

IV. 地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア

4. 〔岡山市〕支持療法と緩和ケアの地域連携

加藤 恒夫

(かとう内科並木通り診療所)

最近の政策的背景—がん治療と終末期ケアの枠組み転換

2007年4月からがん対策基本法が発効し、同6月にはがん対策推進計画が政策決定され、これまで手がつけられていなかったがん医療をめぐるさまざまな領域（緩和ケア教育や治療早期からの緩和ケアの適応など）の整備が始まろうとしている。これは、2005年から2006年にかけて行われた医療政策の改変と合わせて、今後の日本のがん医療を根本から変えようとするものであろう。それらは以下のとおりである。

1) 治療期間の短縮：必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在宅日数を含む）が短くなる仕組みをつくる（2005年11月「社会保障審議会医療保険部会」）。

2) 医療連携の推進：急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、患者が、一貫した治療方針のもとに切れ目のない医療を受けることができるよう、地域医療を見直す（2005年12月「医療政策の大綱」）。

3) 在宅に向けた終末期ケアの枠組み転換：介護保険法の改定で、がん患者を2号非保険者として追加することにより福祉施設における終末期ケアを促した。一方、診療報酬改定では「在宅療養支援診療所」の新設による在宅終末期ケアの促進をはかった（2006年度診療報酬・介護保険改定）。

4) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施：緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断・治療・在宅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（2007年6月「がん対策推進基本計画」）。

在宅ケアへのシフトは進みつつも受け皿が未整備

上述の方向づけは、医療改革としてこれまでにない画期的なものといえよう。それは、療養場の選択を在宅に向けて政策誘導しようとするものであり、日本の医療のこれからのあり方、とりわけ、がん治療と終末期医療の枠組みに良くも悪しくも大きな変革をもたらすからである。すなわち、患者は、自身の病状や社会的・地理的条件（地域ごとの在宅ケアの体制等）の如何にかかわらず、医療経済的側面を理由に在宅ケアに移行させられようとしている。

このような状況下で、今後、患者と家族が満足できるがん治療と終末期ケアを提供するためには、それらの担い手を、これまでのような病院内医療職やがん在宅終末期ケアに特化した地域の医療機関（全国的にみても極めて少数だが）から、普通のプライマリケア担当者へと、幅広く移行できるが必須条件と考えられる。

本稿では、このような状況下で、今後の在宅ケアの担い手たるべきプライマリケア担当者が、どのようにすると、治療期から終末期にいたる切れ目のない在宅ケアの担い手として登場することができるかを、がんの治療の連続性の視点より、われわれの試みをもとに考察する。

在院日数短縮化のもたらしたものの—外来化学療法室の緩和ケア外来化

上記の在宅終末期ケアへの流れは、近年の在院日数の短縮化の完結施策として捉えることができる。がん医療における在宅ケアの問題は、2003

年の外来化学療法室加算の新設と分けて論じることができない。

すなわち、新制度の発足以降、重症の患者が外来での化学療法を強いられるようになってきている。化学療法の副作用や体力の消耗に悩まされる患者が、家族に抱えられるように病院の「ケモ室」に通院する姿をよく目にする。また外来化学療法室には、治癒が期待できる患者から終末期の患者まで、さまざまなステージの患者が混在しており、その場はあたかも「緩和ケア外来」の様相を呈する。しかし、そこには、supportive & palliative care の知識と技能を身につけたスタッフが配備されているとは限らず、人員の数もそのようなケアのためには十分とはいえない。

一方、在宅ケア担当のプライマリケア職には、外来化学療法室から突如として末期がん患者の在宅ケアの要請が舞い込み、その対応の緊急性と担当者の不慣れさゆえに、現場が混乱するケースが増えている。そのようなことが生じないために、終末期が近い患者を自宅に帰す際には、在宅ケアに備えてあらかじめ身近な在宅担当チームを紹介し、情報交換（教育も含めて）しておくことが原則であろう。

院内緩和ケアチームの役割—院内と地域との連携機能はまだ射程外

昨今、多くの基幹的病院において、がん連携拠点病院に認定されようとするためであろうか、「院内緩和ケアチーム」を立ち上げる例が多い。しかし、それらの緩和ケアチームに求められているのは、ほとんどが当該病院内部での患者のサポートである。そのチームには、院内と地域の両者を活動範囲とする任務づけはなされてはおらず、「切れ目のない」がん医療の実践にはまだ至らない。病院側・在宅側両者の適切な橋渡しを行うことができるためには、在宅ケアの処方必須であろう。

すなわち、在宅緩和ケアの促進のためには、院内緩和ケアチームは、院内と地域の両者の活動をつなぎ合わせることなくしては、チームの効果を十分に発揮できない。

緩和ケア岡山モデル—病院とプライマリケアチームの橋渡し＝「在宅サポートチーム」

われわれは2000年、プライマリケアチームを在宅緩和ケアの主役とし、彼らの実践を側面から支援する役割を担う「地域緩和ケアサポートチーム」を設立し、以来、病院とプライマリケア医の橋渡しを行い、在宅緩和ケアの「面」としての拡大を推進してきた（緩和ケア岡山モデル）。設立後の2001年1月から同19年10月までの間に、140名の患者を地域連携で看取ってきた。この間、在宅での看取りの例は着実に増加し、また、診療統括者としてのプライマリケア医の役割は年毎に大きくなってきている。

例として、緩和ケア岡山モデルでケアを提供した、直腸がん骨盤再発のAさんのケースを示す。63歳、脳梗塞後の妻と同居、2006年に直腸がんのために直腸離断術、仙骨および骨盤に転移があった（stage IV）が、治療への期待が強かった。放射線・化学療法を実施したが、痛みの増強とADL低下のため自ら当チームに相談に来られた。診察の結果は、病巣は局限しており、まだ化学療法が可能な状況だった。そのため、疼痛緩和後に新たな化学療法専門家を紹介し、その一方で、在宅療養のための地域連携体制を構築して自宅へ帰った。その後、在宅緩和ケアを受けながら拠点病院で化学療法を持続。紹介1年半後に間質性肺炎で死亡。

Aさんのケア連携図と、在宅サポートチームの役割・機能を示す岡山モデルの全体図を示す（図1, 2）。

化学療法群に少ないプライマリケア医の関与と自宅での看取り

過去140例を全体的に見わたすと、在宅緩和ケアへのプライマリケア医の関与が増加し、その役割が大きくなってきている。しかし、外来がん化学療法を受けていた患者群をみると、プライマリケアチームの関与は少なく、患者の在宅死も少ない。最近の連携事例の分析を以下に示す。

対象：外来化学療法加算が診療報酬で認められ

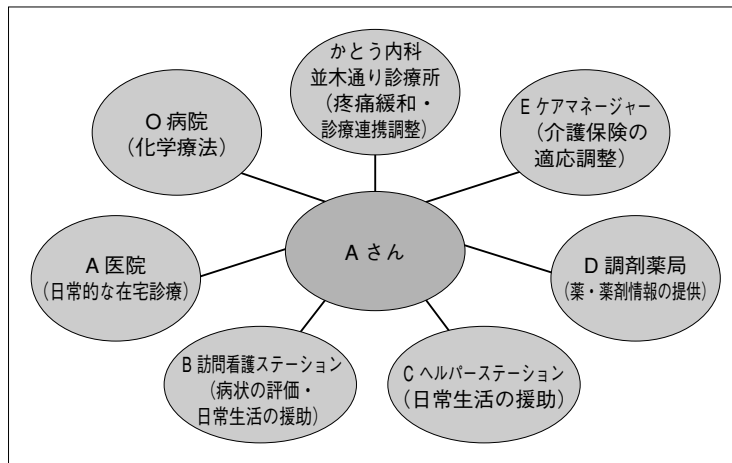


図1 緩和ケア岡山モデル—Aさんの診療連携図

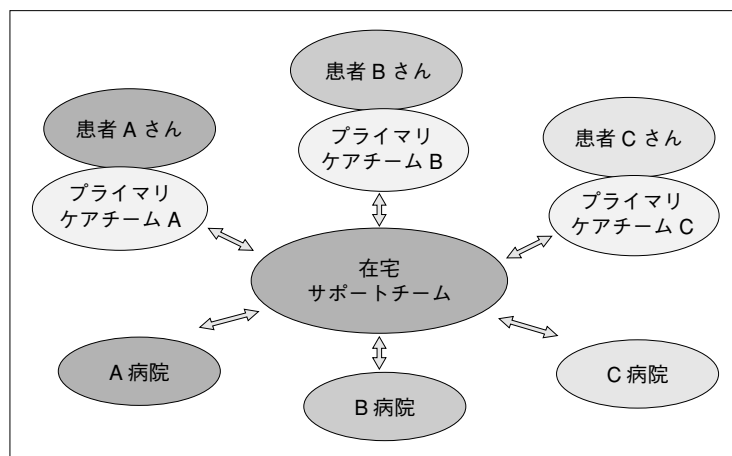


図2 緩和ケア岡山モデル全体図—地域連携による在宅緩和ケアの促進

た2003年1月から、2007年10月までの5年間に地域連携でケアした患者である。

方法：対象者を、連携開始時点でがん化学療法を受けていた群「化学療法群」と、化学療法を受けていなかった群「非化学療法群」にわけ、①診療連携対象機関と②死亡の場所についての比較を行った。

結果：5年間の全連携数は90例、そのうち、自宅での看取りは30例33.3%である。このうち「非化学療法群」は60例、年齢の中央値は74歳、自宅での看取りは25例41%、プライマリケアチームの関与は41例60.7%であった。一方、「化学療法群」は30例、年齢の中央値は65歳、そして自宅での看取りは5例17.2%、プライマリケ

アチームの関与はわずか4例13%であった(表1～3)。

がん在宅ケアの要—治療早期からの化学療法室とプライマリケアチームの連携

がん在宅ケアにおいてプライマリケアチームの存在は必須である。本調査の示唆することは、今後の化学療法室とプライマリケアチームの連携のあり方であろう。その根拠を明らかにするためには、さらなる調査研究が必要だが、課題は以下の通りみえている。

まず、化学療法室側としては、患者の意思決定を支援するための十分な情報開示が行われている

表1 結果1 (総合)

全体数	90
男性	48
女性	42
年齢中央値	68.5
化学療法実施者	30
非化学療法実施者	60
連携先医療機関	
病院	69
プライマリケアチーム	45
その他	2
原 発	
直腸・結腸がん	22
胃・食道がん	15
膵・胆道がん	12
肺がん	9
泌尿器がん	9
頭頸部がん	6
婦人科がん	4
その他	13
合計	90
死亡場所	
自宅	30 33.3
当院	29 32.2
病院	17 18.9
ホスピス	3 3.3
その他	11 12.2
合計	90 100

表2 結果2 (非化学療法群)

非化学療法実施者	60
男性	27
女性	33
年齢中央値	74
連携先医療機関	
病院	39
プライマリケアチーム	41
その他	1
原 発	
直腸・結腸がん	11
胃・食道がん	8
膵・胆道がん	7
肺がん	7
泌尿器がん	7
頭頸部がん	5
婦人科がん	3
その他	12
合計	60
死亡場所	
自宅	25 41.0
当院	16 26.2
他病院	13 21.3
ホスピス	2 3.3
その他	4 6.6
合計	60 100

表3 結果3 (化学療法群)

化学療法群	30
男性	21
女性	9
年齢中央値	65
連携先医療機関	
病院	30
プライマリケアチーム	4
その他	1
死亡場所	
自宅	5 17.2
当院	13 44.8
他病院	4 13.8
ホスピス	1 3.4
その他(不明2, 生存5)	7 24.1
合計	30 100
全身状態 (PS)	
0	4
1	16
2	5
3	4
4	1
5	0
合計	30
サポートチームの果たした機能	
がんの症状緩和	22
化学療法中の症状緩和	19
化学療法	9
プライマリケアチームの編成	4
在宅ケアチームの支援	4
終末期ケア	16
その他	0
病院の果たした機能	
化学療法	30
共同観察	25
急性転化時の治療	6
終末期ケア	3
その他	1

か、そして早期から在宅ケアを想定した連携調整が行われているかなど、患者のさまざまなニーズに沿った対応ができていくかどうかという点であろう。

一方、プライマリケアチームの側では、化学療法期から終末期に向けて病状が進行する患者とその家族に向き合う意欲があるか、またそれらの人々をケアするに十分な化学療法の副作用対策やがんの症状緩和のための知識と技能を持っているか、などであろう。

総じていえば、いかにすれば「地域ぐるみで患者と家族の視点に立った援助ができるか」ということであり、そのための「在宅サポートチーム」の関与の必要性和有効性を検証することである。

がん支持療法と在宅緩和ケアの拡大の必須条件—「在宅サポートチーム」の育成と教育

在宅緩和ケアの実践のためには、専門的な知識と技能が必要であることは論を待たない。いくら在宅療養支援診療所が増えても、その実践を支援する専門的チームがないところでは、がん在宅治

療と終末期ケアは拡大しないだろう。在宅療養支援診療所を増やすことは、必要条件にすぎない。

一方、化学療法の進歩とともに、最近では終末期まで化学療法が実施される傾向が強まっている。そして、そのような患者の在宅ケアには、介護保険が改定されたことにより、医療職以外のさまざまな職種が関与し始めるようになっている。一見良いことのようにだが、それは彼らに、「未知のケアへの取り組み」という新たな不安を生み出している。彼らへの支援と教育もまた急がれな

れない。

いま必要とされているものは、地域で在宅ケアの中核的役割を果たす「在宅サポートチーム」の育成である。「在宅サポートチーム」の任務は先述のように、在宅緩和ケアに関与するすべての職種の支援と現場での教育である。それこそが、在宅緩和ケアを、個人プレーとしてではなく、地域連携の中で拡大していくための「十分条件」となるだろう。「緩和ケア岡山モデル」の実践は、それを指し示している。