での対応については、他の医療機関の専門職が当該施設へ出向いていたり、診療に同席などをしたりする「アウトリーチ」といった手法の可能性が検討されている。これは後述し、他稿に詳しい「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model study; OPTIM-study)での取り組みとなるが、今後はわが国の状況に合わせた方法の開発が望まれている。

緩和ケアの提供体制の整備

緩和ケアの提供体制については、「がん対策基本法」が成立した2006年に新たな局面を迎えた。2001年に定められた「地域がん診療拠点病院制

度」は、2006年に「がん診療連携拠点病院制度」に見直しが行われ、拠点病院の新たな指定要件として、緩和ケアの提供体制の整備を目的に緩和ケアチームを配置することが必須とされた。

それまでは診療報酬というインセンティブにより緩和ケアチームの設置が図られていたが、がん診療連携拠点病院の指定要件として定められたことにより緩和ケアチームの設置は大きく進んだ。2008年4月には、すべてのがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームが設置された。緩和ケアチームを設置している医療機関数は、2007年5月時点において326施設であったが、2008年10月時点では612施設に増加しており、その後も増加していることが見込まれている³⁾。

さらに、2008年にがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しが行われ、緩和ケアについては、専任の身体症状の緩和に携わる医師、精神症状の緩和に携わる医師、専従の看護師を構成員とする緩和ケアチームを整備すること、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること、緩和ケアに関する要請および相談に関する受付窓口を設けること、がん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的を実施することなどが定められた⁷⁾。2010年4月には、377カ所あるすべてのがん診療連携拠点病院がこれらの要件を満たすに至った。

2006年に大きな見直しが行われたがん診療連携拠点病院は、その指定要件の見直しにより、緩和ケアの提供体制は着実に充実しつつある。がん診療連携拠点病院の緩和ケアの提供体制については、2007年から2009年にかけて実施された厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」の結果を経年的にみていくことで変化を把握することができる^{8~10)}。

また、診療報酬については、2008年、2010年の診療報酬改定においては、がん対策を推進するための視点からの検討が行われ、特に緩和ケアの領域において、よりいっそう推進していくための評価が行われた。2008年の改定では、さまざまな場面において切れ目なく緩和ケアが適切に提供されるよう、緩和ケアの提供体制のよりいっそうの拡充を求め、がん性疼痛緩和指導管理料が設定

された。

また、緩和ケア病棟については、緩和ケア病棟のあり方を大きく転換する改定となった。対象となる患者について、「末期」という条件を外し、苦痛の緩和を必要とする患者であれば、病気の時期に関係なく入院することが可能となった。

緩和ケアチームの活動についての評価である緩和ケア診療加算に関しては、緩和ケアの質の向上を図るために、専任の薬剤師の配置を要件に追加するとともに、がん患者の地域での療養生活の質の向上を図るため、入院医療に専従とされている医師の勤務条件を緩和し、連携する他の医療機関からの紹介に応じて外来診療に当たることも可能となった。

そのほかにも、がん患者の疼痛緩和の普及を図るため、医療用麻薬について、介護老人保健施設入所者について医療保険において給付を行うこと、在宅がん患者の疼痛緩和などを進めるため、保険薬局での必要な注射薬および携帯型ディスプレイ注入ポンプ器の交付を行うこと、がん性疼痛の緩和などに用いられる塩酸モルヒネなどについて、14日分に制限されていた処方日数を見直し、30日処方を行うこと、などを新たに認められるようになった。

2010年の診療報酬改定では、がん患者に対する丁寧な説明を行うことを評価するがん患者カウンセリング料が新設された。このがん患者カウンセリング料に加え、がん性疼痛緩和指導管理料、緩和ケア診療加算、緩和ケア病棟入院料について、緩和ケア研修会を修了することが要件に位置づけられ、すべてのがん診療に携わる医師に対する研修が進む1つのきっかけとなった。

今後については、がん診療連携拠点病院のあり方ががん対策推進協議会などにおいて議論されているが、提供されている緩和ケアの質をどのように評価していくかが課題として挙げられる。また、都道府県がん診療連携拠点病院と地域がん診療連携拠点病院の役割を整理していき、地域レベルの緩和ケアを含めた医療の連携体制の整備、都道府県レベルでの医療連携や診療支援のあり方の検討、そして全国レベルでのがん対策にも資するネットワークの構築をどのように行っていくのか

ということも重要な課題である。そして、医療の現場が患者の視点で緩和ケアを実施していくことを推進する効果的な診療報酬の評価が、今後、期待される。

一般の方々に対する緩和ケアの普及啓発

一般の方々においては緩和ケアの概念が適切に理解されておらず、「緩和ケアは死を待つだけのあきらめの医療」「医療用麻薬を使ったら最期」といった誤った考え方を持っている者もいまだ少なくない現状がある。

2007年9月に実施した「がん対策に関する世論調査」においては、「(緩和ケアを)知らなかった」者が27.8%、「よく知らないが、聞いたことはある」者が25.8%であり、「“緩和ケア”の意味を十分知っていた」者は9.8%にとどまった¹¹⁾。同様に、2009年9月に実施した世論調査では、「(緩和ケアを)知らなかった」者が20.7%、「よく知らないが、聞いたことはある」者が23.6%であり、「“緩和ケア”の意味を十分知っていた」者は15.0%という結果¹²⁾であり、一見すると緩和ケアの認識が高まっているようにもみえる。

しかし、理解の内容について前回の調査結果と比較してみると、「終末期の患者だけを対象とすると思っていた」(25.1%→28.9%)、「病院、緩和ケア病棟などの限られた場所でしか行われなと思っていた」(19.7%→23.0%)、「痛みなどの身体症状のみを対象とすると思っていた」(13.2%→19.6%)という結果(複数回答)となっており、緩和ケアを適切に理解している者の割合はむしろ下がっていた。

2007年より、一般の方々を対象に、緩和ケアについての正しい知識を持つことを目的とし、厚生労働省は緩和ケアの普及啓発を目的とした委託事業を実施している。日本緩和医療学会は関係団体の協力のもと、「オレンジバレーンプロジェクト」として緩和ケアの普及啓発に取り組んでいる¹³⁾。

一般の方々を対象に緩和ケアの知識を広く普及させていくことは容易ではない。メディアなどが継続的に緩和ケアの正しい情報が発信していくよう、医療従事者が適切な情報を分かりやすく伝え

ていくことが重要である。また、医療従事者自身が緩和ケアについて正しい知識を持ち、目の前の患者や家族の方々に正しい情報を伝えていくことが何よりも大切であろう。

緩和ケア領域における研究の推進

「がん対策基本法」成立後で、わが国の緩和ケアの領域で最も注目すべき研究は、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 がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(研究リーダー：帝京大学 江口研二)による「OPTIM-study」である^{14~17)}。

各地域で緩和ケアを進めていくに当たっては、それぞれの地域ごとに特有の状況があり、全国で画一的に緩和ケアを進めていくことは困難である。本プロジェクトは、この課題を解決することを目的に、地域の特性をふまえ、地域における緩和ケアを推進していくための方法を明らかにしていくものである。

OPTIMプロジェクトでは、地域の包括的な緩和ケアプログラムを開発し、そのプログラムが、がん患者のQOLを向上するかについて検証を行っている。また、プロジェクトのアウトカム、プロセスの分析により、わが国の緩和ケアの均てん化のために有用なデータが蓄積し、全国の各地域において活用できる科学的根拠に基づいた緩和ケアを推進するための方策をまとめていくことを目指している。本プロジェクトについては他稿に詳しく記述されているため、ぜひご参照願いたい。

残された課題

これまでに述べてきたように、「がん対策基本法」が成立した後、緩和ケアについては強力な追い風のもと、多次元にわたって新たな取り組みが開始され、緩和ケアも大きく推進された。この数年間で、今まで解決ができなかった課題のいくつか、その解決の方向性が示された。しかし、その一方で未解決の課題や新たな課題も生まれつつある。

たとえば、「がん対策推進基本計画」で定められた「すべてのがん患者およ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」の達成状況の評価の方法の確立、拠点病院などの医療機関における緩和ケアの質の評価、さまざまなレベルでのネットワークの構築と連携の促進、在宅医療の推進、がん患者や家族の精神心理的なケアの充実、施設や地域の格差の是正、患者や家族の意向をよりいっそう尊重した医療の提供とそれを実現させるコミュニケーションの促進、そして何よりも重要な課題は、緩和ケアの専門性を有する人材について適切な人数を育成していくことであろう。また、緩和ケアのあるべき姿を検討するに当たっては、原点に戻り、終末期医療における未解決の課題についても改めて整理することも緩和ケアの課題を検討するうえで有効であろう。

がん対策は、「がん対策推進基本計画」が2011年度で終わることにともない、2012年から始まる次期の「がん対策推進基本計画」が目指すべきものについて、すでに議論が始まっている。緩和ケアについては、「がん対策推進基本計画」に重点的に取り組むべき課題の1つとして掲げられ、大きく進められてきた。今後ともまだ多くの課題が残っていることをふまえると、これからも緩和ケアに関する取り組みは、まだ手綱を緩めてはいけないであろう。

現在、すでに始まっている次期のがん対策や緩和ケアの方向性に関する議論について、ぜひ多くの方々にご注目いただくとともに、次期の5年間もがん対策と緩和ケアが大きく進む期間になるよう関係者一同、力を合わせ協力していく必要があるだろう。

文 献

- 1) 木澤義之, 山本 亮: がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための研修—PEACEプログラムを用いた研修会について. 緩和医療学 11: 303-309, 2009
- 2) 日本緩和医療学会: 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE) [http://www.jspm-peace.jp/]
- 3) 厚生労働省: 第2回緩和ケア専門委員会資料. 参考資料3 緩和ケア対策の現状 [http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000013gjs.html]
- 4) 日本緩和医療学会: ELNEC-J 指導者養成プログラム [http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/elne.html]
- 5) 財団法人がん集学的治療研究財団: がん医療を専門とする医師の学習プログラム eラーニング [http://www.cael.jp/]
- 6) 新木一弘: がんプロフェッショナル養成プランの進捗状況. 腫瘍内科 7: 1-9, 2011
- 7) 厚生労働省: がん診療連携拠点病院の整備について [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf]
- 8) 国立がん研究センターがん情報サービス: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—2007年度調査結果報告書 [http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/2007report.html]
- 9) 国立がん研究センターがん情報サービス: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—2008年度調査結果報告書 [http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/2008report.html]
- 10) 国立がん研究センターがん情報サービス: がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査—2009年度調査結果報告書・調査結果資料 [http://ganjoho.jp/professional/cancer_control/2009report.html]
- 11) 内閣府大臣官房政府広報室: がん対策に関する世論調査 (平成19年9月調査) [http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-gantaisaku/index.html]
- 12) 内閣府大臣官房政府広報室: がん対策に関する世論調査 (平成21年9月調査) [http://www8.cao.go.jp/survey/h21/h21-gantaisaku/index.html]
- 13) 日本緩和医療学会: オレンジバレーンプロジェクト [http://www.kanwacare.net/]
- 14) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」 [http://gankanwa.jp/]
- 15) 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 Med 25: 412-418, 2008
- 16) 山岸暁美, 森田達也, 江口研二: 地域介入研究 (戦略研究). 緩和医療学 10: 215-222, 2008
- 17) 江口研二: がん緩和医療—地域で支える体制構築と地域包括的プログラムの開発. 緩和医療学 11: 351-355, 2009

Ⅲ. がん対策基本法施行後に ホスピス緩和ケアはどう変わったか —看護師の視点から—

田村 恵子

(淀川キリスト教病院 ホスピス)

はじめに

「がん対策基本法」(2006年6月20日法律第98号)(以下、「基本法」)が2007年4月1日より施行され、まもなく丸4年を迎えようとしている。具体的には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的な方向性を定めた「がん対策推進基本計画」(以下、「基本計画」)に則って施策が進められている。

緩和ケアに関しては、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき課題として掲げられ、がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域連携の推進が目標とされている。また、早期から適切な緩和ケアを提供するために、がん医療に従事する医師の緩和ケアについての基本的な知識の習得が焦眉の課題とされ、日本各地で医師に対する緩和ケア研修会が開催されている。

「基本計画」に基づくこうした現状をふまえて、①緩和ケアに関する教育、②拠点病院における緩和ケアチームの整備、③地域連携と地域緩和ケアの推進、の3つの観点から、ホスピス緩和ケアがどう変わったかについて、がん看護専門看護師の目からみた現状を報告する。

緩和ケアに関する教育の観点から

「基本法」施行後、緩和ケアに限らず、がん医療に関する講演会や研修会などが急増しており、がん医療に関する知識を習得したいと希望す

ば、学ぶことのできる機会は圧倒的に増加しており、誰もが容易に研修を受けることができる状況となっている。

「基本計画」における緩和ケアについての教育では、医師に対する緩和ケアの基本教育が中心となっており、PEACE(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education)が開催されている。目標は、「10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること」¹⁾である。4年目を迎えて当初の混乱ともいえる状態は落ち着きつつあるが、教育プログラムの開発に携わった医師たちの多忙さ、それを全国で広めていくために費やしている労力は並大抵ではない。多くの医師たちはそれまでの臨床での診療を続けながらその開発と拡充に奔走し、その運営には現在も多くの看護師やコメディカルスタッフが協力している。

PEACEは医師を対象とした基本教育として構成されているため、教育内容は症例呈示に基づいた薬物療法などの治療方法が中心で、残念ながらケアについては十分に触れられていない。したがって、筆者自身の経験から、看護師がPEACEの運営に協力もしくは参加した場合に、ケアや看護に関する知識を習得することはあまり期待できず、看護のスキルアップにはほとんどつながらないと思われる。参加した医師のアンケートからも、「処方学を学べた」という症状マネジメントに関わる内容が多く、PEACEを通して多くの職種が緩和ケアについて学んでいるようにみえても、職種に必要な基本的知識を学習しているのではな

いことを認識しておくことが大切である。

時折、看護師たちから「PEACEの運営に携わっているのに、看護師を対象とした研修にまで手が回らない」状況であることを聞くことがあるが、これは本末転倒であろう。適切な緩和ケアを提供するため正しい知識を習得した医師を育成するためのPEACEの開催にも協力をしつつ、自らの専門領域の教育に力を注いでいくべきであることを改めて確認しておきたい。

さらに、ホスピスや緩和ケア領域は従来からチームアプローチを前提として発展してきていることから、医師に限らず看護師を含むコメディカルスタッフ全体を対象とした教育の機会が増えている。このことは、専門職として日々研鑽を求められているわれわれにとっては、好機到来といえる。

しかしながら、地域により研修の内容、すなわち教育の質に差があるように感じられる。たとえば、首都圏などでは医師とコメディカルスタッフを分けた研修が開催されているが、地方では職種ごとの研修はまだまだ少なく、常に全職種が同じ研修を受けることが多い現状である。もちろん、チームとしてメンバー全員が同じ内容について学びを深めていくことのメリットは多々あるが、一方では、それぞれの職種に必要な基本的知識を習得しないままに、波のように次々と押し寄せてくる研修に飲み込まれている状態にある医療従事者も少なくない状況である。

しかし、拠点病院などでは研修会の開催が義務づけられており、その要件を満たすことが現実的には避けて通ることのできない課題である。このため、研修の乱立とも表現できるような状態がもうしばらくは続くことが予想される。

がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの整備の観点から

「基本計画」において緩和ケアに関して最も強調されているのが、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」であり、緩和ケアの提供体制の整備が拠点病院の指定要件としても挙げられている。具体的には、身体症状の緩和および精神症状の緩

和に携わる医師と専従の緩和ケアに携わる専門的な知識および技能を有する常勤の看護師を1人以上配置した緩和ケアチームの整備が求められている。また、厚生労働省において一般市民が緩和ケアについての正しい知識を持つことを目的とした普及啓発事業が計画立案され、「Orange Balloon Project」²⁾として企画され、進行中である。この結果、治療の早い段階から緩和ケアを提供することの重要性が広く認識されるようになり、がん治療を続けながら積極的に苦痛の緩和が図られるように変化しつつある。

これまで、ホスピスや緩和ケアの臨床から、いくら緩和ケアの必要性を叫んでも患者・家族はもちろんのこと、がんに関わる医療従事者にさえその声は届かず、治療中だから多少の痛むことは仕方のないことと見過ごされてきた。この点において、「基本計画」および「がん診療連携拠点病院の整備について」（2008年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知）で「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針緩和ケアの提供体制」³⁾が示されたことには大きな意味があったといえる（表1）。

しかし、実際に患者が希望すれば適切な緩和ケアをどこの拠点病院でも受けられる状況かという点、組織上は緩和ケアチームが設置されていても、その体制が十分に整っておらず、患者・家族のニーズに対応できていないチームもたくさんある。「基本法」施行以前から活動している実績のある緩和ケアチームが活躍しやすくなった反面、緩和ケアチームができたがために、ホスピス・緩和ケア病棟への転院を提案する時期がさらに遅くなっている印象もある。

緩和ケアにはアクセスしやすくなったものの、「基本計画」ではその質の保証や活動のあり方が規定されていないため、患者・家族にとって、一概に適切な緩和ケアを受けるための状況が良くなったとは評価できない状態である。

地域連携と地域緩和ケアの推進の観点から

「基本計画」において、「がん患者の意向を踏ま

表1 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」緩和ケアの提供体制³⁾

ア	(2)の[1]のウに規定する医師及び(2)の[2]のウに規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。
イ	外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。
ウ	アに規定する緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること。
エ	院内の見やすい場所にアに規定する緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行うこと。
オ	かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。
カ	緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

え、住み慣れた家庭や地域で療養をせんとくでききるように在宅医療の充実を図ることが求められている」。このため、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(以下、OPTIM)⁴⁾が開始され約3年が経過した。OPTIM中間報告は、「V. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM-study)の経過と今後の課題」で詳しく報告されるので、そちらを参照していただくこととして、本稿では筆者の勤務するホスピスからみた地域連携について述べる。

淀川キリスト教病院ホスピス(以下、当ホスピス)の平均在院日数は、2007年度18.3日、2008年度18.7日、2009年度16.3日であり、この数値からも明らかなように「基本計画」に基づく取り組みの進行に伴って短縮傾向にある。特に、2009年度は入院患者数402名、死亡者数306名と前年に比べて約30名の増加傾向にある。また、受診に関する相談も1,392件あり、前年に比べて1.8倍となっている。その中で増えているのは、拠点病院などでがん治療を受けていたが、もう治療がないので早く退院・転院するように勧められた方、もう少し早い段階で治療を差し控えることが適切であったと推測される方、あるいは拠点病院の相談支援センターを経由して退院はしたが、病状進行に伴って必要な治療を受けることができる医療機関をみつけられず苦汁している方などからの相談である。

このように、拠点病院に相談支援センターは設置され、相談は可能となった。しかし、緩和ケア

や在宅緩和ケアに関する経験の蓄積が少なく、退院する患者に緩和ケア病棟と在宅支援診療所の両方を紹介するような場合も多々ある。このため、かえって患者・家族、そしてホスピスケアを提供しているわれわれも混乱することがある。

一方、在宅診療医に病状の急な変化に備えて入院のベッドを確保できるように勧められての相談も増加傾向にある。その背景には、自宅近くの在宅医や訪問看護ステーションが、在宅緩和ケアや看取りにまだまだ対応できていない状況にあることがうかがえる。

前項の緩和ケアチームの整備でも指摘したが、ホスピス・緩和ケア病棟の立場からみると、さまざまな理由はあると考えられるが全般的に緩和ケア病棟への患者の紹介時期が遅くなっている。このため、当ホスピスのように積極的に地域連携を図ろうとすると、どうしても緊急での入院対応が増え、医療従事者の負担が増すばかりの状態となっていることも事実である。

さらに、適切な在宅緩和ケアを受けるには、医療保険と介護保険の両者をうまく組み合わせることが大切であるが、制度ががん終末期の急速な変化になかなか追いついていないのが実情であろう。ただし、患者や家族は、「家で過ごしたい」「家に帰れるチャンスがある」などこれまで口にすることを躊躇していた思いを、希望として語ることができるようになってきていることも追記しておきたい。

表2 平成23年度がん対策に向けた提案書（提案の骨子）

1. がん対策の現状に対する提案
 - (1) がんに対する社会資源の投入が不十分であり、投入量を増やす必要がある。
 - (2) 政策立案決定プロセスを改善すべきである。
 - (3) 「予算」「診療報酬」「制度改正」の3つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。
2. 「予算」「診療報酬」「制度」の3つの側面からなる140本の推奨施策を提案
3. 重点項目に入れるべき施策の提案
 - (1) 緊急に重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策を提案する。
 - (2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正を求める。
 - (3) 全国的ながん登録システムを整備することを求める。

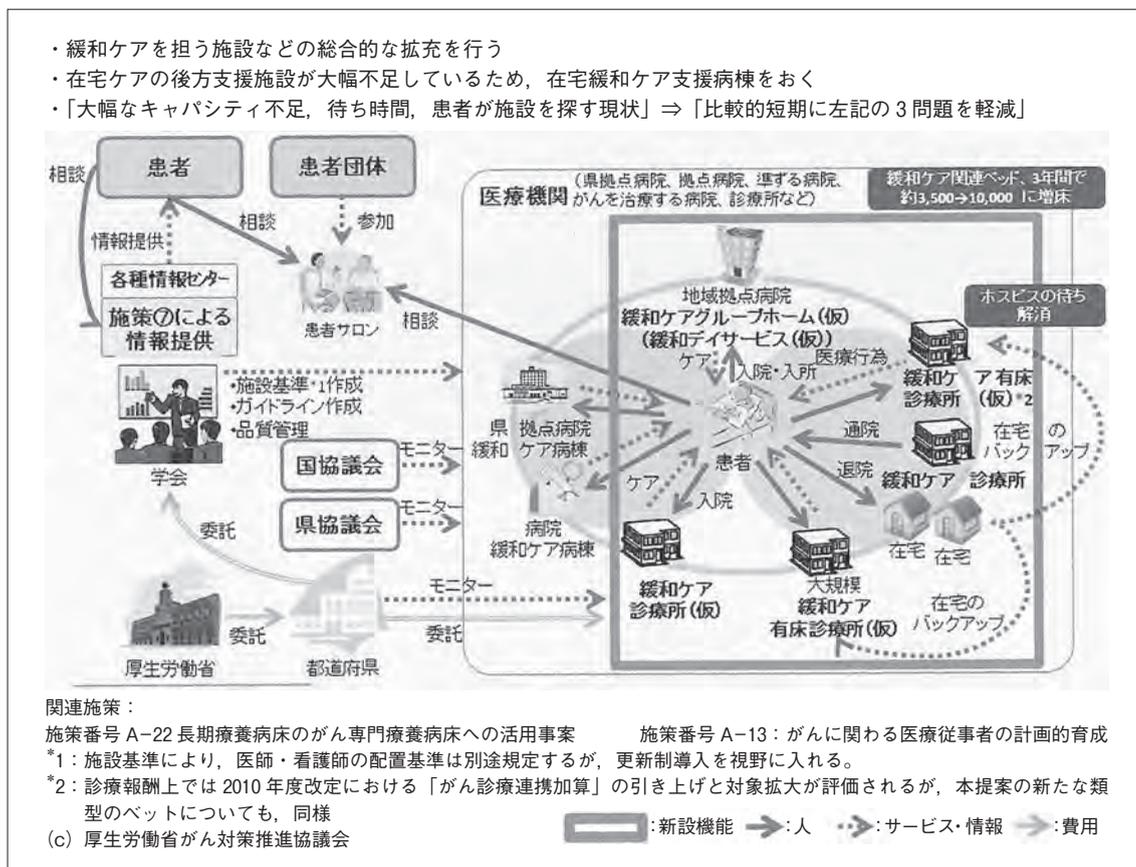


図1 施策①：緩和ケアを担う施設などの拡充事業⁶⁾

今後の課題

「基本法」施行後のホスピス緩和ケアの変化について、3つの観点から私見を述べた。改善された点は医療従事者としてより良くするための努力を続けることが大切であるが、積み残されている課題については、現行の取り組みをふまえた新た

な取り組みが必要であろう。

新たな取り組みへの足掛かりとして、がん対策推進協議会は、「基本法」施行後のタウンミーティングや都道府県がん対策推進協議会委員会等のアンケートに基づく、「平成23年度がん対策予算に向けた提案書—みんなでつくるがん対策」(2010年3月31日)⁵⁾を提案している。提案の骨子は表2

- ・育成配置支援センターを設置し、資格希望者への教育費補助を行う。医療機関には育成機関の負担の補助を行う
- ・現職スタッフの専門資格取得に加え、現在求職中の者の再教育・再雇用の機能も持たせる
- ・「チーム医療を行う専門的医療従事者の大幅不足」⇒「専門的医療従事者の充実とチーム医療の促進による均てん化の進展」

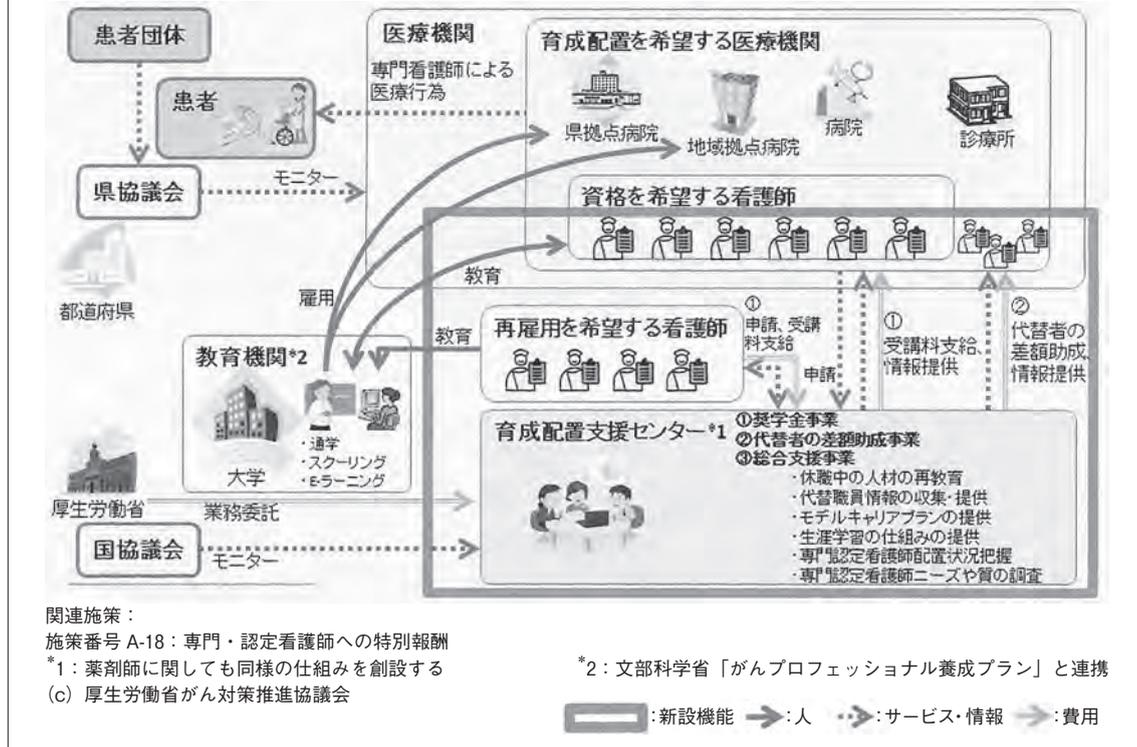


図2 施策③：専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置支援センター事業⁶⁾

に示すとおりである。第3の重点項目に入れるべき施策の提案の中に、緊急に重点的な実施が必要と考える9本のがん予算施策が提示されており、その第1に「緩和ケアを担う施設などの拡充事業」(図1)⁵⁾が提案されている。この提案は、先に述べた地域連携と地域緩和ケアの推進を促すものであろう。また、施策③として示されている「専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置センター事業」(図2)⁶⁾は緩和ケアチームによって提供される医療の質の均てん化を促進するものであると思われる。

こうした提案を基に、議論を重ねながら、より適切で充実した緩和ケアが提供できるようにすることに継続して取り組む必要がある。

おわりに

「基本法」は、2006年6月に制定され、約8か月間の準備期間を経て、翌年4月施行となった。当時、緩和ケア臨床の真ただ中にいた筆者は、何がどう変わるのだろうか。すでに言い古された感のある「患者中心のがん医療」を本当に実現できるだろうかなど、さまざまな疑問を抱いた。あれからまもなく4年が経過しようとしている。外来や病棟で、患者や家族からの「今は緩和ケアを受けて、身体の状態が落ち着いたら治療を続けたい」「できるかぎり家で過ごしたい」などの思いを耳にするたびに、患者の意向が尊重された治療の選択肢が増えていることを実感している。「少しずつだが、確かに変わっている」これが筆者の感想である。

「基本法」の目標である、がんになっても安心して納得できる医療を受けつつ過ごせるように、いやむしろ「がんだから緩和ケアも整っていて安心」と人々が口にできるような緩和ケアの提供を今後も目指していきたい。

文 献

- 1) 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE) [<http://kanwaedu.umin.jp/peace/index.html>] (2011年2月16日, アクセス)
- 2) Orange Balloon Project [<http://www.kanwacare.net/orange/index.html>] (2011年2月16日, アクセス)
- 3) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 [<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>] (2011年2月16日, アクセス)
- 4) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM) [<http://gankanwa.jp/>] (2011年2月16日, アクセス)
- 5) がん対策推進協議会より長妻厚生労働大臣に手交された「平成23年度がん対策に向けた提案書」について [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0409-3.html>] (2011年2月16日, アクセス)
- 6) 平成23年度がん対策に向けた提案書。2011年2月16日アクセス [<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/s0409-3.html>]

Ⅳ. がん対策基本法後の緩和ケア教育

— PEACE プロジェクトの実践を通して —

木澤 義之

(筑波大学大学院 人間総合科学研究科臨床医学系)

基本的な緩和ケアの普及の現状

2007年4月に施行されたがん対策基本法の中で、療養生活の維持向上のために、がん医療に早期から緩和ケアが適切に導入されることの重要性が述べられている。

しかしながら、緩和ケアの普及はまだまだ十分ではなく、その一因として基本的な緩和ケアを行うための教育・支援体制が十分でないことが示唆されている。たとえば、以下のようなデータがある。

① がん性疼痛のガイドラインが十分に普及していない

WHO方式がん疼痛治療法は、がん性疼痛の国際的な治療ガイドラインであり、ガイドラインに沿った治療を行うことで多くの患者において疼痛の緩和を行うことができることが知られている^{1~3)}。わが国においても、WHO方式がん疼痛鎮痛法のマニュアルが配布されるなど普及の努力が行われてきたが、2008年の全国調査において、WHO方式がん疼痛治療法の「内容をよく知っている」「ある程度知っている」と回答した医師は約47%にとどまっており、約28%の医師は「知らない」と解答している⁴⁾。

② 緩和ケアに関して十分な教育が行われていない

わが国で「緩和ケアに関して十分な教育を受けた」と回答した医師は約20%、「症状緩和に関する知識・技術が十分だ」と回答した医師は約30%にすぎず、欧米と比して明らかに少ない^{5~8)}。教育のプログラムとその組織的な普及が課題として挙げられる。

③ がん患者の苦痛の緩和は十分とはいえない

近年行われた、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を対象とした大規模な遺族調査の結果から、「苦痛の緩和に満足していた」と回答している遺族は50%にすぎず、がん患者の苦痛は十分に緩和されていないことが示唆される。

医師に対する緩和ケア教育

— PEACE プロジェクト

① PEACE プロジェクト開始の背景

このような状況を改善し、基本的な緩和ケアを普及するため、日本緩和医療学会ではノースウエスタン大学、米国臨床腫瘍学会が共同で実施しているEPEC-O（Education for Palliative and End-of-life Care-Oncology）日本語版の開発とその指導者研修会の実施を通して、この課題に取り組んできた⁹⁾。しかし、プログラムが米国で開発されたものであるため、医療システム、社会体制、文化社会的背景、法体制などの相違からプログラムをそのままわが国で使用することができない、十分な教育効果が得られないなどの問題が生じていた。

一方、厚生労働省は、緩和ケアのすみやかな普及のために、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画（2007年6月15日閣議決定）において「すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得する」ことを目標として掲げた。これを受けて、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得し、がん治療の初期段階から緩和ケアが提供されることを目的に、これら医師に対する緩和ケアの基本的な知識などを習得するための研修会を行うように、各都道府県に厚生

表 1 緩和ケア研修会標準プログラムの要件（一般型研修会）

-
1. 研修時間は全体で 12 時間以上、2 日以上に渡ること
 2. プレテストとその解説を行うこと
 3. アイス・ブレーキングの時間を設けること
 4. がん性疼痛の講義は、基礎、WHO 方式について、治療法を含むこと
 5. 4 と別に、がん性疼痛のワークショップを 180 分以上行うこと
(疼痛症例のグループ討議+オピオイド処方時の患者説明のロールプレイ)
 6. 呼吸困難の講義、消化器症状の講義を含むこと
 7. 精神症状（不安・抑うつ・せん妄）の講義を行うこと
 8. コミュニケーションの講義を行うこと
 9. コミュニケーションのワークショップを 90 分以上行うこと
(bad news の伝え方のグループ討議+同ロールプレイ)
※ 8 と 9 は合わせて 180 分（2 単位）以上で、同じ日に行われなければならない
 10. ワークショップ（疼痛・コミュニケーション）は、原則として 6～10 名程度のグループに分かれること
 11. 地域の状況をふまえつつ、以下の内容を含むこと
 - 1) 全人的な緩和ケアの要点
 - 2) 放射線・神経ブロックの適応、専門的緩和ケアへの依頼の要点
 - 3) 療養場所の選択と地域連携
 - 4) 在宅における緩和ケア
 ※ワークショップ以外の講義には時間の条件設定がないが、おおむね単位型の
[1 単位 = 90 分以上] の時間設定に沿うのがよいと思われる
-

労働省健康局長通知「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（以下、開催指針）」（2008 年 4 月 1 日付け健発第 0401016 号）が出された。その要点を表 1 に示す。

これを受けて、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」班、日本緩和医療学会、日本サイコオンコロジー学会を中心に、新たに「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための継続医学教育プログラム（Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education ; PEACE）」およびそれを用いた研修会（案）が開発された。

かねてから、わが国独自のプログラムの開発と実施を考えていた日本緩和医療学会は、EPEC-O 指導者研修会の実施を中止し、厚生労働省から「平成 20 年度がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業」（2008 年 5 月 9 日付け健発 0509004 号）の委託を受けて、関連団体などと協力して、この PEACE プログラムを用いた研修会である「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア

研修会」の実施および開催支援と、その指導者育成のための「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」を軸とした緩和ケア教育プロジェクトを「日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト」として開始した。

② PEACE プロジェクトの目的

PEACE プロジェクトの目的は、基本的な緩和ケアの啓発と普及、教育を通して、すべてのがん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得することを推進し、国民がその療養場所にかかわらず質の高い緩和ケアを受けることができるようにすることである。したがって、開発された PEACE プログラムも緩和ケアに専門に従事する医療従事者に対するものではなく、がん診療に携わるすべての医師に必要な緩和ケアが学習できるように組み立てられている。

③ PEACE プログラムの紹介

開発された緩和ケア研修会用の PEACE プログラムは 2 日間にわたる計 780 分のプログラムで、厚生労働省から出された開催指針で定める「緩和

表2 PEACEプログラムで用意されているプレゼンテーション

M-1	: 緩和ケア研修会の開催にあたって
M-2	: 緩和ケア概論
M-3	: がん性疼痛の評価と治療
M-4a	: がん性疼痛事例検討
M-5	: オピオイドを開始する時
M-6a	: 呼吸困難
M-6b	: 消化器症状 (嘔気・嘔吐)
M-7a	: 気持ちのつらさ
M-7b	: せん妄
M-8	: コミュニケーション
M-9	: 地域連携と治療・療養の場の選択
T-1	: 緩和ケア研修会とPEACEプロジェクト
T-2	: 教育技法
T-3	: アイス・ブレイキング

ケア研修会標準プログラム」に準拠している。本プログラムは、一般型研修会プログラム例として、アイス・ブレイキング、緩和ケアの概論、症状アセスメント、がん性疼痛をはじめとする身体症状の緩和、そして地域連携に関する研修からなっている。現在作成、公開されているのは、以下の通りである¹⁰⁾。

- ①エンドユーザータイムテーブル
- ②PEACEプレゼンテーション (PDF形式で公開, 14モジュール, 表2参照)
- ③参加者ハンドブック
- ④緩和ケア研修会開催の手引き

なお、PEACEプログラムは、日本医師会発行の『がん緩和ケアガイドブック2008年版』¹¹⁾ (<http://www.med.or.jp/etc/cancer.html> からダウンロード可能) に準拠して作成されており、研修会を行う際のテキストとして本ガイドブックの使用が推奨される。また、より詳細なものとしては、OPTIM (緩和ケアプログラムによる地域介入研究) の『ステップ緩和ケア』、および『患者家族用パンフレット』¹²⁾ (<http://gankanwa.jp/> からダウンロード可能) とともに内容を一致させており、あわせて参考資料として活用することが可能である。また、プレテストおよびポストテストの実施については、日本ホスピス緩和ケア研究振興財団による『緩和ケア専従医のための自己学習プログラム』¹³⁾ (<http://www.hospat.org/program.html> より

ダウンロード可能) に多肢選択式の問題が多数収録され、詳細な解説がなされているので参考にされたい。

④ PEACEプロジェクトの構造

PEACEプロジェクトは、2つの大きな柱からなっている。それは、指導者研修会 (「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会」および「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」) の実施と全国各地における緩和ケア研修会の開催支援である。

普及の手段として、まず各地方や拠点病院で研修会を開催する指導者を育成し、教育マテリアルを整備したうえで育成した指導者が地域で緩和ケア研修会を開催することを支援するという構造をとっている。それぞれ詳細を述べる。

1. 指導者研修会

指導者研修会の実施は、PEACEプロジェクトの根幹をなすものである。指導者研修会は、緩和ケア研修会の企画、運営、主として痛みをはじめとする身体症状の教育を担当する指導者に対する「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会 (2泊3日, 2009年秋からは1泊2日の形式のものもあり)」と、精神症状や気持ちのつらさ、コミュニケーションの教育を主として担当する指導者に対する「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会 (1泊2日)」に分けて行われる。双方のプログラムともに、参加型、体験型のプログラムとなっている。教育技法や、実際に教育を体験して受講生同士で教育方法についてフィードバックし合う時間なども用意されている。

指導者には、プレゼンテーションの電子ファイルや、配付資料、DVD、研修会の開催マニュアル、指導者マニュアルなど実際に自分の地域や施設に持ち帰ってすぐに教育を開始できるように教育キット一式が手渡される。また、修了者は修了者メーリングリストに登録され、各地方での研修会での工夫や苦勞を共有し、さらに効果的な教育を実施できるように配慮されている。加えて、上記の提供された教育マテリアルは1~2カ月の間に定期的に更新され、常に最新のものが変更点を明示したうえでホームページ上 ([21](http://www.jspm-</p>
</div>
<div data-bbox=)

peace.jp/members/authentication.php)に公開され、指導者はそのマテリアルに簡便にアクセスが可能である。

2. 緩和ケア研修会の開催支援

各拠点病院には緩和ケア研修会を開催するための資金的な手当てが、国や都道府県などからなされているが、実際にかん診療に当たる医療機関はもちろん、拠点病院ばかりではない。日本緩和医療学会では、育成した指導者が病院や医師会、各地域においてがん診療に携わる医師やコメディカルを対象とした緩和ケア研修会を円滑に開催できるよう、その開催する機関と連携をとりながら緩和ケア研修会を主催、共催する事業を行っている。

今後の展望

現在、PEACEプロジェクトの進捗は順調で、2008～2010年度2月までには「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会」が計12回、「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」が計6回行われた。これに2007～2010年の国立がん研究センター開催分を合わせると2011年2月20日現在で緩和ケア1,034名、精神腫瘍482名、合計1,516名の指導者が研修会を修了していることとなり、これによって、全国で指導者がいない都道府県は皆無となった。これら全国の指導者の努力により2010年12月時点で緩和ケア研修会の修了者はプロジェクト開始から2年間で20,000名に達している。

2011年度はさらに200名を超える指導者が養成される予定となっていることから、拠点病院や緩和ケアを提供している医療機関を中心として、全国各地で数多くの緩和ケア研修会が実施され、緩和ケアの普及に寄与することが予想される。

プログラムに対する評価の声がある一方で、プログラム自体の有効性の評価、プログラムの改善や追加、医師以外の職種への応用を望む声が指導者研修会参加者から多く聞かれており、今後は研修会の評価、指導者フォーラムなどを通じた改善と質の維持に関する活動を続けていきたいと考えている。また、プログラム自体が症状緩和に偏っ

ている傾向があること、包括的評価や倫理的な背景などに関する要素が不十分なことがかねてから指摘されている。これについては前述した厚生労働科学研究班において、追加の教育モジュール作成が行われており、2011年2月の時点で倦怠感、アドバンス・ケア・プランニング（今後のことを話し合う）、苦痛緩和のための鎮静、包括的評価、死が近づいた時、輸液と栄養などのモジュールが追加モジュールとして作成されている。

また、研修会が2日間という比較的長い集合研修という形式をとっていることが、参加者の参加しにくさをまねいているという意見がある。今後、知識を学ぶ部分はeラーニングなどをとり入れて、より多くの人が受講できるような工夫も必要かもしれない。上記した「参加者の多様なニーズに対応し」「より受講しやすい」研修会を目指してこれからも内容、構造両面からその改善を図っていきたいと考えている。

おわりに

本稿では、緩和ケアの基本教育に特化して議論を進めてきたが、緩和ケアの教育の分野は課題が山積している。緩和ケアの専門家教育、緩和ケアチームや緩和ケア病棟に対する教育、非悪性疾患の緩和ケア、介護者に対する緩和ケア教育など枚挙にいとまがない。

そもそも、教育も学習も一生続くものであり、終わりが無いものである。“See one Do one Teach one”と昔からいわれるように、教育は他者を成長させるものである一方、自らを成長させるものでもある。多くの読者が、PEACEプロジェクトをはじめとする緩和ケアの教育に参加いただくことを心から望んでいる。

文献

- 1) Davies E, Higginson IJ ed : The Solid Facts Palliative Care. World Health Organization Europe, 2004 [cited 2009 Dec 7] [http://www.euro.WHO.int/document/E82931.pdf]
- 2) Jadad AR, Browman GP : The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. JAMA 274 : 1870-1873, 1995

- 3) Azevedo São Leão Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M : The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer 14 : 1086-1093, 2006
- 4) 厚生労働省 : 終末期医療に関する調査 [cited 2009 Dec 7] [<http://www-bm.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1027-12e.pdf>]
- 5) Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, et al : Knowledge and Attitudes of Health-Care Providers Toward Cancer Pain Management : A Comparison of Physicians, Nurses, and Pharmacists in the State of New Hampshire. J Pain Symptom Manage 15 : 335-349, 1989
- 6) Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al : Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation : a nationwide survey. J Clin Oncol 20 : 758-764, 2002
- 7) Cherny NI, Catane R : Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer : report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. Cancer 98 : 2502-2510, 2003
- 8) Low J, Cloherty M, Wilkinson S, et al : A UK-wide postal survey to evaluate palliative care education amongst General Practice Registrars. Palliat Med 20 : 463-469, 2006
- 9) 木澤義之 : EPEC-O 日本版の実施について. 緩和医療学 8 : 3-6, 2006
- 10) 日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト [cited 2008 Dec 10] [<http://www.jspm.ne.jp/gmeeting/peace-dl.html>]
- 11) 木澤義之, 森田達也 編, 日本医師会 監 : がん緩和ケアガイドブック. 青海社, 2008 [cited 2009 Dec 7] [http://dl.med.or.jp/dl-med/etc/cancer/cancer_care.pdf]
- 12) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」: 医療者向けツール・資料一ステップ緩和ケア〈1. 症状マネジメントのためのツール〉, 患者家族用パンフレット [<http://gankanwa.jp/tools/pro/index2.html>]
- 13) 木澤義之, 他 編著 : ホスピス・緩和ケア専従医のための自己学習プログラム. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2006 [cited 2009 Dec 7] [<http://www.hospat.org/program.html>]

V. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題

森田 達也

(聖隷三方原病院 緩和支援診療科)

経緯

OPTIM プロジェクト (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 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」) は、2005年から毎年2領域ずつ行われている「戦略研究」の一部である。

「戦略研究」は、わが国では大規模な臨床研究がなかなか成功しない経緯から、「国民的ニーズが高く確実に解決を図ることが求められている研究課題」について、大規模な研究を完遂して国民に迅速に還元することを目的として設定され

た。従来の一般公募による厚生労働科学研究費補助金とは別に、厚生科学審議会科学技術部会の意見を踏まえながら行われるものである。これまでに、糖尿病、自殺など国家的に重要な健康問題が課題に設定されてきた。がんにおける戦略研究は2006年に設定され、乳がんの予防と、緩和ケアが設定された。

緩和ケアが課題として選択された背景として、わが国ではがん患者からみた quality of life (QOL)・緩和ケアの質の評価が不十分であること (図1) や、希望する場所で最期を迎えられる患者が少ないことから (図2)、がん対策基本法での重点領域と位置づけられたことが挙げられる。

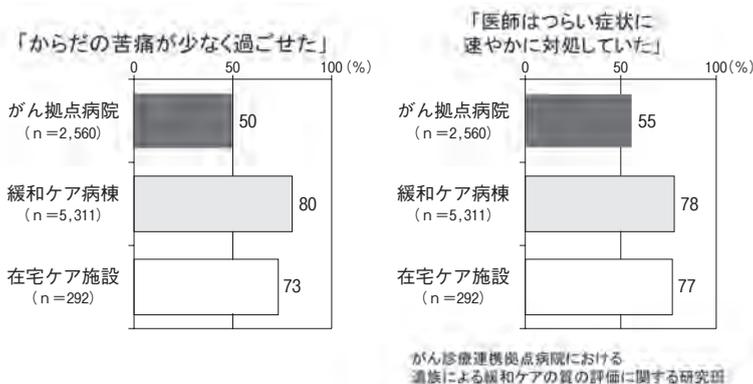


図1 がん患者の遺族による quality of life, 緩和ケアの質の評価

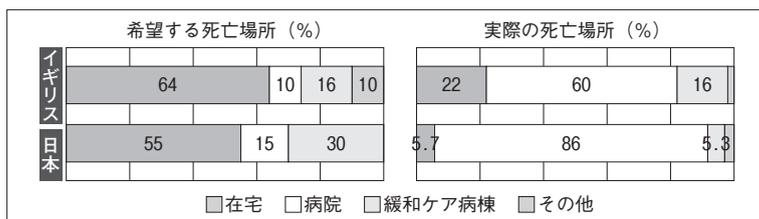


図2 がん患者の死亡場所

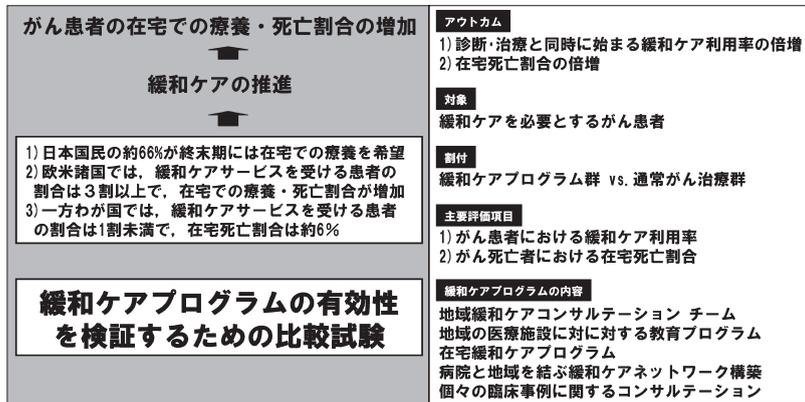


図3 「がん対策のための戦略研究の概要」として当初策定されたプロトコール



図4 OPTIM プロジェクト概要

戦略研究が他の研究と異なる点は、主要な目的や介入が枠組みを決定する委員会を設定され、その後、研究班に提示されることである。研究班は、毎年、研究が当初の設定された目的に見合うように進められているか、研究班「外」に設置された運営委員会、評価委員会など複数の機関からモニタリングを受ける。緩和ケアの戦略研究では、当初、緩和ケアの利用数と在宅死亡率を主要評価項目とする無作為化クラスターランダム化比較試験を行うこととして設定された（図3）。無作為化クラスターランダム化比較試験とは、緩和ケアプログラムを行う市町村と、行わない市町村

を無作為に割りつけて、地域単位でのアウトカムを比較するものである。ノルウェーで行われた類似の研究がプログラム策定の参考とされたと考えられる¹⁾。

その後、江口研二リーダー（当時日本緩和医療学会理事長）をもとに、「All Japan 体制」で課題に取り組むために研究班が組織された。研究班構成は、マニュアルの作成などを行う「臨床教育プログラム委員会」（木澤義之〈筑波大学〉、森田達也〈聖隷三方原病院〉、梅田恵〈緩和ケアパートナーズ〉、新城拓也〈社会保険神戸中央病院〉）、相談支援センターと地域緩和ケアチームの機能

の検討を行う「相談支援機能プログラム委員会」(秋月俊哉〈千葉がんセンター〉, 志真泰夫〈筑波メディカルセンター病院〉), 市民・患者への緩和ケアの普及啓発を行う「普及啓発プログラム委員会」(的場元弘〈国立がん研究センター中央病院〉, 秋山美紀〈慶応大学〉), 地域連携について検討する「連携促進委員会」(川越正平〈あおぞら診療所〉), アウトカムの評価測定を行う「評価測定委員会」(宮下光令〈東北大学〉), ホームページ・情報管理を行う「ホームページ委員会」(山川宣〈六甲病院〉)である(現在の委員会名, 委員長・副委員長を記載)。このほか, リーダー補佐として森田達也(聖隷三方原病院), 事務局長として加藤雅志(国立がん研究センター)が, 対がん協会に設置された戦略研究推進室(松村有子〈東京大学医科学研究所〉)の支援のもとに運営を行っている。

研究班では, 2007年に提示されたプロトコルの実施可能性や, わが国に還元すべき内容の検討を行い, 前後比較研究としてプロトコルを作成し倫理審査を受け, プロトコルの概要を英文誌に公開した²⁾(図4)。同時に, 介入に必要なマニュアルなど各種マテリアルを全国の緩和ケア・在宅医療の専門家の協力のもとに作成した。

プロジェクトの目的

OPTIM プロジェクトの目的の1つは, 緩和ケアプログラムの施行前後で, がん患者の自宅死亡, 緩和ケア利用数, QOLが向上するかを前後比較試験で検証することである。もう1つの重要な目的は, プロジェクトそのものの経過を通じて緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物や介入過程を作成することである(表1)。

つまり, OPTIM プロジェクトでは, 介入研究の結果としてアウトカムの変化を測定するとともに, 介入中に作成したさまざまなマテリアルや知見・ノウハウを集積することで全国の緩和ケアの普及に役立てることを目的とされたことが大きな特徴である。これは, 近年になって, 緩和ケアなどの複雑な介入(complex intervention)の研究では, 単に「アウトカムがどう変化したか」だけで

表1 目的

1. 地域緩和ケアプログラムが, がん患者のQOLを向上するかを検証する
2. 今後, 全国においてがん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物, 介入過程を作成する

表2 対象・方法

デザイン
地域介入, 前後比較試験
主要評価項目
1) 在宅死亡
2) 緩和ケアの利用数
3) 患者評価による通院中のがん患者 QOL (Care evaluation Scale)
4) 遺族評価による終末期のがん患者 QOL (Care evaluation Scale)
副次評価項目
1) 地域医療者の困難感・知識
2) 地域の緩和ケアの質指標
介入
1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上
2) 患者・家族に対する適切な知識の提供
3) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション
4) 緩和ケア専門家による診療

なく, それが「なぜ生じたのか」「どのような介入過程を得てアウトカムが生じたのか」を解釈できるような質的研究が重要であることが強調されていることと同じ意図を持っている³⁾。

対象・評価(表2)

試験デザインは, 当初提示されたクラスターランダム化比較試験は実施可能性に懸念があったため, 前後比較試験に変更された。2008年前半に介入前調査を行い, 2年間介入, 2010年後半から介入後調査を行うものである(図4)。試験デザインの変更は賛否が分かれるところと思われるが, 科学的厳密性よりも, 実施可能性と, 介入過程から生じる各種マテリアルや知見・ノウハウの集積がプロジェクトの最も重要な役割と考えられたためである。

介入地域は, 実際に研究協力者が得られる公募



図5 介入地域

表3 過去に行われた緩和ケアの地域介入研究

	自宅死亡	緩和ケア 利用数	患者調査	遺族調査	介入期間	介入～解析 年数
Edmonton, Canada (Can Med AJ, 1999)	○	○	×	×	永続	7年
Catalonia, Spain WHO (JPSM, 2007)	○	○	258	×	20年	5年
Ontario, Canada (JPSM, 2009)	○	×	102	75	1年8カ月	7年
Trondheim, Norway* (Lancet, 2000; JCO, 2001)	○	○	434	180	2年8カ月	5年
OPTIM	○	○	846	1006	2年	4年

* クラスタランダム化比較試験, その他: 前後比較試験

地域から、「緩和ケアが未整備な地域」として山形県鶴岡市が、「緩和ケアがある程度整備されている地域」として千葉県柏市・我孫子市・流山市（がん専門病院に研究責任者を置く地域）、静岡県浜松市（総合病院に研究責任者を置く地域）、長崎県長崎市（医師会に研究責任者を置く地域）がそれぞれ対象とされた（図5）。

評価項目は、設定されていた緩和ケア利用数、自宅死亡率に加えて、患者評価による通院中のがん患者 QOL と、遺族評価による終末期のがん患者 QOL を追加した。これは、緩和ケアの最終的なアウトカム指標は患者の評価であるので、患者自身の評価（終末期患者では遺族の代理評価）を取得することが必要であると考えたためである。

これまでに実施された海外の緩和ケアの地域介入研究では、自宅死亡、緩和ケア利用数が指標として用いられることが多かったが、大規模に患者、遺族といった利用者の評価を取得する研究としては世界で初めてのものである（表3）。また、副次評価項目として、地域医療者の困難感・知識や、地域の緩和ケアの質指標（quality indicator）も評価することとした。これらの測定項目は、信頼性・妥当性の確保された Care evaluation Scale や Good Death Inventory などが用いられ、それまでも国際的にも高く評価されているわが国の大規模調査の経験が活かされた⁴⁾。

患者調査の対象施設は、地域でがん診療を行っている 34 病院（11,033 床）のうち 23 病院（8,964

表4 進行・遠隔転移のある外来がん患者の疼痛の有病率 (n = 859)

	なし	軽度 (1~3)	中程度 (4 to 6)	重度 (7 to 10)
Worst pain	43%	33%	12%	7.7%
Average pain	43%	37%	12%	2.7%
Least pain	51%	39%	4.3%	1.5%



図6 リンクスタッフ

床, 81%)であった。対象患者の適格基準は, ①成人のがん患者で, 原発が肺, 胃・食道, 肝臓・胆嚢・膵臓, 大腸・直腸, 乳腺, 泌尿器, 子宮卵巣のいずれかのもの, ②再発または遠隔転移があるもの, ③調査対象病院に外来受診しているもの, ④がん告知を受けているもの, である。

遺族調査の対象施設は, 患者調査の対象施設に加えて, 在宅死亡患者を診療している診療所合計39施設であった。対象患者の適格基準は, ①原発が肺, 胃・食道, 肝臓・胆嚢・膵臓, 大腸・直腸, 乳腺, 泌尿器, 子宮卵巣の死亡したがん患者の遺族, ②がん告知を受けているもの, である。

介入前調査では, 患者, 遺族とも約1,000名の評価が取得できた。これは, 世界最大規模の地域介入研究であると同時に, わが国で初めての大規模な患者調査である(表3)。本プロジェクトでは, 研究成果の迅速な還元という観点から, 介入前調査の結果も日本緩和医療学会などで公開した後に順次学術論文を作成している。

たとえば, 本研究によって, 初めて患者自身を

対象として, わが国での疼痛の有病率(進行・遠隔転移のある外来がん患者の疼痛の有病率)が明らかにされた(表4)。これまでわが国では, 「どれくらい患者が痛みを体験しているか」の指標として, 患者の評価とは一致しないことが指摘されている医師や看護師による代理評価に基づく「除痛率」しかなかった。本研究により, 初めて国際比較が可能な数値が入手されたことになる。

介 入

介入は, ①緩和ケアの標準化と継続性の向上(マニュアルの配布や医療者向け講演会など), ②患者・家族に対する適切な知識の提供(リーフレットの配布や市民向け講演会など), ③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション(相談センターの設置や地域多職種カンファレンスなど), ④緩和ケア専門家による診療(地域緩和ケアチームの設置など)を柱とした。必須な介入を「〇〇対象に〇〇の内容を含む講演会を年〇回以上行

〈目的〉
 ・各地域の緩和ケア普及のための課題について共有し、解決策を見つける

〈対象〉
 ・4地域の医療福祉従事者 336名/2回

〈方法〉
 ・少人数のグループで、設定したテーマで討論した
 ・終了後に自記式アンケートを実施した

〈結果〉
 ・各地域の緩和ケア普及のための課題を共有することにより、可能な解決策を集積した。
 ・約90%が「とても役に立った・役に立った」と評価した。
 ・約70～90%が他の地域の状況をよく知ること、自分の地域・施設で実際に生かすこと、地域メンバーと問題を共有すること、顔の見える関係をつくること、自分が抱えている問題を解決することに「とても役立った・役立った」と評価した



図7 4地域合同意見交換会⁵⁾

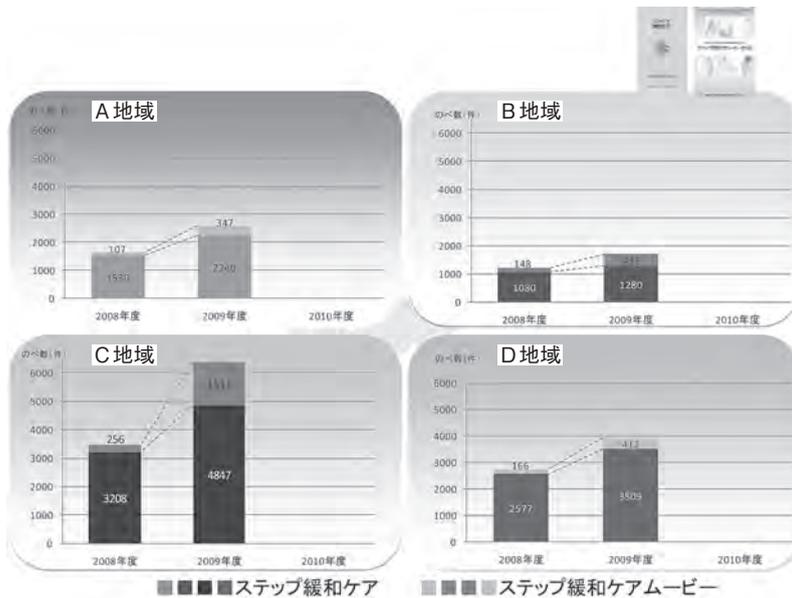


図8 緩和ケアマニュアルの配布数

う」などと手順書を作成してあらかじめ定めた。個々の介入は、地域の事情に合わせて柔軟に実施できるようにした代わりに、相当な労力をかけて実際に行われた介入内容について実施回数、人数、方法などを定期的に記録した。

2009年までに各地域で必須の介入として行われたことのうちいくつかを簡単に紹介する。

各地域では、まず、介入を実施するために、地域ごとに多組織多職種のリンクスタッフが配置された（図6）。リンクスタッフは、地域での臨床

活動を行いながらプロジェクトの活動に参加するとともに、年に数回、「4地域合同意見交換会」によって地域を超えて集まりプロジェクトの有効な進め方について討論を続けた（図7）⁵⁾。

「緩和ケアの標準化と継続性の向上」のために、各地域に緩和ケアのマニュアルである「ステップ緩和ケア」、患者用パンフレット、包括的な症状評価ツールである「生活のしやすさに関する質問票」、マニュアル・患者用パンフレットに沿った実際の診療場面を示した「ステップ緩和ケアム

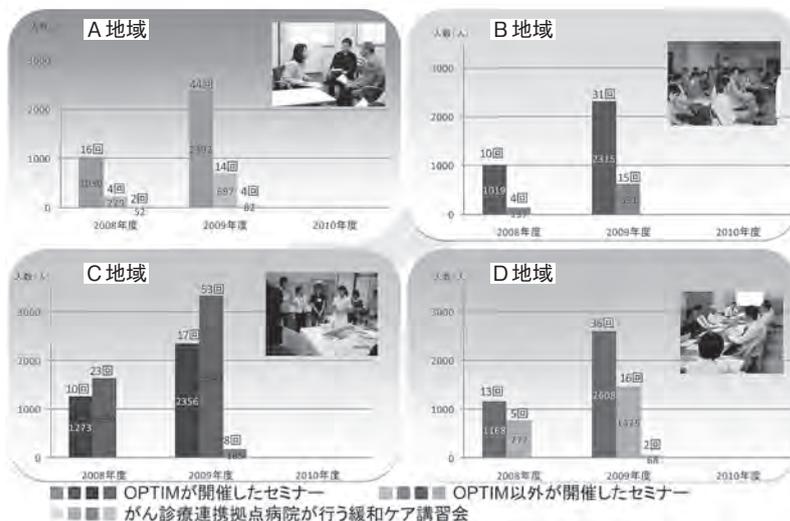


図9 医療者向け講習会の開催回数と参加人数

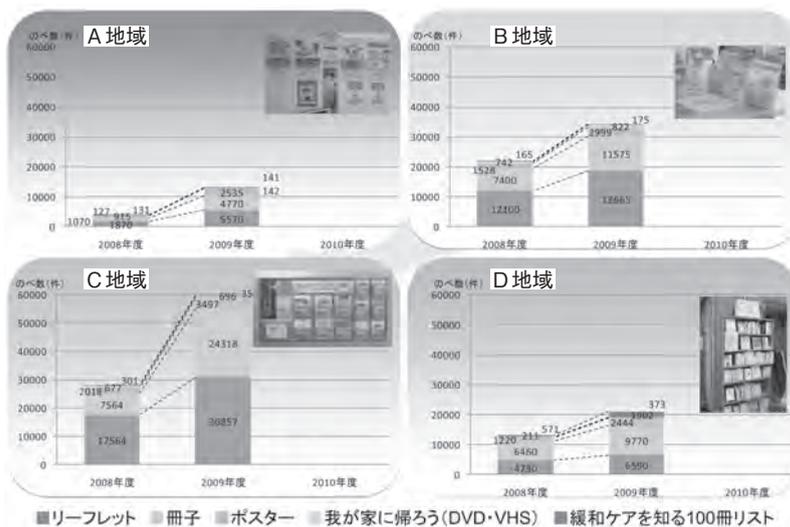


図10 患者向けリーフレットの配布数

ビー」などが配布された(図8)。緩和ケアに関する知識と技術の向上を目的とした講習会が医師、看護師、薬剤師など多職種向けに行われた(図9)。

「患者・家族に対する適切な知識の提供」のために、各種患者向けリーフレット・冊子が地域全体に配布され、ポスターが掲示、また、「緩和ケアを知る100冊」が地域の図書館に設置された(図10)。市民を対象として、緩和ケアや在宅医療についての講演会が行われた(図11)。

「地域の緩和ケアの包括的なコーディネーショ

ン」としては、各地域に相談支援センターが設置され、退院支援・調整プログラムの導入と退院前カンファレンスを行うことが強調して行われた。また、地域の連携の課題を抽出し解決策を得るために、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなど多職種からなる「地域多職種カンファレンス」が行われた(図12)。

「緩和ケア専門家による診療」としては、地域緩和ケアチームが設置され、地域で生じている緩和ケアの困難事例についての相談を受けたり、定期的に他施設を訪問するアウトリーチプログラム

V. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM-study）の経過と今後の課題

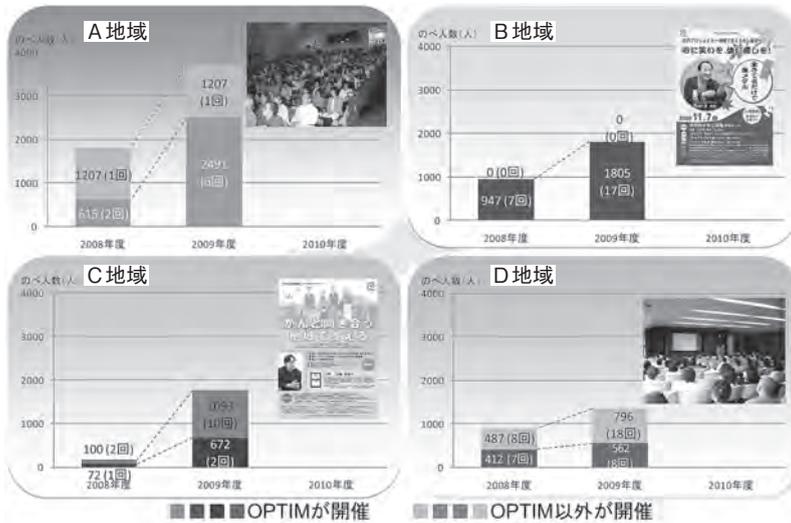


図 11 市民対象講演会

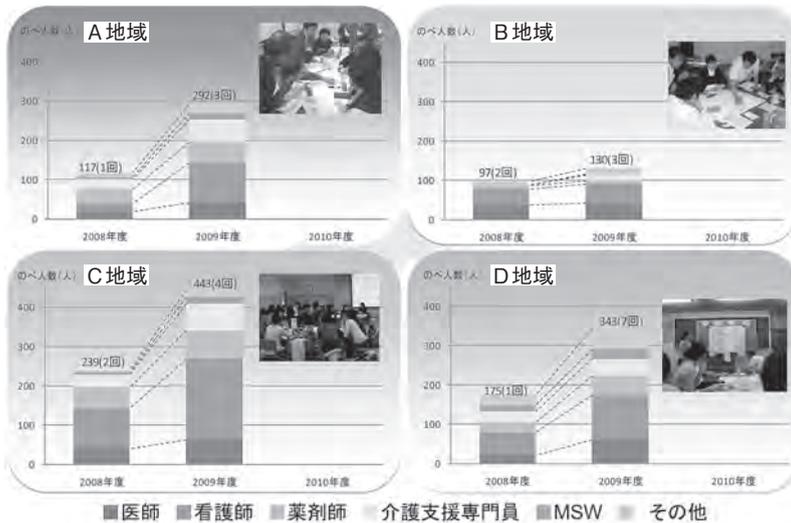


図 12 地域多職種カンファレンス

が行われた。

このほか、地域ごとに地域多職種カンファレンスで抽出された課題を解決するための取り組みとして、地域スタッフが病院連携室に出向いて行うハイリスクカンファレンス、地域の病院の連携担当者と地域の医療福祉従事者の実務ミーティングである連携ノウハウ共有会、施設をまたいだデスクカンファレンス、情報の申し送りを行う地域連携促進シート、診療所同士のドクターネット、保険薬局同士の薬局ネット、介護保険の短縮化、地域

のリソースの口コミ情報の冊子、データベースの作成、地域の緩和ケアチームすべてに連絡が取れる緩和ケアホットラインなど多くの取り組みが行われた。

アウトカム

2010年12月現在、介入後調査のうち、2009年までの死亡場所、緩和ケア利用数の集計が終了し、患者調査が終了した。2010年の死亡場所、

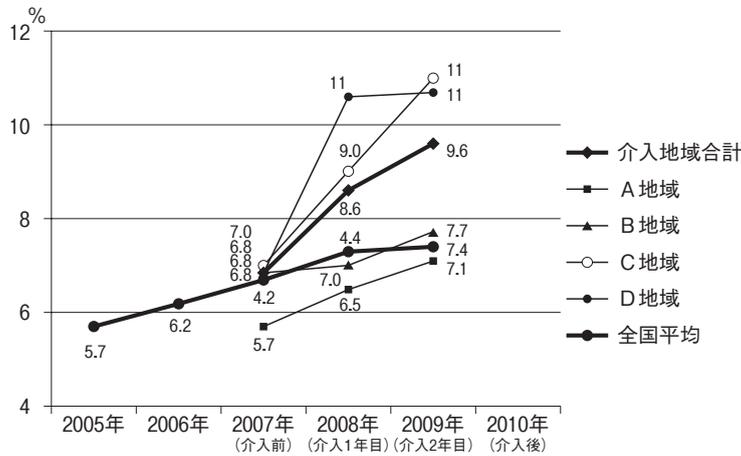


図 13 自宅死亡率

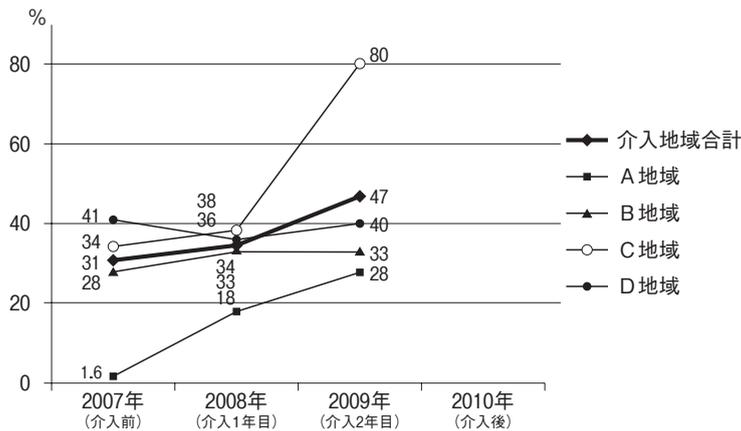


図 14 緩和ケア利用数

緩和ケア利用数，医療者調査，遺族調査はまだ取得されていない。

自宅死亡率については，介入前の全国平均値が6.7%，2009年が7.4%と，+0.7%（10%の増加）であった。それに対し，OPTIM 介入地域全体では，6.8%から9.6%と，+2.8%，介入前と比べて41%増加した（全国平均と比較して4倍の増加率であった，図13）。地域ごとの介入前と比較した増加率では，13%，25%，57%，62%であり，3地域で全国平均の倍，2地域で約6倍の増加を認めた。増加が認められた地域では，それまでに存在しなかった病診，多職種，診診などの地

域ネットワークの構築が認められた。

緩和ケア利用数については，介入前の31%から47%に増加した（図14）。「緩和ケアが未整備な地域」では，2009年に「緩和ケアが整備されている地域」の介入前の数値とほぼ同じの約30%に達した。「緩和ケアが整備されている地域」1地域では介入前の34%から80%に増加した。利用されている専門緩和ケアサービスとして頻度が高いのは，緩和ケアチーム（50%），緩和ケア病棟（22%），緩和ケア外来（17%）であり，緩和ケアチームと緩和ケア外来が増加した（図15）。緩和ケア利用数の増加した地域では，抗が

V. 緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM-study) の経過と今後の課題

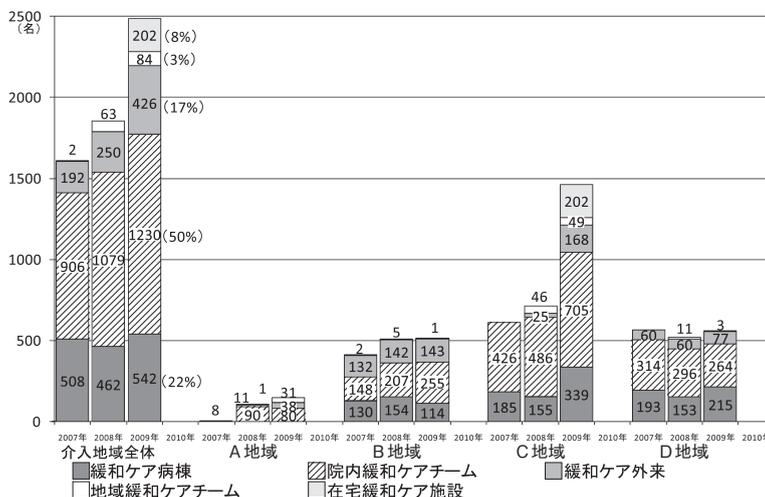


図 15 専門緩和ケアサービスのサービスごとの利用数

■問題点・バリア

- ・病院から在宅への連携がうまくいったか評価の場所がない
- ・患者・家族には継続不可能なことを退院時に指導されてくる場合も多い
- ・在宅で、ケアに関してどこまでの手技が可能か、よく分からない
- ・診療情報提供書や看護サマリーに在宅スタッフの欲しい情報がないことも多い
- ・入院中のことで問い合わせたいことがある時、誰に連絡していいのかわからない
- ・病状や介護力を理由に医療者が在宅は無理と判断してしまっている場合も多い
- ・最期の数日の退院では、患者・家族と在宅スタッフの信頼関係構築の時間が確保できないので、もう少し早めに退院支援をしてほしい

■解決策

- ・在宅での患者の経過を病院にフィードバックし、改善する構造を作る
- ・在宅で実施可能な医療・看護を入院中から行う
- ・連携の窓口を明確にする
- ・医療の必要性ではなく「患者が帰りたいかどうか」を軸に評価を行う
- ・早めに在宅スタッフに紹介するよう心がける
- ・連携の質向上のための会を定期的に持つ
- ・困難事例や初めてがんとみる在宅医療者に引き継ぐ際などは退院前カンファレンスを積極的に開催する

地域	解決策
A	退院支援プログラム導入 ハイリスクカンファレンス
B	退院支援プログラム導入 連携ノウハウ共有会 地域デスカンファレンス
C	退院支援プログラム導入 地域連携促進シートの運用
D	退院支援プログラム導入 看看連携プロジェクト 地域がん症例検討会

図 16 地域緩和ケアの収集された課題と解決策 (例)

ん治療中の患者、 performance status の良い患者、疼痛以外の症状や精神的サポートでの依頼が増加しており、「早期からの緩和ケア」が行われていることが示唆された。これらの指標はアウトカム研究のエンドポイントであると同時に、地域を単位としてどれくらいの患者がどのような緩和ケアサービスを利用しているかを経年的に把握したわが国で初めてのデータであるほか、「早期からの緩和ケア」が実施されているのかを把握できる現在わが国で設定されている唯一のコホートで

ある。

このように、OPTIM プロジェクトでは、単にアウトカムの変化だけではなく、わが国の緩和ケアの実態を把握し、生じている現象を解釈する大規模なコホートとして活用することが期待される。

今後の予定

OPTIM プロジェクトは開始当初の相当な困難

表5 OPTIM レポートの内容（一部を抜粋）

総括	
A.	OPTIM 研究のまとめ
B.	Clinical implication：地域の緩和ケアを進めるプロジェクトチームへ
C.	Policy implication：地域緩和ケアを進めるための行政への提言
OPTIM プロジェクトの概要と結果	
A.	OPTIM プロジェクトの背景と目的

B.	対象と方法

C.	紹介：OPTIM プロジェクトで行われたこと
1)	4 地域で行われたこと：概要
2)	各地域で行われたこと

D.	OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか？ アウトカム研究
1)	主要な結果：自宅死亡、緩和ケアの利用数、患者・遺族からみた緩和ケアの評価の変化
2)	死亡場所・在宅期間の変化
3)	専門緩和ケアサービス利用数の変化
4)	患者から見た緩和ケアの評価の変化
5)	遺族から見た緩和ケアの評価の変化
6)	医師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化
7)	看護師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化
8)	患者・遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化
9)	患者・遺族・市民の緩和ケアの準備性の変化
10)	地域の緩和ケアの quality indicator の変化
11)	住民の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化

E.	OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか？ プロセス研究
1)	地域緩和ケアの課題と解決策
2)	4 地域 100 名のコアリンクスタッフの経験と示唆
3)	4 地域のプロジェクトチームの経験と示唆
4)	4 地域のプロジェクト実施者の立場から：OPTIM プロジェクトで達成されたことと今後の課題

F.	付帯研究
1.	緩和ケアの技術・知識の向上に関するもの
1)	作成したマテリアルの趣旨と一覧
2)	マニュアル・症状評価ツールに関する研究
	疼痛のパンフレット
	看取りのパンフレット
	せん妄のパンフレット
	「生活のしやすさによる質問票」による緩和ケアスクリーニングの評価
	地域緩和ケア介入のためのホームページの効果
3)	緩和ケアのセミナーに関する研究
	多職種対象の緩和ケアセミナーについての評価（4 地域）
	患者・遺族調査に基づいた緩和ケアセミナーの評価
2.	患者・家族・住民への情報提供に関するもの
1)	作成したマテリアルの趣旨と一覧
2)	リーフレット・冊子・ポスターを用いた啓発介入に関する研究
	リーフレット・ポスターなどの一斉配布の現況調査
	病院内のどこで、どんなリーフレット・冊子が持って帰られるか
3)	図書を用いた啓発介入に関する研究
4)	講演会による啓発介入に関する研究
5)	患者会などによる啓発介入の効果
6)	栄養・料理に関する情報提供に関する研究

表5（つづき）

-
3. 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
 - 1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧
 - 2) 地域緩和ケアの相談支援に関する研究
 - 病院内・地域内の相談支援の内容と転帰（4地域）
 - 院内・院外の相談支援センターの相談内容の比較
 - 3) 退院支援・調整プログラムに関する研究
 - (1) 患者・家族アウトカムに関する研究
 - 退院前カンファレンスの患者・家族からみた有用性
 - 退院支援プログラムの効果についての遺族調査
 - 病棟看護師による退院患者に対するテレフォンフォローアップの評価
 - 退院調整・ハイリスクカンファレンスの成果と課題
 - (2) 医師・看護師への教育に関する研究
 - 病院看護師の在宅の視点の評価方法の開発
 - 病院看護師の在宅の視点の測定：縦断研究（4地域）
 - 訪問看護実習による病棟看護師の体験
 - 3) 患者所持型情報共有ツールに関する研究
 - わたしのカルテの評価
 - 地域連携連絡シートの運用・評価
 - 4) 多職種連携カンファレンスに関する研究
 - 多地域・多職種での連携促進カンファレンスの効果
 - 地域連携ノウハウ会とデスクカンファレンスの効果
 - 地域で行う困難事例カンファレンスの評価
 - 5) 地域のリソース情報を共有する方策についての研究
 - 地域のリソースデータベースの評価（2地域）
 - 6) 地域緩和ケアにおける診療所の機能に関する研究
 - 診療所訪問による診療所の連携の課題と解決策
 - 診療所同士の連携方策についての評価
 - 地域多職種で「今聞きたいこと」を遺族に聞く在宅ホスピスでの調査
 - 7) 地域緩和ケアにおける訪問看護ステーションの機能に関する研究
 - 訪問看護ステーションの守備範囲のプロットによるリソースの有効利用に関する研究
 - 在宅ホスピスと連携する訪問看護ステーションの役割に関する研究
 - 8) 地域緩和ケアにおける薬局の機能に関する研究
 - 病院と保険薬局が行う外来がん患者の電話モニタリングの効果
 - 在宅における薬局の課題と解決策
 - 在宅がん患者の遺族による保険薬局の評価
 - 9) 地域における緩和ケア病棟の機能についての研究
 - 緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの患者・家族からみた評価
 - 緩和ケア病棟における地域医療者を対象とした緩和ケア体験実習の効果
 - 10) がん緩和ケアにおける介護保険・ケアマネジャーの役割に関する研究
 - ケアマネジャーのがん緩和ケアに対する困難感に関する研究
 - ケアマネジャーの教育ニーズに関する研究
 - 介護保険のがん患者への適応の問題と手続きの迅速化による効果
 - 在宅がん患者の遺族によるケアマネジャーの評価
 - 11) がん緩和ケアにおける施設の役割に関する研究
 4. 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供に関する研究
 - 1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧
 - 2) 地域緩和ケアチームに関する研究
 - 地域緩和ケアチームの相談内容と運用（4地域）
 - 3) アウトリーチプログラムに関する研究
 - 地域緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの有用性
 5. 実態調査に関するもの
-

にもかかわらず、世界最大規模の地域緩和ケアの介入研究として進捗している。現在、予定されていた介入はほぼ終了し、介入過程の詳細な記録から地域緩和ケアの課題と解決策が収集・分類されている（図 16 は一例）。50 を超える付帯研究については、すでにその一部は学術論文として出版されている。また、地域の福祉医療従事者 100 名を対象としたインタビュー調査により、プロジェクトで生じた介入経過を明らかにする研究も並行して行われている。

今後、2011 年にアウトカムの数値を取得し、2012 年にすべての結果を解析する。研究結果は、「OPTIM レポート」としてアウトカムの変化のみならず、各地域で実際に行われた介入過程の詳細な記述、および、介入に当たって作成されたマテリアル・知見・ノウハウとあわせて報告する予定である（表 5）。

近年、全国各地で類似した取り組みは行われているが、OPTIM プロジェクトのユニークな点は、「取り組む」のみならず、地域全体の死亡場所、緩和ケア利用数、外来患者の QOL、死亡患者の遺族から見た QOL、医療者の困難感や知識などが、同時に、系統的に収集されていることである。この規模で、同時にこれらの指標を経時的に取得したものは国際的にも存在しない。

アウトカム研究を通じて「OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか？」を整理し、プロセスの研究を通じて「OPTIM プロジェクトで何が各地域で行われたか」を詳細に記述し、「OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか？」を考察する。そのうえで、「地域の緩和ケアを進めるプロジェクトチームにとっての clinical implication」と「地域緩和ケアを進めるための行政にとっての policy implication」をまとめる予定である。地域の緩和ケアを進めるうえで、どのような介入がどのような結果をもたらすと予測されるのか、地域緩和ケアを向上させる課題と解決策は何かを、実際の量的、質的双方の

データに基づいて考察し、単に、「(数値が)上がった・下がった」ということではなく、全国のどこの地域にでも何かしら有益な情報をまとめることを通じて全国への還元としたいと考えている。

注意 本論文は、OPTIM プロジェクトの進捗状況を筆者の意見として紹介したものであり、プロジェクトの意見を代表したものではありません。また、今回示した結果や解釈については今後研究班で検討するものであり、修正や変更がある可能性があります。

謝辞 OPTIM プロジェクトの実施に当たり、ご協力をいただいているみなさま全員にこころより感謝します。あわせて、2007～2009 年のプロジェクトの立ち上げ前後で特に尽力いただいた山岸暁美先生（現 厚生労働省医政局在宅医療推進室、聖隷クリストファー看護大学非常勤講師）に感謝します。

文献

- 1) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al: A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 356: 888-893, 2000
- 2) 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* 25: 412-418, 2008
- 3) Lewin S, Glenton C, Oxman AD: Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ* 339: b3496, 2009
- 4) Miyashita M, Morita T, Hirai K: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 26: 3845-3852, 2008
- 5) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出: OPTIM-Study による複数地域・多職種による評価. *がんと化学療法 (in press)*

VI. がん対策基本法後に緩和ケアチームは どう変わったか

—緩和ケアチーム研修会からみえる課題—

橋爪 隆弘* 中澤 葉宇子**

(*市立秋田総合病院 外科/緩和ケアチーム **国立がん研究センター がん対策情報センターがん対策企画課)

はじめに

2007年4月にがん対策基本法が施行され、まもなく4年になる。がん患者の療養生活の質の維持と向上を目的として、緩和ケアを推進していくことが法律で定められた意義は大きく、2009年10月からは、すべてのがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）の緩和ケアチームには、専従看護師と専任医師を配置することが指定要件になっている。しかも緩和ケアチーム専従看護師は緩和ケアの専門性を有し、専任医師は緩和ケアに習熟していなければならない。がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会は、緩和ケアチームが中心になって開催することが多いが、これは第1次緩和ケアの普及が目的であって、緩和ケアチームの本来の役割である専門的緩和ケアの提供にはならない。

2007年度より国立がん研究センターがん対策情報センター研修企画課（以下、国立がん研究センター）が、全国の拠点病院の緩和ケアチームを対象にして研修会を開催してきた。本研修会は、全国の緩和ケアチームが適切な緩和ケアを提供することを目標としてきた。本稿では、この4年間実施した緩和ケアチーム研修会からみえる課題を考えてみたい。

がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム研修会

2005年に策定された第3次対がん10カ年総合戦略に基づき、がん医療の均てん化を目指して、

拠点病院が指定されており、その指定要件として、一般病棟での緩和ケアの提供体制の整備が含まれている。2006年2月に拠点病院の整備に関する指針により、緩和ケアチームの設置が求められ、2007年4月にがん対策基本法が施行、2009年10月からは拠点病院の緩和ケアチームには専従看護師と専任医師が配置されることになった（表1）。

緩和ケアチームは専門的緩和ケアを提供すべき役割を担っているが、具体的な活動指針については、日本緩和医療学会の緩和ケアチームの手引き¹⁾があるものの、緩和ケアチームがどのように活動してよいのか分からないという施設も多数存在している。2007年度から国立がん研究センターと「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班（以下、当研究班）」が共催し、緩和ケアチーム研修会を開催している^{2,3)}。研修会の目標は、全国の拠点病院の緩和ケアチームの質の向上と均てん化を図り、緩和ケアの提供体制を整備することである。

① 研修会プログラム（表2）

2007年度は1日間のプログラムであったが、2008年度から2日間とした。2009年度からは、基礎コースと中級コースに分けて講習会を行った。2010年度プログラムは、基礎研修会、中級研修会の2つである。基礎研修会の対象は、緩和ケアチームを立ち上げて間もない施設、中級研修会の対象は、年間依頼件数が100件以上の施設とした。

基礎研修会の学習目標は、自施設の問題点に気

表 1 緩和ケアチームの変遷

1992年	わが国初の緩和ケアチーム活動開始
2002年4月	緩和ケア診療加算
2005年4月	第3次対がん10カ年総合戦略
2006年2月	拠点病院に緩和ケアチームを設置
2006年6月	がん対策基本法施行
2008年4月	緩和ケア診療加算届出施設 80カ所（拠点病院 54カ所）
2009年10月	すべてのがん診療連携拠点病院の緩和ケアチームに専従看護師，専任医師を配置
2010年4月	緩和ケア診療加算届出施設 122カ所（拠点病院 90カ所）

表 2 2010年度 拠点病院 緩和ケアチーム研修会プログラム

第1日目	
13:00-13:15	I. Key Note Speech (研修目的・概要説明)
13:15-13:45	II. アイスブレイキング
13:45-15:35	III. 自分たちのチーム活動を見直してみよう (グループワーク)
15:35-15:45	休憩
15:45-16:35	IV. 講義 ①コンサルテーションとは ②疼痛のメカニズム
16:35-17:50	V. 職種別に抱える困難について解決策を見出そう (職種別分科会・グループワーク)
17:50-18:00	まとめ
第2日目	
09:00-10:00	VI. 倫理的ジレンマについて (講義)
10:00-10:10	休憩
10:10-12:10	VII. コンサルテーションへの対応 (グループワーク)
12:10-13:10	休憩 (昼食)
13:10-13:50	VIII. 緩和ケアチームの活動紹介 (プレゼンテーション)
13:50-14:00	休憩
14:00-15:45	IX. 緩和ケアチーム 明日への課題 (グループワーク)
15:45-16:00	修了式

づくこと、コンサルテーションの基本を学ぶこと、自施設のチームの問題点に対して具体的な解決方法を立案することとした。中級コースは、活動によって生じる問題点、特に症状緩和や倫理的ジレンマについての講義が加わった。

② 研修会の満足度 (図 1)

2007年度 58施設、2008年度 61施設、2009年度 63施設、2010年度 51施設 (予定) の身体症状担当医師、精神科医、看護師、薬剤師、臨床心理士 (2007年度のみ) 延べ 931名が受講した。研修会の受講者には、研修会の満足度評価アンケートと研修会前、直後、3カ月後、6カ月後、12カ月後の活動評価アンケート調査を実施して

いる。

研修会に対する満足度調査は、毎年高い評価を得ている。特に、講義形式よりもグループワークやロールプレイの満足度が高い傾向がみられた。参加者による自由回答からは、職種別の分科会の評価が高い。特に、印象的なのはグループワークで、チームメンバー間で十分に話し合う時間が持てたという感想である。普段の活動で話し合う時間を確保できていないチームが存在していることを裏づけている。

研修会後の活動評価アンケートでは、チーム活動の変化を経時的に追っている。

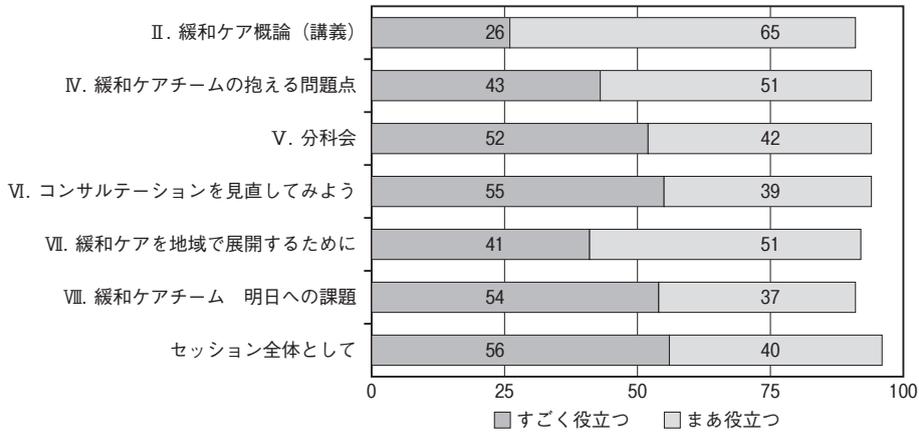


図1 2008年度 拠点病院 緩和ケアチーム研修会 各セッション評価 (参加者全体) すごく役立つ・まあ役立つと回答した割合 (%)

③ 参加者の背景と問題点 (表3)

2007年度からの4年間で、研修会に参加者の背景に変化がみられている。2007年度開始当初は、緩和ケアチームの活動が活発な施設が参加していたが、2008年度からは、活動開始間もない施設が参加するようになった⁴⁾。これは、がん対策基本法の施行や拠点病院の要件に緩和ケアチームの設置が求められたために、急遽、緩和ケアチームをつくった施設が増えたためと思われる。2009年10月から緩和ケアチームに専従看護師と専任医師を配置しなければならず、緩和ケアチームは整備されつつあるようにみられているが、2010年の参加施設の中には、専従看護師や専任医師の配置が遅れている施設もみられていた。

第1の問題点として、チーム活動時間の確保が十分でないことである。基礎研修会の参加施設の中には、スタッフ全員が兼任であることも珍しくなかった。立ち上げたばかりのチームにはグループワークで議論がかみ合わなかったり、活動上直面する問題点がまったく挙がらなかったり、コンサルテーションを理解していない参加者もみられた。

これは、週1回の回診を緩和ケアチームの活動としている施設には無理からぬ話である。しかし、これはチームのメンバーに責任があるのではなく、病院の体制に問題がある。緩和ケアの活動時間は、時間外やボランティアで行うべきもので

表3 問題点

1. 活動時間の確保
2. 精神科医の不足
3. 専従看護師, 専任医師の専門性教育, 臨床実習の機会が少ない

はない。病院として緩和ケアチームの活動を担保しなければ、活動できるはずがない。

第2の問題点は、精神科医の不足である。すべての拠点病院の緩和ケアチームに精神科医の配置を求めているが、現状では不可能であろう。がんセンターや大学病院以外に精神科医が専従もしくは専任で緩和ケアチームの活動している施設はごく少数であり、精神科医が非常勤であるために、本研修会に参加できないことや、活動していても緩和ケア診療加算が算定できないと指摘されていた。

第3に、緩和ケア専従・専任スタッフの臨床経験や教育の機会が十分でないことである。2009年10月から看護師は専従、医師は専任でなければならない。専従看護師には緩和ケアに専門の知識が必要であるし、専任医師は緩和ケアに習熟していなければならない。しかし、緩和ケアチームとしての教育を受けている医療者は少ない。専門的な知識と技術を取得する機会や緩和ケアチームを支援する体制は、国立がん研究センターだけでなく、日本緩和医療学会にも必要なのではないだろうか。

④ 今後の課題—緩和ケアチームの質を向上させることができるのか (表4)

本研修会では、緩和ケアチームとしての課題を考えるとことやコンサルテーションの基本を学ぶことを学習目標としているため、難治性の疼痛や難しい症状緩和の技術、倫理的ジレンマなどを解決する能力が向上するわけではない。したがって、まずこれらの知識、技術を身につけるために、講義を含めた臨床実習が必要だと思われる。緩和ケアチームとしては、少なくとも1カ月程度が必要なのではないだろうか。これらは、第3次緩和ケアを請け負う専門教育研究機関が行うことであって、これらを受け入れられる施設は、国立がん研究センター以外には数施設しか存在しない。各都道府県に日本緩和医療学会認定施設があるが、緩和ケアチームの臨床研修を受け入れられる施設とは限らない。

本研修会は、国立がん研究センター主催のため、拠点病院が対象であった。しかし、2009年度からは、がん医療の均てん化を考え、拠点病院以外の参加を認め、数施設が受講した。また、日本対がん協会と筆者の所属する市立秋田総合病院との共催により2009年2月、2009年11月に秋田市で緩和ケアチーム研修会を2回開催し、拠点病院以外の施設も含めて21施設が参加した。

2010年度は、各都道府県拠点病院が緩和ケアチーム研修会を開催する動きがみられた。2010年3月に宮崎県、2010年9月に兵庫県が県主催の緩和ケアチーム研修会が開催された。各研修会ともに緩和ケアチーム同士の議論と交流の場になり、地域での活動に広がりを見せている。また、名古屋地区では、社会保険中京病院を中心に有志の緩和ケアチームが集まり、定期的に勉強会を開催している。今後は各都道府県で核になる施設が中心になって、緩和ケアチーム同士が連携し、質の向上を図る必要がある。

おわりに

がん対策基本法により、がん医療の均てん化と質の向上を図ることが求められ、特に緩和ケアの充実については、緊急の課題とされている。しか

表4 緩和ケアチーム研修会の今後の課題

1. 緩和ケアチームの質の向上が図れるか
 - 緩和ケアチームでの臨床実習が必要
 - 受け入れ施設は？
2. 研修会の開催
 - 国立がん研究センター主催
 - 各都道府県での開催
3. 緩和ケアチームの支援
 - フォローアップ研修会の開催
 - 日本緩和医療学会からの支援

表5 研修会の関係者・協力者 (敬称略, 順不同)

木澤 義之	小室龍太郎	馬場 玲子
林 昇甫	岸澤 進	高山 良子
佐藤 哲観	井出 貴之	笹原 朋代
里見絵理子	吉澤 一巳	梅田 恵
佐野 智美	北折健次郎	伊勢 雄也
高橋 通規	岡村 仁	片岡 智美
坂下 美彦	内富 庸介	宮澤 真帆
北條美能留	清水 研	龍 恵美
野崎 善成	加藤 雅志	市田 泰彦
大坂 巖	大磯義一郎	小宮 幸子
泉 薫	田村 恵子	塩川 満
富安 志郎	山口 聖子	久原 幸
多田羅竜平	藤本 巨史	岡崎 賀美
秋月 伸哉	井村 千鶴	大下 智子
小川 朝生	津金沢理恵子	岩満 優美
大西 秀樹	林 爽り子	南 佳織
奥山 徹	山下めぐみ	稲田美和子
木下 寛也	竹之内紗弥香	大下 智子
小早川 誠	村上真由美	松向寺真彩子
所 昭宏	石川 千夏	中澤葉宇子
四宮 敏章	高見 陽子	橋爪 隆弘

し、質の高い緩和ケアを自信を持って提供できている施設はまだまだ少ないのではないだろうか。質の高い緩和ケアを受けた患者・家族は、また緩和ケアを受けたいと思うかもしれないが、質が高くない緩和ケアを受けた患者・家族、依頼をした主治医や病棟スタッフがどのような思いを持つか答えは明白である。緩和ケアチームが入院しているすべてのがん患者の緩和ケアすべてを担うわけではないが、緩和ケアチームが主治医や病棟スタッフと有機的に連携しなければ、緩和ケアが充実したものにはならない。

がん医療の質の向上には、緩和ケアの充実が必

要であることはがん医療に携わるすべての者が承知しているはずである。緩和ケアチーム研修会を開催して分かることは、研修会に出席する多くのメンバーにはとても熱意がある。しかし、チーム以外の仕事が忙しく、手が回らない状況に陥っている。医師不足や看護師不足の中で、緩和ケアチームの活動を行うことすら困難な状況にある。また、薬剤師が病棟でのチーム活動に割く時間が確保できない施設、精神科医が撤退してしまった施設なども存在している。日本緩和医療学会や国立がん研究センターで、緩和ケアチームを支援する体制が必要だと考えている。

最後に、緩和ケアチーム研修会を主催している国立がん研究センターの関係者、当研究班員および研修会協力者の皆様（表5）と研修会を受講した全国の緩和ケアチームの皆様がこの場を借りて

御礼申し上げます。

文 献

- 1) 日本緩和医療学会緩和ケアチーム検討委員会：緩和ケアチーム活動の手引き。第1版。2007
- 2) 橋爪隆弘：緩和ケアの教育と研修—緩和ケアチーム教育のためのワークショップ。ホスピス緩和ケア白書編集委員会 編：ホスピス緩和ケア白書2009。p.19-23, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2009
- 3) 橋爪隆弘, 林 昇甫, 中澤葉宇子：緩和医療に携わる医療従事者および緩和ケアチーム育成に関する研究。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—平成20年度総括・分担研究報告書。p.29-40, 2009
- 4) 橋爪隆弘, 中澤葉宇子：がん対策基本法後に緩和ケアチームはどう変わったか—研修会からみえる課題。緩和ケア 20：23-27, 2010

Ⅶ. がん対策基本法後に緩和ケア病棟は どう変わったか

— 当院緩和ケア病棟の経験から —

金子 和彦 遠藤 俊江

(岡谷塩嶺病院 緩和ケア病棟)

はじめに

わが国の緩和ケア病棟入院料の届出受理施設は210施設、病床数は4,183床(2011年2月1日現在)となった¹⁾。長野県には4施設、84床ある。信州・長野県は、北信・東信・中信・南信の4つの文化圏に分かれている。

岡谷塩嶺病院(以下、当院)は10床の緩和ケア病棟を併設する総病床数53床の小規模公立病院で、南信地方の北に位置し、近隣の6市町村で人口20万人の二次医療圏を形成している。二次医療圏内には、緩和ケアチームを持つ病院が2つ(うち1つは地域がん診療連携拠点病院<以下、拠点病院>)、緩和ケア病棟(6床)を持つ病院がもう1つあり、緩和ケアの環境として入院治療に関しては比較的恵まれた状況であると思われる。

県内の緩和ケア病棟を併設している病院の分布には偏りがあり、北信地方に2病院、南信地方に当院を含め2病院である。当二次医療圏と北に接している中信地方には緩和ケア病棟が併設されている病院がなく、そのため中信地方の県がん診療連携拠点病院(以下、県拠点病院)や拠点病院からも当院緩和ケア病棟へ紹介がある。

当院緩和ケア病棟における変化

① 目的

当院では、1996年9月に緩和ケア病棟を開設した。2007年4月に施行されたがん対策基本法(以下、基本法)によって当院緩和ケア病棟に入院された患者の構成にどのような変化があったか

を検討し、地域連携において当院緩和ケア病棟が担っている役割を明らかにする。

② 対象と方法

2006年4月から2008年3月までの期間に当院緩和ケア病棟に入院した患者を対象とし、2007年4月を境に、基本法の施行前と施行後とで、入院患者数・年齢・在院日数・居住地・紹介機関などを比較検討した結果は、既刊の『緩和ケア』20巻1号にて報告した²⁾。今回は対象期間を2004年4月から2010年3月までの6年間とし、基本法の施行前3年間と施行後3年間とでの比較検討を行った。

③ 結果

基本法施行後3年間の入院患者数は211名で、施行前の3年間の186名に比べ13.4%増加した。平均年齢は73.2歳から76.7歳と上昇していた。在院日数は、前後1年間ずつの比較では39.4日から35.7日と減少していたが、前後3年間ずつの比較では施行前平均45.1日、施行後も45.8日と著変を認めなかった。

死亡退院以外の退院は2004年度9名、2005年度6名、2006年度6名、2007年度5名、2008年度1名、2009年度0名と基本法施行後は著明に減少していた。

紹介機関別にみると、拠点病院・県拠点病院からの紹介患者は基本法施行前の3年間では77名、施行後の3年間では106名と37.7%増加していた。特に、同じ二次医療圏内にある拠点病院からの紹介が47名から72名と有意に上昇していた(図1)。

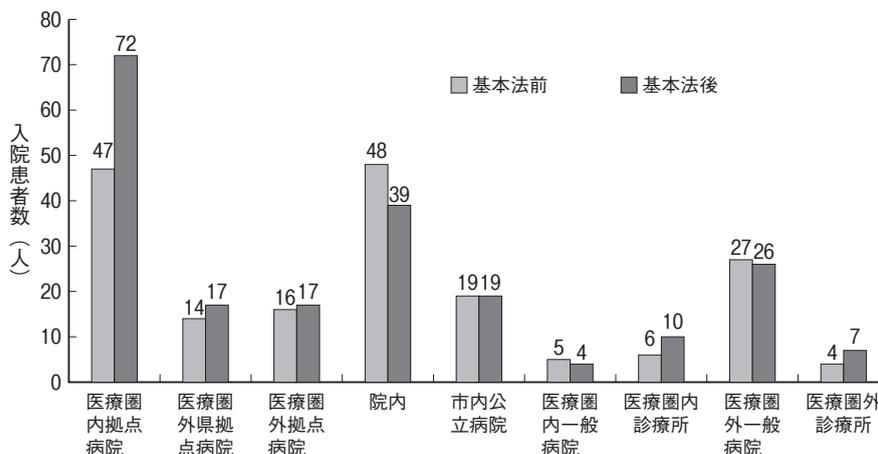


図1 紹介機関

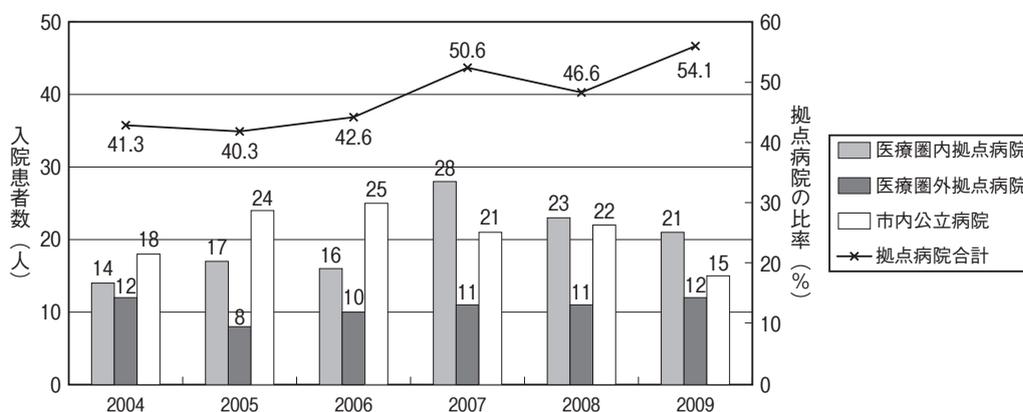


図2 拠点病院と市内公立病院

二次医療圏内・外の拠点病院と市内公立病院（当院も含む）とを年度別に比較すると、二次医療圏外の拠点病院からの紹介患者数は大きな変動はなかったが、二次医療圏内の拠点病院からの紹介患者数が基本法施行後は市内公立病院からの患者数を上回るようになっていた。割合で比較すると拠点病院からの紹介患者の比率は上昇しており、2009年度は54.1%に達していた（図2）。また、診療所からの紹介も医療圏内・外ともに増加していた（図1）。

居住地別にみると、当院の所在する岡谷市内からの患者数は3年間で70名から62名とやや減少していたが、同じ二次医療圏内にある諏訪市と下諏訪町の患者数はそれぞれ増加しており、特に下諏訪町は3年間の比較で15名から34名と倍増し

ていた（図3）。これを割合でみると、市内からの入院は37.6%から29.4%と減少していたが、二次医療圏全体では62.4%から64.5%と微増していた。

なお、当二次医療圏の6市町村とは岡谷市・下諏訪町・諏訪市・茅野市・原村・富士見町であるが、茅野市以南の原村・富士見町からの入院がほとんどないのは、茅野市に緩和ケア病棟を併設する諏訪中央病院があるためである。

④ 考察

基本法に基づき2007年6月に策定された「がん対策推進基本計画」（以下、基本計画）では、取り組むべき施策として「緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅

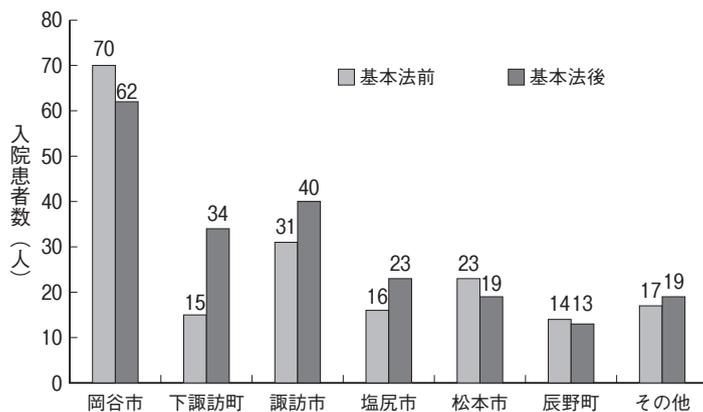


図3 居住地別の入院患者数

医療など、さまざまな場面において切れ目なく実施される必要があることから、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく。その際には、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や、在宅における緩和ケアの在り方について検討していく必要があり、緩和ケア病棟には、一般病棟や在宅では困難な症状緩和、在宅療養の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待される」³⁾と記されている（注：下線は筆者による）。

この基本計画を受けて行われた2008年3月の診療報酬改定では、がん性疼痛緩和指導管理料⁴⁾100点が新設されたほか、緩和ケア病棟入院料の内容が改定された。従来、「主として末期の悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行う病棟であり…」と記されていたのが、緩和ケア病棟の位置づけも広がり、「緩和ケア病棟は、主として苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行も支援する病棟であり、その患者について算定する」⁵⁾という表現に改められた（注：下線は筆者による）。さらに、地域の在宅医療を担う医療機関との連携が求められている。すなわち、苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍患者であれば末期でなくても対象となり、同時に外来や在宅への円滑な移行を支援する病棟としても位置づけ

られたわけである。

しかしながら今回の検討では、基本法施行後、当病棟では死亡退院以外の退院症例は施行前よりも少なくなっていた。症状コントロールはできていても、介護力不足や近くに往診してくれる診療所の医師がいないために退院できないというケースが多く、当地域においてはまだ患者・家族を支える在宅緩和ケアの体制が整っていないことがその理由と考えられた。

症状コントロールができた結果全身状態が安定して半年以上の入院が見込まれる状態となっても、自宅に帰ることは難しい。基本法施行前は施設や一般病棟に移っていただいた方が十数名いたが、基本法施行後は施設はいずれも満員で入所することは難しくなっていた。在宅・外来へ移行できた症例は3年間で4例ほどで、いずれも短期間で再入院となっていた。また、当院の入院患者に「末期の悪性腫瘍」ではない患者はおらず、当院緩和ケア病棟は結果的に看取りの場となっていた。

入院患者数は基本法施行後3年間で、施行前に比べ13.4%増加していた。内訳をみると、同じ二次医療圏内にある拠点病院からの紹介が有意に増加していた。拠点病院には緩和ケアチームが設置されているにもかかわらず、拠点病院からの緩和ケア病棟への紹介が増加していた。しかし、転院の理由は“一般病棟や在宅では困難な症状緩和”のためであることはほとんどなく、一般病棟でも緩和ケアチームの支援などで症状の緩和はできて

いるものの、介護力不足などで在宅への移行が困難であるか、拠点病院のベッドの事情であることが大半であった。

拠点病院は、いわゆる急性期の大規模病院であることがほとんどであり、当地域では拠点病院となったことでさらにがん患者の受診が増加し、逆に周辺の一般病院はがん患者の受診が減少し、その結果が当院緩和ケア病棟への紹介にも反映されていると思われた。同じ二次医療圏内にある諏訪市と下諏訪町からの紹介患者数の増加が、拠点病院へのがん患者の集中と、積極的治療が困難となった患者が拠点病院から退院せざるをえないという、当地域の事情を物語っていた。

拠点病院では緩和ケアを必要とする患者の病床の問題は切実であるようだ。だがその結果、“拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などによる地域連携を推進していく”ことに、当院緩和ケア病棟は貢献できているのではないかと考えられた。緩和ケアの地域連携の中で当院緩和ケア病棟が担うべき役割が示唆された。

おわりに

緩和ケア病棟の役割として、おもに苦痛緩和を必要とするがん患者を対象とし、入院のうえでの緩和ケアを行うとともに、外来や在宅への円滑な移行を支援することが期待されている。しかし、症状が緩和できても、介護力が不足であったり、在宅緩和ケアを担えるマンパワーが不足している、在宅へ移行できる患者は少ないのが当地域の少し前の現状であった。

しかしその後、当二次医療圏でも、PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Eductaion) プロジェクトによりがん治療に関わる医師に対する緩和ケア教育が始まり、2009年度26名、2010年度15名の医師が受講された。基礎的な緩和ケアで対応できる患者に対するマンパワーが増加し始めている。

2008年11月には二次医療圏全体の緩和ケアの水準向上と、各施設との連携協力体制を図ることを目的として、拠点病院と緩和ケア病棟のある2病院の計3病院が世話人となり「諏訪地域緩和ケア連絡会」を立ち上げた。この会で4カ月ごとに「諏訪地域緩和ケア事例検討会」を開催し、これまでにのべ360名ほどの医師・看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士などといった多職種の方々に参加していただいた。これにより緩和ケアに関して、地域での顔の見える関係づくりが始まっている。

これからの緩和ケアの地域連携として、がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、一般病院が連携をとりながら入院治療に当たる必要がある。そして、在宅医療は在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、保険調剤薬局などが連携をとり、医療だけでなく福祉・介護が連携して在宅医療を支える必要があると思われる。

当院緩和ケア病棟でも今後は、従来のいわゆる終末期の「ホスピスケア的なケア」に加え、外来や在宅への移行を目指した積極的な症状緩和を行っていき、がん対策基本法がうたっている緩和ケア病棟の役割を担えるよう努めたいと考えている。

文 献

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：緩和ケア病棟入院料の届出受理施設数・病床数（都道府県別）〔http://www.hpcj.org/what/doc_h01.html〕
- 2) 金子和彦，遠藤俊江：がん対策基本法の前と後—何が変わり、何が変わらないか。がん対策基本法後に緩和ケア病棟はどう変わったか—当院緩和ケア病棟の経験から。緩和ケア 20：28-31，2010
- 3) がん対策推進基本計画〔http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku03.pdf〕
- 4) 保医発第0305001号：特定疾患治療管理料・がん性疼痛緩和指導管理料〔<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1d.pdf>〕
- 5) 保医発第0305001号：診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について〔<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1d.pdf>〕

Ⅷ. がん診療連携拠点病院において相談支援センターはどのような役割を担っているか

大松 重宏
(兵庫医科大学)

相談支援センターの位置づけ

「がん対策基本法（2006年法律第98号）」（以下、基本法）の規定に基づき策定された「がん対策推進基本計画」（以下、基本計画）には、「がん医療に関する相談支援や情報提供等」が掲げられ、「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」を目標の1つに定めている¹⁾。これに取り組む相談支援センターの設置は、都道府県/地域がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院。2011年1月現在、全国に377施設）の指定要件となっている。相談支援センターの名称は「医療相談室」「地域医療連携室」「よろず相談」「患者家族相談室」などさまざまである。基盤整備としてのハード面においては、がん相談専用の窓口の設置、専用の直通回線、相談用の個室等が整備され、がんに関する参考図書の設定や冊子の配布などがなされていることが望ましい、とされている（図1）¹⁾。

がん診療連携拠点病院の相談支援機能に関する指定要件²⁾（以下、指定要件）によれば、「国立がん研究センターがん対策情報センターによる研修会を修了した専従及び専任*の相談支援に携わる者をそれぞれ1人以上配置すること」とあり、相談支援センターには、この要件を満たす看護師や社会福祉士等の資格を持つ複数人の相談支援を行うための人員が配置されている。

2009年に（財）がん集学的治療研究財団が行った「がん診療連携拠点病院医の緩和ケア及び相談

支援センターに関する調査³⁾」結果によれば、専従スタッフの人数が4人以上の施設が12.6%、3人が5.1%、2人が19.5%、1人が53.7%であり、専任スタッフの人数は、4人以上が10.2%、3人が4.8%、2人が16.6%、1人が44.7%であった。実際には、多くの拠点病院は専従・専任各1名体制であることが判明した。

相談支援センターの役割

「基本計画」には相談支援センターの業務として、がん患者や家族、また地域住民に対してがんの医療に関する情報提供や相談支援を行うことが記されている。さらに、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（2008年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知。以下、指針）には、がん患者をサポートする地域連携システム構築が相談支援センターの役割として定められている。

① がん医療に関する情報提供

がん関連の情報はテレビや新聞、インターネットなどで容易に入手できるが、それらのうち何が信頼性が高く、その人にとって適切な情報なのかは、非常に分かりにくい。がんのことやがんの治療について知りたい時に、科学的根拠に基づく情報を分かりやすく解説し提供することが、相談支援センターに課された役割の1つである⁴⁾。そのためにも、クライアントに必要な情報を

*〔専従〕 その他の業務を兼任していても差し支えないが、その就業時間の少なくとも8割以上、当該業務に従事している必要があるものとする。

〔専任〕 その他の業務を兼任していても差し支えないが、その就業時間の少なくとも5割以上、8割未満、当該業務に従事している必要があるものとする。

Ⅷ. がん診療連携拠点病院において相談支援センターはどのような役割を担っているか

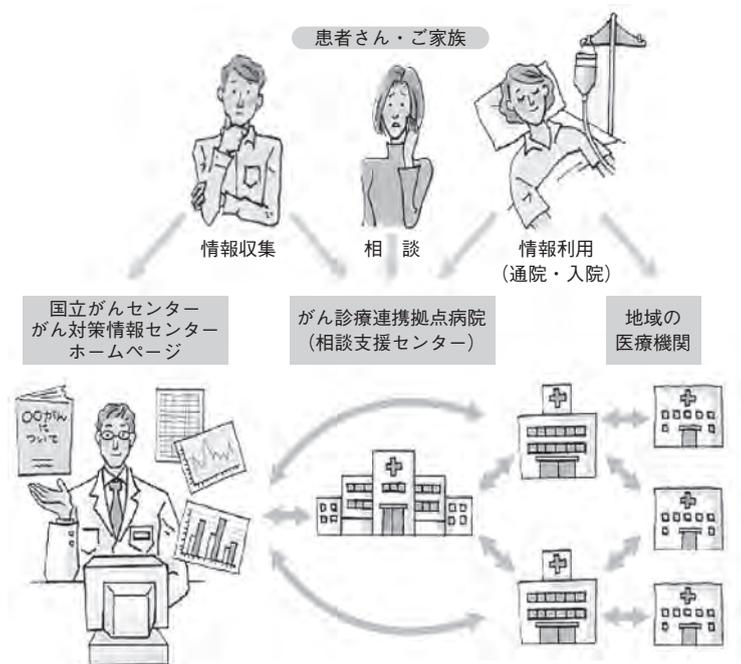


図1 がんの相談支援体制¹⁾

整理し、国立がん研究センターがん対策情報センターのホームページ「がん情報サービス (<http://ganjoho.ncc.go.jp/>)」, がん情報センターが発行する各種がんの冊子や信頼のおけるサイト, 書籍を活用し, 対面, 電話, ファックスや電子メールで個別に対応することが求められる。情報提供するための新たなツールとして2010年に基本計画に基づいてがん対策情報センターが制作した「患者必携 がんになったら手にとるガイド」⁵⁾は、従来同センターが制作してきた冊子と異なり、疾患のみならず療養生活を送るうえでの情報全般が網羅されている点の特記しておきたい。

がん医療の進歩などにより治療の選択肢が広がり、従来のように医師に治療を「お任せする」のではなく、患者が自分のライフスタイルや人生観に合った治療を自ら決定する時代になった。しかし、すべての人にとってこのような決断は容易ではないのは明らかであり、相談支援センターでは、治療に関する情報を患者と共に確認し、関連情報を整理するサポートを行うことが重要である。

② 心理社会的課題に関する相談支援

がんは慢性疾患であるとするられるようになったが、心疾患、脳血管疾患を抜いて日本人の死因の第1位であり⁶⁾、依然として「死」を連想させる疾患であることは事実で、患者や家族が診断や治療のプロセスで混乱したり、動揺したりすることは多い。相談に対して情報提供するのみではなく、解決の糸口を一緒に探していくプロセスが重要である。もっともクライアントの表面に現れた感情にとらわれすぎると、相談員はその根底にある課題がみえなくなることもある。よって、がんに関する一般的な知識と共に、クライアントが語る心理社会的課題についても理解を深める必要がある。

一方、家族は「第2の患者」ともいわれ、医療者などの専門職は患者本人だけではなく、家族をも支援する必要性が昨今指摘されるようになった。特に、外来で抗がん剤治療が実施されることが多くなり、副作用や後遺症の心配を抱えながら多くの時間を患者が家庭で過ごすため、家族の負担はむしろ増大したといえるだろう。患者を含む家族全体を援助することも、相談支援センターの

大きな役割の1つである。

ところで、先の調査³⁾で「院内職員が相談支援センターの存在および設置場所について認知しているか」という問いに対して95.2%の拠点病院が「ある程度されている」と答えたが、「院内職員が相談支援センターの活動内容を理解しているか」という質問に対して「ある程度されている」と答えた拠点病院は86.1%にとどまった。潜在的なニーズを掘り起こし多くのがん患者が相談支援センターを利用できるように、今後も引き続きその役割や機能を院内職員向けに広報していくことが必要である。

緩和ケアと相談支援センター

① 院内患者をサポート

治療が困難になった時の転院援助や退院支援としての機能は、従来から相談部門に求められてきた。基本計画ではさらに進んで、治療の初期段階からの緩和ケアが重点目標として掲げられており、終末期に限定せず病気の早い段階から患者やその家族の抱える心理社会的課題をサポートしていくことが期待される。治療を受ける患者をトータルペイン面から考えた時、心理社会的課題は相談支援センターが取り組むべきとあってよいであろう。

相談員の知識や技術のレベルにおいては、おのおのバックグラウンドによって差があるのは否めない。そこで、2008年度より国立がん研究センターがん対策情報センターが企画・実施している基礎研修のうち根幹となる基礎研修(1)では、緩和ケアを大きく取り上げている。WHO（世界保健機関）の定義（2002年）「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである」⁷⁾に則し、患者を全人的に把握することに目標を置いている。これまで医療機関の専門職は医療のみの相談対応に偏りがちで

あったが、本研修においてはがん患者を全人的に捉え、心理社会的な側面に視点を向けることを強調している。

とはいえ、拠点病院の多くは一般総合病院であり、がん以外の患者からの相談ニーズが高く、がん患者のみに人員や時間を割くことができない面もある。しかし、そもそも相談自体がなければ相談支援センターの存在意義もないし、相談員のスキルの向上もない。今後は、がんの治療を受けるうえで生ずる心理社会的な痛みについて、患者や家族が自主的に相談支援センターに来室するような、がんの特化したシステムを構築することが課題であろう。病院のホームページのトップページに相談支援センターの目次を掲載する、病院の入り口や会計、外来付近にポスターを掲示したりリーフレットを置くなどの工夫が考えられる。病院を受診したがん患者が相談支援センターに必ず立ち寄るシステムがあれば、いっそう良いだろう。特に、拠点病院のうち一般病院では、がんの患者や家族が相談しづらく、また患者同士で話をする場は限定されてしまう。そのような人たちが相談支援センターを利用しやすくする工夫が必要と考える。

さらに、相談支援センターのスタッフが緩和ケアチームの一員として関わることで、院内のより良い緩和ケアシステムの構築が期待できる。そのためには、相談支援センターの役割・機能を明確にしていくこと、また情報を積極的に共有することが求められる。

② 地域に緩和ケアシステムを構築する（地域レベル）

指針に規定されている相談支援センターの業務の1つに、がん患者をサポートする地域連携システムの構築がある。全身状態が悪かったり身体に障がいが生じて、地域医療や福祉サービスを活用し、自宅で生活しながら治療を受けていくことができるようにしなければならない。そのために、拠点病院のサポートだけではなく、地域の保健、医療、福祉と密接な連携システムを構築していくことが必要である。

患者の療養生活において、そのときどきの病状

に応じて医療機関などさまざまな機関が支援していく⁸⁾。個々の患者・家族に適した支援が病状の変化に即応しながら途切れることなく提供されるためには、拠点病院は地域の社会資源を把握していなければならない。

先の調査³⁾で、「地域の相談窓口の情報を提供できる」という設問に「ある程度されている」と回答した拠点病院が、87.0%（2008年）→92.5%（2009年）、「地域でがんの緩和ケアに対応できる医療機関について情報を提供できる」という設問に「ある程度されている」と回答した拠点病院が、90.2%（2008年）→94.7%（2009年）と上昇したことは、実践が根づいてきたといえるだろう。

今後は緩和ケアシステム構築のため、地域の医療機関や福祉施設、行政機関や地域の団体などと定期的に交流する機会を相談支援センターが主体となって設けることなども考えられる。さらに、「基本計画」は新たな社会資源の構築、特にがん当事者や患者支援団体との協働において相談支援を展開することが求められ、指定要件にも「相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと」とある。当事者同士のピアサポートの活用も相談支援センターの役割の1つとなってきているのである。もはや、がん患者の全人的な痛みは、専門職だけでは担い切れない。当事者主体というセルフヘルプグループの特徴⁹⁾を持ったがん患者会を側面的に支援していく必要がある。

先述した基礎研修(3)では、がん相談支援のプロセスの一環として、ネットワーク構築の必要性を取り上げている。これは、指定要件にある「院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること」に対応している。

なお、以上述べた関わりのレベルは、おのおの拠点病院の特徴や地域性によって異なることはいうまでもない(図2)²⁾。

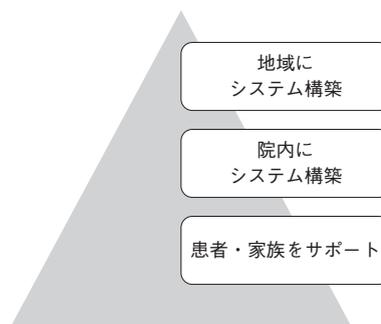


図2 緩和ケアシステムの構築²⁾

今後の課題

相談支援センターが配置されて間もないが、その実践の中で、目の前の患者との相談における知識・技術から、相談システムの構築まで、相談員のおおのの現状が再確認できるようになってきた。

しかし、相談件数の大幅な増加にまでは至っていない。先の調査結果³⁾で1週間分の相談件数をみると、1日に2~10件のがんの相談対応を行っている施設は全体の約5割（53.5%）で、1日に2件未満の施設が36.9%となっていた。また、1施設あたりの平均相談対応件数は22.5件で、前年度の20.3件と比べ微増しているものの、ほぼ横ばいという結果であった。一方で、1日に20件以上対応している施設が12施設あり、相談支援センター間の相談対応状況の開きが大きいことが分かる。病院関係者内でも、また広く一般にも、相談支援センターの業務範囲に関する認識が浸透していないことが原因の1つと考える。また、地域住民からのがんに関する相談にまで手が回らないという現実もある。

基本計画に掲げられた相談支援センターおよびがん専門相談員の役割や意義について、日常臨床場面にどのように落としこんでいくのか、課題は多い。医療機関の特徴や地域性によっておのおの独自性が存在することも考慮しなければならないが、体制整備については着実に改善や充実がみられている。今後はさらに相談支援センターの質が向上していくことを期待したい。

引用文献

- 1) がん対策推進基本計画 [http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html]
- 2) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (2008年3月1日付け健発第0301001号厚生労働省健康局長通知) [http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html]
- 3) がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査—調査結果報告書. 2010 [http://ganjoho.ncc.go.jp/public/index.html]
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター編：がん診療連携拠点病院の相談窓口相談支援センターにご相談ください. 2007
- 5) 国立がん研究センターがん対策情報センター編：患者必携 がんになったら手にとるガイド [http://ganjoho.ncc.go.jp/public/qa.links/hikkei/hikkei01.html]
- 6) 厚生労働省平成21年人口動態統計の年間推計 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/index.html]
- 7) 特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会 [http://www.hpcj.org/index.html]
- 8) 大松重宏, 大橋英理：緩和ケアチームにおけるソーシャルワーカーの役割. すぐに役立つ緩和ケアチームの立ち上げと取り組みの実際. p.150-161, 真興交易医書出版部, 2007

- 9) 大松尚子：サポートグループ・セルフヘルプグループ. 腫瘍内科 5：145-150, 2010

参考文献

- 1) 高山智子：がん情報のネットワーク. 最新医学 63：1097-1103, 2008
- 2) 若尾文彦：がん対策情報センターの機能と役割. 最新医学 62：548-557, 2007
- 3) 若尾文彦：医療情報提供. からだの科学 253：207-211, 2007
- 4) 北村有子, 石川睦弓：インターネットによる情報提供・情報発信ツール「Web版がんよろず相談Q&A」の試み(第2報)—相談内容の分析. 医療情報学 27：1203-1204, 2007
- 5) 石川睦弓, 北村有子, 服部 洋, 他：患者・家族のためのがん情報収集法. 治療 90：145-150, 2008
- 6) 堀内智子, 山口 建, 石川睦子, 他：暮らしに役立つ医療福祉サービス. 治療 90：151-156, 2008
- 7) 国立がんセンターがん対策情報センター編：家族ががんになったとき. 2007
- 8) 国立がんセンターがん対策情報センター編：がん専門相談員のための学習の手引き. 2008

IX. 各地域におけるがん対策基本法の 前と後の取り組み

1. 緩和ケアに対する高知県の取り組み

山口 龍彦^{*1,2} 原 一平^{*1,3} 壺井 康一^{*1,4} 川添 哲嗣^{*1,5} 弘末 美佐^{*1,6}

(^{*1} 高知緩和ケア協会 ^{*2} 高知厚生病院 緩和ケア ^{*3} 高知県・高知市病院企業団立高知医療センター

緩和ケア科 ^{*4} 医療法人ネクスト ネクストホームクリニック ^{*5} 高知県薬剤師会, くろしお薬局

^{*6} 函南病院 訪問看護ステーションしもち)

高知県の地域特性

高知県は、四国山地の南側に弓状に東西に広がる県土のほとんどが山地であり、人口76万人の3分の2が高知市を中心とする中央医療圏域に集中している。老年人口割合が全国3位と、少子高齢化が進行している。また、人口比で病院の多いことでも知られ、一般病床数は全国平均の2倍、療養病床は全国平均の3.5倍となっている。

緩和ケア病床を持つ病院は県内に6カ所(75床)あり、うち5カ所(65床)が高知市内にあって、2008年度は年間528人のがん患者を看取っている。これは高知県内のがん死者数年間約2,300人で割ってみると約23%が緩和ケア病棟で亡くなっている計算で、全国平均(7.8%)に比し約3倍である。

一方、訪問診療、訪問看護に取り組んでいる診療所や訪問看護ステーションの数はいまだ少数で、特に訪問看護ステーションは高知市に集中している。山間部に暮らすお年寄りが病気になれば、子や孫が暮らす都市部に下りてきて療養するのが一般的である。

2007年度の悪性疾患に罹患した患者の在宅での看取り率は全国平均で6.7%であるが、高知県では4.3%となっている。病床が多く、在宅での看取りの文化が消えかかっているためであるが、本人に病名や病状が告知されるようになって、自宅での療養や、自宅で最期を迎えたいと希望する患者が増加しているのは全国共通の傾向であろう。

高知県がん対策推進条例と一喜会

がん対策基本法の施行に目を同じくして、高知県においては表記の条例が施行された。この条例は、高知県がん患者の会「一喜会」が高知県議会に提出して、採択された「がん医療の充実についての請願書」の内容が盛り込まれている。条文には、がんの予防から早期発見のためのがん検診を推進すること、また必要ながん治療が地域で完結できるよう医療機関を整備することなども、県が責任を持って推進することが定められている。推進計画の策定には、がん患者やその家族または遺族を代表する者も入って、がん対策推進協議会を設置する。

緩和ケアの分野においては、第6条に「県はがん患者に対する緩和ケアを推進するため、関係団体及び関係機関との連携協力の下に、必要な病床の確保、がん患者の居宅におけるがん医療の提供その他の取り組みを支援するために必要な施策を講ずるものとする」と記されており、在宅での看取り率も協議会において10%の目標が掲げられた。

一喜会は、NPO法人格を取得し、条例にあるがん患者相談窓口の運営を県から委託され、こうち男女共同参画センター「ソーレ」内で活動している。この相談窓口では、がん患者やその家族と同じ目線で相談を受けており、患者や家族の忌憚のない生の声が集まる。患者や家族の中には、告知された現実に向き合えていない人たちも多い。そのことから、告知後の心のケアを求める

声が切実であるとして、一喜会ではスピリチュアルケアワーカーの育成に取り組んでいる。2010年度は日本医療政策機構の支援プログラムにより、9日間にわたるハイレベルの研修で17名の卒業生を輩出し、そのうち数名は在宅の場で活躍中である。2011年度は、さらに11名が研修中である。

高知緩和ケア協会の取り組み

高知では、1992年に高知ターミナルケア研究会が発足し、1995年に高知緩和ケア研究会に発展、毎年の講演会活動や症例検討会、また県内の施設が集まったの研究発表会などを開催してきた。会員は医療者のみならず、ホスピス緩和ケアに関心のある一般の方々も加えて250名あまりであった。同研究会として2009年7月の日本ホスピス在宅ケア研究会第17回全国大会を高知で開催することも決定していた。

このような活動実績をもとに、2007年11月、任意団体であった研究会はNPO法人高知緩和ケア協会として再出発することになった。

法人格を取得したことで、県からの事業委託ができることとなり、2008年度より「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」の企画運営と、「高知県在宅緩和ケア推進連絡協議会」の設立運営を委託されている。

「緩和ケア研修」は、県と高知大学医学部、高知医療センター、高知赤十字病院の県内3カ所のがん診療連携拠点病院から企画運営を委託され、高知市や四万十市において年間5回から6回の単位型研修を行っている。毎年研修内容をPEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) プロジェクトに従ってブラッシュアップしつつ、2008年度より2010年度までの3年間に266名の受講者と208名の修了者を輩出した。

2008年度設立の「高知県在宅緩和ケア推進連絡協議会」(以下、協議会)は、高知県の医師会・歯科医師会・薬剤師会・がん診療連携拠点病院・緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ス

テーション連絡協議会・介護支援専門員連絡協議会の代表10名から構成されており、多職種討議による連携構築が行われている。協議会では、2008年度よりがん治療の拠点病院から在宅療養までシームレスな移行を目指し、県内の緩和ケアに関するデータが盛り込まれた在宅緩和ケア連携パス(以下、パス)作成に取り組み、2009年度には多施設間でパス試行を行った。パス試行の結果、記載項目の多さなどいくつかの問題に対して実務者間で洗練化作業を繰り返し、2010年度には改定版パス試行とともに、広く普及することを目指し、県ホームページで一部パスが閲覧可能とした。さらに、県内の地域医療連携をより質の高いものにしていくことを目的に地域医療連携コーディネーター育成にも取り組んでおり、多職種連携による在宅緩和ケアの推進を行っている。

高知県がん診療連携拠点病院の取り組み

高知県がん診療連携拠点病院の指定を受けた高知大学医学部附属病院では、高知県がん診療連携協議会を発足させ、地域がん診療連携拠点病院である高知医療センター、高知赤十字病院などと共にごがん診療のためのクリニカルパス作成に取り組んでいる。

がん対策基本法によって動き出したプロジェクトの一環として、2009年9月より「高知県がん診療連携クリニカルパス作成検討会」が高知県がん診療連携協議会、中国・四国広域がんプロフェッショナル養成コンソーシアム、高知県医師会、高知県ほかの共催のかたちで定期的で開催されている。

高知県では胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝臓がんの5大がんに加え、婦人科がん(子宮体がん)、前立腺がんおよび在宅緩和ケア連携の8つのパスが発表され、検討された。このパス作成検討会は、半年ごとに行われており、パスの対象疾患や対象となる病状を加え、順次試行しつつ検討を重ねている。

高知県在宅緩和ケアネットと高知在宅緩和ケア研究会

病院医療中心であった高知市内にも、在宅医療に専門的に取り組む診療所が3カ所開設されている。これらの診療所を中心に、往診や在宅診療に意欲を持った診療所医師40名あまりが集まって、2008年9月に高知県在宅緩和ケアネットを立ち上げた。

メーリングリストを通して、医師だけでなく、訪問看護師、病院看護師、訪問薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、介護士、ヘルパー、地域のリーダー、町内会長、認知症の人と家族の会、企業、行政、市民など、多職種総勢約100人が集っており、当面は顔の見える仲間づくりを行いつつ、在宅で看取りまで行うための協力関係を築いていこうとしている。また、活発な在宅療養支援診療所のメンバーらによって、2008年11月から高知在宅緩和ケア研究会が発足し、半年に1回程度の多職種での勉強の機会を持つようになった。先進地域の方法を伝えていただくとともに、県内の事例から学び合う機会としている。

このほかにも、「NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク全国の集いin名古屋高知プレ大会」が2010年8月に開催され、一般の方々にも大きな反響があるなど、高知の在宅ケアは成長期を迎えたようである。

高知県薬剤師会の取り組み

この数年、在宅緩和ケアを受けられる方の増加および医療機関からのオピオイド処方増加により、調剤薬局においてオピオイドに触れ、緩和ケアについて考える機会が明らかに増えてきた。そのため、多くの薬剤師が本気で緩和ケアについて考え、学びを重ね始めた。研修の機会も多く持つようになり、オピオイド鎮痛薬のタイトレーション、ローテーション、レスキュードーズの設定といった従来なら医師だけで考えていた内容も、薬剤師が共に考えていけるようにレベルも上がってきている。

また、高知県在宅緩和ケア推進連絡協議会など

の機会、行政や医師が中心になって積極的に薬剤師の参加を後押ししてくれたことも大きい。同じ土俵の中で議論を交わし、問題点を共有していけば、薬剤師に何が不足しているのかが浮き彫りになる。課題がはっきりすれば学習を重ねることは容易である。県薬剤師会としても、緩和ケアに対応できる薬剤師を県下一円に養成していくための研修会を継続していく予定である。

その他の取り組みとしては、在宅緩和ケアパスへの参加、オピオイド対応薬局一覧の作成などを行った。

高知厚生病院における在宅緩和ケア

高知厚生病院（以下、当院）はベッド数76のケアミックス型の小病院で、1995年から緩和ケア病棟を開設している。緩和ケア科は、ホスピス病棟（15床）と一般病棟（3床程度）と在宅で、2名の医師が専従と兼任で担当している。ホスピス病棟の看護体制は、14名の看護師と看護助手1名である。

近年、強く感じられるようになった在宅療養を望む患者の希望に応えるため、2007年8月、訪問看護ステーションを設置するとともに、緩和ケア支援室を置いて患者や家族の希望にしたがって療養体制を構築するようにした。

在宅の看護体制は、外来で内科外来勤務の看護師2名が兼任で週4単位（2日分）を勤務し、訪問看護ステーションでは4名の看護師が常勤で働いている。また、緩和ケア専門のソーシャルワーカー、退院調整看護師とケアマネジャー各1名が緩和ケア支援室で勤務しており、各病棟と在宅と外来の調整や他院との地域医療連携を行っている。

2005年、緩和ケア病棟での死亡退院が112名、在宅での死亡が5名で、当院のがん患者の在宅看取り率は4.3%であった。しかし、これらの取り組みにより、2009年には緩和ケア病棟での死亡退院が127名、一般病棟18名、在宅での死亡が45名で、当院における在宅看取り率は23.6%まで増加した。さらに、提携先の在宅療養支援診療所で看取っていただいた方が14名であった。緩

和ケア外来，訪問看護ステーションと緩和ケア支援室の設置は緩和ケア病棟を持つ病院が在宅医療に取り組む時に大きな力となると思われた。

今後は，在宅緩和ケア推進連絡協議会で作成された連携パスを利用して，がん診療連携拠点病院，緩和ケア病棟，緩和ケア研修を終了した地域

の病院や診療所の医師，歯科医師，調剤薬局，訪問看護ステーション，介護支援事業所などとの地域連携を強めていくことが，早期からの切れ目のない患者・家族支援を行っていくうえで重要だと考えている。

IX. 各地域におけるがん対策基本法の 前と後の取り組み

2. 緩和ケアに対する栃木県の取り組み — 「在宅緩和ケアとちぎ」の活動を中心に—

粕田 晴之^{*1,2,3} 三宅 智^{*1,3} 高田 芳枝^{*1,4}
高橋 昭彦^{*1,5} 村井 邦彦^{*1,6} 岸田 さな江^{*1,7}

(^{*1} 在宅緩和ケアとちぎ ^{*2} 栃木県立がんセンター 麻酔科 ^{*3} 同 緩和医療部 ^{*4} 同 看護部

^{*5} ひばりクリニック ^{*6} 自治医科大学 麻酔科, 村井整形外科 ^{*7} 独協医科大学病院 腫瘍センター)

栃木県の緩和ケア

2009年、栃木県の人口は約200万人、年間総死亡者数は19,000人、このうちがんによる死亡者数は約5,300人。保健医療圏は県北・県西・県東央・県南・両毛の5つに分けられるが、県西ついで県北が医療の過疎な地域である。医師会は、郡市医師会10と大学医師会2(獨協医科大学病院, 自治医科大学附属病院), 合計12から構成されている。

① 栃木県がん診療連携協議会「緩和ケアワーキンググループ」

栃木県がん診療連携協議会は2007年度よりスタートし、3つの部会(研修部会, 相談支援部会, がん登録部会)を立ち上げ、喫緊の課題の解決のため議論を進めてきた。2009年10月に、研修部会の下に新たに2つのワーキング・グループ(以下, WG)、「緩和ケア研修WG」と「地域連携パスWG」が設置された。「緩和ケア研修WG」では緩和ケア研修会の実施, 緩和ケア地域連携の検討などが、「地域連携パスWG」では5大がんを中心とする栃木県版地域連携パスの作成などが議題として挙げられた。

この協議会には、がん診療連携拠点病院6施設に加えて地域拠点病院9施設が参加しており、「緩和ケア研修WG」では、がん診療連携拠点病院主催「緩和ケア研修会」など教育面での協力だ

けでなく、栃木県下の緩和ケアの推進と地域連携に必要な課題全般について上記15施設が協力、最終的には緩和ケア地域ネットワークづくりに取り組むことになった。

がん診療連携拠点病院6施設と地域拠点病院2施設(拠点病院8施設: 栃木県立がんセンター, 済生会宇都宮病院, 佐野厚生総合病院, 獨協医科大学病院, 自治医科大学附属病院, 上都賀総合病院, 大田原赤十字病院, 足利赤十字病院)が、2009年から日本緩和医療学会 PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) プロジェクトの「緩和ケア研修会」を主催してきた。2011年3月現在、緩和ケア研修会修了者数は、医師437, 看護師143, 薬剤師23, その他18(医療ソーシャルワーカー, 臨床心理士, 栄養士, 理学・作業療法士, 臨床検査技師, 歯科助手), 合計621名に達したが、病院所属の受講者が多数を占めていた。今後は、それぞれの拠点病院が所属する郡市医師会と連携して緩和ケア研修会を開催し、診療所医師の受講者を増やすことが目標となる。合わせて、訪問看護ステーション看護師への受講の呼びかけも強化する必要がある。

なお、栃木県下の日本緩和医療学会専門医制度認定指導施設は、栃木県立がんセンター, 獨協医科大学病院, 在宅ホスピスとちの木, 自治医科大学附属病院の4施設である。

② 緩和ケア病棟・緩和ケアチーム

栃木県内の緩和ケア病棟は、済生会宇都宮病院（20床）、栃木県立がんセンター（24床）、自治医科大学附属病院（18床）の3施設（合計62床）で運営されている。2011年に足利赤十字病院、2012年には大田原赤十字病院に緩和ケア病棟が設置されることになっている。現在、3施設の緩和ケア病棟が連絡し合い、患者さんの居住区域に合わせた入院ができるよう努力しているが、これが5施設に増えれば患者さんの希望に添える確率が高まると期待されている。

緩和ケア病棟から転院あるいは帰宅できているのは約20%、残りは緩和ケア病棟での看取りとなっている。看取りが日常となっている状況では、緩和ケア病棟勤務者に対する「心のケア」が必須である。同時に、「緩和ケア病棟が看取りの場となっている状況からの脱却」も検討されるべきで、看取り80%の現状から、たとえば「症状増悪時の短期入院40%、ご家族のレスパイトケア30%、看取り30%」を実現しなければならない。これには、在宅緩和ケアの十分な普及が必要条件となる。

がん診療連携拠点病院は6施設が認定され、緩和ケアチームがそれぞれ活動している。地域の要望に応じて地域に出て行き、地域の緩和ケア連携、ネットワークに貢献できるようになるのが今後の目標である。

③ 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所

栃木県内の在宅療養支援診療所の登録数は126カ所（2011年4月1日現在）、うちインターネット公表に承諾しているのは73カ所で、積極的にがん患者の在宅緩和ケアを行っている数はさらに少なくなる。

栃木県南部の下都賀郡市医師会に所属する壬生町では、2006年に「在宅療養支援者の会」が発足し、獨協医科大学病院をはじめとして病院からの在宅依頼を「とちぎ訪問看護ステーションみぶ」が仲介、地域の在宅療養支援診療所5施設と連携した在宅ケアが軌道に乗りつつある。多施設の連携によって在宅医の疲弊を回避することが可

能であり、このような連携形態が各地に形成されるよう推進することが今後の目標である。

栃木県内の訪問看護ステーション55事業所のうち、24時間対応可能な訪問看護ステーションは46事業所（2010年3月1日現在）である。栃木県保健福祉部は2010年、訪問看護の推進を目的として「栃木県訪問看護推進協議会」を立ち上げ、訪問看護ステーションの実態調査を実施、2011年度から訪問看護支援事業を開始する方向に進んでいる。訪問看護ステーションの育成とともに、訪問看護ステーションがこれ以上疲弊しないような支援と対応が望まれる。この協議会のメンバーは栃木県医師会・栃木県看護協会・栃木訪問看護ステーション協議会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県立がんセンターそれぞれの代表で構成されており、在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所の連携ならびにネットワークの構築に寄与することも期待されている。

④ 栃木県緩和ケア研究会

栃木県の緩和ケアも病院主導で始まった。この研究会は、県内の6病院による当番交代制で、1991年から毎年継続して開催されてきた。設立当初は、栃木県ターミナルケア研究会として始まったが、1999年の第13回から栃木県緩和ケア研究会と改称された。研究会の内容は、各施設からの症例報告と講演あるいはシンポジウムで構成され、2010年、足利赤十字病院の主催で開催された第24回栃木県緩和ケア研究会は、「地域と社会と緩和医療—在宅と病院との架け橋」というテーマで、約150名の医療従事者、患者家族が参加した。

宇都宮市、あるいは近郊の複数の病院の主導で始まり、おもに宇都宮市で開催されてきた研究会であったが、次第に県内の主要ながん診療施設の参加が増え、開催地も県内各地域を巡回するようになった。地域の診療所、訪問看護ステーションなどの関係者が参加しやすいように、開催日時も土曜日から日曜日へと見直され、地域連携を意識したものに変わりつつある。診療所、訪問看護ステーションとの協働はネットワークを加速する可

能性を秘めている。

⑤ 在宅ケアネットワーク・栃木

1996年、在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク（現NPO法人・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク）栃木会議が開催されたのを契機に、1997年2月、第1回在宅ケアネットワーク・栃木の集いが自治医科大学を会場に開催された（代表世話人・太田秀樹氏）。この会は在宅ケアに関心のある人なら誰でも参加できる年1回の集まりであるが、毎年300人規模の参加がある。在宅医や訪問看護師、さらに介護福祉士やケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーなどを中心とした多職種が参加し、最近では薬剤師の参加もみられるようになってきている。従来、大会長は医師が務めてきたが、2010年の第14回は薬剤師が、2011年の第15回は介護福祉士が大会長を務め、輪が一段と大きくなった。

各回のメインテーマは、「暮らしの中の医療を目指して」（第1回）、「みんなで支えあう在宅ケア—私たちが今できること」（第3回）、「普通に逝くこと暮らすこと—安らげる場所でホスピスケアを」（第7回）、「地域ではぐくむ心のケア」（第8回）、「コミュニティが支える在宅ケア—地域力を考える」（第10回）、「いまを生きる・ホスピスケア」（第12回）、「多職種がキャピラーとなって推進する栃木の在宅ケア」（第14回大会長：薬剤師）、「地域でともに生きるために—キュアからケアへ」（第15回大会長：介護福祉士）などである。

在宅緩和ケアとちぎは、2008年の第12回大会から運営をサポートするとともに、大会終了後に在宅緩和ケアとちぎの顔合わせ会を開催しており、両組織の交流が深まってきている。

⑥ たんぽぽの会（患者家族会）、こすもすの会（遺族会）

ソーシャルワーカーの山田公平氏がとちぎYMCAへ赴任し、1987年に「とちぎホスピス運動をすすめる会」が発足した。この会で開催された「ホスピス精神を考えるセミナー」が10数年続き、セミナーの参加者から、がん患者と家族の

会（たんぽぽの会）、遺族の会（コスモスの会）、乳がんの患者会（カトレア会）などの自助グループが生まれ、県立がんセンターや上都賀総合病院の図書ボランティア、緩和ケア病棟における市民ボランティアの活動の源となった。

1. たんぽぽの会（がん患者と家族の会）（会長：床井和正氏、宇都宮市）

わたぼうしが飛んでいる姿を見て、星野富弘氏は「人間に必要なものはただひとつ、私も余分なものを捨てれば空をとべるような気がしたよ」と言っている。今までの悩みやこだわりをふっ切った時、こんな心（境）になれるのではということから、会の名を「たんぽぽの会」とした。（会報「たんぽぽ」第1号より）

たんぽぽの会は、「ホスピス精神を考えるセミナー」受講者の中のがん体験者が呼びかけ人となって1989年3月26日に発足しました。この会は、がん患者とその家族によって構成されています。がんは、今日、最も死亡率の高い病気であるため、それを知った患者や家族の悩みは、はかりしれないものがあります。患者に病名を告げることは是非の問題、病名を知った患者の病気や死への不安の問題、患者の肉体的精神的苦痛の問題、看護の問題、苦悩する家族の問題、残された家族の悲しみの問題、等々。たんぽぽの会では、これらの数限りない問題を、互いに話し合い、学び合い、支え合うことを目的として、毎月1回、例会を開いています。誰もが迎える病や死を、どう受け止めたらよいのか、あるいはそれらをどう乗り越えていけばよいのか、皆様とご一緒に考えたいと思います。多数の参加をお待ちしています。（会報集「たんぽぽ」第1巻、巻頭の言葉）より

現在の登録会員は70名、4月に総会、月1回の例会、春のお花見・秋の紅葉狩り・新年会などの年間行事があり、毎月発行される会報によって絆が強化されている。総会、例会、行事などの集まりには医師・看護師らの参加・サポートがあるが、今後、患者・家族と医療従事者の接点を増やし、がん医療とりわけ「緩和ケア」の推進に共に努力していくのが目標である。

2. こすもすの会（遺族会）（世話人：斎藤陸子氏，日光市）

身近なひとを亡くした方達の集い「こすもすの会」は、1991年「とちぎホスピス運動をすすめる会」から派生した遺族の会である。毎月第2日曜日、子どもや配偶者を亡くされた経験者が世話人としてボランティアで加わり、悲嘆のいろいろな段階の方たちとの「分かち合い」を重ね、あるがままの自分を受けとめ、生きる力を見出す“自助グループ”で、「分かち合いの場」を提供しながら共に歩んできた。現在、その回数は221回、参加者はのべ1,800人に達した。活動は、毎月の定例会、フルタイムの電話相談、会報「こすもす」の発行などである。

「在宅緩和ケアとちぎ(Palliative Home Care Tochigi)」

①「在宅緩和ケアとちぎ」の目標と活動の基本

「在宅緩和ケアとちぎ」は、「緩和ケアを希望する人が、病院・ホスピス・施設・自宅など、どこで暮らしていても、またどこに移っても、切れ目なく必要なケアが受けられるように関係職種が連携を図り、その人が望む暮らしができるよう、患者さんとご家族を支えてゆく」ということを目標に、地域連携のネットワークづくりを目指しているボランティアの集まりである。医師と看護師を中心に、歯科医師、介護福祉士、薬剤師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、保健師、臨床心理士、がん患者と家族、僧侶、ジャーナリストなど、さまざまな背景を持つ方々約300人が参加している。

活動の基本は、情報交換と連絡に便利なメーリングリストの利用、連携には常日頃から顔を知っておくことが重要との認識から年数回の顔合せ会、この2本立てとしている。

② 設立から第7回顔合わせ会まで

2007年1月、がん医療に携わる病院医師4名（粕田、村井、角田、鶴岡）と在宅医療に取り組んでいる診療所医師7名（高橋、関口、長尾、山口、高村、大宮、吉澤）による初めての顔合せ会が持たれた。勉強会「がん性疼痛治療における薬

物療法（角田）、がん末期の在宅医療（高橋）」に次いで、在宅医療で苦心しておられる先生方の熱い思い、在宅医療に対する病院医師の期待が語られ、地域の病診連携の必要性が相互に確認された。同年4月に、「在宅緩和ケアとちぎ(Palliative Home Care Tochigi)」の名称で発足し、メーリングリスト(phc-tochigi)を立ち上げた（設立時事務局：国際医療福祉大学病院麻酔科）。

同年4月の第2回顔合せ会で、連携には多職種の参加が必要との認識に立ち、9月の第3回顔合せ会には看護師、介護福祉士などに広く声をかけた。勉強会「在宅緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割（寺脇）」に多職種約30名が参加した。以後、2008年12月までに7回の顔合せ会が開催され（表1）、会員は148人に増加した。

③ 栃木県健康増進課、栃木県立がんセンターとの協力体制の確立

①がん対策基本法の施行を受け、栃木県は2008年3月、「栃木県がん対策推進計画」を策定、栃木県の緩和ケアおよび在宅医療の現状と課題を明らかにするとともに、取り組むべき施策として、「緩和ケア地域連携の推進、地域における緩和ケアの教育と普及啓発、24時間対応可能な在宅医療・訪問看護など体制の整備・充実」を掲げた。②栃木県立がんセンターは、「県がん診療連携拠点病院」として指定されており、「がん早期からの緩和ケア、在宅がん医療の地域連携、緩和ケア研修会の開催」などが県下全域で実践されるよう推進する役割が求められていた。③「在宅緩和ケアとちぎ」が7回の講演会を開催し、メーリングリストが活発に機能し、栃木で今最も元気のある緩和ケアグループとして実績を認められてきた。④2008年4月、代表・粕田の所属変更に伴い、在宅緩和ケアとちぎの事務局が栃木県立がんセンターに移動した。

これらの背景が契機となって、「栃木県保健福祉部健康増進課、栃木県立がんセンター、在宅緩和ケアとちぎ」が協力して「緩和ケア」関連の講演会・シンポジウムを開催するという体制が、2008年度に確立した。具体的には、『栃木県による予算裏づけのもとに、在宅緩和ケアとちぎが

表1 「在宅緩和ケアとちぎ」設立当初の顔合わせ会（1～7回）

第1回（2007年1月31日）講演会&懇親会 「がん末期の在宅医療」高橋昭彦（ひばりクリニック） 「がん性疼痛治療における薬物治療」角田純一（栃木県立がんセンター）
第2回（2007年4月25日）講演会&懇親会 「カナダで体験した地域緩和ケアシステム」丹波嘉一郎（自治医大附属病院）
第3回（9月19日）講演会&懇親会 「在宅緩和ケアにおけるソーシャルワーカーの役割」寺脇立子（上都賀総合病院 MSW）
第4回（2008年2月11日）懇親会 第12回在宅ケアネットワーク栃木 終了後 「いまを生きる・ホスピスケア」大会長・高橋昭彦
第5回（2008年7月1日）講演会&懇親会 「緩和ケアの実践」林 章敏（聖路加国際病院緩和ケア医長）
第6回（2008年10月27日）講演会&シンポジウム 講演（1）「疼痛緩和とモルヒネの使い方」村井邦彦（自治医大麻酔科） （2）「在宅で使える医療・介護保険」高橋昭彦（ひばりクリニック） シンポジウム「在宅緩和ケアと地域連携」河合奈津子（ケアマネージャー） 鈴木枝美子（訪問看護師） 江波戸和香（薬剤師）
第7回（2008年11月5日）講演会&懇親会 「今を生きる—仏教と医学の狭間で」倉松俊弘（薬王寺住職）
第8回（2009年2月11日）懇親会 第13回在宅ケアネットワーク栃木 終了後 「頑張らない介護生活」大会長・趙 達来

「講演・シンポジウム」を企画から講演者との打ち合わせまで担当し、栃木県健康増進課がその案内を作成・広報する。そして、栃木県立がんセンターが申込み受付事務局となって準備完了、「講演・シンポジウム」開催当日は在宅緩和ケアとちぎのボランティアが中心となって運営する。』というもので、2009年3月からの2年間に5回の講演会・シンポジウムが実現した（表2）。

テーマは、第1回（2009年3月20日）「地域連携と治療・療養の場の選択」、第2回（2009年4月26日）「がん患者の退院調整の現状と課題」、第3回（2009年12月13日）「緩和ケアと地域連携の実現に向けて」、第4回（2010年8月8日）市民公開講座「地域社会でのがん患者支援」、第5回（2011年1月8日）市民公開講座「生と死について考える」であった。

第1回から第3回までは参加対象が医療従事者や介護従事者であったが、第4回は「医療・介護従事者が患者さんとご家族の声に耳を傾ける機会を、患者さん・ご家族と医療・介護従事者が交流

する場を」との考えに立った企画で、一般の方々と医療・介護従事者が一堂に会しての公開講座となった。第5回は「臨床死生学—死に直面しても希望をもって生きられるか」「医療者自身が患者・介護者になったとき—当事者体験は医療者をどう変えるか」という2つの講演が「生と死について」考えるきっかけ、あるいは理解を深める機会となり、「地域で支え合う緩和ケア」の質が一段と高まることを期待した企画で、2回目の公開講座となった。

④ 合宿研修会

2010年から、ろまんちっく村（宇都宮市）で、年2回の合宿研修会を開始した。土曜日の午後に参加者の施設紹介、夜は懇親会、日曜日の午前には講演会というスケジュールで、施設紹介は参加者同士の職種および仕事の内容の理解に有用であった。

講演会は、「在宅緩和ケアの取り組み」在宅ホスピスとちの木・渡辺邦彦氏（2010年1月冬

表2 「栃木県保健福祉部健康増進課、栃木県立がんセンター、在宅緩和ケアとちぎ」
三者が協力して実施した緩和ケア関連の講演会・シンポジウム

<p>第1回 (2009年3月20日) テーマ「地域連携と治療・療養の場の選択」 基調講演：「緩和ケアのいろは」丹波嘉一郎 (自治医大附属病院) シンポジウム：「地域連携と治療・療養の場の選択」 司会：粕田晴之・高橋昭彦 シンポジスト：訪問看護ステーション／黒崎雅子, 在宅療養支援診療所／高橋昭彦 (ひばりクリニック), 保健施設／須田啓一 (老人保健施設かみつが), がん情報相談支援センター／高橋良子 (栃木県立がんセンター), 介護施設／金沢林子 (特別養護老人ホーム・マイホームきよはら), グループホーム／山路義生 (在宅療養支援診療所ライフケア・クリニック希望 (のぞみ))</p>
<p>第2回 (2009年4月26日) テーマ：「がん患者の退院調整の現状と課題」 基調講演：「がん患者の退院調整の現状と課題」宇都宮宏子 (京都大学医学部附属病院) シンポジウム：「事例を通して学ぶ緩和ケア：若年がん患者の退院調整と在宅ホスピスケア」 司会：宇都宮宏子・堀添美恵 シンポジスト：岸田さな江 (獨協医科大学病院), 黒崎雅子 (訪問看護ステーション星が丘), 高橋昭彦 (ひばりクリニック), 小島好子 (自治医科大学 MSW), 塩月智子 (栃木県立がんセンター薬剤師)</p>
<p>第3回 (2009年12月13日) テーマ「緩和ケアと地域連携の実現に向けて」 基調講演：「緩和ケアにおける国の政策と最近の流れ」児玉哲郎 (栃木県立がんセンター) シンポジウム：「緩和ケアと地域連携の実現に向けて」 司会：高橋昭彦 (ひばりクリニック) シンポジスト：関口真紀 (宇都宮協立診療所), 永井恵子 (とちぎ訪問看護ステーションみぶ), 岸田さな江 (獨協医科大学病院), 粕田晴之 (栃木県立がんセンター)</p>
<p>第4回 (2010年8月8日) 栃木県在宅緩和ケア市民公開講座 テーマ「地域社会でのがん患者支援」 第一部 基調講演「地域社会でのがん患者支援」 1. 体験者からのお話「がんとともに生きる仲間たち」加藤玲子 (たんぼぼの会) 2. ご家族からのお話「身近なひとを亡くした家族の思い」斎藤睦子 (こすもすの会) 3. 地域社会でのがん患者支援「心のセルフケア・ピアサポート活動」寺田佐代子 (Self Help Group「NPO 法人ぴあサポートわかば会」) コメンテーター：がん体験医師 田村洋一郎 (足利赤十字病院緩和ケア内科) 司会：粕田晴之 (栃木県立がんセンター緩和医療部) 第二部 がん患者支援コンサート (1) ピアノ／石井英子, ヴァイオリン／石井紀子 (2) 二胡／稲田美和子, ピアノ／中里純子 司会：小林ひとみ (栃木県立がんセンター緩和ケア病棟師長) 第三部 シンポジウム 「緩和ケアと地域連携—ガンになっても住み慣れた地域でより良い時間が過ごせるように」 司会：在宅療養支援診療所／高橋昭彦 (ひばりクリニック), 須田啓一 (老人保健施設かみつが) シンポジスト1. 「介護のこころ」金沢林子 (地域包括支援センター清原) 2. 「在宅医・訪問看護師・ケアマネージャの連携」鳥居香織 (さくら訪問看護ステーション) 3. 「在宅緩和ケアにおける緩和ケア病棟の役割」三宅 智 (栃木県立がんセンター緩和ケア病棟) 4. 「緩和医療・ケアは場所を選ばない」太田秀樹 (医療法人アスムス・在宅ケアネットワーク栃木)</p>
<p>第5回 (2011年1月8日) 栃木県在宅緩和ケア市民公開講座 テーマ「生と死について考える」 主催：在宅緩和ケアとちぎ 栃木県立がんセンター 栃木県健康増進課 講演1 (午後2:00～3:10) 司会：栗本孝雄 (石橋総合病院) 「臨床死生学—死に直面しても希望をもって生きられるか」 講師：清水哲郎 (東京大学大学院人文社会系研究科 上廣死生学講座) 講演2 (午後3:20～4:10) 司会：高田芳枝 (栃木県立がんセンター) 「医療者自身が患者・介護者になったとき—当事者体験は医療者をどう変えるか」 講師：高橋 都 (獨協医科大学医学部公衆衛生学講座)</p>

合宿)、「ゼロから始まった在宅との関わり」薬剤師・山丸淳司氏(7月夏合宿)、「解説と実習・PCAポンプの使い方」スミスメディカル・ジャパン(株)、「在宅緩和ケアとちぎのこれまでとこれから」筆者(2011年1月の冬合宿)の3回である。

⑤ メーリングリスト (ML)

メーリングリストで発信されたメールの数は、メーリングリスト開始時から事務局移動までの1年間(2007年4月～2008年3月)に589通で、事務局が栃木県立がんセンターに移動してから今日までの3年間(2008年4月～2011年3月31日)では3,197通で、合計4年間に3,786通となった。

1. 緩和ケアなどに関する相談

メールでの相談には2つの方法がある。①メーリングリスト上で公開して行う方法で、患者の個人情報に差し障りのない範囲で、「こんな症状、状況なのですが、疼痛緩和としてどんなやり方が適切でしょうか?どんな点に注意が必要でしょうか?」と問いかけてみるやり方である。疼痛緩和の経験者から複数の意見が聴ける長所と、開示された情報に制限があるので一般的な回答になるという短所がある。②特定のメンバーと個人的にやり取りする方法で、回答者に名乗り出てもらうか、メーリングリスト管理人から適当そうな回答者を選んでもらうかする必要はある。会員は、両者をうまく使い分けているようである。

2. 意見交換

2010年12月を例に挙げると、この月に81通のメールが流れた。

会合案内など8件(「緩和ケア研修プログラム」のご案内、第3回「がん就労」勉強会、「在宅緩和ケアとちぎ」の冬合宿、栃木県西・南部の医師不足対策の記事の紹介、ボランティア活動等に関する調査研究助成金ほか)、新聞記事紹介2件(日本経済新聞12月26日・エッセイ「後の日々」8月に亡くなった歌人河野裕子の夫・永田和宏、読売新聞12月7日・私のおんしん提言「自宅の良さとほ」秋山正子)、テレビ放映紹介3件(11月・日本テレビ「伝えたい—24歳のわたしへ」乳がん経験者のテレビディレクターが制作、12月8日・NHKクローズアップ現代「18歳の女性

の意思決定」,12月31日・NHK特集番組「ヒューマンドキュメント 99歳の詩人」詩集「くじけないで」の作者・柴田トヨさん)などがメインメールであった。

心臓移植、人工呼吸器を付け、その後の腎不全に対して自分の選択で透析をしなかった「18歳の女性の意思決定」に対しては23通ものメールが流れたので紹介する。

〔医師〕「患者や家族が、現代の生命維持装置を選択する場合だけでなく、それを選択せずに死の選択した場合でも、医師はその意思を理解して、最後まで支えるべきである」というコメントに同感。〔ジャーナリスト〕18歳の決断。重いですね。華ちゃんの言葉も、お父さんの思いも、お母さんの気持ちも、医師の助言も、どれがベストかどうかわかりません。ただ、「自己決定」とは、たとえばこういうことなんだ、と考えさせられました。〔看護師〕マスコミが、こういう問題を取り上げることで、国民も、逃げないで生きること・老いること・最期まで生き切ることを考え始めてほしいと思います。医療者も声に出していかないかね。〔医師〕18歳の華子さんの意思決定は、長い療養生活、延命に透析が必要という拘束の追い打ち、その末のつらい選択だったのだらうと思うのですが、その意思決定を尊重し支えた前田医師もきつとつらかったことでしょう。そして、このような番組が放映されるようになったことにも感動です。〔薬剤師〕18歳の彼女、ご本人が考えられた末の決断ではありますが、ご両親のつらさは余りあります。〔ジャーナリスト〕彼女も、赤ちゃんの時にドイツまで行って心臓移植を受けて18年の生涯ずっと医療漬けで、決して楽じゃなかったと思うんですよ。学校も行けない、友達も恋人もできそうもない、親たちがこれからは老いていく…自分も大人になって老いていく、とにかくお金がかかるなど、考えてたんじゃないかなと思います。患者さんも、いつも“病に苦しむつらい大変な”患者さんではなくて、いろんなこと考えてる普通の人間の部分の方が大きいですからね。先のこと考えると、つらすぎるんだらうなあ。華子さんは「もう追い詰めないで」「尊敬できるパパとママでいて、ずっと私のそばにいて」って、言っ

てましたね。自分の人生を自分で決めた人の意思を、尊重するしかないと思うんです。〔医師〕番組を見て、またそれに続くメーリングリスト上でのやりとりを読ませていただき、いろいろ考えております。最後まで伴走すること、自分の親のこと、家族のこと…思うことは尽きませんが、もう少し言葉になったら発言したいと思います。このメーリングリストに参加させていただいて、とても良かったです。

このような番組、あるいは新聞記事などをテーマにメール交換することで、発信者だけでなくメールを読むだけの会員も含めて、緩和ケアの心を自分なりに育てているのだと考えている。

3. 患者紹介、施設紹介

会員による施設間の患者紹介や、施設紹介が実施されている。在宅療養支援診療所が増加し、24時間訪問看護ステーションが充実し、介護施設での緩和ケアやがん患者の看取りが普通のことになって、紹介が円滑に流れるようになることを期待している。

4. 東北関東地震（2011年3月11日）

「在宅緩和ケアとちぎ」のメーリングリストが、「この災害による地域の情報」「県内のどの地域に何が必要か？」など会員の情報交換に役立った。3月11日～3月27日の間に143通のメールを交信した。被災地に救援物資を運んだ会員、救援物資を託した会員、栃木県内の避難所に県外から避難してこられた被災者の診療やケアに訪れた会員、それぞれにできること、さまざまな報告があった。

5. 地域緩和ケアチームの立ち上げ

このことは、次項で紹介する。

⑥「在宅緩和ケアとちぎ」の多職種からなるメンバーで実現した「地域在宅緩和ケアチーム」

獨協医科大学病院腫瘍センター・がん看護専門看護師・岸田さな江氏から紹介された「中心静脈栄養中の患者」の在宅緩和ケアを、ひばりクリニック・高橋昭彦氏、訪問看護ステーションここあ・早川公了氏、つくも薬局・江波戸和香氏と下妻和彦氏などからなる在宅緩和ケアチームが担当

した。

それぞれ異なる施設で異なる場所にあり、別々の日時に訪問して、ほとんど会うことのない在宅緩和ケアチームのメンバーが、高橋医師から始まったチーム内メーリングリストで情報を共有することができた。チームの全員が一堂に会したのは、およそ1カ月後のデスカンファレンスの時であった。

この経過は、院外処方された点滴とポンプ用輸液セット、フーバー針、麻薬などの準備、残薬チェックなどを担当した江波戸氏が、第4回日本緩和医療薬学会（2010年9月25日、鹿児島）において、「初めての在宅緩和ケア—薬局薬剤師に何ができるか」と題して報告した。

「在宅緩和ケアとちぎ」から始まった「地域の在宅緩和ケアチーム」が、顔の見えない状態から、メールによって少しずつ距離を縮めて行き、最終的には、患者の支援という目的を中心に、1つになって地域連携を実践したことは、今後の地域関係を拓いて行くうえで大いに意義深いことであった。

⑦ その他の活動

①共同執筆図書：おもに「在宅緩和ケアとちぎ」のメンバーと、その他の専門職種が共同執筆した図書『こうすればうまくいく—在宅緩和ケアハンドブック』中外医学社（定価3,990円）を2009年4月発行した。これまで在宅緩和ケアに携わってこなかった病院の医療従事者にも分かりやすく、制度と流れ、そして個別の対応が具体的に解説されており、実践に役立つ内容となっている。現在、次の図書『在宅緩和ケアの決め手—オピオイド注射薬によるPCAの手引き』を共同執筆中である。

②2009年6月、JPAP（Japan Partners Against Pain）主催、「チームで取り組んでいる緩和ケア活動」を対象とした「JAPA オレンジサークルアワード2009」でGOOD SPIRITS賞（第3位）を受賞した。1施設の緩和ケアチームでなく、「在宅緩和ケアとちぎ」のようなボランティアの集まりが緩和ケアチームとして認められて受賞したのは初めてである。

「在宅緩和ケアとちぎ(Palliative Home Care Tochigi)」がこれから目指すもの

① 在宅療養支援診療所

栃木県には、大きく分けると2通りの在宅療養支援診療所がある。1つは、外来がなく在宅医療に特化した診療所であり、緩和ケアの領域では在宅ホスピスとちの木（渡辺邦彦医師）がその代表格である。もう1つは、外来、訪問ともに実施し、がんに限らず広く患者を診療する一般型の在宅療養支援診療所である。

在宅ホスピスとちの木は、がん患者を専門に診る在宅療養支援診療所で、年間100名以上のがん患者の看取りを担当している。渡辺医師の実績、熱意と行動力は評価に値する。しかし、1人で県下の在宅緩和ケアを担うということは医師の負担も大きく、普遍的なシステムとはいえない。地域の緩和ケアを育てていくという視点からみれば、県北の患者は県北の医師と訪問看護師に、県南の患者は県南の医師と訪問看護師にという具合に、患者宅近辺の地域緩和ケアチームに託するというシステムがより望ましい。一般型の在宅療養支援診療所が増加すれば、その連携によって在宅医の疲弊を回避することが可能である。

すでに在宅ケアに取り組んでいる献身的な医師と訪問看護師の負担を軽くするためにも、「負担の少ない緩和ケア地域連携システム」を構築して門戸を広くすることが現実的であり、「在宅緩和ケアとちぎ」はこのシステムの構築を推進して行きたいと考えている。病院側も、退院支援・調整を通じて、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションとともに地域で育てていくという意識を持つことが重要である。

② 地域在宅緩和ケアチーム

先に、「在宅緩和ケアとちぎ」の多職種からなるメンバーで「地域在宅緩和ケアチーム」が実現したことを述べたが、このようなチームが、患者の状況に合わせて、いつ、どこでも立ち上げることができるようになれば理想的である。「在宅緩和ケアとちぎ」の輪をさらに広げ、「患者さんとご家族を支えていく」ということを目標に、地域連携のネットワークづくりを目指して努力して

いきたいと考えている。

なお、2011年3月現在での会員数は303名で、内訳は、医師101（病院61、介護施設1、診療所39、教職1）、歯科医師2、看護師67（病院35、診療所8、福祉施設2、独立型訪問看護ステーション17、病院併設型訪問看護ステーション5、教職3、看護協会2、企業1）、保健師9、介護福祉関係42（介護福祉士28、介護施設3、福祉協議会3、地域包括支援センター5、福祉用具専門相談員2、ヘルパー1）、薬剤師25（調剤薬局21、病院4）、医療ソーシャルワーカー18、生活相談員1、臨床心理士3、理学療法士5、管理栄養士2、僧侶・神主3、学生2、リンパドレナージセラピスト、リフレクソロジスト、アロマセラピスト、患者・家族6、ジャーナリスト9、大学研究者5となっている。

がん対策基本法後の取り組みのまとめ

がん対策基本法が追い風となって、緩和ケア関連の仕事はやりやすくなり、実際に進展した。

① 栃木県の緩和ケア

1. 栃木県がん診療連携協議会

がん診療連携拠点病院6施設と地域拠点病院9施設が参加して2007年スタートし、3つの部会（研修部会、相談支援部会、がん登録部会）を立ち上げた。2009年10月、研修部会に2つのワーキング・グループ（WG）、「緩和ケア研修WG」と「地域連携パスWG」が設置され、緩和ケア研修会などの教育面、5大がんを中心とする地域連携パスの作成、緩和ケア地域ネットワークづくりに取り組んでいる。

2011年3月現在、緩和ケア研修会修了者数は、医師437名、医師以外184名に達したが、病院所属の受講者が大多数で、今後は医師会と連携し、診療所医師の受講者を増やすことが目標となる。

2. 在宅療養支援診療所、24時間対応可能な訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所

県北の患者は県北の医師に、県南の患者は県南の医師に託するというシステムが理想的であるが、実働している在宅療養支援診療所、24時間対応可能な訪問看護ステーションは不足してい

る。在宅療養支援診療所が増加すれば、その連携によって在宅医の疲弊を回避することが可能である。すでに在宅ケアに取り組んでいる献身的な医師と訪問看護師の負担を軽くするためにも、「負担の少ない緩和ケア地域連携システム」を構築して門戸を広くすることが現実的であり、このシステムの構築を推進していきたいと考えている。

病院側も、退院支援・調整を通じて、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所とともに地域で育っていくという意識をもつことが重要である。

3. 緩和ケア病棟・緩和ケアチーム

緩和ケア病棟は、3施設（合計62床）で運営されており、さらに2施設に設置されることになっている。

緩和ケア病棟から転院あるいは帰宅できているのは約20%、残りは緩和ケア病棟での看取りとなっているのが現状である。今後は、看取り80%の現状から、たとえば「症状増悪時の短期入院40%、ご家族のレスパイトケア30%、看取り30%」を実現しなければならない。これには、在宅緩和ケアの十分な普及が必要条件となる。

がん診療連携拠点病院は6施設が認定され、緩和ケアチームがそれぞれ活動しているが、地域の要望に応じて地域に出て行き、地域の緩和ケア連携、ネットワークに貢献できるようになるのが今後の目標である。

4. その他の活動

「栃木県緩和ケア研究会」「在宅ケアネットワーク・栃木」「たんぼぼの会（患者家族会）」「こすもすの会（遺族会）」「在宅緩和ケアとちぎ」などさまざまな集まりがあり、患者・家族を含めた相互交流が始まっている。

② 在宅緩和ケアとちぎ（Palliative Home Care Tochigi）

1. 目標と活動

在宅緩和ケアとちぎは、「緩和ケアを希望する人が、どこで暮らしていても、どこに移っても、その人が望む暮らしができるよう、患者さんとご家族を支えてゆく」ということを目標に、地域連携のネットワークづくりを目指しているボラン

ティアの集まりである。医師と看護師を中心に、歯科医師、介護福祉士、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、がん患者と家族、僧侶、ジャーナリストなど、さまざまな背景をもつ方々約300人が参加している。

活動の基本は、情報交換と連絡に便利なメーリングリストの利用、連携には常日頃から顔を知っておくことが重要との認識から年数回の顔合せ会、この二本立てとして2007年に立ち上げた。

2. 栃木県、栃木県立がんセンター、在宅緩和ケアとちぎ「三者の協力体制」の確立

がん対策基本法の施行を受け、「栃木県、栃木県立がんセンター（県がん診療連携拠点病院）、在宅緩和ケアとちぎ」、これら三者の目指すものが同じであるとの認識のもとに、三者が協力して「緩和ケア」関連の講演会・シンポジウムを開催するという体制が、2008年度に確立した。具体的には、『栃木県による予算裏付けのもとに、在宅緩和ケアとちぎが「講演・シンポジウム」を企画から講演者との打ち合わせまで担当し、栃木県健康増進課がその案内を作成・広報し、栃木県立がんセンターが申込み受付事務局となって準備完了、「講演・シンポジウム」開催当日は在宅緩和ケアとちぎのボランティアが中心となって運営する』というもので、2009年（2009年）3月からの2年間に5回の講演会・シンポジウムが実現した。

3. メーリングリスト（ML）

メーリングリストで交信されたメールの数は、メーリングリスト開始の2007年4月から2011年3月28日までの約4年間に3,750通となった。①緩和ケアなどに関する相談、②意見交換、③患者紹介、施設紹介などが中心であるが、東北関東地震の際は、メーリングリストがこの災害による地域の情報「県内のどの地域に何が必要か？」など会員の情報交換に役立った。3月11日～28日の間に146通のメール交信。被災地に救援物資を運んだ会員、救援物資を託した会員、栃木県内の避難所に県外から避難してこられた被災者の診療やケアに当たった会員など、さまざまな報告が寄せられた。

4. 「在宅緩和ケアとちぎ」の多職種からなるメンバーで実現した「地域在宅緩和ケアチーム」

「在宅緩和ケアとちぎ」から始まった「地域の在宅緩和ケアチーム」、それぞれ異なる施設で異なる場所にあり、別々の日時に訪問して、ほとんど会うことのないチームのメンバーが、医師から始まったチーム内メーリングリストで情報を共有し、顔の見えない状態から、メールによって少しずつ距離を縮めて行った。そして最終的には、患者の支援という目的を中心に、ひとつになって地

域連携を実践したことは、今後の地域関係を広げていくうえで大いに意義深いことであった。

このようなチームが、患者の状況に合わせて、いつ、どこでも立ち上げることができるようになれば理想的である。「在宅緩和ケアとちぎ」の輪をさらにひろげ、「患者さんご家族を支えてゆく」ということを目標に、地域連携のネットワークづくりを目指して努力していきたいと考えている。

IX. 各地域におけるがん対策基本法の 前と後の取り組み

3. 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を中心とした長崎県の取り組み

白髭 豊^{*1} 野田 剛稔^{*2,3}

(^{*1}白髭内科医院 ^{*2}長崎市医師会 会長 ^{*3}野田消化器クリニック)

はじめに

長崎市では、2008年4月より開始された「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」^{1~23)}や長崎在宅Dr. ネット^{24~34)}の活動などを通して、病院と在宅医療の連携が進展し、多職種連携が発展的に進み、患者の望む療養場所の実現と緩和ケアの充実が実現しつつある。また、長崎県では、2008年に長崎県がん対策推進条例が制定され、医療・介護・福祉・市民（患者）が意見交換する機関として、2009年2月より長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会が設立され、2010年度より長崎県地域在宅医療連携推進協議会に発展した。

本稿では、長崎におけるがん対策基本法の前と後でどのような変化があったかについて述べる。

緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM)

2008年4月より、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM: 厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究)」が、開始された。長崎市は全国4つのモデル地域の1つに選ばれ、長崎市医師会を中心としてプロジェクトに取り組んできた^{1~23)}。

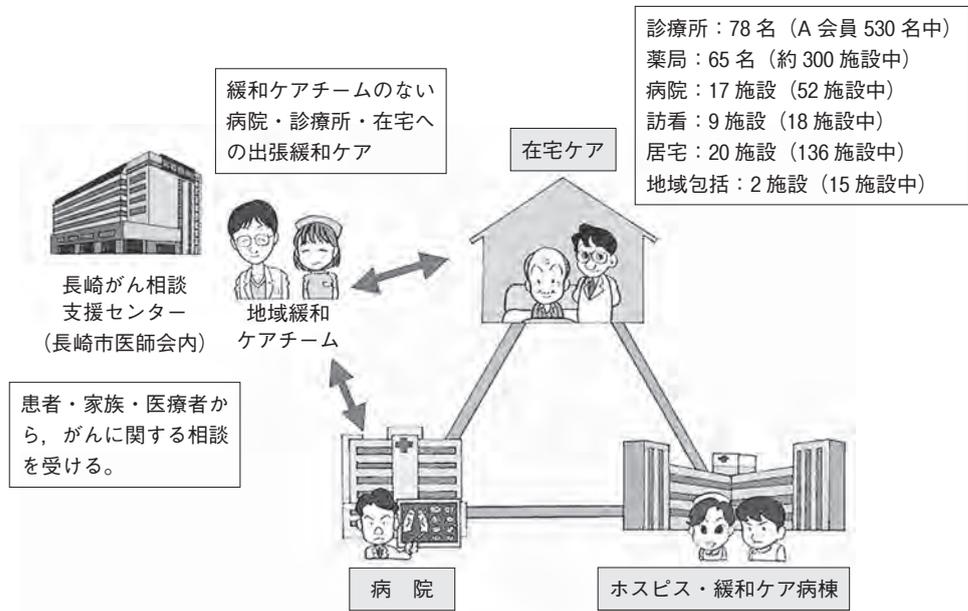
この研究の目的は、わが国に合う緩和ケアの地域モデルをつくることにより、3年間で、患者と遺族に対する苦痛緩和の改善と緩和ケア利用数の増加、および死亡場所が患者の希望に沿う変化をするかなどを評価するものである。他の3つの地域が病院からプロジェクトを行うのに対して、長

崎は地区医師会として、在宅医療の現場に近い立場からアプローチを行うことで、着実な成果を挙げてきた。

長崎市医師会に設置した「長崎がん相談支援センター」を中心に、緩和ケアの市民への啓発活動と医療従事者への研修会・講演会の実施、総合相談窓口としての機能と関係機関との連絡調整、早期退院支援・調整、そして地域連携促進を行ってきた(図1)。さらに、専門緩和ケアサービスとして「地域緩和ケアチーム」を組織し、緩和ケアチームのない病院・診療所・在宅への出張緩和ケアコンサルテーション・往診、教育の提供を行ってきた。

2007年春より、Dr. ネットの医師とその診療所勤務の看護師が長崎大学病院緩和ケアカンファレンスに参加してきたが、2008年4月のOPTIM開始後は、プロジェクトに関与する看護師、診療所医師などで分担を決めて、市内3つのがん診療連携拠点病院(長崎大学病院、長崎市立市民病院、日本赤十字社長崎原爆病院)の緩和ケアカンファレンスに定期的に参加するようになった。そこで在宅側から患者の受け入れ可能との意思表示をすることで、緩和ケアチーム・地域連携室を通して、患者、家族、主治医、病棟看護師を動かし、退院支援へ数多くつながるようになった。

長崎大学病院の緩和ケアチームが関与した症例の転帰では、在宅移行症例の割合が2005~2006年の2%から、Dr. ネットが緩和ケアカンファレンスに参加するようになった2007年に7%に急増し、OPTIMが始まった2008年には17%に増加した。さらに、2009年には21%、2010年には



プロジェクト協力施設（長崎）（2010年9月現在）

図1 長崎地域の連携と地域リンクスタッフ

22%と着実な増加が認められた。

2008年9月、長崎大学病院地域医療連携センターは、がんに限らず入院時に行われるリスク・スクリーニングで「ハイリスク」と判定された症例のうち在宅移行に課題のある症例を、病院・在宅スタッフ合同で検討する「ハイリスク・カンファレンス」を開催するようになった。われわれ在宅側からの提案により実現した同カンファレンスには、地域連携室の医師・看護師・医療ソーシャルワーカー、診療所医師・看護師、長崎がん相談支援センタースタッフ、訪問看護師などがおもな参加者で、退院困難なケースに病院スタッフと在宅スタッフが討議し、スムーズな在宅移行に向けた具体的検討を行っている。すなわち、在宅でどのような医療手技が可能か（輸血、胸腹水の穿刺ができるかなど）や、在宅の医療資源情報（地域で利用可能な訪問看護ステーション、在宅医の情報など在宅スタッフ側が精通する詳細な情報）を病院、在宅スタッフで共有することにより、多くの退院支援に結びつけている。

ハイリスク・カンファレンスでは、月平均6例の患者の検討を行い、月平均3～4例の在宅移行が実現した。このハイリスク・カンファレンス

は、在宅スタッフが早期の退院支援・調整にも参画できるようになった点で特筆に値する。その後、同様のカンファレンスは、われわれの働きかけにより長崎市立市民病院と日本赤十字社長崎原爆病院でも開始されている。

長崎県地域在宅医療連携推進協議会

2008年3月、長崎県は、「がんによる死亡者数の減少」「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向上」「離島地域におけるがん診療の質の向上」を全体目標として「長崎県がん対策推進計画」を策定した。さらに、同年8月、がん対策を県民と共に推進するため、「長崎県がん対策推進条例」を定めた。しかしながら、医療・介護・福祉について市民・患者団体が意見交換し、より良いがん対策につなげるべき協議機関はこれまで存在しなかった。そこで、2009年2月、長崎県および長崎県医師会は、「長崎県在宅緩和ケア推進連絡協議会」を設置した。

この協議会には、患者団体も参加しており、がん診療に関わる医療従事者、患者、そして行政が今後のがん医療、ケアのあり方を討議する場とし

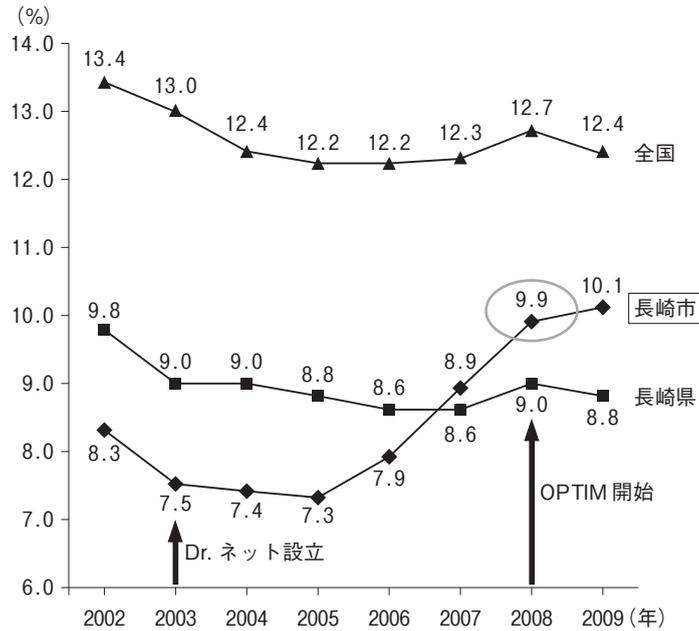


図2 自宅死亡率の経年変化

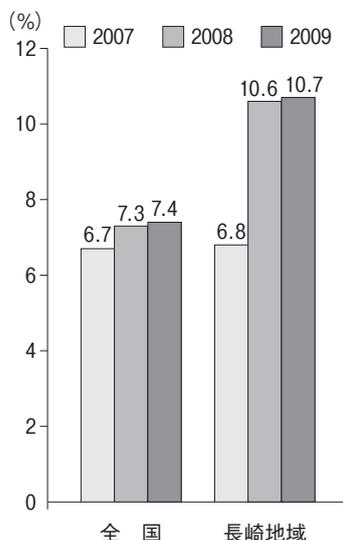
て、その成果が期待されている。協議会の目標は、①地域における在宅医療ネットワークの構築、②地域における緩和ケアのニーズの把握と地域資源の発掘、③緩和ケアなどに必要な資源の確保、④地域の在宅緩和ケアの現状把握と推進状況の評価、⑤施設職員への教育・啓発、である。同協議会は、2010年度より「長崎県地域在宅医療連携推進協議会」として、がんに限定しない在宅医療の推進のための協議会に発展した。

協議会での討議では、現状では地域格差が大きいこと（特に医師に温度差があること）、訪問看護師の不足があり受け入れを制限せざるをえない事態になっていること、訪問看護師間の連携がないことが、病院側からは、在宅に帰りたいがどこに相談すればよいのか分からない、などとの指摘があった。老人保健施設やグループホームなどの居宅系介護施設においては、次に述べるアンケート調査の結果、職員の教育の問題、人手不足の問題、看取りをすることによる報酬的な裏づけがないことから看取りまでを行う施設が少ないことが分かった。さらに離島では、在宅緩和ケアという認識が低く、病院で亡くなることが大半であることも分かった。

2009年11月、県下全域の特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウスなど606カ所の施設責任者、および長崎市146カ所の施設職員を対象としてアンケート調査を実施した。詳細は別途報告するが、看取りの経験がない施設のうち、今後も対応できないと答えた施設の理由は、職員の経験不足、医療のバックアップ体制の未整備などであった。施設職員では看取りの経験者は半数程度だが、学習意欲は高いことが示唆された。施設では、医療のバックアップ体制を整え職員の経験不足を解消すれば、今後、看取りは増加するものと思われた。それを受けて2010年度には、OPTIM長崎の事業として施設職員への教育・啓発を行ってきた。

おわりに

長崎市の自宅死率は、2007年の8.9%から2008年に9.9%、2009年に10.1%へと増加した（図2）。また、同市のがん自宅死率は、2007年の6.8%から、2008年に10.6%、2009年に10.7%へと増加した（図3）。同期間における長崎市での自宅死



	2007年		2008年		2009年	
全国	22,747/338,381	6.7%	25,080/344,838	7.3%	25,581/346,010	7.4%
長崎地域	95/1,389	6.8%	153/1,449	10.6%	150/1,401	10.7%

図3 OPTIM 介入前後のがん患者の自宅死亡率の推移

亡率、がん自宅死亡率の増加には、Dr. ネットの活動と2008年に開始されたOPTIMの効果が大きく関与していると考えている。

OPTIMでは、早期の退院支援・調整、地域医療連携ネットワークの整備、在宅可能な医療従事者への研修・教育を継続して続けてきたが、がん対策基本法が施行された2007年以前と比較して、2008年以降、長崎の病院での早期退院支援・調整、地域連携ネットワークの熟成はすでに隔世の感がある。すなわち、OPTIMの活動の前後に、医師（長崎在宅Dr. ネット）、栄養士（長崎栄養ケアステーション）、薬剤師（長崎薬剤師在宅医療研究会「P-ネット」）、訪問看護ステーション（ナースネット長崎）、地域連携室（ながさき地域医療連携部門連絡協議会）、歯科医（長崎県在宅デンタルネット）などの職種内のネットワークが次々と広がりつつある。

OPTIM長崎の活動は2011年3月に終了するが、OPTIMのこれまでの成果をもって行政に要請した結果、2011年度より長崎市が同事業を発展的に継承し、長崎市包括ケア「まちなかラウンジ」として、がんに限定しない総合的な相談支援

を行っていくことになった。

流れとしては、医師会が行政より委託を受けて事業を行っていくこととなるが、コンセプトとしては、①包括支援機能：地域住民を包括的に支援するための相談窓口、②医療支援機能：病院-在宅-施設の移行促進、がん・難病に関する相談、がんサロンの開催、公民館などでの出張相談、③市民への啓発：リビング・ウィルの啓発（日頃から「自分らしく生きる」ことを考え、話し合える地域と環境をつくる）、公民館講座、市民健康講座の開催、医療従事者との懇談会など、④地域連携の促進・強化：医療・福祉・介護従事者からの相談受付、研修会の開催、在宅医療提供機関との連携（Dr. ネット、ナースネットなど）を総合的に支援するセンターを設置し、いわば「基幹型」の地域包括支援センターとして、地域包括ケアの核として機能する方向性を考えている。

OPTIMは、がん緩和ケアを中心として、長崎市の地域連携に大きな前進をもたらした。そのエッセンスは、①病院-在宅をつなぐ立ち位置である医師会主導で地域をつないだ、②多職種協働の素地があったうえに、さらに大きく成熟し施

設・職種を越えた顔の見える関係が構築された。これには、医師、看護師にリーダーシップをとる人材がいたことが好影響した、③長崎大学病院ほか、がん診療連携拠点病院の協力があった（緩和ケアチーム、地域連携室との協力関係が大きかった）、という点に集約されよう。

謝辞 本稿作成にあたり、長崎大学病院 地域医療連携センター 副センター長 川崎浩二先生、同院麻酔科 緩和ケアチーム 北條美能留先生に資料提供をいただいた。ここに、深甚の謝意を表する。

文 献

- 1) 白髭 豊, 諸岡久夫: がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」へ長崎市医師会が参加したことについて(報告). 長崎市医師会報 486: 34-37, 2007
- 2) 白髭 豊, 諸岡久夫: 「がん対策のための戦略研究(課題2: 緩和ケアプログラムによる地域介入研究)」へ長崎市医師会が採択. 長崎県医師会報 740: 14-16, 2007
- 3) 白髭 豊: 長崎在宅 Dr. ネットの取り組みと「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」. 片山 壽 編: 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. p.172-188, 篠原出版新社, 2008
- 4) 白髭 豊: 「長崎市」地域緩和ケアネットワークの構築の試み. ホスピス緩和ケア白書編集委員会編: ホスピス緩和ケア白書2008. p.78-82, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2008
- 5) 白髭 豊: 在宅医療と緩和ケアネットワークー長崎での地域医療連携の試み. 緩和医療学 11: 201-207, 2009
- 6) 白髭 豊: 長崎市における在宅医療と地域連携. 明日の在宅医療(第5巻). 在宅医療・訪問看護と地域連携. p.150-171, 2009
- 7) 白髭 豊: 長崎在宅 Dr. ネットの取り組みと「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」. 地域で支える患者本位の在宅緩和ケア. p.172-188, 2008
- 8) 白髭 豊, 藤井 卓, 野田剛稔: 在宅緩和ケアネットワークの構築ー長崎での取り組み(最新情報). 日在医会誌 11(1): 119-123, 2009
- 9) 白髭 豊: 在宅ケアの視点からみた急性期病院に求められる地域連携. 緩和ケア 19: 108-111, 2009
- 10) 白髭 豊: 医師会からみた地域連携の取り組み方. 治療学 43: 415-418, 2009
- 11) 白髭 豊, 野田剛稔: 在宅支持療法のネットワーク構築. 呼吸 29: 63-69, 2010
- 12) 白髭 豊, 野田剛稔: 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」を中心とした長崎の取り組み. 緩和ケア 20: 43-45, 2010
- 13) 白髭 豊, 野田剛稔: がん医療における診療所同士の連携. Medico 41(3): 9-14, 2010
- 14) 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第1回ー在宅医療の基礎と長崎での取り組み. 臨牀看護 36: 114-117, 2010
- 15) 吉原律子, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第2回ー退院支援・調整とがん相談支援センターの取り組み. 臨牀看護 36: 240-243, 2010
- 16) 船本太栄子, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第3回ー訪問看護師の立場から(前編). 臨牀看護 36: 354-358, 2010
- 17) 船本太栄子, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第4回ー訪問看護師の立場から(後編). 臨牀看護 36: 696-701, 2010
- 18) 出口雅浩, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第5回ーどんな医療行為が可能か. 臨牀看護 36: 822-826, 2010
- 19) 向田圭介, 川崎浩二, 白髭 豊, 他: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第6回ーどんな制度が利用可能か? 社会資源の活用について. 臨牀看護 36: 957-960, 2010
- 20) 佐田悦子, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第7回ー在宅訪問薬剤管理指導(居宅療養管理指導)の実際. 臨牀看護 36: 1078-1081, 2010
- 21) 戸村孝章, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第8回ーケアマネジャー(介護支援専門員)の立場より病棟看護師に望むこと. 臨牀看護 36: 1206-1212, 2010
- 22) 中尾勘一郎, 白髭 豊, 野田剛稔: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第9回ー在宅ホスピスとは? 臨牀看護 36: 1339-1343, 2010
- 23) 野田剛稔, 白髭 豊: 病棟ナースが知りたい「在宅医療」第10回ーOPTIM 長崎の現状と今後の展望. 臨牀看護 36: 1473-1478, 2010
- 24) 白髭 豊, 藤井 卓: 長崎在宅 Dr. ネットによる地域医療連携. 日本医事新報 4224: 29-32, 2005
- 25) 藤井 卓, 白髭 豊: 長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける病診連携・在宅医療の実践. 長崎県医師会報 726: 19-21, 2006
- 26) 白髭 豊: 診療所での地域医療連携の試みー長崎在宅 Dr. ネットの歩み(前編). 総合ケア 17(8): 80-86, 2007
- 27) 白髭 豊: 診療所での地域医療連携の試みー長崎在宅 Dr. ネットの歩み(後編). 総合ケア 17(9): 76-82, 2007
- 28) 白髭 豊: 長崎在宅 Dr. ネットの取り組みについて. 平成19年度第1回在宅医研修会講演記録集. p.24-43, 日本医師会, 2007
- 29) 安中正和, 白髭 豊: メーリングリストを活用した診診連携ー長崎在宅 Dr. ネットの歩み. 治療

Ⅸ. 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み

- 90 (Suppl) : 1317-1324, 2008
- 30) 白髭 豊 : 長崎における在宅医療連携の取り組み—長崎在宅 Dr. ネットの実践を通して. 香川県医師会誌 61 (6) : 85-88, 2009
- 31) 白髭 豊 : 長崎における地域医療連携ネットワーク. 第13回長崎県国保地域医療学会学会誌, p.82-85, 2009
- 32) 白髭 豊 : 医療連携でのメーリングリストの活用. 日本臨床内科医会誌 24 : 52-58, 2009
- 33) 古川美和, 白髭 豊 : 病診・診診・地域多職種連携の実際—長崎の町ぐるみの医療と介護. 治療 91 : 1445-1449, 2009
- 34) 野田剛稔, 白髭 豊, 平田恵三 : 長崎市医師会—IT ネットワークを用いた地域情報共有化の実現. 日本医師会雑誌 139 (Suppl 1) : 288-291, 2010

IX. 各地域におけるがん対策基本法の 前と後の取り組み

4. がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組み

中谷 俊彦* 小豆澤 伸司** 齊藤 洋司*

(* 島根大学医学部附属病院 麻酔科・緩和ケアセンター ** 島根県健康福祉部 医療政策課)

はじめに

がん医療の向上を図るためには、現場の医療関係者のみの努力だけではなく、行政システムとも共同で力を合わせて取り組んでいかなければならない。そのためには、立法府における法律制定や地方公共団体での条例制定に基づいて計画し、実践していくことはきわめて重要である。がん医療に対する国民の関心はとて高く、周知のように関係各所の努力により、「がん対策基本法」(以下、基本法)が2006年6月に制定され、2007年4月1日から施行された。

しかし、島根県では「がん診療ネットワークの構築」「がん予防の推進」「緩和ケアの推進」を柱として、2005年度から県独自の事業として、「しまねがん対策強化事業」に取り組んできていた。そして、全国で初の条例である「島根県がん対策推進条例」が2006年9月に県議会において制定されている。その後も引き続きがん医療への取り組みが行われてきている。

本稿では、がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組みについて報告する。

島根県がん対策推進条例とは？

この条例の第1条である目的は、「質の高いがん医療の実施ならびに、がんの予防および早期発見の推進を図るため、がん対策を総合的に推進すること」である。目的に引き続く各項目は、第2条「がん医療の水準の向上」、第3条「県民に対するがん医療に関する情報の提供」、第4条「が

ん予防及び早期発見の推進」、第5条「緩和ケアの推進」、第6条「患者会等の活動の支援」、第7条「県民の理解及び関心を深めるための施策」、第8条「国等との連携」、で構成されている。

この島根県がん対策推進条例の制定、国の基本法施行から、具体的にどう取り組んでいくかが焦点となる。そこで、島根県はがん対策推進計画を定めて2008年3月に計画書を公表した。

島根県がん対策推進計画とは？

島根県がん対策推進計画とは、「すべての県民及びがん患者や家族の立場に立って、がん対策の総合的な推進を図るための計画」で、基本法第8条第1項に基づく計画であり、基本法およびがん対策推進基本計画を制定するとともに、島根県がん対策推進条例の趣旨に沿って策定されている¹⁾。計画期間は2008年度から2012年度までの5年間であり、その間に重点的に取り組むべき施策として表1の3つを掲げている。

そして、重点目標として表2の3つを明記している。

この計画は、計画期間の中間年である2010年度に中間報告を行うことと、医療情勢の変化や中間評価の結果などにより計画期間内であっても見直しを行うことについても記している。

島根県の計画の中で、緩和ケアの推進については、がん診療連携拠点病院などに緩和ケアに関わる専門スタッフを配置することが重要としているが、学会などの認定制度で記載されているのは、「緩和ケア認定看護師」「がん性疼痛看護認定看護

表1 島根県がん対策推進計画の重点施策

〔重点施策1〕 がん検診受診者数の増加をはじめとするがん予防の推進：がんと診断された人の生存率を高めるためと死亡者数を減少させるためには、早期発見および早期診断が最も重要であるため。
〔重点施策2〕 診断早期からの緩和ケアを提供する体制の確立：がんと診断された早期から患者や家族に対して緩和ケアを提供することが患者や家族の療養生活を支えていくうえで重要であるため。
〔重点施策3〕 がん患者や家族等への支援：がんと診断された患者や家族にとって思いを語り癒される場があることや、がんに関する情報を得たり、情報交換ができる場があることも重要であるため。

表2 島根県がん対策推進計画の重点目標

重点目標1：がん死亡率（75歳未満のがん年齢調整死亡率）（人口10万対）の低減
重点目標2：がん検診受診者数の増加
重点目標3：がんの薬物療法・放射線療法に精通した医師の確保

師」であり、日本緩和医療学会においては緩和ケアに関する専門医の認定制度が検討中であることと、日本緩和医療薬学会において「緩和薬物療法認定薬剤師」認定制度の準備が進められているとの記載にとどまっている。この計画を作成した時期の関係で日本緩和医療学会の暫定指導医、専門医制度はまだ公開されていなかったことから、その記載はなされていない。

島根県の医師に対する緩和ケアについての目標は、緩和ケアの基本的技術を習得した医師数について記してあり、数値目標として2010年で150名、2012年で200名としている。現在、県全域において厚生労働省「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を随時開催している（2010年12月末において研修会終了医師数は277名である）。

この島根県がん対策推進計画は、日本医療政策機構による2008年の調査で全国1位となった²⁾。この調査は都道府県別のがん計画力をスコア化して比較したものであるが、そのスコアリングの評価項目と内容については表3³⁾に示す。

各県（ここでは地方公共団体である都道府県をまとめて「県」と表記する）のがん計画に15項目のうち、いくつが含まれているかをカウントした結果では、島根県が最もスコアが高く、15点であった（20点満点）。2位の茨城県、兵庫県で

も9点であり、5点未満である「県」も多かった（今回、対象とならなかった「県」6つを除く）。もちろん、この評価は計画段階での判断であり、今後の計画実施に伴う評価が重要であるが、島根県のがん対策推進計画が計画として優れていると評価されたものと考えている。

島根県の計画の中においてスコアリングで評価されなかった項目としては、喫煙率半減、検診率目標、在宅ケア、普及啓発人員育成、5年生存率公表となっている³⁾。これらについて具体的に取り組むことも今後の課題である。

島根県がん対策推進計画の実践について

① 島根県「七位一体」のがん対策

先に記載した島根県がん対策推進計画であるが、重要なのはその具体的な実践である。本項では、2009年に島根から全国に向けて発信した「七位一体^{しちみいつたい}」のがん対策を解説する。「七位一体」とは、患者・家族、医療、行政、議会、企業、教育、メディアの7分野が一体となったがん対策の取り組みを表している。

まず、患者・家族の取り組みとしては、がんサロンがある。島根県では2005年12月に全国初のがんサロンが益田市で開設された歴史があり、

表3 都道府県計画スコアリングの評価項目と内容〔文献3〕より引用改変〕

番号	項目名	項目の説明
1	死亡率	死亡率削減20%超に設定
2	責任主体	各施策の責任分担を明確化
3	数値目標	個別目標に全体的に数値目標を設定
4	中間目標, 中間評価	中間目標を設定, 中間評価を明記, 里程碑作成
5	推進協議会継続	協議会継続で計画の進捗管理・評価
6	喫煙率半減	成人喫煙率の半減数値目標（おおそ半減未满是除く）
7	検診率目標	国の検診率50%を越える目標を設定
8	医療従事者	専門医療従事者などの育成人数を明記
9	在宅ケア	在宅看取り率の数値目標を設定
10	県拠点病院	国の拠点病院とは別に県が指定する拠点病院を配置
11	患者会	病院内に患者会を設置, あるいは患者会を案内
12	患者による患者相談	患者サロン ^{*1} やピアカウンセリング ^{*2} を実施
13	普及啓発人員育成	がん対策をPRする人員を大量に組織化
14	5年生存率公表	5年生存率などの施設別成績を公表
15	がん登録拡大	院内がん登録 ^{*3} ・地域がん登録 ^{*4} の強化目標を明記

項目1～5は2点満点。項目6～15は1点満点

^{*1}患者同士が語る場, ^{*2}患者経験者などによる相談支援, ^{*3}がん診療連携拠点病院の患者の疾病, 病気, 予後などのデータベース, ^{*4}地域の患者の疾病, 病気, 予後などのデータベース。DCN30%以上は該当せずとした。

DCN = 死亡情報で初めて登録室が把握した患者のこと。DCN率が高い場合には登録漏れが多いことを示す。

2010年7月の時点では県内25カ所に拡大されている。開設当初の目的は、「患者・家族が自由に訪れて悩みや不安を話し合い、情報交換をすること」であった。

この鳥根県のがんサロンは、病院サロンと地域サロンの2つに分けられている。病院サロンは、場所の提供が病院で行われ、医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなどが支援をしている。地域サロンは、公民館、保健所などで行われて、保健所職員や市町村職員が支援をしている。行われる場所と支援者は異なるが、これらすべてのがんサロンは自主運営されている。

このがんサロンの機能としては、当初の目的である「患者同士がお互いに悩みを話し合い、情報交換をすることができる場」からさらに広がっている。現在は、がん医療の最新の情報を学ぶ場であること、未来の医療人育成の場であること、行政や医療にがん対策向上のための提言をする場であること、がん予防・検診の普及啓発活動の場であることなども含まれている。実際に県との意見交換会も行われており、行政との連携もとられて

いる。この「鳥根県におけるがんサロンの活動」に対して、医療の質・安全学会から、第1回「新しい医療のかたち」賞が2007年に贈呈されている⁴⁾。また、2009年9月には、「第1回全国がんサロン交流会 in 鳥根」が出雲市で開催されて、全国規模におけるがんサロンの交流が行われている。

議会の活動としては、先に挙げた「鳥根県がん対策推進条例」に引き続き、2009年9月に全国初の「がん撲滅宣言」が鳥根県議会で議決された。この議決は鳥根県においては「がんを知り、がん向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指すことを宣言している。宣言後の2010年度の鳥根県がん対策新規事業としては、がん診療連携推進病院制度（県独自に指定する拠点病院：地域間連携を図ることによりがん診療連携拠点病院と同等の機能を有し、知事が指定した病院）、がん情報提供促進病院制度（各地域においてがん診療連携拠点病院及びがん診療連携推進病院と連携し、適切ながん医療およびがん情報の提供機能を有し、知事が指定した病院）、がん専門

看護師等緊急育成事業、地域がん登録事業、検診関係事業（マンモ機器整備、夜間検診事業など）、がん普及啓発促進事業などが予算を確保して行われている。

企業の活動としては、県と連携したがんの普及啓発活動として、がん検診啓発協力事業所の登録活動が行われている。また、がん対策基金の具体的な方法の1つに「がん対策募金付き商品（通称「バナナ募金」）」がある。これは、島根がん対策基金のシンボルマークが付けられたバナナを消費者が購入すると、輸入商社、卸市場、小売店それぞれが売り上げの一部を負担して基金に寄付を行う制度であり、価格への転嫁は行われず、消費者の負担はゼロ円である。バナナを購入することにより消費者ががん対策募金に参加できるもので、バナナ1袋につき6円が基金に寄附された（「バナナ募金」は2010年3月で終了）。

教育の活動としては、島根県立大学短期大学部看護学科において、患者・家族の立場を理解できる未来の医療者の育成を目的に「がんサロン」への訪問学習を教育プログラムに組み込んだ看護学習の実践を行っている⁵⁾。この取り組み「地域を基盤とする看護教育への変革—自主グループ変革ネットワークの構築」は文部科学省の2007年度における「現代的教育ニーズ取組支援プログラム」（現代GP）に選定されている⁶⁾。

メディアの活動としては、「島根がん対策キャンペーン事業：知ろう・語ろうがんのこと」の主催者側の立場として、各分野と連携して幅広い広報活動を行うことで貢献をしている。このキャンペーンはがん撲滅宣言を契機に、県民1人1人が講演会や患者塾を通してがんやがん医療を語り合い理解を深めることで、島根のがん死亡率の低減、がん医療の向上を目的として始まったものである。

このように、島根県は「七位一体」のがん対策を行うことで、県民と共に「がんを知り、がんに向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指している。

② 島根大学医学部の取り組み

1. がんプロフェッショナル養成プランについて

島根大学医学部においては、教育機関としてがん医療の担い手となる高度な知識・技術を持つがん専門医師およびがんに関わるコメディカルなど、がんに特化した医療人の養成を行うための大学の取組を支援するものとして、がんプロフェッショナル養成プラン「銀の道で結ぶがん医療人養成コンソーシアム」（中国地方中山間地のがん医療の均てん化を目指す）を鳥取大学、広島大学と共同で行う計画を2007年から開始している。「銀の道」とは、島根県にある世界遺産「石見銀山」の銀山街道を由来としている。

特徴は、①医療技術の相互の向上を図る人材交流や単位互換、②eラーニングやテレビ・カンファレンスによるリアルタイムな情報交換、③コメディカル講習会による教育機会の提供、④3大学合同ミニシンポジウムによる相互評価、である。このプランにより医師やコメディカルの教育を充実させ、地域全体でがん専門職を養成することで、この地域におけるがん医療の均てん化に貢献するとともに全国のがん専門職養成のモデルになることを目指している。

2. 医学生教育について

島根大学医学部では医学科の教育方式としてチュートリアル教育を取り入れているが、緩和ケア教育も他科の専門教育と同じく1週間のコースを設けている。チュートリアル教育とは、講義のように学生に対して大教室で一方向的に知識を伝えるのではなく、学生を少人数にグループ分けして学習の基礎となる課題を与えて、その課題を通して学生たちが問題点や不明点を自ら調べて思考することにより、学習の方法と知識を習得する教育システムである。

課題としては、がん患者の症例を提示して、手術が不可能な末期がんの病状の把握、検査値（血液検査、画像検査など）の解釈、患者・家族への病状説明、痛みなど身体症状の把握とその対応法、精神症状の診断とその対応、チーム医療の重要性などについて学べるようにしている。コアタイムとして課題症例について各グループで討議して勉強する時間を重視しているが、学問として必

要な知識は大教室での講義を行うことで学生に教育することも取り入れている。

当大学の緩和ケアチュートリアルコースの特記すべき点として挙げられることは、コースのまとめとしてロールプレイを取り入れていることにある⁷⁾。一般的なコースのまとめは、課題症例について問題点、不明点をまとめて発表して討議する形式をとっているが、緩和ケアコースは各グループがそのまとめをロールプレイで発表している点で異なる特色を持つ。学生に与えるロールプレイのテーマは「人の痛みについて考える」で、コースの始めに提示してロールプレイの方法について担当教官が解説を行っている。各グループの学生たちが自由な発想に基づいてロールプレイのタイトルを決めてグループ全員参加のロールプレイを作成し、10分間で発表する方式である（グループ人数は7～8名）。

各グループは大講堂で順番にロールプレイを発表するが、それぞれの発表についての討議も行うため、他のグループの発表をみることや、自分の意見を述べることも重要な学びとなっている。広い視点から自分とは異なる立場になって考えることは、緩和ケアだけではなく、医療に携わる者として会得すべき必要不可欠な要素である。学生が自ら「人の痛み」を考えて表現することにより、知識だけではない「緩和ケアを自ら学ぶ」重要な機会として2005年から継続して行っており、大学教育機関として次世代の緩和ケアを担う人材育成に努めている。

鳥根大学医学部附属病院は、国立大学法人附属病院としては全国で2番目となる緩和ケア病棟を新たに建設している病棟に2011年7月の予定で開設する。5階フロアすべてを使用する全室個室の21床を設置して、医学部附属病院としての臨床、教育、研究活動により、さらなる緩和ケアの向上を目指している。

おわりに

わが国において基本法が制定されたことは、がん医療をより良いものにしていくためのインパクトとして確かに大きい。しかし、そればかりではなく、鳥根県としての条例制定、がん対策推進計画の公表、「七位一体」のがん対策、鳥根大学医学部の医療人養成計画・学生教育システムも合わせて地域におけるがん医療の向上を目指さなければならない。一地方県・大学の取り組みではあるが、地域における活動を各分野の協力の下に地道に行うことが、これからのがん医療と緩和ケアを向上させていくための鍵になると考えられる。

これからは、今までの計画立案からその実践を行い、そして結果を検討し、評価して、さらなるがん医療と緩和ケアの向上を目指していくことが重要な課題である。

文 献

- 1) 鳥根県がん対策推進計画. 鳥根県, 2008
- 2) 日本医療政策機構 理事 埴岡健一: がん対策の格差と好事例—地方発全国行きの最新情報. 日本医療政策機構 第2回メディアワークショップ「がん対策の47都道府県格差と好事例」2008年10月10日. 日本医療政策機構報告, 2008
- 3) 日本医療政策機構 理事 埴岡健一: 第7回がん対策推進協議会提出資料. 2008
- 4) 第1回新しい医療のかたち表彰 [http://qshpsp.giving.officelive.com/Documents/2007jyushoushal.pdf]
- 5) 平野文子, 坂根可奈子: 成人看護特論における学生の参加型学習「がんサロン訪問」の展開. 看護と教育 (鳥根看護教育研究会誌) 1: 80-84, 2010
- 6) http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/19/07/07072005/003/002.htm
- 7) 中谷俊彦, 橋本龍也, 齊藤洋司: 緩和ケアの教育を拡大するために—ロールプレイを取り入れたチュートリアル教育. がん患者と対症療法 20: 123-128, 2009

X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク

1. 東京都における在宅緩和ケアの連携

吉澤 明孝 行田 泰明 石黒 俊彦

(要町病院, 要町ホームケアクリニック)

はじめに

在宅緩和ケアにおける医療連携は、大きく3パターンが考えられる。①在宅ケアの現場での医療-看護-介護の三位一体の連携、②病-病, 病-診連携、③緩和ケア病棟 (PCU) との連携、である。

在宅緩和ケアの現場では、医療-看護-介護の三位一体の連携が必須である。訪問看護ステーションとの連携には特に、訪問看護の特質を理解しチームワークをもって情報の共有化に努め、入院との違いを理解し、看護師の精神衛生管理に配慮が必要である。

また病-病, 病-診連携は、大病院からの一方通行の連携になりやすい。その中間に、在宅移行準備、緊急対応を含めた対応のできる在宅療養支援病院としての機能を持つ病院の存在も必要であると考えている。緩和ケア病棟と連携では、緩和ケア病棟の利点・欠点を家族に十分理解させ、希望されれば早期から紹介対応していく必要がある。

在宅での医療連携は病院内の緩和ケアチームと同じであり、緩和ケアはチーム医療であるといわれるところからも、在宅緩和ケアとは医療連携 (=チーム) なくしては不可能な医療であることが理解できると考える。

在宅ケアの現場での医療-看護-介護の三位一体の連携

緩和ケアにおいて大病院 (がん診療連携拠点病院, 大学など) は在宅医との連携が推進され、病診連携が重要視される。在宅医療の現場では、そ

れ以上に院内でいう緩和ケアチームとして、在宅医療の医療-看護-介護の三位一体の連携が必須であり、訪問看護との連携の問題点から工夫について考える。

訪問看護との連携の問題点として、

- 1) 医療-看護-介護の三位一体の連携が不可欠である
- 2) 医療・看護は医療保険で、介護は介護保険でと分かれるために、舵取りがしにくい
- 3) 入院ケアと在宅ケアの違い
- 4) 訪問看護の限界?
- 5) 在宅医師の甘え (自己反省) が挙げられる。

1, 2) がん緩和ケアにおいて在宅では介護保険と医療保険が混在し、そのため医療保険は医師、看護師、介護保険はケアマネジャーをはじめとする介護と船頭が2つになりやすく、現場ではその調整に難渋することがある。図1のように社会的連携の中で三位一体の連携が不可欠であり、その船頭は医師が介護保険も熟知したうえで舵取り

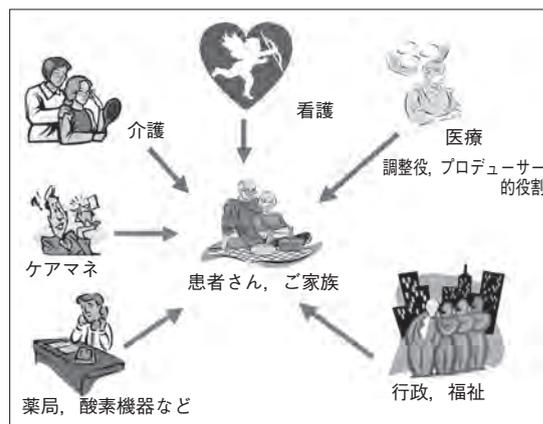


図1 在宅緩和ケアにおける医療連携

表1 入院・在宅ケアの違い

入院	在宅
①治療（キュア）が中心	①ケアが中心
②患者治療が中心	②患者，家族ごとケア
③家族が来院	③医療者が家族の中に
④医療保険のみ	④医療，介護保険
⑤医師が中心	⑤医師，看護師，ヘルパーの連携
⑥薬剤に縛りなし	⑥在宅での薬剤は限定

（調整）をしなければいけない。

2008年度の診療報酬改定で退院前カンファレンス、（緊急）共同カンファレンスなどの必要性から診療報酬に反映された。最近では、医療処置などケアの難しい患者には、在宅移行前に在宅かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、調剤薬局などを集めて、退院前カンファレンスを準備されるケースも増えてきている。

また（緊急）共同カンファレンスも訪問看護師、ケアマネジャーからの要請で開催される回数も増してきており、在宅での緩和ケアチームとして機能してきているように思う。そして、2010年度の診療報酬改定で、まだまだ十分とはいえないが訪問看護料の見直し、医療処置、ケアの煩雑性からステーションのストレスを緩和すべく複数の関わりが可能となるようには改正されたが、あまり利用されていないようである。また、退院時支援としてケアマネジャーの病院への退院前訪問が進められるようになったことは、在宅での医療-看護-介護の院外緩和ケアチーム（連携）が理解されてきていることとして受け止めたい。

3) 入院ケアと在宅ケアの違いには、表1に挙げるようなものがある。入院では家族が「お客さん」として病院を訪問するが、在宅では逆に家族の中に、医療者である自分たちが「お客さん」として入っていくため、病院以上に家族ケア（家族情報の収集）が重要になる。そこが病院の医療従事者に理解されにくいところかもしれない。最近、基幹病院には、在宅をある程度理解されている看護師が配置された在宅支援室が増えてきていることは、在宅移行しやすくなってくると期待するところである。

4, 5) 訪問看護は、われわれ医師の指示があっ

て動けるものであり、タイムリーな情報の共有化、緩和ケアで必要な処置をはじめとする医療技術の共有化が難しい。緊急時（急変時など）の対応も十分にカンファレンスなどをしておかなければ、看護師を悩ましてしまうことがある。それが訪問看護師の燃え尽き症候群につながり、強い患者、家族、われわれ医師も困ることになる。

国は、先述のように訪問看護ステーションの疲弊を少しでも減らすため、2010年度診療報酬改定で複数の訪問看護ステーションが関われるように、また必要に応じて複数人の看護師が同時に関わる場合に、複数人の請求も可能にしてくれたが、まだうまく機能していないようにもみられる。また、われわれ医師が自分たちの責任を看護師に任せるのではなく、夜間も含め第1番に対応していくように心がけていかなければ、継続性のある患者・家族にとって良い在宅医療を提供することはできないと考えている。

訪問看護との連携の問題点より連携の工夫として、①看護、介護との連携の調整、②緊急対応の予測を厳しく、③看護師とのカンファレンス、情報の共有化に努力する、④看護師との合同研修の開催、⑤訪問看護師の精神衛生管理に配慮、⑥そして「あ・うん」の呼吸ができるようになれば、患者・家族にとってより良い在宅緩和ケアを提供できるようになると考える。

病-病，病-診連携

がん対策基本法が施行され、がん診療連携拠点病院は緩和ケアにおいて地域の在宅緩和ケア医との連携が要件（表2）とされており、医療連携の重要性が取りざたされているが、実際の病-診、

表2 「がん対策基本法」における緩和ケアに関する記載

第3章 第2節「がん患者の療養生活の質の維持向上」
 第16条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

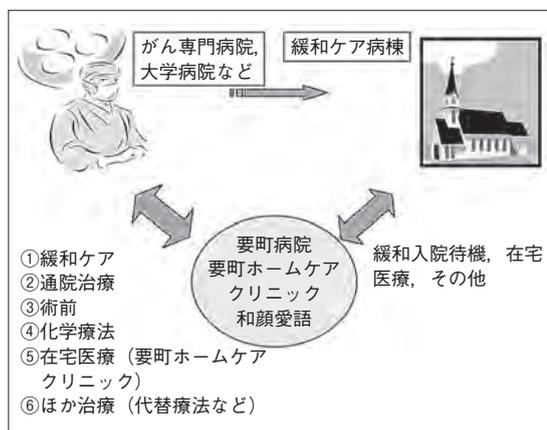


図2 当院（クリニック）の役割

病-病連携の問題点について考える。

当院は、図2のようにがん専門病院、大学病院、緩和ケア病棟などから、治療病院と緩和ケア病棟との中間的立場として在宅を含め病院、ホームケアクリニックに紹介されてくる。実際の在宅移行は紹介された時点から、図3のように介護保険導入、訪問看護導入、在宅での医療処置準備、苦痛のコントロールを行い、当病院から当クリニックなどの地域の在宅医師に移行する。つまり、当院が「在宅療養支援病院」としての機能を担うことになる。

在宅療養支援病院の機能として、

①在宅移行への準備：介護保険、かかりつけ医選定、訪問看護、在宅必要処置（中心静脈輸液〈CV〉、内視鏡的胃瘻造設術〈PEG〉、在宅酸素療法〈HOT〉など）

②在宅からの緊急対応入院、検査など24時間対応、かかりつけ医の代行（休日など）

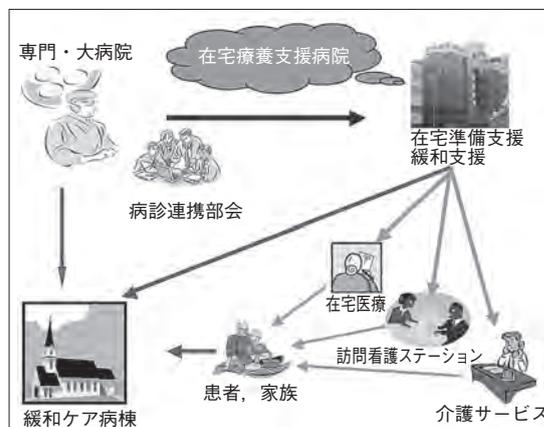


図3 在宅移行システム

表3 緩和ケアにおける病診連携の問題点

病院側の問題点	診療所側の問題点
①顔が見えない連携	①顔が見えない連携
②介護保険を熟知していない	②緩和ケア知識不足
③在宅の現場を知らない	③緊急対応や連携が不十分
④緊急入院が難しい	④24時間対応困難
⑤併診が困難	⑤併診対応を好まない
⑥家族ケアが不十分	⑥在宅処置（CVポート、PEG、腎カテーテルなど）対応が困難

③特別養護老人ホームなどの夜間看取り往診

④かかりつけ医からの緩和ケアの相談などが挙げられる。このような病院がないと在宅医からの緊急入院を紹介元病院が受ける例はまれであり、在宅医、患者家族の緊急時の不安は尽きない。

紹介元病院（治療病院）と診療所の連携では、表3のような問題点がある。病院主治医が在宅医療の経験が少ない場合が多く、介護保険、訪問看護システム、在宅医療の可能範囲などの認識が少ないケースが多い。また、同様に診療所側にも問題点があり、緩和ケアの知識不足、緊急対応不十分などがあり、共通の問題点として、「顔の見えない連携」「併診困難」などが挙げられる。これらの問題点を明確にし、お互いに話し合い埋めていくことが早急に必要であると考えている。そのためにも、当院のような小回りの効く病院が間に入って「在宅療養支援病院」として機能を果たす

必要があるのである。

2010年度診療報酬改定で、国はやっと「在宅療養支援病院」を200床未満の病院に認めたが、その機能は前述したものでなく、在宅療養支援診療所の病院版であり、もっと病院の役割を基幹病院から在宅医への仲介する立場としてもよかったのかもしれない。しかし、まだまだ在宅療養支援病院として届け出る病院が少なく、病院の在宅への関心が薄いのか残念な限りである。

緩和ケア病棟との連携

緩和ケア病棟は年々増えているようには聞かぬが、実際、緩和ケア病棟の良い点は、なんといても施設基準であることは間違いないところである。看護師など医療スタッフの手厚い体制、家族に対するケアの充実（家族付き添い、ファミリーキッチン）、機械入浴の整備などが挙げられる。

しかし、希望者が多く、入棟審査会などがあり、なかなかすぐに緊急では入れないのが欠点である。また、施設によっては本人、家族が希望するワクチン、サプリメントなどの代替療法が使用できないというところもあるのが現実である。そして、一番問題なのが、本人、家族の緩和ケア病棟への理解が不十分であり、「見放された」「何もしないで死に行くところ」というイメージが強いのが現実である。

当院を紹介した前医から緩和ケアを勧められる場合、緩和ケア病棟について詳細な説明が少ないようであり、紹介初診時に確認するようにしている、つまり「緩和ケア病棟は、死にゆくための病

棟ではなく、症状をコントロールして、希望によっては在宅移行も含め退院もできる」等々、施設基準、本人、家族ケアの充実などの良い点を強調し、在宅ケアとの連携も可能であることを話している。また、希望があればその時点で紹介状、受診予約などの準備を併行して行っていくようにしている。

緩和ケア病棟も医師、看護師などのスタッフの努力により、症状緩和を施行し退院（在宅療養）とし、再燃時緊急入院が可能という施設が増えてきており、緩和ケア外来の設置、在宅医との連携が進んできている。

おわりに

在宅緩和ケアにおける医療連携は、①在宅ケアの現場での医療-看護-介護の三位一体の連携、②病-病、病-診連携、③緩和ケア病棟との連携、がある。それぞれの連携の特徴（良い点）、問題点を理解し、患者さん、ご家族にとって楽しく、笑いのある生きるための在宅ケアを地域に根づかせるための地域緩和ネットワークづくりが必要不可欠であり、それのできるかぎりすみやかに行われるようにならないといけない。

東京都、各自治体でも在宅ケアのあり方、緩和ケアのあり方が検討されつつあり在宅ケアの未来は明るくなってきているような気がする。医師を中心とした医療従事者に関して、緩和ケアの知識の普及が国、東京都認定拠点病院を中心として行われている「緩和医療研修」により少しずつではあるが広がってきているのは確かである。

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こ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

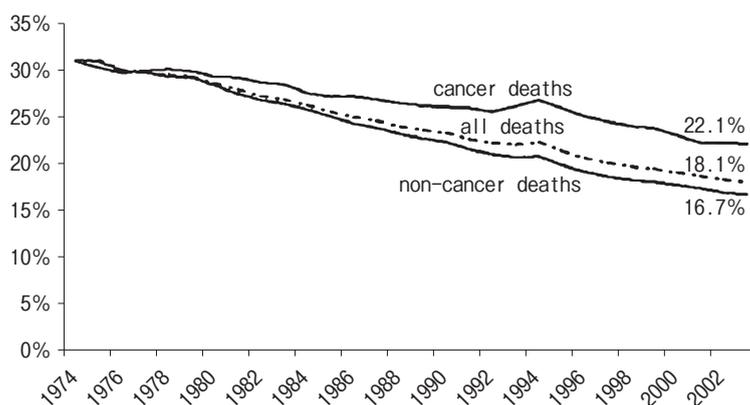


図1 英国の在宅死割合の推移¹⁾

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」

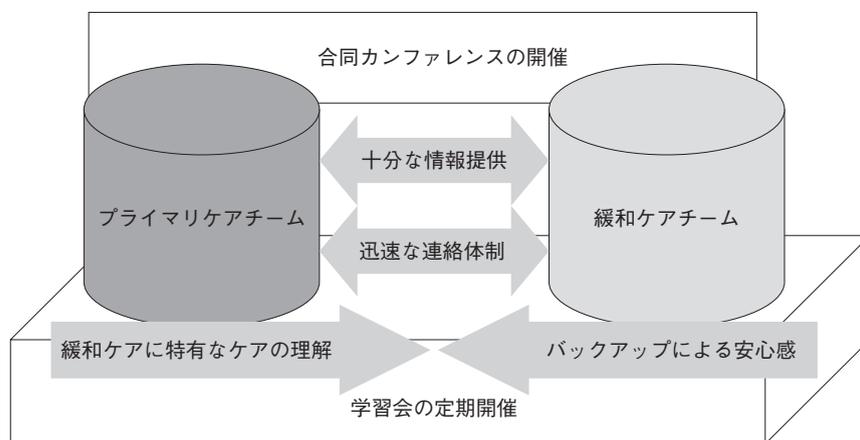
④ 腫瘍センターと地域

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、その過程でお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

X. がん対策基本法後の地域緩和ケアネットワーク

3. 尾道市における在宅緩和ケアと地域医療連携

片山 壽

(片山医院, 尾道市医師会 会長)

「死の質ランキング」調査で日本は23位

2010年7月15日のシンガポール共同の記事に英国の調査会社 Economist Intelligence Unit の論文「The quality of death Ranking end-of-life care across the world」から「豊かな死」日本23位、という記事が国内紙に掲載された。終末期医療や苦痛を和らげる緩和医療の現状などを各国の医療関係者に聞き取りを行い、普及状況や医療費など複数の観点から評価したものである。特に、高齢化の著しい日本について調査に当たったトニー・ナッシュは「医療システムは高度だが、在宅医療など患者や家族に寄り添うケアが難しいようだ」と分析した。ここで在宅医療の困難さと緩和医療の普及に言及したことで end of life care (終末期), quality of death と記事にしていることは、在宅緩和ケアの標準化のランキングと捉えるのが妥当な感想と思われる。

ちなみに、このランキングのベストテンは1位イギリス、2位オーストラリア、3位ニュージーランド4位アイルランド、5位ベルギー、6位オーストリア、7位オランダ、8位ドイツ、9位は同列でカナダ・アメリカとなっている。

しかし、同年11月の英国オブザーバー誌には、政策提言集団 Demos の報告書「Dying for Change (死に方の変革)」が掲載され、今の英国にはほとんどの人が「良い死に方」(good death) に恵まれていない、すなわち自分の望む死に方ができていない、3分の2の英国人が「自宅での死」を望んでいるのに、ほとんどの人が病院かケアホームでの死を迎えていると掲載されている。そのことを比較すると、この2つの論文に矛盾を感じるのであるが、先進国の共通課題、高齢社会における

end of life care と医療政策の困難さが根底にあるはずである。

急性期病院が在宅医療の選択肢を理解することの重要性

がん治療に関与する急性期病院のすべての医療関係者が、急増する高齢がん患者の家に帰りたいたいという希望を叶える視点を持つべきである。専門性の高いがん治療は、まさに急性期を先鋭化させる部分であり、国民にとっても治療の高度化がもたらす良好な予後は最も望むところであるが、「がん患者」全体の80%が、家に帰り終末期を迎えたい希望を内包しているということから、この最期の希望を叶えることに努力すべきである。

しかし、一方では患者の希望を叶えるためには、end of life care に対応する在宅緩和ケアの標準化が急務となるので、ここでの一方の課題は、開業医が「最期まで見事に診る」在宅主治医になり、チーム医療の在宅緩和ケアで安らかな最期を提供できなければならない。この点からも、在宅医療の整備はわが国の医療モデルを患者本位に引きつけて転換する重要な手法である。そこに必然的に求められるものは地域医療連携を可能にする急性期病院と開業医のチーム医療であるが、ここでの看護連携の重要性は一方の主軸である。

今後、在宅緩和ケアはそのシンボリスティックな領域として、患者本位の end of life care を可能にする地域医療の評価尺度になるはずである。

尾道市医師会在宅緩和ケアシステムの基本理念

尾道市医師会在宅緩和ケアシステムの基本理念として、以下の整理を行っている。

「緩和ケアは積極的治療と同時に提供されるべきであり、治療が限界になったときにその重要性が増していく。主治医機能の究極の技術領域であり結果が求められる。診断時から必要なケアとして緩和ケアはあるべきで、在宅を基本にチーム（multidisciplinary care）で対応すべきである。退院前（緩和）カンファレンスが、目に見える継続ケアとして集約的な場面となる。主治医と患者の関係は「信託」なくして緩和ケアは成立しない。そこには、痛みをとることが必須の要件であり、全人的ケアの技術が求められる」

筆者自身の経験から、在宅緩和ケアで経験する患者の「生きる喜び」は医療者に力を与え、凝縮した時間で確実に医師の魂を救済し、全人的ケアの習得から患者本位の医療者に変貌させる力を持っている。医師、特に開業医は現場の患者さんとのつながりの中から、個別の事例を通して得がたい生涯学習の機会を得ているのである。

医療のあるべき姿と「かけがえのない価値」が見えにくくなっている昨今、わが国にも「患者の希望を叶える end of life care」が、地域医療の底流に存在していることを実証したい。尾道市は高齢化率30%を超えているが、地域の勤務医、開業医、看護師、あらゆるスタッフが強固な連携チームとして「豊かな死」に向けて、高い次元で安心を支えきる医療システムを構築することを目指している。

〔事例〕 希望を叶える在宅緩和ケア

（個人情報・事例写真使用承諾済）

① 「先生が迎えに来てくれたから、帰る」Yさん一家の家族愛と自宅看取り

この1枚の写真は、単なる病室でのお見舞い写真ではない（図1）。

一家の大黒柱であった87歳のYさんが、高度進行膵がん末期になっても、尊厳を失うことなく、ご本人の希望される在宅復帰が決まった瞬間



図1 尾道市立市民病院の病室・退院前カンファレンス後

である。そして、皆の気持ちをご本人の気持ちを最優先することができる喜びの集合写真である。右手に在宅主治医（筆者）とチーム外科医のN医師がいるのは、この直前に退院前カンファレンスを行い、病院主治医らとご本人・家族の希望通りに家に帰ることを決定したからである。

右側、在宅主治医の前にはYさんの65年の連れ合いである奥さん、ご長男のお嫁さん、ご本人を挟んで左側は、ご次男、ご長男とYさんのお孫さん6人と曾孫さんが、気持ちを1つにしたすばらしい笑顔で写っている。このような状況でこんな素晴らしい写真になる「家族」が、わが国にどのくらいあるであろうか。

右側の在宅主治医（筆者）もチーム医のN医師もご家族のこの気持ちに同調して、いい笑顔にならせてもらっていることは、在宅主治医とご本人の会話「先生、帰りたい」「分かりました、すぐ帰りましょう。任せてください」という信託をいただいたことで医師チームが、笑顔の中に静かな決意をみなぎらせている。

このYさんは、87歳まで大きな病気はなく、医者には縁がない、という医者嫌いであった。片山医院（以下、当院）にも一定期間の通院治療など何もなかったほど健康であり、検査も嫌いであった。高度進行膵がんで腸閉塞という診断の1月前まで猛暑の中、好きなゴルフをされていたぐらいである。87歳の高齢であるので、手術は保存的なレベルで、胃空腸バイパス手術にとどめることになったが、多発性肝転移、肺転移があり、がん性リンパ管症で呼吸困難となり、厳しい状態



病院主治医，筆者，チームN医師，F医師，理学療法士（左から）



正面にご家族（ご長男夫妻，ご次男，お孫さん），ケアマネジャー，薬剤師，在宅酸素事業者，訪問看護，緩和ケア看護師，病棟看護師，ケアマネジャー（看護師），病棟師長，地域連携室長，調剤薬剤師，研修医，他

図2 退院前カンファレンス（2008年9月，18：45～19：00）

であった。

② 在宅主治医のミッションと18時45分からの退院前カンファレンス

8月のある日の午後，次男さんが娘さんと一緒に当院に相談に来られた。「家につれて帰りたいと，家族は皆，思っている，病院のほうにはどういえばいいかなあ」ということであったが，「親父には，絶対に最期は本人の思うようにしてやりたい」と涙を流された。

尾道市立市民病院では3回，病室にご本人を見舞った。治療の効果により小康状態であったので，病院主治医のM医師に在宅緩和ケアでいこうと話をした。そして，地域連携室長がテキパキと動いて日程調整を行っていた時に，朝8時すぎにM医師から退院サマリー＋紹介状のファックスが入っていたので，すぐに電話した。

この日は10時から大きい手術に入って18時まで手術室から出られないと聞いていた。それで，チームのN医師に電話して，18時45分で都合がつくかと聞いたところ，「行きますよ」ということで，また泌尿器科チーム医のF医師にもOKが取れたため18時45分からの開催と決定した。在宅緩和ケアのマネジャーは，ベテラン看護師・ケアマネジャーのNKさんに依頼してあった。筆者の医院からはS師長，薬剤師のOさんが出席し，呼吸不全があったので自宅で行う在宅酸素療法指示書を受け取った業者も参加した。

退院前カンファレンスは，在宅緩和ケアに移行する場合は特に，患者さんの残り時間が少ないことが絶対の優先事項であるので，迅速にご本人の意思を尊重してアクションを起こすべきである。このカンファレンスには，ご長男夫妻，ご次男，お孫さんの4人のご家族が出席された（図2）。

注目すべきは在宅医師チームの横に病院の理学療法士が出席していて，筆者からの注文である廃用症候群予防のリハビリテーションについて，ご本人の身体機能について発言したことである。在宅緩和ケアに移行する場合でも残存機能の維持向上のリハビリテーションは病院の責務である。

がん性リンパ管症で治療を行ったが，尿量が少なく，浮腫が著明で胸水も残存しており，病状は厳しいとの病院主治医の説明であった。しかし，ご本人のご意向をご長男が代弁され，家族も自宅に戻っての最期を望んでいた。そして，筆者の在宅医療のお世話になりたいと明確に言われて，早期退院と在宅緩和ケアの開始を決定してカンファレンスは終了した。

この後，病室に直行したご長男から「帰ることに決まったよ」と伝達された。筆者が「家に帰ろう」と言ったら，「よし，先生が迎えに来てくれたから帰ろう」と元気な声が出たことが一同，嬉しかったので，いい写真になっているのである。

③ 家に戻ったぞ，やっぱり家はいい！

図3は，2日後に背部に入っていたチューブを抜去して，自宅に戻ったYさんを囲んでの風景

である。東京女子医大附属病院の看護師であるお孫さんの YMさんと在宅主治医も到着を待っていて、介護車両からストレッチャーのご本人をご兄弟と一緒に運んだ。すでに用意していた在宅酸素療法を7Lの機器を2台連結して、10Lで開始した。訪問看護のMH管理者も在宅緩和ケアマネのNK主任も待ちかねていたのので、ご本人の最高の笑顔を囲んだ写真は一同、格別な達成感が表情に出ている、「いい顔」の集合である。

退院前は尿量が少なく、浮腫があり、呼吸が苦しかったので、すぐに違う方法で利尿をかけた。すると、夕方までに2,400mLの尿が出て、在宅酸素を7Lに下げることができるようになったとご本人はご機嫌であった。卵焼きを食べられ、ラコールを全量摂取し、痛みの程度のNRS (numerical rating scale) はゼロであった。

Yさんのご兄弟や、お孫さんらが次々と駆けつけて、賑やかな日常生活がもどったことを喜ばれ



図3 自宅に戻ったYさんを囲んで

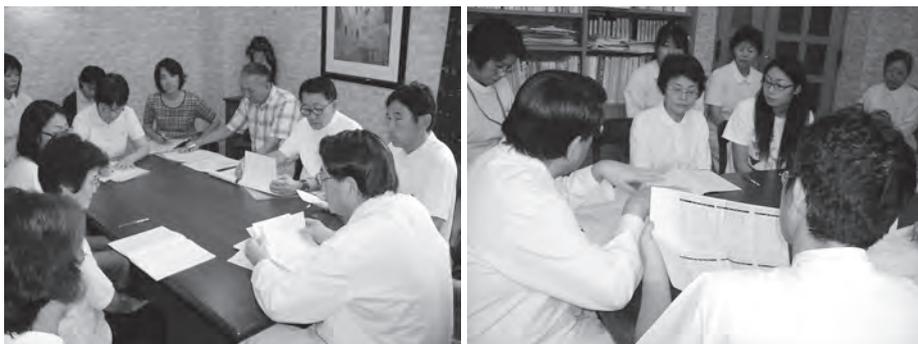
た。尿はカテーテル管理で、尿量や、体温、SPO₂などを東京女子医大附属病院で仕事をしている看護師のお孫さんが、訪問看護が持参した温度板(A3サイズ)に記載するようにご家族にテキパキと指導した。このYMさんが看護の道を選んだことは知っていたが、実に優秀な看護師であり、自分の母の世話を一生懸命してくれた祖父を誰よりも敬愛していた。

④ 在宅復帰の翌日の在宅緩和ケアカンファレンス(当院)

退院翌日の土曜日の13時に、今回のYさんの在宅緩和ケアチームの初回カンファレンスを筆者の医院で行った(図4)。いつもチームを組んでいるベテラン開業医が顔を揃え、ご長男のお嫁さんと次男さんの孫で看護師のYMさんが出席された。

ここでは残り時間の少ないYさんの在宅緩和ケアについて高い集中力での意志統一を行った。泌尿器科開業医のF医師、内科開業医のMo医師、外科のN医師の常連に医師会訪問看護ステーションのMH管理者、NK主任に筆者医院の全スタッフ、N医院の師長と薬剤師が加わっている。そして、痛みは絶対にとるので我慢しないようにと、ご本人に伝える全員の役目が2人のご家族にも共有された。このミッションを果たすことを約束し、チームの決意は純粋な中に確固たるものであった。

このカンファレンスは、往診や待機、訪問看護の管理の分担を決めて、ご家族のご意見をお聴き



いつものチームメンバー(N・Mo・F・筆者)に在宅緩和ケア認定ケアマネジャー(NK)、訪問看護ST管理者(MH)、N医院師長、当院全スタッフ、薬剤師と、ご長男のお嫁さん、お孫さん

図4 Yさん、在宅復帰翌日の在宅緩和ケアカンファレンス(片山医院)



図5 在宅緩和ケアチームをご本人に紹介、
分担を説明する訪問在宅緩和ケアカン
ファレンス



図6 迅速に往診、口腔ケアを開始した Ku
医師（歯科医）



図7 愛用のメガネで威厳に満ちた風格



図8 「痛みはない！」とピースサインの
ご本人

して終了した。その後、そのままのメンバーでY
家に訪問在宅緩和ケアカンファレンスのために移
動した（図5）。近所であったので、徒歩での移
動であった。道すがら、ご家族からご本人が家に
帰ってからたいへんご機嫌であり、痛みもなく呼
吸困難も点滴で改善していると言われた。

しかし、この時にYさんの舌を見せてもらっ
たところ、舌苔が著明にみられた。これは急性期
病院が口腔ケアに無関心なためかもしれないが、
すぐにチーム歯科医のKu医師に連絡して、その
日の午後に往診で口腔ケアを開始した（図6）。

尾道では、在宅医療に歯科医師は常にチーム
の中核として加わっていて、このKu医師とは15
年来のチームである。Ku医師は、在宅訪問歯科
診療だけでなく、口腔ケア、摂食嚥下機能評価、
摂食嚥下リハビリテーションまでこなす、口腔領
域の頼りになるエキスパートである。

お孫さん3人も参加しての口腔ケアで、見事に
4日目には改善した。ご本人は味覚が著明に改善

したので、いろいろなものを注文して食べられる
ようになった。

⑤ Yさんの尊厳を最重視した在宅緩和ケアと 家族機能

こうして自宅に戻ることも危ぶまれた重篤な状
態、いわば「がん末期」のYさんが自宅に戻ら
れて1週間目の写真が図7、8である。図7は、疼
痛も呼吸困難もなく、よく食べれて、よく眠れる、
尿量も2,400ccを維持、いつも家族に囲まれて完
全に尊厳を取り戻されたお顔といえる。往年の迫
力が戻り、金縁メガネで威厳に満ちている。図8
は往診時に筆者といろいろと話した後に、「あり
がとう、先生のおかげで家にいられる。ありがた
い」と自宅で療養できることの感謝の言葉をいた
だいて、ピースサインで感動を隠した写真である。

在宅緩和ケアがもたらすことができる最もすば
らしい効果は、ご本人が人生の最終章に歴史とし
ての「家族愛」を確認し、自分が育てた家族の品
性を感じとり、気持ちが安らぐことである。そし



図9 家に戻られて2週間後



図10 「米寿、おじいちゃん おめでとう」と書かれた手作りケーキ



図11 88歳の誕生日祝いの後の集合写真

て、ご本人ががん患者であることを忘れ、悄然と旅立つ勇気が備わってくることである。痛みがなく、呼吸困難もなく、よく食べられ、よく眠れる、患者本位の医療の究極の空間であり、これを可能にしている医療者、在宅緩和ケアチームの誇るべき実践といえる。

泌尿器科医のF医師がカテーテル交換のために往診した時に、同行している筆者に、浮腫は自宅に戻ってからまったくなくなり「気分が良い」と言われた。また、排便コントロールもよく出て、さっぱりして爽快であると訪問看護の看護管理に感謝された。

⑥「米寿の誕生日」を迎えられたYさん

図9は家に戻られて2週間の写真であるが、良好な在宅緩和ケアでいい笑顔をされている。大病院からYさんの誕生のお祝いをするために、看護師のお孫さんのYMさんも東京から戻っている。

図10の写真はお祝いをするために親戚一同、ご兄弟が全員集合という風景である。皆さんにご

本人は「ありがとう」を繰り返され、皆さんもご本人との昔話やエピソードを話された。そして、往診を終えて帰る筆者に、再度、「先生、本当にありがとう、先生のおかげじゃ」と背中にご本人の元気なお声が聞こえた。「また来ますね」と答えながら、残りの時間がない中でこの日を迎えられ、Yさんとご家族と共有できた喜びを感じながら帰宅した。

在宅緩和ケアを行いながら、痛みがなく、呼吸困難がないことでよく食べられて最大限の安楽な生活を取り戻されたYさんであった。図11は、最後の集合写真となった。これだけの期間、家で一緒に過ごすことができ皆さんが喜ばれ、これ以上ない「豊かな死」に向かわれていることが、在宅主治医の責務を果たせた充足感に包まれた。

⑦ 安らかなご最期

88歳の誕生日を盛大にご家族全員で祝われた2日後、深夜1時すぎに永眠された。下顎呼吸となった時点でそばにいた筆者と師長がお看取りを行ったが、まったく苦しい表情がなく、安らかな



図12 Yさんのご仏壇のお線香をあげる在宅主治医（筆者）

ご最期のお顔は、筆者の在宅主治医としてのミッションを満足していただいているように感じられた。

これは、Yさんが育てた素晴らしい家族があったからであろう。最期までご長男、ご次男、皆さんが「おばあさん（Yさんの奥様）は、皆で大事にするから心配なくていいから、心配ないよ」と泣きながら繰り返された。ご臨終を告げて、悲しい気持ちよりYさんへの感謝の気持ちの方が強かった。

ご家族は最大の偉業を成し遂げられ、Yさんは尊厳をまったく損なうことなく安らかに逝かれた。在宅緩和ケアチームの全員が、「素晴らしいご家族で本物の家族機能に会えて、多くのものを学ばせてもらった」と意見が完全に一致してご冥福を祈った。

⑧ グリーフケア

午前中に奥さんが医院を受診され、「うちの主人ほど、幸せな最期はなかった」と言われたので、午後の往診時間にお線香をあげさせてもらいたいとお願いした。その時間に数珠をもってお宅に伺ったら、奥さんと長男のMTさんが出迎えてくださった。

お線香をあげて合掌していると、上からYさんの元気な頃の写真が見下ろしていた（図12）。堂々たる風格で元気なころの笑顔であったが、臨終に近い日々の柔らかで透明感のある表情は、苦痛はまったくないことを周囲に安心させるようで



図13 ご遺族とのグリーフケア

素晴らしいものであった。

このグリーフワークは在宅医療の優れた部分であり、在宅主治医の関わりのフィニッシュとして一定期間、思いを1つに日々を共にした遺族への暖かいケアであるべきである。すばらしい看取りでご本人のご意向に沿った尊厳に満ちたご最期であったので、ご長男も奥さんも達成感を感じておいでのようであった。退院前カンファレンス後の病室での写真を前に、この時の格別の思い出を語り合い、ご家族の偉業と皆さんの愛情溢れる介護に感動したことをお話した（図13）。この家族機能があることで、このご一家はどんな困難にも対処できる自信をもたれたはずである。世代間を超えた比類なき家族愛の力を魅せつけられましたとお孫さんに話した。

おわりに

自宅での良い看取りは、家族の絆を強固なものにして、成熟を促す意味で死にゆく「親のメッセージ」として各人の生涯にわたり、深く心に残る財産である。

また、在宅主治医とチームの心にも深く刻まれる経験であり、1人ひとりの患者さんは在宅緩和ケアチーム一同の恩師といえる。

参考文献

- 1) 片山 壽：父の背中の地域医療—尾道方式の真髓。社会保険研究所，2009
- 2) 片山 壽 監修：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。篠原出版新社，2008

XI. (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2010年度 事業活動(進捗状況)報告

長村 文夫

(財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 事務局)

はじめに

2010年は日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の設立10年の節目の年である。公益法人に対する新しい法律が施行され、各法人が「公益法人」か「一般法人」か、今後の歩むべき道の選択を迫られている。当財団は「公益財団」としての認定を受けるべく準備中であり、これを機に従来の事業のあり方の見直しが必要である。

本年度(2010年度)の事業では、特に3年度にわたる大規模な研究事業ある「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」がある。同じテーマで2006年度から3年をかけて実施された第一次調査研究の報告書が2009年度末に刊行・配布されたが、同様の趣旨で対象施設と対象者が大幅に増加した第二次研究が2009年度から始まった。本年度は2年目となり、現在、進行中である。

新規事業としては、「小児緩和ケア」への支援がある。わが国の医療分野で未開拓の「難病と闘う小児とその家族のための緩和ケア」がいかにあるべきかといった視点からの「小児緩和ケア研修会」の開催を支援した。この研修会は来年度も開催が予定されている。

その他の計画された各事業も、ほぼ計画通り実行されており、これらの計画実行・達成にご尽力・ご協力いただいた各位に深く感謝する。

以下、事業ごとに実施または予定を概説する。文中の名前は順不同、敬称を略させていただく。なお、本報告を作成している時点(2011年1月下旬)で、実施予定期日が未到来のものがいくつかあり、本報告は中間的な進捗状況報告であることをご了承ください。なお、当財団では毎年、

年度終了2～3カ月後に「事業報告書」を作成配布している。

事業活動

1. ホスピス・緩和ケアに関する調査研究事業(公募)

①緩和ケアチームの活動内容に関する多施設協同研究

②高齢者施設における終末期ケアでのトータルマネジメント技法の開発

③在宅緩和ケアにおける Quality Indicator の開発と遺族満足度との関連の評価

④乳がん患者の治療を継続して生きる力を高める看護介入方法の開発：家族からのサポートに焦点をあてて

公募を開始して5年目で、今年は13件の応募の中から事業委員会の審議を経て、上記の4件が採択された。なお、研究論文は各事業委員が査読した後、財団の「調査研究報告書」として刊行され広く配布される予定である。

2. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究事業

「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」(The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study: J-HOPE)は、2006年度から3カ年計画で実施され、その成果を『遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究』として119頁の報告書が作成された。この報告書を各方面に配布するとともに、本研究に携わった研究者が学会などで随時報告している。

この種の研究は定期的に行われることが肝要との視点から、第二次研究であるJ-HOPE IIは第

一次研究を継承・発展させるかたちで2009年度から開始しており、本年度はその2年目にあたり、報告書の作成は3年目の予定である。今回の対象施設数は緩和ケア病棟195施設、一般病院89施設、診療所など37施設、調査対象者は12,000人となり、前回のものを大幅に超えている。

3. 『ホスピス・緩和ケア白書2011』(研究論文集)作成・刊行事業

『ホスピス・緩和ケア白書』は2003年度以来の継続事業で、毎年特定のテーマを中心に編集されている。2010年度のテーマは、当初、「緩和ケアのグランドデザイン」というテーマを予定していた。しかし、「がん対策基本法」が2007年4月に施行され、2010年度に「がん対策推進基本計画」の進捗状況が公表され、2012年度に「がん対策推進基本計画」が全面的に見直され、第二次「がん対策推進基本計画」が策定される予定であることから、「がん対策基本法」と「がん対策推進基本計画」の前後でホスピス・緩和ケアがどのように変わったのか、課題は何かを浮き彫りにする趣旨で、「がん対策基本法とホスピス・緩和ケア」というテーマに変更した。

発刊部数は1,500～2,000部、配布先は日本ホスピス緩和ケア協会会員(病院)、地域がん診療連携拠点病院、厚生労働省、都道府県・市の健康福祉担当、財団賛助会員などを予定している。

4. 特定研究『対応困難なスピリチュアルペインの事例検討集』作成

ホスピス・緩和ケアにおける対応困難なスピリチュアルペインを経験豊富な専門家がどのように対応したかの事例集の作成を目指した。そして、医師、医療ソーシャルワーカー(MSW)、哲学者、社会学者、宗教学者の専門家6名からなる研究グループが2009年度の予備的研究をふまえ、本年度は各事例について再度検討して事例原稿を確定し、解説内容を再確認するなどして事例検討集の作成を目指している(完成は2011年3月の予定)。

5. ホスピス・緩和ケア多職種教育セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおいては多職種によるチーム医療が重要であるとの観点から、医師、看護師、MSW、薬剤師などからなる小グループに

よるディスカッション、事例検討、ロールプレイを行い、実践的に有能な医療従事者の育成を目指す教育セミナーを開催した。このセミナーは、以前から日本ホスピス緩和ケア協会との共催という形態で進めてきている。本年度は10月30～31日に福岡市で開催された。

会場：福岡市市民福祉プラザ

参加者：受講者58名

6. ホスピス・緩和ケアボランティア研修セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおけるボランティアの役割を確認し、そのケアの向上を目指して、2002年以来、継続して日本病院ボランティア協会との共催で進めているプログラムである。2010年度は9月3日に大阪のクレオ大阪で講師としてお招きした恒藤暁教授(大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学)によるロールプレイを挟んだ基調講演の後、3つの分科会がもたれた。

基調講演：「緩和ケアとコミュニケーション」

恒藤 暁 教授

分科会：①ホスピス・緩和ケア病棟での活動のひろがり

②在宅ホスピス・緩和ケアにおけるボランティアの役割

③よりよい活動を目指して(活動の再考と評価)

参加者：209名

7. MSWスキルアップ研修セミナー開催事業

ホスピス・緩和ケアにおける医療ソーシャルワーカーのスキルアップを図るためのセミナーで、2006年から継続して実施している。2010年度は講演および演習のほかに、患者・家族の方々の声を聴くプログラムを企画した。

実施日時：2010年11月20日(土)～21日(日)

場所：社会医療法人近森会 近森病院(高知市)

講師：山口龍彦(高知厚生病院 副院長)

田村里子(東札幌病院)

福地智巴(静岡がんセンター)

参加者：50名

8. グリーフケア研修セミナー開催事業

グリーフケア研修会は2007年度以降、毎年実

施してきている。グリーフケアが医学や看護の分野だけでなく、心理学、社会福祉学、宗教学などの学際的観点から、2010年度は基礎研究から臨床実践までを含めた学術交流の場としての研修セミナーを開催した。

実施日時：2010年12月11日(土)

場 所：早稲田大学国際会議場

参加者：300名

9. Liverpool Care Pathway 日本語版研修セミナー開催事業

Liverpool Care Pathway (LCP) とは、英国の Ellershaw 教授が開発した臨死期にある患者とその家族に対して医療従事者が行うべき看取りのケアであり、チェックリストに従って確認していくものである。LCP は当財団の助成で2004～2005年に翻訳され、LCP 日本語版の妥当性と有用性の検証を経て、2009年度に財団によってマニュアルが作成された。

2010年度はこの日本語版マニュアルを用いて下記の集会にあわせてLCP研修セミナーを開催した。

- ・日本ホスピス緩和ケア協会・関東甲信越支部大会：2010年5月16日(日)、東京ステーションコンファレンス、参加者149名
- ・第15回日本緩和医療学会学術大会：2010年6月18日(金)、東京国際フォーラム、参加者200名
- ・第34回日本死の臨床研究会年次大会：2010年11月6日(土)、いわて県民情報センター(盛岡)、参加者280名

10. ホスピス・緩和ケア従事者育成推進委員会

昨年度、「将来構想・財政委員会」において、理事長への答申を検討している過程で、ホスピス・緩和ケア従事者の育成の必要性が語られたが、この案件については答申までに具体的結論を得るに至らなかった。この育成が今日のホスピス・緩和ケアにとって重要な課題であるとの認識から、引き続き理事長の諮問委員会を設けて検討することになった。

現在までに、2010年10月3日(日)と2010年12月26日(日)に大阪で委員会を開催し、座学だけでなくE-ラーニングを活用した研修プロ

ラムなどが検討されているが、2011年1月現在では具体的な提案に至っていない。次回は、2011年2月11日に開催する予定である。

11. ホスピス・緩和ケアフォーラム開催事業

財団設立以来、23回目となるフォーラムを2010年6月5日(土)、徳島市のあわぎんホールで開催した。本年度は国立がんセンター名誉総長垣添忠生氏の特別講演「妻を看取る日」に引き続いて、シンポジウム「先端医療から緩和ケアまで」が柳田邦男氏を座長にもたれた。参加いただいたシンポジストは次の方々である。

南條輝志男氏(前和歌山県立医科大学 理事長
(学長))

森 亘氏(財団法人 医科科学研究所 理事長)

和田 眞氏(徳島大学 副学長)

青野敏博氏(徳島大学 前学長)

参加者：850名

12. 一般広報活動事業

年2回の『財団ニュース』の発行、ホームページの改定、その他必要に応じて財団のパンフレット改定・刊行などを行った。

13. APHN 研究会開催事業

アジア・太平洋地域におけるホスピス・緩和ケアの啓発・普及を推進しているアジア・太平洋ホスピス緩和ケア協会(Asia Pacific Hospice Palliative Care Network: APHN)が、今後の研究の方向性を協議・検討するために、財団主催で第1回緩和ケア研究会議が2010年8月26日に岐阜で開催された。

参加者はインド、インドネシア、オーストラリア、韓国、シンガポール、タイ、香港、マレーシア、日本の9カ国からホスピス・緩和ケア医療従事者30名が集い、各国のホスピス・緩和ケアの研究の現状が発表され、アジア・太平洋地域での研究の必要性が確認された。今後、連携を深めながら協同研究を推進することになった。

14. 小児緩和ケアに関する研修会(共催)事業

厚生労働省科学研究費補助金によるがん臨床研究事業の平成21年度と22年度の研究成果を基に設定された教育プログラムを利用して行う小児科医を対象とする短期集中型研修会を開催した。プログラムは小児緩和ケアという視点で、小児のが

ん、およびそれ以外のさまざまな疾患を対象に、事例検討、ワークショップなどで構成されている。

会場：日本財団ビル（東京）
期日：2010年10月16～17日
講師：13名
参加者：33名

おわりに

最初に述べたように、当財団は2000年12月の設立で、2010年12月をもって設立10年になる。この10年間は、まずホスピス・緩和ケアを医療従事者だけでなく、市民にもできるだけ多くの方々に正しく理解していただくという広報活動に力を入れた。全国23の都市でフォーラムを開いたり、「世界ホスピスデー」へ参加したり、ホスピス・緩和ケアに携わるMSWやボランティアの方々のホスピス・緩和ケアの活動を支援したりして、地域へ拡がるような集いをもった。

他方、当財団の設立時からの主題であるホスピス・緩和ケアに関する調査研究も、公募、特定研究、大規模調査など多様な態様で進めてきた。また、「小児ホスピス」などの新しい分野への支援も手がけた。そのような活動が評価されて、2007年9月に税制上の優遇措置を受けることのできる「特定公益増進法人」に指定された。今般の財団法人と社団法人に関する制度改革に伴い、当財団は「公益財団法人」への移行を申請、3月中旬に内閣府の認定を受けられる見通しである。

現在までの当財団の活動は、上記のように多岐にわたり、ホスピス・緩和ケアへの社会の理解も深まったと感じている。「がん対策基本法」が制定され、日本緩和医療学会や日本ホスピス緩和ケア協会などの活動の発展をみる時、わが国のホスピス・緩和ケアは10年前に比べ、新しい段階に入っているといえる。今後、ホスピス・緩和ケアの原点を忘れずに、どのような道を歩むべきかを模索していきたい。

〈資料1〉がん診療連携拠点病院指定一覧

〔PCU：緩和ケア病棟入院料届出受理施設，PCT：緩和ケア診療加算届出受理施設
協会会員：日本ホスピス緩和ケア協会会員施設〕（2011年2月1日現在）

【都道府県がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
1	北海道		○		国立病院機構 北海道がんセンター	2009年4月1日
2	青森県				青森県立中央病院	2010年4月1日
3	岩手県				岩手医科大学附属病院	2010年4月1日
4	宮城県	○		○	宮城県立がんセンター	2010年4月1日
5		○		○	東北大学病院	2010年4月1日
6	秋田県				秋田大学医学部附属病院	2010年4月1日
7	山形県	○		○	山形県立中央病院	2010年4月1日
8	福島県				福島県立医科大学附属病院	2010年4月1日
9	茨城県				茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
10	栃木県	○		○	栃木県立がんセンター	2010年4月1日
11	群馬県		○		群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
12	埼玉県	○	○	○	埼玉県立がんセンター	2010年4月1日
13	千葉県	○	○	○	千葉県がんセンター	2010年4月1日
14	東京都		○	○	東京都立駒込病院	2010年4月1日
15		○	○		癌研究会 有明病院	2010年4月1日
16	神奈川県	○		○	神奈川県立がんセンター	2010年4月1日
17	新潟県				新潟県立がんセンター新潟病院	2010年4月1日
18	富山県	○		○	富山県立中央病院	2010年4月1日
19	石川県		○		金沢大学附属病院	2010年4月1日
20	福井県	○		○	福井県立病院	2010年4月1日
21	山梨県	○		○	山梨県立中央病院	2010年4月1日
22	長野県			○	信州大学医学部附属病院	2010年4月1日
23	岐阜県				岐阜大学医学部附属病院	2010年4月1日
24	静岡県	○	○	○	静岡県立静岡がんセンター	2010年4月1日
25	愛知県		○		愛知県がんセンター中央病院	2010年4月1日
26	三重県				三重大学医学部附属病院	2010年4月1日
27	滋賀県	○		○	滋賀県立成人病センター	2009年4月1日
28	京都府		○		京都府立医科大学附属病院	2010年4月1日
29			○		京都大学医学部附属病院	2009年4月1日
30	大阪府		○	○	大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	2010年4月1日
31	兵庫県		○	○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
32	奈良県		○		奈良県立医科大学附属病院	2010年4月1日
33	和歌山県		○	○	和歌山県立医科大学附属病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
34	鳥取県		○		鳥取大学医学部附属病院	2010年4月1日
35	島根県			○	島根大学医学部附属病院	2010年4月1日
36	岡山県		○		岡山大学病院	2010年4月1日
37	広島県		○		広島大学病院	2010年4月1日
38	山口県				山口大学医学部附属病院	2010年4月1日
39	徳島県				徳島大学病院	2010年4月1日
40	香川県		○		香川大学医学部附属病院	2009年4月1日
41	愛媛県	○	○	○	国立病院機構 四国がんセンター	2010年4月1日
42	高知県				高知大学医学部附属病院	2010年4月1日
43	福岡県		○		国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
44					九州大学病院	2010年4月1日
45	佐賀県		○	○	佐賀大学医学部附属病院	2010年4月1日
46	長崎県		○		長崎大学病院	2010年4月1日
47	熊本県				熊本大学医学部附属病院	2010年4月1日
48	大分県		○		大分大学医学部附属病院	2010年4月1日
49	宮崎県				宮崎大学医学部附属病院	2010年4月1日
50	鹿児島県		○		鹿児島大学病院	2010年4月1日
51	沖縄県				琉球大学医学部附属病院	2010年4月1日
	計	14	25	20	51病院	

【地域がん診療連携拠点病院】

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
1	北海道		○	○	市立函館病院	2009年4月1日
2			○	○	市立札幌病院	2009年4月1日
3					砂川市立病院	2009年4月1日
4		○		○	日鋼記念病院	2009年4月1日
5					王子総合病院	2009年4月1日
6				○	旭川厚生病院	2009年4月1日
7				○	北見赤十字病院	2009年4月1日
8					帯広厚生病院	2009年4月1日
9					市立釧路総合病院	2009年4月1日
10					函館厚生院 函館五稜郭病院	2009年4月1日
11		○		○	KKR札幌医療センター	2009年4月1日
12		○		○	恵佑会札幌病院	2009年4月1日
13				○	札幌医科大学附属病院	2009年4月1日
14					札幌厚生病院	2009年4月1日
15				○	手稲溪仁会病院	2009年4月1日
16				○	北海道大学病院	2009年4月1日
17				○	旭川医科大学病院	2009年4月1日
18					市立旭川病院	2009年4月1日
19					釧路労災病院	2009年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
20	青森県			○	弘前大学医学部附属病院	2010年4月1日
21					八戸市立市民病院	2010年4月1日
22					三沢市立三沢病院	2010年4月1日
23					下北医療センターむつ総合病院	2010年4月1日
24	岩手県			○	岩手県立中央病院	2010年4月1日
25		○			岩手県立中部病院	2010年4月1日
26		○			岩手県立磐井病院	2010年4月1日
27					岩手県立宮古病院	2010年4月1日
28					岩手県立二戸病院	2010年4月1日
29					岩手県立胆沢病院	2009年4月1日
30					岩手県立大船渡病院	2009年4月1日
31					岩手県立久慈病院	2009年4月1日
32	宮城県			○	国立病院機構 仙台医療センター	2010年4月1日
33					東北労災病院	2010年4月1日
34					東北厚生年金病院	2010年4月1日
35					大崎市民病院	2010年4月1日
36					石巻赤十字病院	2010年4月1日
37	秋田県				山本組合総合病院	2010年4月1日
38					秋田赤十字病院	2010年4月1日
39					由利組合総合病院	2010年4月1日
40					仙北組合総合病院	2010年4月1日
41					平鹿総合病院	2010年4月1日
42					大館市立総合病院	2009年4月1日
43					秋田組合総合病院	2009年4月1日
44	山形県			○	山形市立病院済生館	2010年4月1日
45					山形大学医学部附属病院	2010年4月1日
46					山形県立新庄病院	2010年4月1日
47					公立置賜総合病院	2010年4月1日
48					日本海総合病院	2010年4月1日
49	福島県	○		○	慈山会医学研究所付属 坪井病院	2010年4月1日
50					脳神経疾患研究所付属 総合南東北病院	2010年4月1日
51					太田総合病院附属 太田西ノ内病院	2010年4月1日
52					竹田総合病院	2010年4月1日
53					会津中央病院	2010年4月1日
54		○			福島労災病院	2010年4月1日
55					白河厚生総合病院	2010年4月1日
56	茨城県			○	日立総合病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
57					総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
58		○	○		筑波メディカルセンター病院・茨城県地域がんセンター	2010年4月1日
59			○		筑波大学附属病院	2010年4月1日
60					東京医科大学茨城医療センター	2010年4月1日
61					友愛記念病院	2010年4月1日
62					茨城西南医療センター病院	2010年4月1日
63	栃木県	○		○	自治医科大学附属病院	2010年4月1日
64		○			栃木県済生会宇都宮病院	2010年4月1日
65			○		獨協医科大学病院	2010年4月1日
66					佐野厚生総合病院	2010年4月1日
67					上都賀総合病院	2010年4月1日
68	群馬県		○	○	前橋赤十字病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会 員	医療機関名	指定年月日
69					国立病院機構 高崎総合医療センター	2010年4月1日
70		○		○	国立病院機構 西群馬病院	2010年4月1日
71					公立藤岡総合病院	2010年4月1日
72		○		○	公立富岡総合病院	2010年4月1日
73		○	○	○	伊勢崎市民病院	2010年4月1日
74			○		桐生厚生総合病院	2010年4月1日
75					群馬県立がんセンター	2010年4月1日
76	埼玉県				春日部市立病院	2010年4月1日
77					獨協医科大学越谷病院	2010年4月1日
78			○	○	さいたま赤十字病院	2010年4月1日
79					さいたま市立病院	2010年4月1日
80					川口市立医療センター	2010年4月1日
81			○		埼玉医科大学総合医療センター	2010年4月1日
82					国立病院機構 埼玉病院	2010年4月1日
83			○		埼玉医科大学国際医療センター	2010年4月1日
84			○	○	深谷赤十字病院	2010年4月1日
85					恩賜財団済生会 川口総合病院	2009年4月1日
86	千葉県				千葉大学医学部附属病院	2010年4月1日
87					国立病院機構 千葉医療センター	2010年4月1日
88		○		○	船橋市立医療センター	2010年4月1日
89					東京歯科大学市川総合病院	2010年4月1日
90			○		順天堂大学医学部附属浦安病院	2010年4月1日
91			○		東京慈恵会医科大学附属柏病院	2010年4月1日
92					国保松戸市立病院	2010年4月1日
93			○		成田赤十字病院	2010年4月1日
94		○		○	総合病院 国保旭中央病院	2010年4月1日
95			○	○	亀田総合病院	2010年4月1日
96		○		○	君津中央病院	2010年4月1日
97					千葉労災病院	2010年4月1日
98	東京都		○	○	東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
99			○		日本医科大学付属病院	2010年4月1日
100		○	○	○	聖路加国際病院	2010年4月1日
101		○	○	○	N T T 東日本関東病院	2010年4月1日
102		○	○	○	日本赤十字社医療センター	2010年4月1日
103			○		東京女子医科大学病院	2010年4月1日
104			○	○	日本大学医学部附属板橋病院	2010年4月1日
105			○		帝京大学医学部附属病院	2010年4月1日
106					青梅市立総合病院	2010年4月1日
107					東京医科大学八王子医療センター	2010年4月1日
108					武蔵野赤十字病院	2010年4月1日
109			○		杏林大学医学部付属病院	2010年4月1日
110			○	○	順天堂大学医学部附属 順天堂医院	2010年4月1日
111			○	○	昭和大学病院	2010年4月1日
112	神奈川県		○		横浜労災病院	2010年4月1日
113			○		横浜市立市民病院	2010年4月1日
114			○		横浜市立大学附属病院	2010年4月1日
115					聖マリアンナ医科大学病院	2010年4月1日
116		○	○	○	川崎市立井田病院	2010年4月1日
117					横須賀共済病院	2010年4月1日
118					藤沢市民病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
119			○	○	東海大学医学部附属病院	2010年4月1日
120			○		相模原協同病院	2010年4月1日
121			○		北里大学病院	2010年4月1日
122			○	○	小田原市立病院	2010年4月1日
123	新潟県				新潟県立新発田病院	2010年4月1日
124					新潟市民病院	2010年4月1日
125			○		新潟大学医歯学総合病院	2010年4月1日
126					長岡中央総合病院	2010年4月1日
127			○		長岡赤十字病院	2010年4月1日
128					新潟県立中央病院	2010年4月1日
129					新潟労災病院	2010年4月1日
130					済生会新潟第二病院	2010年4月1日
131	富山県				黒部市民病院	2010年4月1日
132					富山労災病院	2010年4月1日
133		○	○	○	富山市立富山市民病院	2010年4月1日
134					富山大学附属病院	2010年4月1日
135					厚生連高岡病院	2010年4月1日
136			○		高岡市民病院	2010年4月1日
137					市立砺波総合病院	2010年4月1日
138	石川県				国立病院機構 金沢医療センター	2010年4月1日
139					石川県立中央病院	2010年4月1日
140					金沢医科大学病院	2010年4月1日
141		○		○	小松市民病院	2010年4月1日
142	福井県		○		福井大学医学部附属病院	2010年4月1日
143					福井赤十字病院	2010年4月1日
144		○		○	福井県済生会病院	2010年4月1日
145					国立病院機構 福井病院	2010年4月1日
146	山梨県		○	○	山梨大学医学部附属病院	2010年4月1日
147					市立甲府病院	2010年4月1日
148	長野県			○	佐久総合病院	2010年4月1日
149					諏訪赤十字病院	2010年4月1日
150				○	飯田市立病院	2010年4月1日
151				○	相澤病院	2010年4月1日
152			○	○	長野赤十字病院	2010年4月1日
153			○	○	長野市民病院	2010年4月1日
154					伊那中央病院	2009年4月1日
155	岐阜県				岐阜県総合医療センター	2010年4月1日
156					岐阜市民病院	2010年4月1日
157					大垣市民病院	2010年4月1日
158					木沢記念病院	2010年4月1日
159		○		○	岐阜県立多治見病院	2010年4月1日
160					総合病院 高山赤十字病院	2010年4月1日
161	静岡県		○		順天堂大学医学部附属静岡病院	2010年4月1日
162					沼津市立病院	2010年4月1日
163				○	静岡県立総合病院	2010年4月1日
164					静岡市立静岡病院	2010年4月1日
165			○		藤枝市立総合病院	2010年4月1日
166		○	○	○	総合病院 聖隷三方原病院	2010年4月1日
167			○		総合病院 聖隷浜松病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
168				○	県西部浜松医療センター	2010年4月1日
169					浜松医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
170				○	磐田市立総合病院	2010年4月1日
171	愛知県		○		国立病院機構 名古屋医療センター	2010年4月1日
172					名古屋大学医学部附属病院	2010年4月1日
173			○		社会保険中京病院	2010年4月1日
174			○		名古屋市立大学病院	2010年4月1日
175		○		○	名古屋第一赤十字病院	2010年4月1日
176					名古屋第二赤十字病院	2010年4月1日
177		○	○	○	海南病院	2010年4月1日
178					公立陶生病院	2010年4月1日
179			○		一宮市立市民病院	2010年4月1日
180			○		小牧市民病院	2010年4月1日
181		○		○	豊田厚生病院	2010年4月1日
182		○		○	安城更生病院	2010年4月1日
183					豊橋市民病院	2010年4月1日
184		○	○		藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
185	三重県				三重県立総合医療センター	2010年4月1日
186					国立病院機構 三重中央医療センター	2010年4月1日
187				○	山田赤十字病院	2010年4月1日
188				○	松阪中央総合病院	2010年4月1日
189					鈴鹿中央総合病院	2010年4月1日
190	滋賀県				大津赤十字病院	2010年4月1日
191					公立甲賀病院	2010年4月1日
192					市立長浜病院	2010年4月1日
193		○		○	彦根市立病院	2009年4月1日
194			○		滋賀医科大学医学部附属病院	2010年4月1日
195	京都府		○		国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年4月1日
196					市立福知山市民病院	2010年4月1日
197					京都桂病院	2010年4月1日
198					京都市立病院	2010年4月1日
199			○		京都第一赤十字病院	2010年4月1日
200					京都第二赤十字病院	2010年4月1日
201			○		国立病院機構 京都医療センター	2010年4月1日
202	大阪府				市立豊中病院	2010年4月1日
203			○	○	東大阪市立総合病院	2010年4月1日
204					国立病院機構 大阪南医療センター	2010年4月1日
205					大阪労災病院	2010年4月1日
206					市立岸和田市民病院	2010年4月1日
207		○			大阪市立総合医療センター	2010年4月1日
208					大阪赤十字病院	2010年4月1日
209					大阪市立大学医学部附属病院	2009年4月1日
210			○	○	大阪大学医学部附属病院	2009年4月1日
211			○		大阪医科大学附属病院	2009年4月1日
212			○		近畿大学医学部附属病院	2009年4月1日
213					関西医科大学附属枚方病院	2010年4月1日
214			○		国立病院機構 大阪医療センター	2010年4月1日
215	兵庫県		○		神戸大学医学部附属病院	2010年4月1日
216					神戸市立医療センター中央市民病院	2010年4月1日
217			○	○	関西労災病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
218			○		兵庫医科大学病院	2010年4月1日
219					近畿中央病院	2010年4月1日
220					西脇市立西脇病院	2010年4月1日
221					姫路赤十字病院	2010年4月1日
222					国立病院機構 姫路医療センター	2010年4月1日
223			○		赤穂市民病院	2010年4月1日
224					豊岡病院	2010年4月1日
225					兵庫県立柏原病院	2010年4月1日
226					兵庫県立淡路病院	2010年4月1日
227					国立病院機構 神戸医療センター	2009年4月1日
228	奈良県				県立奈良病院	2010年4月1日
229					天理よろづ相談所病院	2010年4月1日
230					近畿大学医学部奈良病院	2010年4月1日
231					市立奈良病院	2009年4月1日
232	和歌山県				日本赤十字社和歌山医療センター	2010年4月1日
233					公立那賀病院	2010年4月1日
234					橋本市民病院	2010年4月1日
235					社会保険紀南病院	2010年4月1日
236		○		○	国立病院機構 南和歌山医療センター	2010年4月1日
237	鳥取県				鳥取県立中央病院	2010年4月1日
238			○		鳥取市立病院	2010年4月1日
239					鳥取県立厚生病院	2010年4月1日
240					国立病院機構 米子医療センター	2010年4月1日
241	島根県	○		○	松江市立病院	2010年4月1日
242					松江赤十字病院	2010年4月1日
243					島根県立中央病院	2010年4月1日
244		○			国立病院機構 浜田医療センター	2010年4月1日
245	岡山県	○		○	岡山済生会総合病院	2010年4月1日
246			○	○	総合病院 岡山赤十字病院	2010年4月1日
247					国立病院機構 岡山医療センター	2010年4月1日
248			○		倉敷中央病院	2010年4月1日
249			○		川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
250					津山中央病院	2010年4月1日
251	広島県	○	○	○	県立広島病院	2010年4月1日
252					広島市立広島市民病院	2010年4月1日
253					広島赤十字・原爆病院	2010年4月1日
254					広島総合病院	2010年4月1日
255		○		○	国立病院機構 呉医療センター	2010年4月1日
256					国立病院機構 東広島医療センター	2010年4月1日
257					尾道総合病院	2010年4月1日
258		○	○	○	福山市民病院	2010年4月1日
259					市立三次中央病院	2010年4月1日
260					広島市立安佐市民病院	2010年4月1日
261	山口県				国立病院機構 岩国医療センター	2010年4月1日
262					周東総合病院	2010年4月1日
263		○		○	総合病院社会保険 徳山中央病院	2010年4月1日
264					山口県立総合医療センター	2010年4月1日
265		○		○	総合病院 山口赤十字病院	2010年4月1日
266					下関市立中央病院	2010年4月1日

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会 員	医療機関名	指定年月日
267	徳島県				徳島県立中央病院	2010年4月1日
268					徳島赤十字病院	2010年4月1日
269					徳島市民病院	2010年4月1日
270	香川県		○		香川県立中央病院	2010年4月1日
271					高松赤十字病院	2010年4月1日
272					香川労災病院	2010年4月1日
273		○	○	○	三豊総合病院	2010年4月1日
274	愛媛県				住友別子病院	2010年4月1日
275					済生会今治病院	2010年4月1日
276					愛媛大学医学部附属病院	2010年4月1日
277					愛媛県立中央病院	2010年4月1日
278					松山赤十字病院	2010年4月1日
279				○	市立宇和島病院	2010年4月1日
280	高知県				高知医療センター	2010年4月1日
281					高知赤十字病院	2010年4月1日
282	福岡県				国立病院機構 九州医療センター	2010年4月1日
283					福岡県済生会福岡総合病院	2010年4月1日
284			○		福岡大学病院	2010年4月1日
285					国立病院機構 福岡東医療センター	2010年4月1日
286		○	○	○	久留米大学病院	2010年4月1日
287		○	○	○	聖マリア病院	2010年4月1日
288				○	公立八女総合病院	2010年4月1日
289					大牟田市立病院	2010年4月1日
290				○	飯塚病院	2010年4月1日
291					社会保険田川病院	2010年4月1日
292		○		○	北九州市立医療センター	2010年4月1日
293		○	○	○	九州厚生年金病院	2010年4月1日
294					産業医科大学病院	2010年4月1日
295	佐賀県	○	○	○	佐賀県立病院好生館	2010年4月1日
296					唐津赤十字病院	2010年4月1日
297					国立病院機構 嬉野医療センター	2010年4月1日
298	長崎県		○		長崎市立市民病院	2010年4月1日
299					日本赤十字社長崎原爆病院	2010年4月1日
300					佐世保市立総合病院	2010年4月1日
301					国立病院機構 長崎医療センター	2010年4月1日
302					長崎県島原病院	2010年4月1日
303	熊本県				熊本市立熊本市民病院	2010年4月1日
304					熊本赤十字病院	2010年4月1日
305					国立病院機構 熊本医療センター	2010年4月1日
306					恩賜財団 済生会熊本病院	2010年4月1日
307					荒尾市民病院	2010年4月1日
308					熊本労災病院	2010年4月1日
309		○		○	健康保険人吉総合病院	2010年4月1日
310	大分県				国立病院機構 別府医療センター	2010年4月1日
311					大分赤十字病院	2010年4月1日
312					大分県立病院	2010年4月1日
313					大分県済生会日田病院	2010年4月1日
314					大分市医師会立 アルメイダ病院	2010年4月1日

〈資料1〉がん診療連携拠点病院指定一覧

No	都道府県	PCU	PCT	協会 会員	医療機関名	指定年月日
315	宮崎県				県立宮崎病院	2010年4月1日
316					国立病院機構 都城病院	2010年4月1日
317	鹿児島県	○		○	国立病院機構 鹿児島医療センター	2010年4月1日
318					鹿児島県立薩南病院	2010年4月1日
319					恩賜財団済生会 川内病院	2010年4月1日
320					国立病院機構 南九州病院	2010年4月1日
321					県民健康プラザ鹿屋医療センター	2010年4月1日
322					鹿児島県立大島病院	2010年4月1日
323	沖縄県				沖縄県立中部病院	2010年4月1日
324					那覇市立病院	2010年4月1日
325			○		国立がん研究センター中央病院	2010年4月1日
326		○	○	○	国立がん研究センター東病院	2010年4月1日
	計	64	114	104	326 病院	
	合計	78	139	124	377 病院	

参考：〔厚生労働省ウェブサイト http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_byoin.html がん診療連携拠点病院指定一覧表（2010年4月1日現在）〕

〈資料2〉 緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

〔拠点病院：がん診療連携拠点病院〕

都道府県	数	拠点病院	施設名	算定開始日
北海道	6	○	市立札幌病院	2010年4月1日
			市立函館病院	2010年10月1日
			札幌医科大学附属病院	2010年4月1日
			旭川医科大学病院	2008年4月1日
			国立病院機構 北海道がんセンター	2008年6月1日
			北海道大学病院	2010年7月1日
青森県	1		十和田市立中央病院	2007年1月1日
宮城県	1		東北公済病院	2008年4月1日
秋田県	1		市立秋田総合病院	2008年4月1日
山形県	3	○	山形大学医学部附属病院	2009年6月1日
			米沢市立病院	2010年5月1日
			日本海総合病院	2010年11月1日
茨城県	2	○	筑波大学附属病院	2008年4月1日
			筑波メディカルセンター病院	2008年4月1日
栃木県	2	○	足利赤十字病院	2010年4月1日
			獨協医科大学病院	2010年2月1日
群馬県	4	○	伊勢崎市民病院	2007年5月1日
			前橋赤十字病院	2010年4月1日
			桐生厚生総合病院	2008年12月1日
			群馬大学医学部附属病院	2010年4月1日
埼玉県	9	○	戸田中央総合病院	2008年7月1日
			埼玉県立がんセンター	2010年4月1日
			さいたま赤十字病院	2010年6月1日
			深谷赤十字病院	2010年12月1日
			狭山病院	2011年1月1日
			三井病院	2010年4月1日
			埼玉医科大学 総合医療センター	2009年11月1日
			三郷中央総合病院	2010年6月1日
埼玉医科大学 国際医療センター	2010年6月1日			
千葉県	7	○	亀田総合病院	2008年11月1日
			国立がん研究センター東病院	2009年6月1日
			千葉県がんセンター	2008年4月1日
			日本医科大学千葉北総病院	2008年4月1日
			順天堂大学医学部附属浦安病院	2009年9月1日
			東京慈恵会医科大学附属 柏病院	2010年4月1日
			成田赤十字病院	2010年4月1日
東京都	22	○	順天堂大学医学部附属順天堂医院	2011年1月1日
			昭和大学病院	2008年4月1日
			NTT 東日本関東病院	2010年4月1日
			日本赤十字社医療センター	2009年9月1日
			日本大学医学部附属板橋病院	2008年5月1日
			東京大学医学部附属病院	2010年4月1日
			東京都立駒込病院	2008年4月1日
			慶應義塾大学病院	2010年7月1日
			聖路加国際病院	2011年1月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
			東京慈恵会医科大学附属病院 虎の門病院 ○ 東京女子医科大学病院 ○ 日本医科大学付属病院 ○ 癌研究会 有明病院 ○ 東邦大学医療センター 大森病院 ○ 帝京大学医学部附属病院 ○ 杏林大学医学部付属病院 ○ 国立病院機構 東京医療センター ○ 国立がん研究センター中央病院 東京通信病院 JR 東京総合病院 江東病院	2009年7月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年4月1日 2010年7月1日 2010年6月1日 2010年4月1日 2010年10月1日 2010年6月1日 2010年12月1日 2009年7月1日 2010年6月1日 2010年11月1日
神奈川県	11	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	東海大学医学部付属病院 横浜市立みなと赤十字病院 川崎市立井田病院 小田原市立病院 昭和大学横浜市北部病院 横浜市立大学附属病院 北里大学病院 恩賜財団済生会 横浜市南部病院 横浜市立市民病院 横浜労災病院 相模原協同病院	2008年4月1日 2008年5月1日 2009年6月1日 2010年4月1日 2010年8月1日 2008年4月1日 2010年4月1日 2008年4月1日 2008年4月1日 2010年8月1日 2010年7月1日
新潟県	2	○ ○	長岡赤十字病院 新潟大学医歯学総合病院	2008年4月1日 2010年4月1日
富山県	3	○ ○	富山市立富山市民病院 高岡市民病院 富山赤十字病院	2010年6月1日 2008年4月1日 2010年4月1日
石川県	1	○	金沢大学附属病院	2008年4月1日
福井県	1	○	福井大学医学部附属病院	2010年6月1日
山梨県	1	○	山梨大学医学部附属病院	2008年4月1日
長野県	3	○ ○	長野赤十字病院 財団慈泉会 相澤病院 長野市民病院	2009年4月1日 2010年4月1日 2009年5月1日
岐阜県	1		東海中央病院	2011年2月1日
静岡県	6	○ ○ ○ ○ ○	総合病院 聖隷三方原病院 静岡県立静岡がんセンター 総合病院 聖隷浜松病院 藤枝市立総合病院 順天堂大学医学部附属静岡病院 静岡済生会総合病院	2008年4月1日 2011年1月1日 2010年4月1日 2008年4月1日 2010年4月1日 2010年7月1日
愛知県	11	○ ○ ○ ○ ○ ○	名古屋掖済会病院 海南病院 愛知県がんセンター中央病院 国立病院機構 名古屋医療センター 名古屋市立大学病院 社会保険中京病院 小牧市民病院	2008年4月1日 2009年4月1日 2008年4月1日 2009年8月1日 2009年5月1日 2010年4月1日 2010年4月1日

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
		○	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日
			中部労災病院	2010年4月1日
			総合大雄会病院	2010年4月1日
		○	一宮市立市民病院	2010年4月1日
滋賀県	1	○	滋賀医科大学医学部附属病院	2010年8月1日
京都府	5	○	京都大学医学部附属病院	2010年4月1日
		○	京都府立医科大学附属病院	2010年1月1日
		○	京都第一赤十字病院	2010年4月1日
		○	国立病院機構 京都医療センター	2009年5月1日
		○	国立病院機構 舞鶴医療センター	2010年6月1日
大阪府	14	○	大阪府立成人病センター	2008年4月1日
		○	東大阪市立総合病院	2008年4月1日
		○	大阪大学医学部附属病院	2008年5月1日
			関西電力病院	2008年11月1日
		○	大阪医科大学附属病院	2008年10月1日
			愛仁会 高槻病院	2008年4月1日
			大阪警察病院	2009年1月1日
			日本生命済生会付属日生病院	2010年4月1日
			大阪府立急性期・総合医療センター	2009年4月1日
		○	近畿大学医学部附属病院	2008年4月1日
			大阪市立総合医療センター	2009年10月1日
		○	国立病院機構 大阪医療センター	2008年4月1日
			国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター	2008年4月1日
			市立豊中病院	2010年12月1日
兵庫県	6	○	関西労災病院	2010年9月1日
			社会保険神戸中央病院	2010年11月1日
		○	兵庫県立がんセンター	2010年4月1日
		○	赤穂市民病院	2002年4月1日
		○	兵庫医科大学病院	2008年4月1日
		○	神戸大学医学部附属病院	2009年4月1日
奈良県	1	○	奈良県立医科大学附属病院	2010年10月1日
和歌山県	1	○	和歌山県立医科大学附属病院	2011年1月1日
鳥取県	2	○	鳥取大学医学部附属病院	2007年1月1日
		○	鳥取市立病院	2009年7月1日
岡山県	5	○	岡山赤十字病院	2010年4月1日
		○	岡山大学病院	2011年1月1日
		○	川崎医科大学附属病院	2010年4月1日
		○	倉敷中央病院	2010年11月1日
			岡山協立病院	2011年1月1日
広島県	3	○	県立広島病院	2010年1月1日
		○	福山市民病院	2010年4月1日
		○	広島大学病院	2010年11月1日
香川県	3	○	三豊総合病院	2005年7月1日
		○	香川県立中央病院	2004年8月1日
		○	香川大学医学部附属病院	2009年2月1日
愛媛県	2	○	四国がんセンター	2010年6月1日
			愛媛大学医学部附属病院	2009年9月1日
高知県	1		高知医療センター	2011年2月1日

〈資料2〉緩和ケア診療加算届出受理施設一覧

都道府県	数	拠点 病院	施設名	算定開始日
福岡県	7	○	久留米大学病院	2010年4月1日
		○	九州厚生年金病院	2008年10月1日
		○	聖マリア病院	2010年4月1日
		○	戸畑共立病院	2010年4月1日
		○	福岡大学病院	2010年4月1日
		○	国立病院機構 九州がんセンター	2010年4月1日
		○	飯塚病院	2010年8月1日
佐賀県	2	○	佐賀大学医学部附属病院	2005年11月1日
		○	佐賀県立病院好生館	2010年4月1日
長崎県	2	○	長崎大学病院	2010年4月1日
		○	長崎市立市民病院	2010年4月1日
大分県	1	○	大分大学医学部附属病院	2008年4月1日
鹿児島県	2	○	相良病院	2011年1月1日
		○	鹿児島大学病院	2010年4月1日
合計	156	114	156施設	

(2011年2月22日時点で、各地方厚生局のウェブサイトに掲載されている「施設基準等 届出受理医療機関名簿」をもとに作成)

〈資料3〉緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧

[拠点病院：がん診療連携拠点病院，支援病院：地域医療支援指定病院]

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
1	北海道	東札幌病院	1993年9月1日	243	58		
2		恵佑会札幌病院	2000年2月1日	272	24	★	
3		札幌ひばりが丘病院	1999年5月1日	176	21		
4		札幌南青洲病院	2004年1月1日	88	18		
5		清田病院	2009年10月1日	138	20		
6		勤医協中央病院	2007年11月1日	402	23		
7		KKR札幌医療センター	2005年8月1日	450	22	★	
8		函館おしま病院	2004年4月1日	56	20		
9		森病院	2001年9月1日	114	35		
10		洞爺温泉病院	2004年6月1日	216	18		
11		日鋼記念病院	2002年1月1日	479	22	★	
12	青森県	青森慈恵会病院	2000年6月1日	332	22		
13		ときわ会病院	2008年2月1日	149	20		
14	岩手県	孝仁病院	2008年6月1日	180	10		
15		盛岡赤十字病院	2009年7月1日	444	22		
16		岩手県立中部病院	2009年5月1日	434	24	★	☆
17		岩手県立磐井病院	2010年7月1日	315	24	★	
18	宮城県	東北大学病院緩和ケアセンター	2000年12月1日	1308	22	★	
19		光ヶ丘スヘルマン病院	1998年8月1日	140	20		
20		宮城県立がんセンター	2002年7月1日	383	25	★	
21	山形県	山形県立中央病院	2001年7月1日	660	15	★	
22		三友堂病院	2005年6月1日	199	12		
23	秋田県	外旭川病院	1999年2月1日	241	34		
24	福島県	慈山会医学研究所付属 坪井病院	1990年12月1日	240	18	★	
25		福島労災病院	2010年1月1日	406	32	★	☆
26	茨城県	つくばセントラル病院	2000年10月1日	313	20		
27		筑波メディカルセンター病院	2000年5月1日	409	20	★	☆
28		恩賜財団 済生会 水戸済生会総合病院	2000年10月1日	503	16		☆
29	栃木県	栃木県立がんセンター	2000年12月1日	357	24	★	
30		恩賜財団 済生会 栃木県済生会宇都宮病院	1996年11月1日	644	20	★	
31		自治医科大学附属病院	2007年5月1日	1130	18	★	
32	群馬県	公立富岡総合病院	2005年5月1日	359	18	★	
33		伊勢崎市民病院	2009年6月1日	520	17	★	
34		国立病院機構 西群馬病院	1994年7月1日	380	23	★	☆
35	埼玉県	戸田中央総合病院	2009年3月1日	446	18		
36		みさと健和病院	2010年4月1日	282	20		
37		上尾甞生病院	1992年3月1日	186	19		
38		埼玉県立がんセンター	1999年1月1日	400	18	★	
39	千葉県	千葉県がんセンター	2008年7月1日	341	25	★	
40		山王病院	1999年7月1日	318	23		
41		船橋市立医療センター	2010年4月1日	446	20	★	
42		国立がん研究センター東病院	1992年7月1日	425	25	★	
43		聖隷佐倉市民病院	2008年6月1日	400	18		
44		総合病院 国保旭中央病院	1999年5月1日	956	20	★	
45		君津中央病院	2004年11月1日	661	20	★	

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
46	東京都	聖路加国際病院	1998年5月1日	520	24	★	
47		永寿総合病院	2000年10月1日	400	16		
48		賛育会病院	1998年6月1日	264	22		
49		癌研究会有明病院	2007年5月1日	700	25	★	
50		東芝病院	2008年7月1日	307	15		
51		NTT 東日本 関東病院	2001年2月1日	605	28	★	
52		佑和会 木村病院	2004年7月1日	98	13		
53		日本赤十字社医療センター	2000年6月1日	733	18	★	
54		東京厚生年金病院	2004年6月1日	520	17		
55		佼成病院	2004年5月1日	363	12		
56		救世軍ブース記念病院	2003年11月1日	199	20		
57		東京衛生病院	1996年7月1日	186	20		
58		東京都保健医療公社 豊島病院	1999年9月1日	360	20		☆
59		総合病院 桜町病院	1994年8月1日	199	20		
60		日の出ヶ丘病院	2001年1月1日	263	20		
61	公立阿伎留医療センター	2006年9月1日	310	16			
62	救世軍清瀬病院	1990年6月1日	142	25			
63	国立病院機構 東京病院	1995年9月1日	560	20			
64	信愛病院	1996年9月1日	199	20			
65	聖ヶ丘病院	1996年6月1日	48	11			
66	神奈川県	川崎社会保険病院	1999年2月1日	308	24		
67		川崎市立井田病院 かわさき総合ケアセンター	1998年11月1日	443	20	★	
68		総合病院 衣笠病院	1998年7月1日	251	20		
69		昭和大学横浜市北部病院	2001年10月1日	661	25		
70		横浜市立みなと赤十字病院	2006年8月1日	643	25		☆
71		神奈川県立がんセンター	2002年4月1日	415	14	★	
72		横浜甞生病院	1995年3月1日	81	12		
73		湘南中央病院	2006年3月1日	199	16		
74		湘南東部総合病院	2006年1月1日	231	16		
75	ピースハウス病院	1994年2月1日	22	22			
76	新潟県	長岡西病院	1993年4月1日	240	27		
77		白根大通病院	2006年9月1日	299	28		
78		新潟医療センター	2001年8月1日	404	20		
79		南部郷厚生病院	2001年9月1日	120	20		
80	富山県	富山県立中央病院	1993年3月1日	765	25	★	☆
81		富山市立富山市民病院	2009年6月1日	595	20	★	☆
82	石川県	恩賜財団 済生会 石川県済生会金沢病院	1995年1月1日	260	28		
83		小松市民病院	2009年5月1日	364	10	★	
84	福井県	福井県立病院	2006年4月1日	1082	20	★	☆
85		恩賜財団 済生会 福井県済生会病院	1998年10月1日	466	20	★	☆
86	長野県	愛和病院	1997年12月1日	64	48		
87		新生病院	1998年10月1日	155	20		
88		諏訪中央病院	1998年9月1日	366	6		
89		健康保険岡谷塩嶺病院	1996年11月1日	199	10		
90	山梨県	山梨県立中央病院	2005年5月1日	691	15	★	
91	岐阜県	岐阜中央病院	1999年6月1日	352	28		
92		岐阜県立多治見病院	2010年7月1日	627	20	★	☆
93	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	2002年11月1日	557	42	★	
94		神山復生病院	2002年7月1日	60	20		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
95		総合病院 聖隷三方原病院	1990年5月1日	874	27	★	☆
96	愛知県	国立病院機構 豊橋医療センター	2007年4月1日	414	24		
97		愛知県がんセンター愛知病院	2006年5月1日	276	20		
98		安城更生病院	2002年6月1日	692	17	★	
99		名古屋第一赤十字病院	2006年4月1日	857	25	★	☆
100		名古屋掖済会病院	2004年2月1日	662	19		☆
101		総合病院 南生協病院	2002年7月1日	313	20		
102		協立総合病院	2001年12月1日	434	16		
103		名古屋市立東部医療センター 守山市民病院	2010年2月1日	165	15		
104		聖霊病院	2009年4月1日	300	15		
105		愛知国際病院	1999年5月1日	72	20		
106		豊田厚生病院	2010年2月1日	606	17	★	
107	藤田保健衛生大学病院	2010年4月1日	1494	19	★		
108	江南厚生病院	2009年11月1日	678	20			
109	津島市民病院	2007年1月1日	440	18			
110	海南病院	2004年7月1日	553	18	★		
111	三重県	三重聖十字病院	2005年11月1日	25	25		
112		藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム	1997年7月1日	218	18		
113		松阪厚生病院	2007年8月1日	780	20		
114		松阪市民病院	2008年2月1日	328	20		
115	滋賀県	大津市民病院	1999年6月1日	506	20		☆
116		彦根市立病院	2002年10月1日	450	20	★	
117		ヴォーリス記念病院	2006年12月1日	176	16		
118		滋賀県立成人病センター	2003年3月1日	541	20	★	
119	京都府	薬師山病院	1998年12月1日	50	50		
120		総合病院 日本バプテスト病院	1995年9月1日	167	20		
121		洛和会音羽記念病院	2008年11月1日	100	10		
122	大阪府	淀川キリスト教病院	1990年5月1日	487	21		☆
123		湯川胃腸病院	2002年11月1日	84	24		
124		協和会 千里中央病院	2010年4月1日	400	25		
125		ガラシア病院	2005年4月1日	115	23		
126		友誼会 彩都友誼会病院	2010年5月1日	225	40		
127		高槻赤十字病院	2002年7月1日	446	20		
128		小松病院	2006年5月1日	213	18		
129		耳原総合病院	2003年2月1日	384	23		
130		和泉市立病院	2010年12月1日	307	22		
131		阪和第二泉北病院	2002年11月1日	969	21		
132		岸和田盈進会病院	2002年2月1日	157	16		
133		星ヶ丘厚生年金病院	2008年12月1日	580	16		☆
134		大阪市立総合医療センター	2010年5月1日	1063	24	★	☆
135	奈良県	国保中央病院	2005年7月1日	220	20		
136	和歌山県	国立病院機構 南和歌山医療センター	2005年7月1日	316	8	★	☆
137		紀和病院	2005年8月1日	212	16		
138	兵庫県	神戸アドベンチスト病院	1993年10月1日	116	21		
139		社会保険神戸中央病院	1996年7月1日	424	22		
140		六甲病院	1994年12月1日	178	23		
141		東神戸病院	2000年5月1日	166	21		
142		立花病院	2005年9月1日	272	10		
143		尼崎医療生協病院	2007年7月1日	199	20		

〈資料3〉緩和ケア病棟入院料届出受理施設一覧

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
144		第二協立病院	2009年4月1日	225	22		
145		公立八鹿病院	2005年10月1日	420	20		
146		総合病院 姫路聖マリア病院	1996年8月1日	360	22		
147		宝塚市立病院	2010年11月1日	446	15		
148	鳥取県	鳥取生協病院	2008年4月1日	260	16		
149		藤井政雄記念病院	2003年11月1日	120	20		
150	島根県	松江市立病院	2005年9月1日	466	22	★	
151		国立病院機構 浜田医療センター	2010年5月1日	365	15	★	☆
152	岡山県	恩賜財団 済生会 岡山済生会総合病院	1998年9月1日	553	25	★	
153		岡山中央奉還町病院	2000年6月1日	81	15		
154		倉敷第一病院	2008年6月1日	191	20		
155		岡村一心堂病院	2007年6月1日	152	19		
156	広島県	福山市民病院	2006年9月1日	400	16	★	☆
157		公立みつぎ総合病院	2002年5月1日	240	6		
158		シムラ病院	2004年10月1日	121	18		
159		広島パークヒル病院	2002年5月1日	114	18		
160		県立広島病院	2004年10月1日	700	20	★	☆
161		安芸市民病院	2004年6月1日	140	20		
162		国立病院機構 呉医療センター	2000年4月1日	700	19	★	☆
163		廿日市記念病院	2002年1月1日	135	15		
164	山口県	総合病院 社会保険徳山中央病院	2009年3月1日	494	25	★	
165		国立病院機構 山口宇部医療センター	1998年11月1日	435	25		
166		安岡病院	1999年5月1日	278	25		
167		総合病院 山口赤十字病院	2000年1月1日	475	25	★	
168	香川県	三豊総合病院	2000年5月1日	519	12	★	
169	徳島県	近藤内科病院	2002年5月1日	55	20		
170	高知県	細木病院	2003年10月1日	320	14		
171		高知厚生病院	1995年12月1日	76	15		
172		もみのき病院	1999年4月1日	60	12		
173		函南病院	2000年7月1日	183	12		
174		三和会 国吉病院	2011年2月1日	86	12		
175		いずみの病院	2001年10月1日	238	12		
176		須崎くろしお病院	2007年11月1日	160	10		
177	愛媛県	松山ベテル病院	2000年4月1日	155	21		
178		国立病院機構 四国がんセンター	2006年9月1日	405	25	★	
179		愛寿会 西条愛寿会病院	2010年9月1日	165	15		
180	福岡県	北九州市立医療センター	2001年6月1日	536	20	★	
181		聖ヨハネ病院	2001年10月1日	20	20		
182		新日鐵八幡記念病院	2004年1月1日	453	16		☆
183		九州厚生年金病院	2005年4月1日	575	14	★	☆
184		及川病院	2004年11月1日	36	15		
185		秋本病院	2007年7月1日	50	16		
186		広仁会 広瀬病院	2010年12月1日	62	7		
187		那珂川病院	2006年7月1日	162	20		
188		栄光病院	1990年9月1日	178	50		
189		至誠会 木村病院	1999年12月1日	121	14		
190		たたらリハビリテーション病院	2004年11月1日	213	21		
191		原土井病院	2001年4月1日	556	30		

No	都道府県	施設名称	算定開始日	総病床数	承認 病床数	拠点 病院	支援 病院
192		さくら病院	1999年6月1日	152	14		
193		原病院	2005年1月1日	220	15		
194		西福岡病院	2007年7月1日	250	15		
195		村上華林堂病院	2007年6月1日	160	20		
196		糸島医師会病院	2008年8月1日	150	10		☆
197		久留米大学病院	1998年10月1日	1186	16	★	
198		総合病院 聖マリア病院	1997年9月1日	1388	16	★	☆
199		今野病院	2007年1月1日	67	19		
200		嶋田病院	2008年9月1日	150	14		
201	佐賀県	佐賀県立病院好生館	1998年3月1日	541	15	★	☆
202		河畔病院	2002年4月1日	187	18		
203	長崎県	朝永病院	1995年11月1日	43	22		
204		聖フランシスコ病院	1998年8月1日	220	22		
205		千住病院	2008年4月1日	297	20		
206	熊本県	イエズスの聖心病院	1994年11月1日	87	22		
207		熊本地域医療センター	2001年7月1日	227	10		☆
208		御幸病院	2003年6月1日	186	20		
209		桜十字病院	2010年1月1日	641	21		
210		メディカルケアセンターファイン	2007年11月1日	63	21		
211		健康保険人吉総合病院	2003年9月1日	274	11	★	☆
212		阿蘇温泉病院	2008年9月1日	260	15		
213	大分県	大分ゆふみ病院	2002年1月1日	24	24		
214		黒木記念病院	2002年1月1日	226	12		
215		佐伯中央病院	2007年7月1日	149	14		
216	宮崎県	三州病院	2000年5月1日	67	27		
217		宮崎県郡医師会病院	2002年3月1日	248	12		☆
218		平田東九州病院	2007年7月1日	125	21		
219	鹿児島県	天陽会 中央病院	2011年1月1日	200	10		
220		相良病院	1997年6月1日	81	24		
221		阿久根市民病院	2008年10月1日	244	10		☆
222		国立病院機構 南九州病院	2006年4月1日	475	25	★	
223		サザン・リージョン病院	2006年4月1日	131	11		
224	沖縄県	国立病院機構 沖縄病院	2006年6月1日	320	18		
225		アドベンチスト・メディカルセンター	2003年1月1日	48	12		
226		オリブ山病院	1995年6月1日	343	21		

合計	緩和ケア病床数 4,472 床	がん診療連携拠点病院 64 施設	地域医療支援病院 33 施設
----	-----------------	------------------	----------------

(2011年2月22日時点で、各地方厚生局のウェブサイトに掲載されている「施設基準等 届出受理医療機関名簿」および、各病院ウェブサイトの掲載情報をもとに作成)

※〈資料1～3〉作成：NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会

ホスピス緩和ケア白書 2011

がん対策基本法とホスピス緩和ケア

2011年3月31日発行

非売品

発行 (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
〒530-0013 大阪市北区茶屋町2-30
TEL 06-6375-7255 FAX 06-6375-7245

編集 (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
「ホスピス緩和ケア白書」編集委員会

編集協力 日本ホスピス緩和ケア協会

制作 株式会社 青海社
〒113-0031 東京都文京区根津1-4-4 河内ビル
TEL 03-5832-6171 FAX 03-5832-6172

印刷 モリモト印刷 株式会社

ISBN978-4-903246-14-7

