



通信 第45号

平成20年1月16日 発行

発行：「α」通信編集部

活動場所（第1日曜日、第3水曜日、2・4土曜日）

千葉大学・福祉環境交流センター内

TEL/FAX:043-290-3029

事務局連絡先

〒273-0033 船橋市本郷町505-1-704

FAX:047-333-0679 TEL:090-9317-8488

http://www009.upp.so-net.ne.jp/alpha_chiba/

発行責任者：土橋 律子

編集責任者：五十嵐昭子

がん対策基本法が2007年4月に施行されました。それをうけて、千葉県としても具体的な計画をたて実行に移す段階に来ています。そのような情勢の中、がん診療連携拠点病院の要となる千葉県がんセンター長の竜崇正さんと、ユニークな地域医療を展開している花の谷クリニック院長の伊藤真美さんに講演をしていただきました。（2007年10月13日）

竜さんのお話は、千葉県のがん治療に関する医療システムをどのように変えていくのか、伊藤さんのお話は緩和医療を掘り下げていくことから医療のあり方そのものを深めていく内容になっていました。そして、共通することは、二人に一人はがんになり、治癒しない場合でもがんを抱えながらふつうの生活をする事ができる時代の医療のあり方、「患者中心の医療」とはどうあるべきなのか、という問題意識であったと思います。

これからのがん医療 —がん拠点病院の役割—

竜 崇正（千葉県がんセンター長）



千葉県がんセンター長・竜さん

みなさん、こんにちは。千葉県がんセンター長の竜です。土橋さんとは古い友人で「α」の会にも参加させてもらって一緒に考えているわけですが、ここ10年で最も私に影響を与えてくれた会だと思っています。

た。県の計画に基づいてそれを実行し、10年後にがんの死亡率を20%下げるという数値目標もついています。これができない場合は県の責任ということになります。私は、千葉県がん戦略検討部会の部会長として、医療者だけでなく、がん体験者にも入ってもらって19名の委員で県のがん対策推進計画の策定を進めています。千葉県がん戦略検討部会案を中心に、19年10月、“千葉県がん対策推進計画”を策定する予定です。これらについては健康福祉部、健康づくり支援課の松本課長、生活習慣病対策室山木室長を中心に推進しております。7つの大綱を考えましたが、1から4に関しては小委員会を設置し、メンバーを選んで具体的政策を立案し、できるものから平成20年度予算に反映させるべく現在推進中です。

千葉県がん対策推進計画大綱

がん対策基本法ができ、都道府県のがん対策推進計画をそれぞれの県が作ることになりました

がんの予防及び早期発見の推進：これは千葉県大学の栗山呼吸器内科教授を委員長とする小委

千葉県がん対策推進計画大綱

千葉県がん対策戦略プラン検討部会案2007. 2

1. がんの予防及び早期発見の推進(栗山千葉大呼吸器内科教授)
 - 1) 禁煙活動の徹底 特に中高生における健康教育
 - 2) 地域がん登録の解析からみた地域別がん検診計画の策定
 - 3) モデル事業による効果的な検診の推進
 - ① 肺がん
 - ② 男性 胃がん
 - ③ 女性 乳がん
2. がん医療の均てん化(千葉県がん診療連携拠点病院協議会)
 - 1) 県内医療施設のネットワークの推進
 - 2) がん診療連携拠点病院とそれに準じる病院の院内がん登録の推進と千葉県地域がん登録へのデータ収集
 - 3) がん治療プロトコルの管理と安全管理システムの開発と普及
 - 4) がん登録からみた千葉県内病院別がん治療成績の検証
 - 5) がん診療連携拠点病院間の臨床研究の推進
3. 在宅緩和医療、在宅福祉政策の推進(元千葉県がんセンター長)
 - 1) がん診療連携拠点病院と在宅支援診療所、訪問看護、介護施設の連携
 - 2) モデル事業の構築
4. がん体験者の医療への関与の推進(齊藤あけぼの千葉会長)
 - 1) がん体験者のがん研究とがん医療への関与
CARRA (Consumer advocate in research and related activities)
 - 2) ピアカウンセリングの促進
5. がん特区
欧米での標準治療を千葉県で行える体制を
6. がん医療従事者の育成
7. がん死亡率半減を目指す千葉県がん対策の充実
 - 1) 県としてのがん対策組織の拡充
 - 2) がん専門病院の整備
千葉県がんセンターの充実
 - 3) がん研究の推進

(表1)

がん体験者の医療への関与の推進：これが千葉県の大きな目玉になると思います。あけぼの千葉の斎藤とし子さんに小委員長になっていただき、「α」の土橋代表もこの中に入っております。

その他、欧米のような標準治療ができるような体制ができないか、がん医療従事者の育成をするとか、県として、特に千葉県がんセンターの充実ということもできないかとこの中に盛り込んでおります。

千葉県がんセンター が行うべき治療とは

他の病院でやってない先端治療を行うのではなく、がんを治癒させる治療の安定的供給こそが生存率向上に最も重要で、国民の望むがん医療の均てん化が達成できるわけですから、標準治療の安定的供給こそががんセンターの行うべき医療であろうと考えます。胃がんになったら適切な

手術をして、なるべく早くきちんと治す。これが千葉県がんセンターで行う治療の70%になるだろうと思っています。

先端治療は、標準治療にはまだならないけれど一先懸命やれば標準治療になれるようなもの、例えば、胃がんや大腸がんは今では腹腔鏡下手術が標準治療ですが、少し前までは先端治療だったわけです。先端的治療を標準治療にする。それから、新しい抗がん剤を使ったり分子標的治療をやったり、IMRT や HIFU など新しい治療を行う。これがだいたい10%くらい。厳密に言えば5%くらいの患者さんが適応になると思います。

それから緩和治療ですね。残念ながら治療ができない、治癒の見込みはないけれども、緩和治療をやれば十分延命してその人らしく生活できるという患者さんに対して、緩和治療とし



員会で、全国的に肺がんが急増しておりますので肺がんに対する対策と、千葉県では特に男性の胃がん、女性の乳がんの死亡率が高いので、これに対する対策をすすめております。

がん医療の均てん化：均てん化とは平均化とは違います。例えば胃がんの生存率が、ある病院は80%、ある病院が40%だとすると、“平均化”では60%になります。生存率40%の病院ではさらに20%の患者さんを助けることができるようになりますが、80%の病院は20%の患者さんが助からないことになるので、“あまねく80%に揃える”という意味が“均てん化”ということです。これは、千葉県がん診療連携拠点病院協議会の仕事なので、拠点病院のまとめ役として千葉県がんセンターがありますので、センター長である私の責任になります。

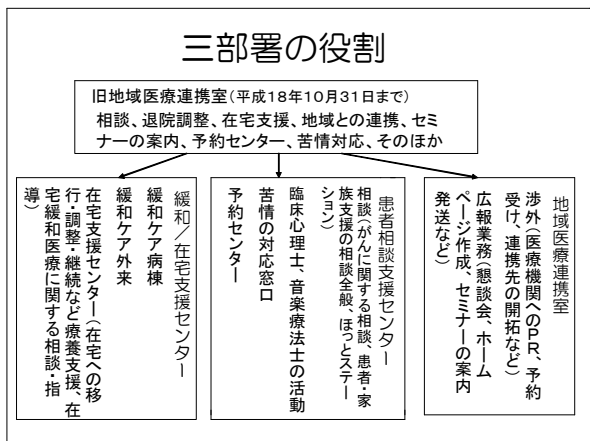
在宅緩和医療・在宅福祉政策の推進：この小委員会は戦略部会の部会長である私がやると言いついて、県からは部会長が小委員長までやる例はないのでダメだと言われたんですが、私がやっております。

て放射線療法や抗がん剤や症状緩和的な手術もあり得るだろうと考えており、これがだいたい20%くらいになるだろうと思います。

こういように「千葉県がんセンターの行うべき医療の明確化」ということを旗印に掲げています。こういう旗を掲げているところは全国のがんセンターでもまだないと思います。「がんセンターに行けば何か特別の治療をしてくれるかもしれない」と期待してくる方のなかには、標準治療というのはレベルの低い治療と誤解している方もおられると思いますが、標準治療というのは最も安定的に治癒させる治療法のことであってレベルの低い治療のことではございません。

がんセンターの目指す緩和医療と在宅への連携

次に、「がんセンターの目指す緩和医療と在宅への連携」です。10月10日に緩和在宅支援センター・相談支援センター・地域医療連携室連絡会議の仕事について千葉県がんセンターのクリニカル・オンコロジー・カンファレンス(COC)で発表がありまして、私は「こんなところまでうちのがんセンターが進んだか」と感激しました。それで、これを今日お話をさせていただこうと思ったんですが、もしかすると私のひとりよがりかもしれませんので、みなさんのご意見やご要望などをいただいて、地域、在宅緩和医療への道を模索したいと思っています。



(表2)

平成18年10月までは、地域連携室という中で医療相談や調整、在宅支援、地域連携などを行っていましたが、11月から患者相談支援センターを立ち上げ、患者さん個人のニーズに向き合うこととしました。そしてがん専門看護師やMSW(メディカルソーシャルワーカー)や臨床

心理士、音楽療法士、それからピアカウンセラーとして患者体験者を相談に充てる体制でスタートしました。



もうひとつは緩和・在宅支援センターです。緩和ケア病棟のほうは、国の方針では緩和基準を満たしてすべてを諦めた人でないと入院できない、と誠に非人道的な基準があります。そこで緩和ケア基準を返上しまして、在宅支援センターとして緩和ケアは行うけれど、診療報酬の1日39000円は足りない、患者さんは治療を諦めなくて良いようにするというので、緩和・在宅支援センターとして独立しました。

もうひとつは地域医療連携室で、各医療機関との連携、つまり組織対組織を連携するというのが仕事です。在宅医療にもっていくにはこの3つの役割がそれぞれ重要なので、それらが連携しあって、千葉県がんセンター、地域病院と在宅との連携ができるのではないかと考えています。

地域医療連携室

地域ごと、在宅療養を継続した医療機関
市川・船橋・松戸地域：市川ケアクリニック・浮谷クリニック・高根木戸診療所・すこやか医院・あおぞら診療所
習志野市：谷津パーク診療所
中央区：増田病院・今井町診療所・蘇我メディカルクリニック・さくさべ坂通り診療所
若葉区：宮内泌尿器科・板谷内科クリニック・千城台クリニック・高根町整形外科
緑区：篠崎医院・坂の上外科・けやきクリニック
八千代・四街道地域：高津南クリニック・潤生堂医院
香取・小見川地域：多古中央病院
山武・東金地域：岡崎医院・高橋医院
市原市：五味クリニック・ななほしクリニック
長生・茂原地域：森川医院・本納整形外科・睦沢診療所・粒良医院・長南中央病院・長島医院
いすみ市：永津斉藤医院

(表3)

まず、地域医療連携室の役割ですが、当センターからいろいろなことをお願いできる施設を探し、患者さんのニーズにあった施設を紹介し

て、患者さんが安心して家へ帰れることを目指します。院内に対しては、患者さんをいろいろな施設に紹介するときは地域医療連携室を通して行ってくださいということアナウンスしました。連携室は、その医療機関がどこまでの役割をやってくれるかをよく調べて、その医療機関のニーズや特徴にあわせて患者さんを紹介する。それから、地域ごとのマップを作成して活用しやすい情報を提供します、ということをお患者さんや院内の人たち、また、外の診療所などに提供しております。

(表3) これは、地域ごとに実際に在宅療養を継続した医療機関です。千葉市周辺ですが、香取・小見川地区などもございますし、市川・船橋方面など、いくつかの地域のこういう診療所を紹介し、在宅療養を継続する連携体制を作っており、こういう輪をどんどん広げていきたいと思っています。

患者相談支援センター

千葉県がんセンターにおける患者相談支援センターですが、昨年の11月に患者相談支援センターとして独立し本年の7月からは、総勢18名の多職種部門としてさらにステップアップいたしました。がん対策基本法のがん対策推進基本計画の中に相談支援センターの役割と個別目標が明記されておりますので、これに関してはがんセンターの義務ということになるわけです。国立がんセンターの場合は昨年11月からソーシャルワーカーが相談を受け、地方がんセンターに振り分ける仕事をスタートさせています。

当センターではすべての職種をここに揃えまして、室長が医師、婦人科の田中部長ですが、代理が副看護部長、事務局管理課長が1名、専任の看護師が2名おります。ひとは、日本ではまだ80人しかいないがん看護専門看護師ですし、臨床心理士が3名、ピアカウンセラーが3名、この中には「α」の野田さんや土橋さんやあけぼの千葉の斎藤さんなどが入っております。MSWは2名、音楽療法士が1名。患者図書室にはやはり「α」の仲間でもある下原さん、患者



体験者で司書という専門職を生かして患者さんに必要な図書情報などの提供を行っています。また、患者図書室も患者さんにとってリラックスできる場所としての機能も

しております。

相談件数の推移ですが、ずっと増えてきて1日35件くらいの相談があります。入院の方は少ないのですが、病院の外からの相談が非常に多く、県内・県外の患者さんのニーズにもお応えしているわけです。

相談内容は、疾患・治療・検査などに関する相談、症状や副作用・後遺症などについて、医療者との関係についての相談、在宅・仕事・家庭との関係など非常に多岐にわたっております。

相談支援センターの活用例では、患者・家族が直接来訪する場合や、電話で相談する場合もございます。経済的な問題や家族背景など複数の問題を抱えているケースはどこに相談したらよいのか判断に迷うものですが、相談支援センターでお聞きして、それぞれの専門職に繋げるということをしております。

事例1 (カルテ記載)

H19/08/07	泌尿器科	再診 外来 国保
10:24:34	入力者 医師	患者相談支援センター腎がん術後再発、骨転移に対して放射線療法・オピオイドによる治療中です。今後はインターフェロンによる全身療法を予定しています。通院治療・在宅治療についての支援をお願いします。
H19/08/07	患者相談支援センター	泌尿器科 再診 外来 国保
12:44:17	入力者 相談支援センター 看護師	放射線治療後に一人でみえる。病院に来るときにはタクシーで、帰りはバスである。現在〇〇の自宅で高齢の姉と二人暮らしである。(中略) 痛みなどのつらい症状に対して、緩和医療科でコントロールができる事、今後は高齢の姉との生活に不都合が出てきたときのためにスムーズにサポートできる体制が必要であろう、と話した。介護保険の申請を姉とともにするよう助言した。(後略)

(表4)

この事例は腎がん術後再発の方で、骨転移に対して放射線療法とオピオイドによる治療をしていて、今度インターフェロンによる全身療法を予定している方です。「通院治療、在宅療法に対して支援をお願いします」という医師の依頼で、放射線治療後に一人で相談にみえました。病院に来るときはタクシー、帰りはバスで通院中。現在自宅で高齢の姉と二人暮らしであると

のことなので、相談支援センターの方では、痛みなどのつらい症状に対しては緩和医療科でコントロールができること、今後、高齢の姉との生活に支障が出てきたときにスムーズに対応できる体制が必要だろうと話し、介護保険申請の手続きを姉と共にするようにと助言しました。

このように患者相談支援センターが個々の患者さんと向き合った支援をしています。今後の方向性ですが、身体的精神的症状を呈する場合は緩和医療科外来、社会的経済的問題が混在し、問題点の整理が必要な場合は患者相談支援センターが担当するということです。このように多職種で患者さんの種々の相談に対応する相談支援センターというのは、まだ発足したばかりですし、日本でも前例がありませんので、みなさんの意見を踏まえながらさらに良いものにしていきたいと思っております。

緩和医療科外来

次に緩和医療科の外来ですが、WHO の緩和の定義では、治療の当初から提供すべきものであり、今回のがん対策基本法の中にも盛り込まれています。この中では外来での緩和医療が重要になってくるだろうと思っております。今までは“緩和医療＝緩和ケア病棟＝すべての治療を諦めて緩和基準を満たした人が緩和ケア病棟で緩和ケアを受ける”という非常に限られた人しか恩恵を受けられない状態でした。

今の日本の医療法の中ではそのようになっていきますので、千葉県がんセンターでは緩和ケア基準を返上し、治療の当初から緩和ケアを行うことにしました。しかし、緩和ケア基準を返上しましたので国のホームページ等では「千葉県がんセンターは緩和ケアをやっていない」ということになっております。

別の法律では、治療の当初から緩和ケアチームが必要だと言っているが、それにそってやると緩和ケアをやっていないことになる、というのはどういうことだと言いたくなります。非常に矛盾しているわけですが、外来での緩和医療を中心として院内の緩和ケアチームと連携して、緩和医療外来・緩和ケアチームとして医療の当初から積極的にやっていきたいと思っております。

緩和医療外来の患者さんの内訳を見てみると、1年間で270人が受診しており、がんの部位は様々です。治療別にみると、化学療法を行っている患者さんと化学療法を行っているが副作用

などが強くて中断している患者さんで半分以上です。それから、化学療法の終わった後ということで、やはり抗がん剤を受けておられる方がほとんどです。

緩和医療外来を受診する一番の理由は症状コントロールです。それから、近いうちに化学療法の継続が困難になる方、全身状態が悪くなったとか、もしくは患者・家族が緩和ケア病棟に入院したいというような方が緩和医療外来に来られるわけですが、やはり精神症状のコントロールが一番大きな受診理由になっているかと思っております。

緩和医療科外来の役割

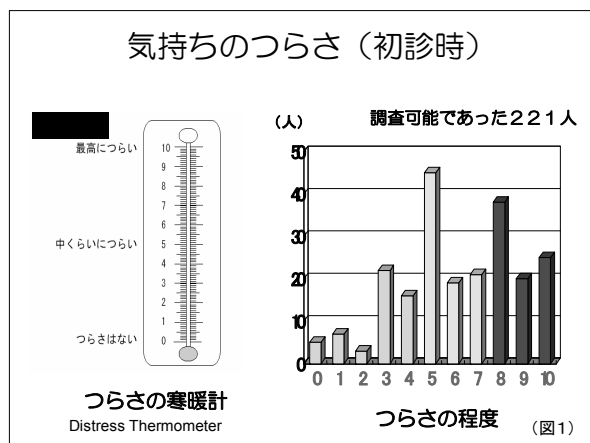
1. 症状コントロール(精神症状も含む)
2. 抗がん剤治療の終了前後での関わり
3. 療養場所の決定(在宅への移行)

(表5)

緩和医療科外来の役割ですが、まず第一に症状コントロール(精神症状も含む)です。がん患者さんの三割は精神的な大うつ病の状態にあるということですので、できたら精神科の先生にも具合が悪くなってから関わるんじゃなくて、治療の当初から入っていただくようなことを考えております。

強い症状にはいろんなものがありますが、痛み、眠気、あるいは逆に不眠、倦怠感などが50%以上の方にあります。痛い場合にはモルヒネなどの痛み止めを使うわけですが、それでも不安はとれませんので、不安をどうやってとっていくかということも大きな問題ですし、不眠というものも非常に辛い症状になるかと思っております。

つらさの寒暖計というものを使い、非常につ



らい場合を 10 として、10 段階評価で今のつらさを表現してもらいます。緩和ケア外来ではこのようにつらさの程度を患者さんに書いていただいているのですが、つらさ 5 と答えている方がもっとも多いですが、8、9、10 と答えている方もかなりいらっしゃいます。このような方たちのつらさに対してどのように解決していくかをみんなで考えているといったところです。

治療終了前後での関わり

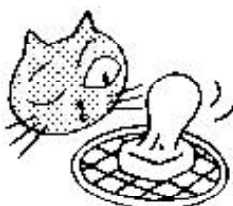
1. 複数の目標を同時に持つ
治癒/延命を目標とすると同時に、生活の質の維持も目標
2. 最善を期待しつつ、そうでない場合にも備える
治療に効果がない場合のことも、イメージしていただく
3. 緩和医療についてポジティブに説明
治療を終了しても、患者のために力になれることを強調

(表6)

治療の終了前後ですが、これは緩和外来の坂下医師の考えですが、複数の目標を同時に持つことが必要なんじゃないか。治癒・延命を目標とすると同時に、生活の質の維持も目標にするということですね。それから、最善をめざしつつ、そうでない場合、治療に効果が認められない場合のこともイメージして準備をしていただく。緩和医療についても、“緩和医療＝ダメ”なんじゃなくて緩和医療を受けることによってその人らしく苦痛なく生活できるんですよ、というポジティブな説明をしています。今まではがんセンターの本館の外来で化学療法を行い、緩和ケア病棟に入院してもらってから在宅医療に紹介する形だったんですが、これからは直接在宅にも紹介するようにしたい。

在宅に行くことをすべて良しとしているわけではありません。在宅医療が重要になってきた一番の理由は、厚労省が医療費を削減する目的でなるべく在宅の方向へ誘導しようとしているからです。急増する高齢者人口に対して絶対的にベッド数が不足するであろうというわけです。私たちはこういう厚労省の低医療費政策のため

に在宅医療を推進しているわけではなく、人間の一生からみて家で過ごすのが一番良いだろうと考えているわけです。入院では痛みはとれてもそこには生活がない。在宅ケアで痛



みもとれて生活もある、という過ごし方のお手伝いができる。これが千葉県がんセンターの目指す在宅緩和医療でありまして、なんでもかんでも在宅でということを進んでいるわけではございません。

治療を終えた患者さんは、今までは本館の外来で緩和医療、ターミナルだなどと判断したら緩和ケア病棟に行ってもらい、その中の何人かが在宅に帰ることができるということでしたが、最近は直接、在宅支援センターや地域連携室や相談室などから緩和ケア病棟を経由しないで在宅に移行しています。必要があればバグベッドとして緩和ケア病棟にはいつでも入院できる体制としましたので、安心してお家にいていただける。在宅になっても患者とがんセンターのつながりは切れない、具合が悪ければいつでも入院できるという保証が大事と考えています。

実際には、社会的問題を抱えている場合もかなり多く、サポートが乏しい独居の方、経済的な問題、それから複雑な家庭環境の方、それからすごく若くしてがんになってしまった方、突然もうあなたには治療法がありませんと、心の準備が何もないまま末期になってしまった方、いろんな理由で医療不信に陥っている方などは非常にサポートが難しい。こういった方たちには患者相談支援センターが中心となって、臨床心理士や音楽療法士やピアカウンセラーなどのいろんな人がいろんなふうに関わりあってサポートしていこうと努力しているところです。

それから、治療中から緩和医療が受けられるような体制にし、治療が終了したら安心して家へ帰ってもらうことを目標にしておりますので、緩和医療科という名前も考えなければなりません。緩和医療科へ回されたらもう終わりだと思わないような体制を模索していきたいと思っております。

在宅支援センター

在宅支援センターの目的

1. 在宅支援センターを中心に地域と連携を図り、患者が安心して在宅療養が行える環境を整える
2. がん拠点病院として在宅療養を推進するシステムを構築する

(表7)

次に在宅支援センターの活動ですが、地域と

の連携強化を図り、患者さんが安心して在宅療養ができる環境を整えたいと思っております。当センターは地域連携室と相談支援センターと一緒にあって患者さんの在宅の支援をするということになりまして、入院患者の退院調整や通院中の在宅療養患者の支援を行っています。今のところパワフルな看護師一人しかおりませんが、一生懸命やっております。

対象となる患者さんは、化学療法中に副作用が強く、緩和医療科外来を受診している方、化学療法の効果が期待できなくなった、自宅の生活そのものに何らかの援助が必要である、入退院を繰り返している、症状が変わりやすいなどの方です。

在宅支援の流れは、いろんな方が相談支援センターを介して、あるいは在宅支援センターに直接支援をお願いしているような形でして、問題点が複数の場合は相談支援センターを介する場合があります。

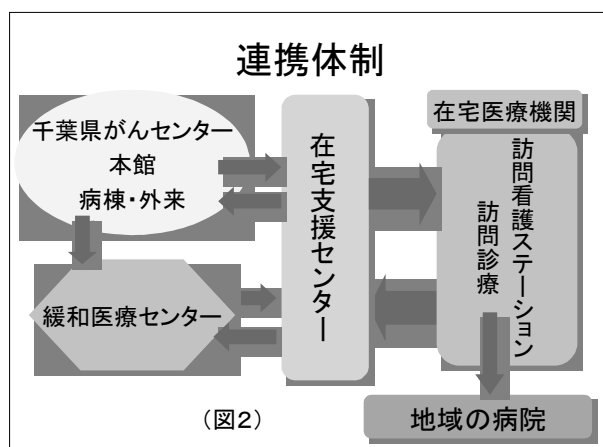
在宅療養への移行のお手伝い
・今までの治療の経過を一緒に振り返り、現在の病状や症状を共有する
・今後どのように過ごしたいと思っているのか
・自宅での生活で不安に思っていることは？
・緩和医療科の紹介
・在宅での看取りについて(情報提供、意思の確認)

(表8)

在宅医療への移行のお手伝いですが、これまでの治療の経過を振り返り現在の病状や症状を医療者が共有し、今後どのように過ごしたいと思っているのか、自宅での生活で不安に思っていることなどをお聞きし、必要に応じて緩和医療科の紹介もしますし、在宅での看取りについての情報提供と意思の確認などをしています。

在宅療養へ移行することになりますと、当センターの地域医療連携室が地域の訪問看護ステーションや地域の病院などへ紹介し、それらの施設と一緒に在宅支援をやっていきます。在宅支援看護師が入院患者の退院調整や外来患者の在宅療養支援を行いますし、地域医療連携室の専任スタッフが頻回な外部との連絡調整を行い、緩和医療科との連携の中で在宅支援を行っているわけです。在宅支援の看護師に求められるものはコーディネート能力とリーダーシップで、これらのことが非常に重要になってくると思っております。

2006年11月から2007年7月現在までの連携



状況ですが、総数が214名で、継続療養中の方が104名、緩和医療センターに入院後亡くなった方が33名、在宅で亡くなった方が58名、がんセンター本館に再入院して亡くなったが19名ということです。亡くなった方の半分が在宅、半分の方はまた病院に帰ってきて亡くなっておられます。患者さんのニーズ、ご家族のニーズに合わせて種々の終末の過ごし方をサポートしていくということです。この4月から6月までは在宅療養継続中の方が44名で、在宅で亡くなった方が26人ということで、だんだんと在宅支援センターが進むにつれて在宅で安心して最後まで過ごせるという体制になってきているかなと思います。

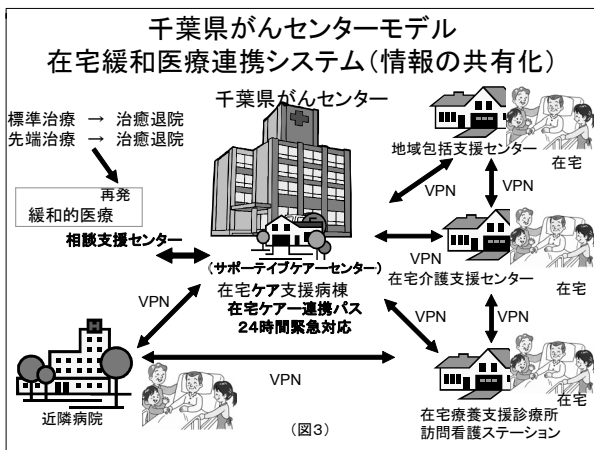
今後の課題ですが、外来患者さんへの情報提供をスムーズにすること、地域の医療機関へは在宅での緩和技術のアドバイス、在宅での緩和医療に関する市民への啓蒙活動、調剤薬局との連携、院内の在宅療養に対する認識の改革、それから、千葉市モデルとして千葉市医師会とも連携してがんの専門施設でなくてもサポートできるような体制にし、それぞれ役割分担をしながら患者さんが安心して在宅で過ごせるような内容を考えていきたいと思っております。

早期の連携により在宅療養の質の向上を目指し、千葉市医師会との連携を強化していきたいと思っております。これに関しては当センターの緩和医療センターの渡辺部長が、厚生労働省がん臨床研究の中で“在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究班”の班長をされており、さらに推進できる体制が整ってきたと思っております。

今後ですが、在宅がん医療専門ではない開業医が、在宅医療を実践できるところまでもっていきたいと思っております。医師・看護師を中心にした多職種によるチームケアの重要性を十分認識してもらい、研修・手引き書の作成などで底上げを図りながら在宅へもっていきたい。

たとえば、A医院のBさんという患者さんが症状が悪化した場合、当番医のD医院でも診られて、これらの情報は共通の電子カルテを通じて後方病院やがんセンターなども診れるというような形にし、役割分担をしていくというような体制を考えていきたいと思っております。

在宅緩和医療連携システム



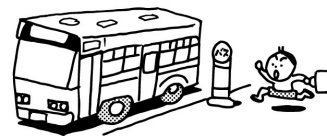
千葉県が進めている在宅緩和医療の連携システムですが、千葉県がんセンターがこのVPN（Virtual Private Network）というネットワークを使って近隣の病院や在宅支援センターと連携するシステムをつくりたいと思っております。

循環型地域医療連携システムということで、かかりつけ医から地域のみなさんに、それから在宅療養支援診療所や行政など、こういう中で専門的な知識が必要な場合はがんセンターなども連携しあうということを考えておりました、千葉県がんセンターの中にWEBサーバーを立ち上げて自分の電子カルテの情報は患者さんも見れるという体制にもっていきたいと思っております。

がん診療連携拠点病院協議会としては、それぞれの地域のがん診療連携拠点病院をネットワークで繋いで情報を共有しながら役割分担をし、患者さんのニーズに応えるような体制を作っていきたいと思っております。

在宅緩和医療、在宅福祉政策の推進ですが、患者家族の声を生かして各地域でモデル事業を展開しながら、「あるべき」緩和医療、「できうる」緩和医療を模索し、病院地域在宅のネットワークを模索したいと考えております。

ご静聴ありがとうございました。



これからのがん医療 地域・在宅医療の現状－緩和医療を中心に

伊藤 真美（花の谷クリニック院長）



伊藤 真美さん

みなさん、こんにちは。去年から南房総市になりました、千倉町から来た伊藤です。高速がようやく館山の方までつながってここまで1時間半、同じ千葉県といっても県北と私のいる千倉町では医療事情もだいぶ違うんだということを、講演会の前に「α」のみなさんや竜先生を交えて話していて感じま

した。距離が少し近くなって、これからのがん医療、がん治療でどんなふうに連携を取りながらやれるかということ、前半の竜先生のお話とうまくつなげられるかわかりませんが、私の方が今、有床診療所・花の谷クリニックでどんなことをやっているかをまずお話したいと思います。

私の診療所からすぐ目の前の所には白子漁港があります。千倉というのは、お花の町で有名で、年間を通じて霜が降りないので12月、1月、2月、3月がお花の季節で4月になるとお花畑から田んぼに変わっちゃう、そんなところです。

当院は木造平屋で、7年前に病棟を作りました。10部屋、畳の部屋まで入れて14床の病棟



花の谷クリニック外来玄関

を持っています。

病棟ホールは食堂兼用で、患者さんも食事をしますし、スタッフが食事をしている風景も多いんです

が、時々コンサートを開いたりもしています。病室は、10室のうち8室が個室で、2床の部屋が二つありまして、畳の部屋が二つあって14床ということです。

同じ敷地の中に庄左エ門と呼ばれる建物があり、現在は療養通所介護のデイセンターとして届出をしています。土地を借りて花の谷クリニックをはじめたのですが、4年前まで地主さんが住んでいらしたお家で、地主さんが最後は当院の病棟に入院されて亡くなられ、その後を使わせていただいています。屋号が庄左エ門だったものですから、その名前を取って“庄左エ門デイセンター”と名付けました。

当院の特徴

花の谷クリニックの特徴
<ul style="list-style-type: none"> ・一般内科外来診療 ・緩和ケア病棟 ・在宅ケア <p>3つを連携させる有床診療所である。</p> <p>末期がんばかりでなく、症状緩和を必要とする様々な病気の人が対象である。</p>

表1

当院の特徴ですが、外来は一般内科外来です。小児科は近隣に少ないので1歳未満のお子さんから100歳近いお年寄りまで、幅広い層の方が来てくれています。緩和ケア病棟とここには書きましたけれど、当院は19床以下の有床診療所でいわゆる20床以上の病院ではないので、医療保険上の厚労省の承認施設となる緩和ケア病棟ではありません。厚労省のカウントには入っていませんが、10部屋を主に緩和ケアの患者さんのために建てました。

次に在宅ケア。これもマンパワーが許す限り

になりますが、訪問看護、訪問診療もやっています、この3つを連携させるというのが当院の特徴です。もうひとつ、緩和ケア病棟として承認された病院ではないので、末期がんだけでなく、症状緩和を必要とするさまざまな病気の人を対象に診ています。

今日のお話は、「これからのがん医療」ということでしたが、私の方では「これからの緩和医療」ということで、がん以外の疾患も含めた緩和医療の話も少しさせていただこうと思っています。

花の谷クリニックの概要

1995年4月 無償の内科診療所としてスタート
1999年5月 10室の緩和ケア病棟を開設
2000年4月 居宅介護支援事業所を併設 介護保険のデイケア事業を開始
2004年7月 支援費制度の障害者デイサービス 事業及び、障害者短期入所事業を開始
2005年4月 在宅支援診療所となる
2006年9月 療養通所介護(デイサービス)を開始

表2

これまでのクリニックの経緯ですが、ベッドなしの普通の内科の診療所としてスタートしたのが12年前です。それから5年経って99年に病棟を建てました。その翌年2000年が介護保険発足の年、同時に当院でも元々やっていた訪問看護・訪問診療の延長でケアプランを立てようということで、居宅介護支援事業所も併設しました。それから、ほんとに小規模なんですけど、介護保険下の通所リハビリテーション、いわゆるデイケア事業も始めています。2004年に支援費制度を使った障害者のデイサービスも始めまして、また障害者短期入所事業を空床利用という形で行っています。

それから、今日は在宅の話も少しさせていただこうと思いますが、去年、医療保険上新設された在宅支援事業所という位置づけのものがあり、いちおう当院もこの在宅支援事業所になりました。それと、先ほどお話しした庄左エ門センターで、昨年介護保険の改正で新設された末期及び難病等の方たちの療養通所介護も始めています。

実際にどんなことをやっているのか、今年の緩和医療学会のためにまとめたものの中から、亡くなられた方の統計ですが数枚見ていただき

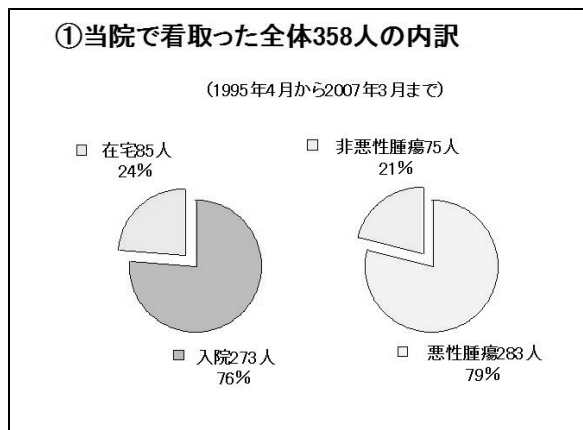


図1

たいと思います。当院が始まって12年、病棟ははじめて7年ですが、その間看取った患者さんが358人いらっしゃいました。そのうち、入院して亡くなられた方は273人、75%です。在宅では、85人、24%くらい。それから、右のグラフが悪性腫瘍の人と非悪性腫瘍の人です。悪性腫瘍の人が283人、79%で、非悪性腫瘍、がんでない方は21%という内訳です。(図1)

亡くなられた方の原因疾患です(表3、表4)。悪性腫瘍とそれ以外に分けてみると、入院のほうでは1番が肺がん、2番が大腸がん、3番が胃がん、4番が膵がん、5番が食道がんで、そ

悪性腫瘍			
入	肺がん	43	17.9%
	大腸がん	29	12.1%
	胃がん	28	11.7%
	膵がん	17	7.1%
	食道がん	16	6.7%
	他	107	44.5%
	合計	240	100.0%
非悪性腫瘍			
院	慢性閉塞性肺疾患	11	33.3%
	老衰	9	27.3%
	脳血管障害	5	15.2%
	認知症	2	6.1%
	筋萎縮性側索硬化症	2	6.1%
	他	4	12.1%
	合計	33	100.0%

表3

悪性腫瘍			
在	肺がん	8	18.6%
	胃がん	8	18.6%
	大腸がん	6	14.0%
	膵がん、胆管がん	4	9.3%
	肝がん	3	7.0%
	他	14	32.5%
	合計	43	100.0%
非悪性腫瘍			
宅	脳血管障害	18	42.9%
	老衰	10	23.8%
	慢性閉塞性肺疾患	5	11.9%
	認知症	3	7.1%
	肺炎	2	4.8%
	他	4	9.5%
	合計	42	100.0%

表4

の他となっています。入院して亡くなった悪性腫瘍の人が240人です。がん以外では慢性閉塞性肺疾患、つまり慢性気管支炎や肺気腫というような肺疾患が一番多くて11人です。次が老衰の27.3%で、脳血管障害、認知症と続き、数は少ないですがALS＝筋萎縮性側索硬化症の方が2人。こんな内訳です。

在宅で亡くなられた85名の方の疾患ですが、少し順序が違って、1番が肺がん、2番が胃がん、3番が大腸がん、4番が胆嚢・胆管がん、次に肝がんという順序です。がん以外では、脳血管障害が42.9%、老衰が23.8%、慢性閉塞性肺疾患、認知症、肺炎という順序でした。(表4)

平均入院日数と平均年齢を表にしました(表5)。上のほうが入院して亡くなられた方の全体、悪性、非悪性全部入れて273人のうち、平均入院日数は52.9日、2カ月弱です。亡くなられた時の平均年齢が73.9歳。40代もいますし、50代、60代、80代、90代と各年齢層があって平均すると73.9歳です。

在宅のほうは、在宅を開始してから亡くなられるまでの平均日数で出しています。ですから非常に長くなっていて、全体で85人の平均が415.5日。1年と2カ月弱です。死亡時の平均年齢は、入院よりちょっと上がって80.2歳。

入院			
	人数	平均入院日数	死亡時平均年齢
悪性腫瘍	240人	55.5日	72.7歳
非悪性腫瘍	33人	33.9日	82.4歳
全体	273人	52.9日	73.9歳

在宅			
	人数	在宅開始日より死亡までの平均日数	死亡時平均年齢
悪性腫瘍	43人	102.3日	74.8歳
非悪性腫瘍	42人	736.1日	85.6歳
全体	85人	415.5日	80.2歳

表5

緩和医療の実際

悪性腫瘍の緩和医療

	状況	人数	%
入院 240名	麻薬系鎮痛剤使用	162	67.5
	セデーションを行った	36	15.0
	補液をした	142	59.1
	抗生剤を投与した	137	57.0
	輸血をした	41	17.0
	化学療法をした	11	4.5
	放射線治療をした	11	4.5

表6

当院で行った緩和医療を具体的に7項目挙げてみました(表6)。入院中に1回でも行ったらカウントしているのですが、上から麻薬系の鎮痛剤、モルヒネを含め今はフェンタニルパッチなどいろいろな麻薬系の鎮痛剤が出ていますが、それを1回でも使った方が162人で67.5%。がん性疼痛とよく言いますが、逆に言えば3割強の方は鎮痛剤を使わなくても過ごせているということなんですね。

少し意識レベルを落として寝ていただくという鎮静＝セデーションを行った方は15%。入院中の補液、食欲不振等で点滴をした方が約6割。抗生剤の投与も57%ですから、6割近く。輸血が17%。最後の二つが化学療法、放射線治療をした方でそれぞれ11名いまして、当院に入院してから化学療法(点滴の抗がん剤治療もありますし、内服のものも全部含めて)を行った方は11

人いらっしゃる。当院には放射線治療の設備はないので、当院に入院しながら近くの放射線治療ができる病院に通われた方が、今までに11人です。

悪性腫瘍の緩和医療

	状況	人数	%
在宅 43名	麻薬系鎮痛剤使用	25	58.1
	セデーションを行った	1	2.3
	補液をした	25	58.1
	抗生剤を投与した	16	37.2
	輸血をした	5	11.6
	化学療法をした	3	6.9
	放射線治療をした	0	0.0

表7

一方、在宅で亡くなられた43名の同じ項目を見ますと(表7)、麻薬系鎮痛剤使用が58.1%、セデーションを行った方が2.3%、入院と少し差があります。補液をした方は6割くらいで同じくらい。抗生剤投与もちょっと下がって37.2%。輸血が11.6%。化学療法は6.9%。放射線治療は0という数字です。緩和医療として具体的にはこんなことをやっています。

在宅支援事業の実際

在宅支援事業(2007年1月現在)

ケアプラン作成	64件
訪問診療	26件
訪問看護	24件
高齢者デイケア	20件
療養通所介護	4件
障害者デイサービス	3件
障害者短期入所	8件

表8

去年から在宅支援診療所になりましたが、実際に在宅支援事業として今年の1月現在でどんなことをやっているかということですが、1月現在で介護保険のケアプランを作っているのが64件。訪問診療が26件、訪問看護が24件、通所リハビリテーションといわれるデイケアが20件。療養通所介護が4件、障害者デイサービスが3件。障害者短期入所の方が8件です。



入院して亡くなった方が、当院のいろいろな在宅支援サービスをどれくらい使っていたかということ

をみると、57.5%の人は入院だけ、他から紹介を受けて当院に入院してきて、そのまま亡くなっています。反対に、外来にかつてかかったことがある、訪問診療、訪問看護を受けている、当院のいろんなデイを利用しているという方が42.5%いらっしゃいます。

次に、在宅で亡くなった85の方がいろいろなサービスをどう使っていたかというところ、18.8%の人が訪問だけを受けていた。でも、あと残りの81.2%の人が、外来にもかかっていたし、在宅で亡くなったけど途中で当院の病棟に入院されたということもある。デイを利用されていた方も含めて80%以上あるということです。

入院についても1回だけの入院じゃなくて、経過中複数回、2回、3回入院した方も中にはいらっしゃいます。

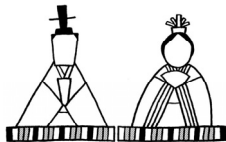
介護保険発足後の在宅サービスで、他施設でのデイの利用も含めて43.9%の人がデイを利用している。意外にデイの利用率が高いということです。

療養通所介護という制度は、対象ががん末期と難病と枠が少し広がりましたが、まだ全国で30前後の事業所しかありません。千葉県では当院だけです。ニーズはあり、始めたいと検討しているところもあると思うのですが、申請の基準を満たすのが大変ということで、ちょっとハードルが高い介護保険の新事業となっています。

先ほどちょっと言いました障害者自立支援法のサービスですが、これは障害者が対象ですので今日のテーマからは少し離れますが、やはり医療的ニーズもあり、私はこれもひとつの緩和医療だというふうに思っております。

障害を持ちながら自宅で暮らすなかで、いまある障害者施設ではなかなか医療ニーズを満たすことが難しいという方々がいて、医療施設であれば可能

じゃないかという要望があって始めたことです。当院がはじめた3年前は支援費制度だったころで、それが障害者自立支



援法に変わり、制度がちょっと混乱していて、現在大人のデイサービスは介護保険の療養通所介護の枠で基準該当といったかたちで去年からやっています。

児童のデイサービスですが、当院が事業所になるのはこの自立支援法になってから難しくなりまして、現在は、各市町村からの委託というかたちの日中一次支援事業という枠で続けています。

この30年の緩和医療の変遷

1. 疾患治療を目指す施設内医療の反動としてのホスピスムーブメント	1970年代
2. 安らかな最期を目指すホスピスケア、ターミナルケア	1980年代
3. 緩和ケア病棟の増加	1990年代
4. がんと共生を支える緩和医療の選択の時代 緩和医療としての化学療法・放射線療法・外科療法・代替医療など	2000年代

表9

緩和医療の変遷

これから、うちがやってきた日々の活動の中で私が感じている緩和ケアのことを話したいと思います。その前にこの30年の緩和医療の変遷をみると、一番は疾患の治療を目指す施設内治療への反動としてのホスピスムーブメントです。これはまだ私が医者になる前、1970年代だと思います。このホスピスムーブメントは、イギリスから20年遅れて日本に入ってきたといわれていますけれども、実際イギリスでは1967年に、有名な近代ホスピスの母といわれているシシリー・ソンドースが聖クリストファーホスピスを設立しています。その後、日本では73年に大阪の淀川キリスト教病院で柏木先生が末期患者のケア検討会を立ち上げたのが、ホスピスムーブメントのはじまりです。

私が医者になったのは、1984年ですが、安らかな最期を目指すホスピスケア、ターミナルケアの施設が日本で初めてできたのが81年の浜松の聖隷三方ヶ原病院です。84年に、大阪の淀川キリスト教病院、それからこの千葉県では、87年に国立療養所松戸病院、現在の国立がんセンター東病院で緩和ケア病棟が始まった。80年代はそんな時代でした。

そして、1990年代というのが緩和ケア病棟が増加していく時代。1990年5月に初めて今の厚



病室:晴れた日はベッドごとベランダに出ることもできる

労省によって緩和ケア病棟の施設基準が示されて、どんどんでき始める。90年代の最後に68施設ありましたが、今年の8月現在で、全

国に174カ所です。でもまだ各県に1カ所しかない県もいくつかありますし、まだ各県に3つ、4つとあったところでしょうか。ただ、この数には先ほど申し上げましたけれども、有床診療所はカウントされていません。

今の私たちがいるこの時代、2000年代はという時代かというところ、**“がんとの共生を支える緩和医療選択の時代”**というふうに私は思っています。緩和医療として、化学療法、放射線療法、胃瘻・腸瘻を作る外科的処置、尿管・胆道系のステント、食道、気管支などのステント医療、それから根治ではないけれど行う手術療法、代替医療など、これらを緩和医療として選択できる時代になってきている。

こんなふうに大まかに緩和医療の変遷を私は捉えています。私が花の谷クリニックを始めるときはターミナルケアが念頭にあり、4番目のがんとの共生を支える緩和医療選択の時代ということは、私が病棟を開く時点では予想していませんでした。

症状緩和の放射線療法が功を奏した例

例えば、最近の患者さんのことを具体的に申し上げますと、あるがんセンターから当院に「脳転移があって年越しは難しいだろう」と、暮れに転院してきた50代の男性の患者さんがいました。当院にくる前は、脳転移で言葉も出なくなり、右片麻痺もあってフラフラと歩いているという状況になって、「緩和ケアが必要だから花の谷クリニックで診ていただけますか」と来られたわけです。

脳転移で急に出現した症状なので「放射線治療はできないのでしょうか」と紹介医に確認したのですが、その方は腎がんで、腹腔内にも広がっていましたし、そこに起こってきた脳転移ですから「もう無理でしょう。年は越せないんじゃないのでしょうか」という状況でした。それでいったんお受けしました。脳浮腫に対して

ステロイドを投与しましたら言葉が少し戻ってきました。そこで私は、頭にだけでも放射線治療はできないのか、転移なんだからガンマナイフという放射線治療はどうかと考えました。

私自身経験はなかったんですが、県内でガンマナイフ治療ができるのは、その時ひとつしかなく、そこに相談しましたら、「それは非常に良い適応だと思います」と言っていました。結局、当院からその病院に転院しまして、脳にあった6カ所に対するガンマナイフ治療を受けました。どれも縮小して、普通に歩けるようになり、話もできるようになって戻ってこられました。

結局その方は年を越して半年ほど当院で過ごされました。ガンマナイフ治療以降の6カ月が無駄だったとは、私にはとても思えない。その6カ月の間に遺言を書かれ、一人暮らしの男の方だったんですが、ご自分のお墓の手配をし、ずっと疎遠だったご兄弟と連絡を取り、ということをやさして、半年後に当院で亡くなられました。

食道気管支瘻をステントで塞いだ例

また別の例についてお話したいと思います。食道がんで食道気管支瘻ができてしまった、食道と気管支に穴が開いてつながってしまい、もう食べられないし、誤嚥性の肺炎をしょっちゅう起こしている60代の男性でした。やはり「緩和ケアの適応ですからこちらへ転院を」と言われて、あるがんセンターからこちらに来られました。食道がんは確かに残存していて、化学療法もし、そこに一回放射線もかけていて、その後食道と気管支の間に穴が開いてしまったんですね。でも、がんはそこだけに留まっていた。それで、なんとか穴を塞げないかと思って、いくつかの病院に当たりました。「もう、一回放射線もかけているし、化学療法も散々やってくるし無理でしょう」と、二つくらいの病院で言われました。

でも、数年前の緩和医療学会で食道にも気管支にもダブルステントを入れて塞いだという報告を聞いていたので、発表なさった先生にもうかがって、関東のある病院を紹介していただきました。非常に難しかったんですが、ダブルステントを入れてもらって、2週間ほどしてまた戻っていらっしゃった。その後その



方も、今年の夏まで当院で約 8 カ月くらい過ごされました。

生きることをあきらめる緩和医療から延命のための緩和医療へ

予後告知という問題がありますが、「ひと月以内でしょう」と言われた方が、その方に可能ないろんな緩和医療を選択することで予後は月の単位で延びる。人によっては年単位で延びることもある時代になってきていると思います。

そういう時代になったということを考えながら、今、緩和ケアを取り巻く現状をあげてみますと、予後告知の問題、インフォームド・コンセントの問題、ギアチェンジの問題、スピリチュアル・ケアの問題、死の受容の問題と、問題山積みだと思えます。

今日、竜先生のお話の中でも、すべての時期に緩和医療を提供できる体制がこれからできるということでしたが、今ここで起こっている予後告知の問題とかギアチェンジをして緩和医療に入るといったようなこととか、今まで緩和医療でとても大事だとされてたことが、もうあまり大きい問題じゃない。というより、ギアチェンジということが必要としないのではないか。最後の最後のほんとの後期終末期にはやはりある種のギアチェンジ、マイナーチェンジが必要な時期もあるでしょうが、もうギアチェンジは大きな問題ではないと感じています。

インフォームド・コンセントにしてもそうなんですけど、これだけ緩和医療選択の幅が広がると、こういう方法もある、ああいう方法もある、この有効率は何パーセントだということを患者さんに示して、その中から患者さんにインフォームド・コンセントのその先のインフォームド・チョイスができるようにしようと言うことで、「いろいろ情報を提供しますから選んでください」と。これはたしかに大事なことですけど、イン



大家さんの住まいを改築して作った庄左エ門デイセンター

フォームド・コンセントにしよ、インフォームド・チョイスにしよ、ここでは医療者と患者がともに病氣と闘ううえで必要最低限のキーワードと

してとらえるべきだと思います。医療者は情報をとにかく渡し、「患者さんが自己責任で選んでください」ということではなくて、ともに闘ううえでの必要最低限のキーワード、インフォームド・コンセントを示し、患者とともに医療者がチョイスまで一緒に支えないといけないと思います。が、今の状況は、単なる「患者さん、あなたの責任で選んでください」のインフォームド・チョイスになっているように思います。本当は医療者の責任なんです、チョイスまでが。

スピリチュアル・ケアをどうとらえるか

スピリチュアル・ケアって何なんだろう。緩和医療でいちばん大事なこと、最後に残る課題は、スピリチュアル・ケアだとよく言われます。だけど、そのスピリチュアル・ケアって、誰が担うことができるのでしょうか。スピリチュアル・ケアは必要で、そのためには、死の受容ということも大切なのだという言い方もあります。でも、果たして死の受容はあり得るんだろうか。そもそも死の受容は必要なのだろうか、私自身は、個人的には考えています。

これまで、約 400 人近い方の最期に立ち会わせていただきましたが、私自身は死の受容は最期までできないんじゃないかと思っています。ただ、死の受容はできなくても、自然の摂理としての死を、ある種身体の健康なときの精神状況と違った精神状況の中で、自然の摂理に従うということをやれば諦めて受け入れざるを得ない状況が来るのかな、と思います。それは決して死の受容ということではない。土壇場で自然の摂理に従う事を受け入れざるを得ない、そんなことなんじゃないのかなというのが今現在の私の思いです。

緩和ケアの三つのステップ

では、緩和ケアというのは、スピリチュアル・ケアもあんまりしてくれないとすると、何をしてくれるところなのか。私が考える緩和ケアの三つのステップの 1 番は、日常生活の基本活動を支えるケア、これが一番大事だと思っています。人間らしく生きていくのに最低限必要な、食べること、排泄すること、体を清潔に保つこと、日常生活の基本活動であるこの三つを人の手を借りなければ果たせなくなることは、余命が限られた患者さんの心を大きく悩ませま

緩和ケアの三つのステップ

- 1) 日常生活の基本活動を支えるケアとして、食
べること、排泄すること、体を清潔に保つこと、
3つをプロフェッショナルに介護する。
- 2) どんな病気や、障害や、老いであっても、それ
を抱えて「人」が社会のなかで生きていくこと、
暮らしていくことを支える。
- 3) 「自然に還る」思いで支えあう。

表10

す。食事、排泄、入浴手法の工夫、介助技術の向上に加えて、介助される精神負担を極力呼び起こさない介助法を意識しケアすることが重要。緩和ケアというのはこのことがいちばん大事じゃないか、スピリチュアル・ケアよりも何よりも大事なんだということです。これが一つ目のステップ。

そして、二つめは、人の暮らしを支えよう。他者との関係において生きていくのが人間なのだとしたら、病気や障害をもつ者が、地域のなかで喪失や阻害を味わうことなく他者と関わることをごどのように支えていくのか。それはターミナル期の人、認知症、さまざまな障害をもつ人たちすべてに共通する課題であり、そこに求められるケアの本質に違いはない。そして、そのケアを地域のなかでつなぎ、紡いでいくコミュニティの場づくりに関わるのも医療者の役目だというふうに私は考えています。

三つ目は、さっきも言いましたけれども、「自然に還る」ことを支える。生まれてきたことが自然なら、死んでいくのも自然。支えになるとしたら、この事実そのものだろうというふうに思っています。スピリチュアル・ケアに代えて、「自然に還る」という思いで支えることが、私たち医療スタッフにできることではないのか。

この三つのステップ、日常生活の基本活動を支えるケアと、人が地域で暮らしていくことを支えるケアがあって、そして自然に還る思いで支えあうこと、こうした先に見えてくるのは「その人らしく命を全うする」そんなシンプルな願いが叶うことであってほしいと思っています。

これからの緩和医療

これからの緩和医療について、現実には簡単なことではないのですが、4つ挙げてみました。

まず、緩和医療の施設には、その地域のニーズに応え、さまざまなかたちがあります。もちろん、まだ全国に200弱しかない緩和ケア病棟をもっと増やす必要はあります。また、千葉県がんセンターも緩和ケア病棟は返上して、緩和ケアチームを発足させていますが、2002年より緩和ケアチームという対応が制度上位置づけられています。

しかし緩和ケア病棟、緩和ケアチームだけでなく、もっといろいろなかたちの緩和ケアを行う施設、事業所があつていい。そして、これは私が千倉町にいてよく感じることで、都市、郡、町では地域の違いがあるんですね。当院のような緩和ケアを主に行っている有床診療所は全国に数か所あつて、昨年から今年にかけて鹿児島、鳥取、神戸、山梨の5カ所を見てきました。この有床診療所にもいろいろ違いがありました。地域のニーズによって、いろいろな形で対応しているのを見てまいりました。一律に制度に合わせた施設を作ることよりも、それぞれの地域に必要なものを作っていくことが大事。

二番目に、緩和医療はすべての疾患が対象であるということです。今、3人に1人から、2人に1人ががんといわれる時代になりましたが、裏を返せば、半分の人ががんではないということなんです。もちろん、がんにはがんの特異な緩和というのがあるかもしれませんが、緩和医療はすべての疾患に開かれていなくてはいけない。そのへんの制度の整備はこれからますます重要になると思います。

三つ目。進行がんや再発がんで治癒は望めないけれども終末期でもない人にも、専門医と連携をとって適切な緩和医療を提供するということ。2000年代、がんとの共生の時代にあつては

これからの緩和医療

- 1) 緩和医療の施設には、その地域のニーズに応えるさまざまなかたちがある。
- 2) 緩和医療はすべての疾患が対象である。
- 3) 進行がんや再発がんで治癒が望めないけれども終末期でもない人にも、専門医と連携をとって適切な緩和医療を提供する。
- 4) 自宅でも施設でも病院でも、その人らしく最期まで暮らすことを支える。

表11

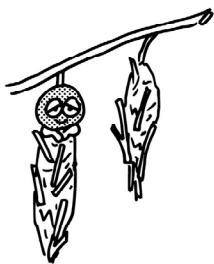
この部分が今一番重要と思います。がんと共生を支える緩和医療のあり方はどうあるべきか。医療には専門性がますます求められています。しかし、医療を受ける人の暮らしには、あくまでも日常性が大事です。命に関わる事態に最高の専門医療を求めることと、日常の生活を継続することに矛盾があってはいけません。限られた生に対峙する緩和ケアには、ますます高度な専門医療と日常性が求められている、ということを強調したいと思います。

高度の専門性を駆使した緩和医療が患者の日常性をサポートする

緩和医療は特別な専門医療ではないのです。むしろ、限りある生に、これまでどおりの日常性をサポートする、ケアが中心の医療でもあると思うんです。しかし、緩和医療医としてその終末期医療を支えながら、一方、高度な先進医療に患者さんを繋いでいくという最大限の努力をしていかなければいけないし、そういうことができる時代になってきました。

今まで無駄な延命は止めましょう、ギアチェンジして緩和に入りましょう、とよく言われていました。最近、その“無駄な延命治療”という言葉から“無駄”という言葉もはずされて、延命治療そのものがいけないと言われていきます。もちろん、害をもたらす延命治療はいけません。延命治療だと思ってやっていたことが命を縮めているというようなことが、10年、20年くらい前は、病院の施設内医療の中でなされてきた。それはやめるべきだったと思うのです。

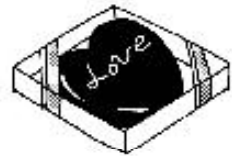
でも、そもそも医療というのは、私は、延命治療が根本だというふうに思っています。病気があるうと、障害があるうと、それと共になるべくこの世での命をクオリティよく延命しよう。誰にでも寿命はあるわけですが、なるべく与えられた寿命を精一杯生きよう、だから医療は延命治療でいいのだというふうに、私は思っています。



むしろ、駄目だと思って諦めてしまったらおしまいなのです。

前にこの「α」の会で話された柳原和子さんの書かれた「百万回の永訣」を読んで、私はとっても衝撃を受けました。再発

がん、何年目かの再発で、多発性肝転移があって、これで手術をするなんてとんでもない、無駄な延命措置だと私は思っていました。でも、竜先生が手術をなさったんですね。



そのあと、元気で活躍されている柳原さんのお話をお聞きして、がん医療に関わってきたと思っていた自分自身が、すごい判断ミスをしたなということを確認しました。確かに完全には治らないかもしれないけれども、2年、3年と、再発がんでも、かなりの遠隔転移をもった進行がんでも、可能性が残っているんですね。その可能性に賭けることは決して悪いことではない。時代がそういう時代になったのだと。

先ほども申しましたが、私自身、終末期医療から出発したのですが、今は誤解を恐れずに言えば「緩和医療をしっかりとやると延命になる」そういう緩和医療をやりたいと思っています。

最後になりますけれど、四番目。自宅でも、施設でも、病院でも、その人らしく最期まで暮らすことを支えるのがこれからの緩和医療。「病院のベッドで管につながれて死にたくない、畳の上で死にたい」、一昔前は多くの人がこの言葉に共感したと思うんです。でも今、どうでしょうか。独り暮らしであっても、これまでどおり住み慣れた自宅で最期を迎えたいという方はもちろんいますけれど、独り暮らしであったから、最期は人の気配のするところ、医療スタッフや介護スタッフの世話になって最期を迎えたい、こういう方だっているんです。家族のいる方も、家族に囲まれてこれまでどおり自分の部屋で最期を迎えたいという方もいます。一方、家族の迷惑にならないように安心して過ごせる施設で最期を迎えたいという方もいる。これは、どれも本当の思いだろうと思います。

実際は、自宅でも、施設でも、病院でも、どこもが最期を迎えるにふさわしい、納得できる場所であって、その時期、その状況で選ぶことができる、選択肢がいっぱいあることが大事で、在宅か施設かなどという二者択一はもう止めましょうよ。自宅でも納得のいく医療が受けられる、介護施設も医療施設も、施設が自宅のようにその人の暮らしを支えられる場所にならなくてはいけないんじゃないか、そんなことを考えています。