

平成22年度

# 圏域地对協研修会

「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」

日 時 平成23年2月6日(日)  
 場 所 三原リージョンプラザ  
 主 催 尾三地域保健対策協議会 広島県地域保険対策協議会  
 総合司会 堀江 正憲 広島県地域保健対策協議会常任理事（広島県医師会常任理事）  
 参加者 医師、医療関係者 438名

## 総合司会



広島県地域保健対策協議会  
 常任理事  
 （広島県医師会常任理事）  
 堀江 正 憲

## 開会挨拶



広島県地域保健対策協議会会長  
 （広島県医師会会長）  
 碓井 静 照

このところ少し暖かくなつたが、お寒い中、早朝からお集まりいただき感謝している。

ご承知のとおり、圏域地对協研修会は平成7年度からその時々課題をテーマに盛り込み開催し、今年で第16回目である。今年は「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」をテーマとし、本研修会の本来の目的である各圏域関係者の情報交換の場として開催する。

この研修会を企画していただいた尾三地域保健対策協議会（三原、尾道、御調、世羅）の関係者の方々には、大変ご苦勞をお掛けしたことに感謝申し上げます。

ご存じのとおり、世界情勢が大きく変わり、わが国の医療を取り巻く環境は非常に厳しい状況である。OECD7カ国の中でも、わが国も医療費は非常に低く後進国並みだとも言われている。私はかねてから医療崩壊を阻止するためにも、診療報酬の50%、150%のアップをしないと、先進7カ国のギリにも追いつかないと言っている。

広島県は、広島県地域医療再生計画を立て、広島市東区の二葉の里に高精度放射線治療センター（仮称）を造ろうと整備をしている。この施設の設置主体は県、運営主体は広島県医師会という公設民営型で検討を進めている。JR広島駅の北口に隣接する立地を生かしながら、がん治療の広域拠点を目指して、平成26年開設を予定している。

湯崎英彦県知事は「がん対策日本一」を掲げており、われわれ医療者も一丸となって、がん医療の向上にさらに邁進していくつもりである。

また、広島県医師会として地域医療再生計画に沿って広島駅北口に、地域医療総合支援センター（仮称）を設置し、医療崩壊を食い止めたという決意で、地域医療再生に取り組んでいく所存である。

本日は、在宅緩和ケアをテーマとし地域医療の問題についてご協議いただきたい。午前部では、尾三地域の取組みについてそれぞれの分野の専門家の方々から報告をいただく。午後の基調講演では、静岡県立静岡がんセンター総長の山口建先生から、最新で実践的な在宅医療の講演をいただく。シンポジウムでは在宅医療の世界的モデル「尾道方式」を構築された片山壽尾道市医師会会長をはじめ、実際にご家族をみ



とった方々、また、佐々木昌弘福祉局長から貴重なお話も伺える。その後の協議では、フロアからもどんどんご発言いただくようお願いする。

### 尾三地域保健対策協議会会長

(三原市医師会長) 中 林 昭 策

あと1週間すると、三原には神明祭というお祭りが始まる。これは、日本で最初の春の祭りだと言われている。大抵この日は寒く雪も降ったりするような日であるが、今日は非常に暖かくなった。

本日は、圏域地対協研修会に、広島県内の保健・医療・福祉にかかわる皆さんに参加いただき大変感謝している。

尾三地域での開催は、今回で3回目となるが、三原市で開催は今回が初めてである。本日の「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」というテーマは、家がいいという患者の希望を叶えるため、また、家族の思いを支えていくための患者本位の地域医療を目指す、非常に大切な課題である。

現在の死亡原因のがんの増加と、本人の希望に沿うクオリティ・オブ・ライフ、すなわち生命の質の改善について、皆さんとともに考えていきたい。

当圏域では、特に先進的に在宅ケアの医療連携が取り組まれた地域もあり、その広がりとともに在宅緩和ケアへの取り組みも進められている。WHOの定義にもあるように、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者さまとその家族に対しては、身体的問題、心理的・社会的問題、スピリチュアルな課題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防するには多くの職種の方の連携が在宅緩和ケアを可能にしていくことと思う。

この研修が、各地域における取組みに少しでも役に立つことを祈念する。

また、新しいニュースとして東部の重度身障者障害児施設、県立の福山若草園が平成27年度開設に向けて、昨日拡充していくことが決まった。堀江正憲先生のご尽力に感謝する。

三原市長 (開催地市長) 五 藤 康 之

今年度で第16回を迎えられるこの研修会は、毎回最新的话题をテーマとされ、各分野の第一線で活躍されている皆さまの活発な意見交換を行う場として定着しており、この研修会を三原市で開催していただき非常にうれしく思っている。

この季節、本市では三原神明市というお祭りがある。この神明市は毎年約30万人の人出でにぎわう備後路に春を告げるお祭りで、今年は2月11日金曜日から13日の日曜日まで行われる。400を超える露天商のほか、だるま市や植木市もあるので、ぜひ来週も本市へお越しいただき、神明市も楽しんでいただきたい。

さて、三原市は「海・山・空 夢ひらくまち」をまちづくりのキャッチフレーズとして、三原市長期総合計画を策定し、各種施策の積極的な推進を図っている。長期総合計画の施策大綱の1つであるすこやかに暮らせる安らぎのまちづくりの実現のため、少子高齢化への対応、健康づくりの推進、社会福祉・医療の充実などに取り組み、その推進に当たり保健・医療・福祉との連携は不可欠なものとする。また、現在、国では後期高齢者医療制度に代わって、新たな保健医療制度の確立に向けての取組みが進められているが、高齢化率が急速に加速している状況の中、特に医療と介護の連携はますます重要になり、一体的な対応が望まれる。

広島県地域保健対策協議会および圏域地域保健対策協議会が一体となって住民の健康保持増進のため、保健・医療・福祉に関する事項の調査、研究および協議を行う熱意に対し、敬意を表するとともに心から感謝を申し上げる。

## 「病院から在宅へ、在宅緩和ケアへのバトンタッチ」

座長：因島医師会副会長 岡 崎 純 二

### 尾三圏域内の現状と報告：

#### 緩和ケアから地域医療を考える

#### 一地域がん診療連携拠点病院の役割一

J A尾道総合病院 (地域がん診療連携拠点病院)

総合診療科主任部長 石 川 哲 大

今日は「緩和ケアから地域医療を考える」というテーマで、われわれの地域がん診療連携拠点病院の役割について紹介をさせていただきたい。

まず、われわれの病院は5月に新病院へ新築移転するのでアピールからさせていただきたい。「進歩、安全と快適」というテーマをもち、393床で全く新しい病院に移る。場所は現在2号線とJRに挟まれた位置で、古浜町にあるが、今度は平原台へ上がる。尾道バイパスから入り、一番南側へ進んだ非常に見晴らしのいい場所で、「夢の宝船 発進！」というふうになわれわれは考

えている。新しい病院で働くということも滅多にないことで、われわれも期待をしている。今後も皆さんの支援をよろしく願います。

今日は、地域がん診療連携拠点病院というのはどういうものか。緩和ケアの基本的な事柄。緩和ケアにおけるネットワークをどうやって構築しているか。病院から在宅へという4つのテーマでお話をする。

まず、地域がん診療連携拠点病院について、死因別死亡率の年次推移の統計で見ると、昭和50年代の後半から悪性新生物による死亡率が急激に増加して第1位となり、どんどん増えている状況である。これは看過できないということで、厚生労働省、国の対策としてがん治療のレベルアップ、特に5大がんの肺がん、乳がん、胃がん、肝臓がん、大腸がんの診断・手術・化学療法・放射線治療を一括してレベルアップすること。もう1つは患者さんのケアを充実させていく方針がもたらされ、がん対策の法制化が進んでいった。

がん対策基本法は、がんに対する研究の推進、がん医療の均てん化の促進（どこでも同じレベルの治療が受けられる）を目的としており、がん患者さんの意向を尊重した医療体制を整備することががん対策基本法でまとめられた。具体的にはがん対策推進基本計画では、がんによる死亡者数の減少を目指す。がん患者、家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上を目指した計画が出されている。

がんに対して取り組む姿勢が変化し、国を挙げて進めていくことになった。具体的には、まずがん診療連携拠点病院を作って、全国的にがんの診療レベル、医療レベル、それから患者に対するケアのレベルアップを行うことである。各都道府県にがん診療連携拠点病院を概ね、各県1病院、それ以外に地域という名前で同じような拠点病院を作る。これは2次医療圏に概ね1病院という形で設置をしている。ここ最近では、県独自の指定病院も追加して、がん治療のレベルを上げていく取組みがどんどん進んでいる。

この尾三地区（三原、尾道、御調、世羅）の1医療圏にわれわれの病院が設置された。広島県内では、少し患者数が多い広島市内に3つの病院がある。それ以外は各圏域に1つずつの拠点病院を構えている。

昨年11月に県の指定のがん診療連携拠点病院が設置され、呉共済病院、尾道市立市民病院、福山医療センター、中国中央病院の4病院が追

加となった。

この県指定の拠点病院の指定要件として、先ほどの5大がんに対して手術、放射線治療、化学療法などの集学的治療が十分に整っていること、および緩和ケアを提供する体制を有することになっている。結構難しい指定要件、細かい条件があるがこれらを全部そろえて指定をされるという状況である。

尾道総合病院が年間どのくらいがん患者数をみているかという統計だが、2008年新規の入院患者数が4,662名でそのうちがん患者数が926名（19.9%）だった。2009年には4,509名中1,043名（23.1%）で大体4分の1近くをがん患者が占める状況である。ちなみに広島大学病院は32.4%、県立広島病院は20.8%、広島市民病院は21.4%である。大体4分の1から5分の1程度ががん患者である。

われわれの病院での手術を例として5大がんをどう扱っているか統計を取ってみたが、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がんを年次推移で見ると、やはりだんだんと増えてきている状況である。非常に外科の先生方が頑張っておられる。内科、外科、放射線科、病理など、いろいろな部門が手を合わせて協力しないとできないのががん治療である。どの部門も総力を挙げてがん治療を行っているというデータである。

次に、緩和ケアについてだが、よく緩和ケアのことが新聞や報道に出るようになったが、なかなか細かいところは分かりにくい。

以前のがん治療と緩和ケアは、概ね患者にがんの告知をしない時代と重なっている。がんの治療として、手術・化学療法・放射線治療をどんどん進めて、行き着くところまで行ったら、あとは緩和ケアをしてくださいという、いわばブツと切れたような状態で緩和ケアへバトンタッチされていた時代があった。がん治療の限界として、緩和ケアに送るというイメージが非常に強い。患者は見放されてしまうような感覚に陥る。ホスピスという言葉ももう最後の最後だと患者が思ってしまう。こういうことがイメージとして強くあった。

2002年、WHOから緩和ケアの新しい定義が出され「生命を脅かす疾患」と書いてある。がんとは限らないが、一応がんを中心にした医療で、患者と家族のQOLを改善する。一方的に治療するのがいいわけではないことをうたっている。もう1つ大事なことは、早期からの治療をして苦しみを予防する。苦しみに解放する



というのを目標としている。ということは行き着くところまで治療を行った後は緩和ケアをするのではなくて、早くからケアをしていくという。定義が変わってきたことになる。

われわれは緩和ケアの理念を「人の生を尊重し、誰にでも必ず訪れる死への過程に敬意を払おう。」こととしている。われわれは大学病院とか研修病院で患者を治す方向を一生懸命勉強してきたが、必ず訪れる「死」に対する教育はあまり受けてない。しかし、人生の流れの中で非常に大事なところなので敬意を払って緩和ケアをしていく。この緩和ケアは、死を早めることも無意味に遅らせることもしない。治療一辺倒ではない、治療を諦めるというわけではないというとてもバランスが必要なところである。患者にとっては、どんな状況でも生きていることの意味が見出せるようにする。その人らしい、人間らしい生き方が最期までできるようにするのが緩和ケアの理念である。一方では家族も一緒に頑張るので家族も支えていこうという理念がある。

最近の緩和ケアは、がんに対する治療をする一方で、早くから一般的緩和ケアを行い、最後に専門的緩和ケアも入ってくる。一緒に進めていく中に緩和ケアがいる。そして、痛みやつらさへの緩和を十分に行って、亡くなられた後も患者の家族のグリーフケアも十分に行う時代になった。緩和ケアは、がんの早期からあらゆる相談に応じるという概念である。

患者や家族が感じる痛みとつらさはどんなものかをよく考えないといけない。最近、トータルペインという言葉がよく紹介するが、一般的に分かりやすいのは体が痛いという身体的な痛み。がんの宣告を受けて、不安といらだちなどの精神的な痛み。経済的な問題、社会的な痛みもある。もう1つはスピリチュアルペインという言葉も使われるようになった。全人的な痛みに対応しなければならないということである。

このスピリチュアルペインが分かりにくいので説明する。聖路加国際病院の林先生に聞いた内容だが、「人として生きる支えが障害されて生じる心の痛み」と考える。家族や社会を愛し、愛されているという自信が今までの生活から閉ざされてしまう。会社とか同僚に対して、一生懸命仕事をしていい成績をあげて、信頼されて尊敬されていたことが閉ざされてしまうことが非常に気持ちとしてつらい。それから、自分は男らしくて責任感が強くて、性格がよかったと思っていたが、がんの療養に入って自信が

なくなることをスピリチュアルペインと呼んでいる。

次に、ネットワークづくり。これは患者をケアし、いろいろな療養場所を設定する。ネットワークが強くないと簡単にできない事柄である。われわれはネットワークづくりを一生懸命やろうと活動している。

尾道総合病院の緩和ケアチームについて、説明する。私は一応外科だが、放射線科医師、精神神経科医師、それから地域連携のMSW、ソーシャルワーカー、専従の看護師、緩和ケアの認定看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床心理士という多職種で、いろいろな角度から患者を診ることにしたチームで、10名で活動している。

このチームが他の病院や他の地域と連携を取っていくことで、実際に顔の見える連携づくりに1年余りかけた。本当に顔を見に行って、話をするのである。

私は一昨年、聖路加国際病院で2週間研修する機会を得た。日本の緩和ケアの第一人者といえる林先生にぴったりと、マンツーマンで教育をしてもらい非常に感銘を受けた。

平成22年9月17日に尾道しまなみ交流館で林章敏先生を講師に、講演会を開催した。日本で最も多くの患者を看取っている林章敏先生が「心に残る最期のとき」というタイトルで講演され、非常に素晴らしい内容だった。多くの市民に関心を持ってもらい、約700名の参加頂いた。

広島大学病院には、緩和ケアの病棟は現在ないが、チームとして活動しておられる。広島大学の小早川先生を訪ねて、1日研修をさせていただいた。福山市民病院は、緩和ケア病棟を持っている。同病院に勤務されている古口先生、精神科医の平先生は、非常に精力的に活動されており、病棟を見学させていただき話を伺った。三原赤十字病院は、病床という名前になるが、改築されて非常にきれいな大きな部屋を構えておられる。システムについて話を伺った。

日本でかなり有名なみつき総合病院にも、緩和ケア病棟を見学に伺った。沖田先生、田中先生が非常に頑張っておられた。前任の丸山先生が、非常にいいイメージの緩和ケア病棟を造られた。厚生労働省も非常に注目している病院である。

これらの訪問を通して生の声を聞き、緩和ケア診療の方針、問題点を知ることができ、多くのことを教えていただいた。チーム同士、職種別の交流も深まり、各種の相談をしやすくなった。顔見知りになったことで、動きがよくなっ

た。そして、スタッフや施設の概要を知ることによって、患者さんに説明するとき自信持って、うまく説明ができるようになった。

今日の最終テーマである「病院から在宅へ」という面を考えてみたい。われわれのチームでは、患者さんに対して療養場所に今後どちらを希望されるかを早めに聞くようにしている。理由は、体調が悪くなって動きが難しくなってから何うと、かなり話が行き詰まったような状態になりかねない。将来的に家に戻りたいとか、家ではみてくれる人がいないから入院を続けたいとか、早めに意思確認をして方針を固めるようにしている。

多くの患者さんが病床でどう思うかという、治療を受けた病院にいた方が安心ではあるが、できればやはり家に帰りたいという気持ちを持っているように思う。家に帰っただけというのでは夢が実現できたことにはならない。われわれは、いい状態で帰ってもらうために、どうやったらいい状態で患者さんが家に帰れるかを、早くから検討するようにしている。

在宅緩和ケアには、ご家族の意見が重要である。患者さんもちろんだが、ご家族の意見をよく聞いて、家庭の中の事情をよく把握し、在宅主治医を決める。尾道は特別で、チームがすぐできるような素晴らしいシステムがある。それから、患者さんの情報を、病院だけでなく在宅主治医、訪問看護ステーションなどと情報共有し、方針についても統一した気持ちになっておく。それから、介護認定をスムーズに進めておく。支援の体制やスケジュールもみんなで共同して決める。このためには、患者さんや家族の方とのコミュニケーションを大事にし、緊急時の体制を確認し、いざという時にどうするかまで決めて、在宅に帰ることを考える。

当病院の退院の支援業務について、在宅と転移施設への動きを比較していくと、最近においてはだんだんと在宅を選択されることが多く、それを実現している個数が増えているように思う。在宅医の先生方にも参加いただき、病院内で15~30分程度のミーティング行っている。非常にこれが役に立っているように思う。

先ほども話に出た尾道市医師会方式の在宅緩和ケアは有名である。どんなものか、何が他の地域と違うのかを考えるためまとめたものを昨年度の日本緩和医療学会で発表した。

尾道市医師会方式にて満足度の高い在宅緩和ケアを実践できた1症例を、他の地域とどんな違いがあるのかということの主眼にした。

一番目立つ点は、ほかの地区も行っていると思うが、ケアカンファレンスを何回も行って情報共有し、それから方針の決定、患者さんの状態を把握している。集まるメンバーは、主治医をはじめ、多くの職種である。それから家族の方にも参加いただき、みんなで決めたんだ、みんなで頑張ろうじゃないかと、そういう方向を作りやすくしている。

まとめて言うと、ケアカンファレンスを迅速に、そして丁寧に行っている。病院と医師会の顔の見える連携、急変時の対応もよく決めて、連絡を取りやすくしておく。それから、24時間体制の訪問看護ステーションシステムを尾道は有している。在宅医というのは、大抵の方は1人で面倒をみようとする地域が多いが、尾道は内科、外科、泌尿器科、歯科、耳鼻科、いろいろな職種の開業医の先生たちがチームでこれをしている。それから、片山尾道市医師会長のご尽力と聞いているが、介護申請の認可が非常にスピーディに行われている。これが1カ月も書類にかかるということになると、なかなか実践応用ができない。介護申請の認可がスピーディだという点は、非常に役に立っていることである。

在宅にすると、どんなことがいいのか。家に帰るだけがいいとは言えないが、やはり安心する。「これが一番」、患者さんがよく口にされる。「そして眠れるようになった。」「ご飯が食べられるようになった。」「病院では、ほとんどのどを通らなかつたご飯が、さっと食べられるようになった。」これを実感として言われる。これが一番、実現してよかったと思える点ではないかと思う。それに加えて、家族の方もお見舞いに行くとか付き添いをするとかいうレベルでなく、一緒に家にいるわけで、この家族の安心ということも非常に大きな成果である。

在宅緩和ケアで喜ぶ人が少しでも増えるように、これからも努力をしていきたい。

## 質疑応答

### 質問（因島医師会副会長：岡崎純二）

病院から在宅に療養環境を変える際にいろいろな、例えば、話でもあった各種痛みの問題とか、言葉は悪いが生命的な予後みたいなものに対して説明するわけだが、そういうときに先生が一番気にかけていること、大切に思っていることがあれば、お教えいただきたい。

## 回答（JA尾道総合病院総合診療科主任部長：石川哲大）

患者さんは、基本的には治らない病気という気持ちを抱えておられる。家族の方も行き先非常に難しい状況が待っているということで、不安に思っておられる。われわれからあまり甘い言葉だけを出すのもよくない。厳しい言葉を突きつけるのもよくない。あらゆる環境を考慮した言葉を選択しなければいけないだろうと思っている。

家族の方の環境とか、これまでの考え方、それから社会生活、いろいろなことを含めた言葉を使っていけないといけない。1患者さんずつによく吟味された言葉が必要になる。

## 当院の在宅緩和ケアの現状と今後の課題 —病院における看護師の役割—

尾道市立市民病院（広島県指定地域がん診療連携拠点病院）緩和ケア認定看護師

渡辺陽子

本日の内容は、尾道市立市民病院の概要、緩和ケアチームについて、認定看護師としての役割、在宅緩和ケアの現状、そして前立腺がん患者T氏の在宅みとりの紹介、最後に今後の展望と課題についてお話ししたい。

尾道市立市民病院は病床数が330床、平均在院日数が15.6日、1日平均外来患者数が677.2人である。施設承認は、主なものを挙げたが、機能評価については来年バージョンシックスを受信する予定である。平成21年11月に広島県の指定のがん診療連携拠点病院となった。職員数は507人で医療従事者が413人。医師が76人だが、常勤は50人ととても少ない状況である。看護師は280人で7対1看護を取っているが、とても余裕のある状況ではない。

次に、当院の緩和ケアチームについてお話しする。広島県内で一番早い時期の平成15年2月に発足した。平成18年よりコンサルテーション型の活動として、入院患者の病室を訪問しラウンド活動を開始した。平成19年4月から在宅緩和ケアの取組みを開始し、地域医療連携室と連携を図りながら在宅調整を行い、退院前ケアカンファレンスに参加している。退院後は、1週間以内に在宅主治医の往診に同行し、その後は定期的に在宅訪問をしている。また、平成21年4月からは、グリーフケアとしての在宅訪問も開始した。

緩和ケアチームのメンバーは、委員長を外科の医師とし、薬剤師、去年の4月から臨床心理

士2名が入った。当院は精神科の医師がいないため、その辺をカバーするために2名を採用している。栄養士、医療ソーシャルワーカーがコアメンバーで、あとは歯科医師と歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、多部署の看護師で構成するチームである。

コアメンバーによる緩和ケアのラウンドを週1回行っており、その後カンファレンスを一緒にしている。このラウンドでは、必ず病棟の看護師を入れて、できれば主治医の先生にも入っていただき情報共有し、今後どうしたらいいかを話し合っている。

次に認定看護師というのは、日本看護協会である特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践を通して看護師に対する指導・相談活動を行う者とある。主な役割は実践、指導、相談である。その中でも、緩和ケア認定看護師の役割としては、1番に徹底した苦痛症状の緩和、2番目が全人的ケア、3番が家族へのグリーフケアとある。苦痛症状の緩和に関しては、この3つの知識だけではなく、スキルを研修中に学ぶようになっている。

私が現在認定看護師としての発動内容は、医療スタッフだけでなく患者家族の緩和ケア相談窓口となっている。その相談内容に応じてメンバーを調整し、相談に対して適切な処方提案を行っている。この処方の提案に関しては、当院に緩和ケアマニュアルというものを作っており、それで統一した内容をお伝えしている。月に1回、委員会を開催しており、そのレジュメの作成と司会をしている。4年前より緩和ケアの院内認定制度を発足し、昨年は化学療法看護の認定制度も開始した。その勉強会の企画と講習をしている。2ヶ月に1回がん患者サロンを当院でも開催しており、その企画もしている。地域連携室とともに在宅調整を行い、実際に在宅訪問に伺っている。専門的な緩和ケア実践ロールモデルとしてスタッフに指導、提案を行っている。また、緩和ケア相談外来では、がん患者さん家族の心身ともに緩和ケア支援を行っている。

緩和ケア相談依頼書は、電子カルテ上に入りこんでいて、この相談依頼書を受けて関わることにはしているが、ほとんどがピッチに連絡があってから関わるようになっている。当院は現在、緩和ケア病床はないが、各病棟に1床ずつ緩和ケア支援病床ということで、緩和ケアチーム専用病棟を確保している。その希望がある場



合は、この緩和ケア相談依頼書にチェックをしていただくようになる。

ここからは、私自身、認定看護師への相談依頼件数についてであるが、平成17年に認定看護師になったときは、私は病棟看護師だったため相談依頼も少なかったが、平成20年に専従看護師になった途端、件数が増加した。

平成22年1年間の内訳を見ると、相談があったのがすべて緩和ケアチームでかかわったわけではないが、窓口になっているため医師からの相談依頼が一番多く、次が患者家族という形になっている。

緩和ケア相談内容について見てみると、一番多いのはやはり疼痛。そして在宅支援、緩和ケアについてとある。疼痛に関しては、がんそのものによる疼痛だけではなく、抗がん剤治療に伴う副作用による末しょう神経障害による痛みなどの相談も去年は多かった。

部位別に見ると肺がんが一番多く、胃がん、前立腺がん、大腸がんが続くが、去年あたりから良性疾患の件数もかなり増えている。腰部脊柱管狭窄症の方の腰痛、下肢のしびれの痛みとか肺気腫の患者さんの末期の呼吸困難化の緩和等の相談を受けた。

ここから当院の在宅緩和ケアの現状についてお話するために、1年間の在宅支援を行った患者さんの状況を見てみたい。対象は44名だが、当院で実際に患者さんがどのくらい亡くなるのか調べてみると、去年1年間で亡くなった方は270名であった。その中で、がんで亡くなった方は119名。緩和ケアチームが介入している患者さんは54名であった。

退院前ケアカンファレンスでは、このように在宅側と病院側が一堂に会して、カンファレンスを行っている。その際に、在宅医から安心して家に帰っておいでと声を掛けられることで、患者さん、ご家族の方はとても安心されているように思う。

去年1年間で行った在宅支援の件数が44件。その内訳を見ると、在宅で亡くなった方は18名、当院で亡くなった方は19名である。去年自宅で亡くなった方は44%である。

性別を見てみると男性が圧倒的に多く、年代別で見ても80歳代が一番多く18名、平均75.8歳であった。在宅期間は、在宅で亡くなる方も病院で亡くなる方も1カ月以内が半数を占める状態である。

臓器別で見ると、一番多かったのはやはり肺がんで、その次が大腸がん、胃がんが続く。

胃がんに関しては、件数は多いが、病院で亡くなられる方がとても多い状況である。

1年間の緩和ケアの中で、外出・外泊もできず当院で亡くなった患者さん5名を見てみると、1名はカンファをしていたがその後に急変された。1名は看取りの段階での入院であった。もう1名は家族の希望で、病院での看取りを希望された方であった。2名はみつぎ緩和ケア病棟を希望されていたが、1名は認知症で、もう1名は抗がん剤治療をされていることで、ちょっとかなわなかった方である。

胃がんの病院死が多い原因を見てみると、家族の介護力に問題があることと、吐血などによる急変。やはりご家族の方、本人さんも出血にかなり揺れ動いたような印象を受けた。大腸がん、胆管・胆のうがん、肝臓がんの在宅死が可能となる要因としては、オピオイドをはじめとする疼痛コントロールが十分にできていたこと、大腸がんの患者さんのほとんどが肝転移があり、肝不全による意識レベルの低下で苦痛が比較的少なかったように思う。

ここで、前立腺がんの患者さんを1人紹介したい。この患者さん(T氏)は、2002年に前立腺全摘をされて、以降ホルモン療法をされていた。2009年1月にドセタキセルの抗がん剤をするということで、私は外来化学療法室にいたときにちょうどかわり、抗がん剤治療に関しては3コースで終了した。その後、痛みが出て疼痛コントロール目的で入院になった。

緩和ケアチームに紹介があって、初回は骨転移の痛みだったのでNSAIDsで疼痛コントロールできて退院されたが、外来中にまた痛みが増強するというのでオピオイドを併用した。このオピオイドが原因で、その年が明けて麻痺性イレウスで入院された。2回起こしたが、何とかお帰りになれて、その後自宅で転倒し右大腿骨の病的骨折があり、手術目的で入院になった。

このときに在宅医をみつけるということでケアカンファレンスをして退院された。そこから在宅訪問に行くが、5月7日の日は退院されて1週間以内ということでお伺いしたが、訪問看護師さんのほうから、奥さまがかなり疲れているようだからちょっと行ってみたいという依頼があり、5月26日に行った。

確かにかなり疲れている様子だったため、帰って主治医に相談し、介護疲れということで5回目の入院をして、2週間後に退院された。その後も在宅訪問をしたが、また骨シンチなど

で多発転移もあって腰痛も増強し、放射線目的で入院もされた。このときに、今度帰ったら本当に、次に入院があるかどうかというところもあって、在宅主治医をこのときに変えた。

その後、1週間おきに訪問したが2回目の在宅主治医に変えたときに、実はカンファレンスをしていなかったため、8月18日に在宅訪問をした後に先生のところに寄ってカンファレンスをし、在宅看取りをお願いした経緯がある。9月1日は訪問の日ではなかったのだが、在宅主治医の先生から状態が悪いので様子を見に行ってみてはどうかとご助言頂き、訪問した。

この患者さんは、入院中も、あとどのくらい生きられるか、みんなに迷惑掛けて生きている意味がない、早く迎えが来んかなといつも仰っていた。スピリチュアルペインに対して、私は反復と傾聴というコミュニケーションスキルを意図的に使用した。T氏から聞き出した言葉は、最期は痛みなく穏やかに、家族みんなに囲まれて、「ありがとう」を言いながら逝きたいという言葉だった。これは在宅看取りを可能にしないといけないと思い、在宅主治医の変更などもした。奥さまと娘さまが広島にいらして、毎週私たちの訪問に合わせて来てくれた。

患者さんは、在宅へと言われたら、少なからず病院からは見放されたという印象を受ける。オピオイドをこの方は使用していたが、在宅医が所持していなかったため、1週間に1回行って連携を取るという形を取った。

最後の9月1日は、奥さまに手を握られた状態の看取りという形であった。お伺いしてすぐ亡くなられたが、そのときに在宅主治医に死亡確認をするため連絡を取った。ご家族の方が、尾道市民病院の緩和ケアチームを待っていたんだよと言ってくれたのがとても嬉しかった。この患者さんは、また素晴らしいことに、自分が亡くなった後に皆さんに見せてほしいと色紙を用意されて、最期は皆さんにありがとうということで書かれておられた。

実際のこの患者さんへの対応は、外来化学療法室の早期から関わっていたため、コミュニケーションを図り、信頼関係の構築を行った。疼痛コントロールに関しては、NSAIDsにオピオイドを併用して疼痛緩和に努めた。2回イレウスがあったが、低残渣食だったのだが、食事の楽しみ、工夫ということでは栄養士さんに介入していただいた。

初回は、在宅調整は自宅近くの開業医に依頼し、安心を得てもらおうようにした。病的骨折の

ときはポータブルトイレなどが必要となり、ADLの低下予防、QOLの維持を考えて理学療法士にも入っていただいた。最期は、住み慣れたわが家で「最期逝きたい」を支えるために在宅主治医を変更し、さらに連携を図った。週1回の緩和ケアチームの訪問を行った。

泌尿器科においては、週に1回カンサーボードがあり、このカンサーボードに緩和ケアチームも参加している。このときに入院中だけでなく在宅で支援している患者さんの情報を主治医にお伝えし、連携を取ることにしている。

在宅緩和ケアの考察に入るが、尾道市の高齢化率というのは今30.0%で、在宅緩和ケア対象患者もかなり高齢化している。緩和ケアの利用の場がどこであっても、既に構築されている地域連携システム、尾道方式を活用して急性期病院の役割であるがん治療が緩和ケアと同時に、患者が安心して受けることができるようチーム医療を実践していく必要がある。患者が自分の最期を、どこでどのように迎えたいかの意思決定を尊重支援できるように、チーム医療の中で多職種がそれぞれの専門性を生かし、関わることであれば患者本位の緩和医療につながるのではないかと考える。最期を自宅で迎えたい患者のためには、在宅主治医とのコミュニケーションを図って、さらに連携を強化し、在宅主治医への働きかけが重要となると思われる。

看護師としては、患者が入院したときに在宅へ帰るときの状況を考えながら日常生活の視点で入院生活を送れるよう支援していく必要がある。がん患者の心情や家族の思いを尊重し、できる限り希望することが実現可能となるようアセスメント、マネジメントしていく能力が看護師には必要となる。そして、院内での多職種間野調整や地域での連携調整においては、それぞれの専門性を十分理解し、さらに専門性をつなぎ、チーム医療を強化していくことだと思う。

実際には、患者が在宅医療を希望しても、高齢夫婦2人暮らしや核家族化で家族の介護力にも限度がある。がん終末期には患者さんや家族の心情は今まで以上に揺れ動き、さらに急変時の対応やみとりには覚悟がある。患者のみならず、家族に対しても心身のケアなどの適切な援助を行う体制を整備していく必要がある。患者にとってよい時間を1日でも長く、希望する住み慣れたわが家で過ごしていただき、最期は緩和ケアが切れ目なく提供された看取り場所なら、どこでも場所にはこだわらず、また当院での看取りも可能であると思われる。今後は緩和ケア



が治療時期や療養場所を問わず、患者の状態に応じてさまざまな場面において切れ目なく適切に提供されることが求められるといえる。

今後の課題と展望については、当院では平成23年4月に集学的がん治療センターを開設する。ここでは、科学療法や放射線治療を行いながら、同時に緩和ケアを提供できる緩和ケア支援病床を有する。同じフロアに外来化学療法室12床と、療養場所の基本は在宅として、急性期病院の役割である積極的がん治療と同時に緩和ケアを提供し、終末期の看取りだけでなく家族レスパイトケアとしての利用も可能である緩和ケア支援病床10床を設置する。4月2日に開設記念講演会と見学会を開催し、4月4日からオープンの予定である。

今後、看護師としては患者家族中心のがん治療における質の高い緩和ケアの実践を、行っていくべきだと思う。看護師のモチベーションの維持、院内認定制度の充実ということで、緩和ケアに関しては現在18名の方が認定されていて、化学療法看護に関しては、今現在始めたばかりだが、16名の方が多分認定される見込みである。そういったことを通して看護の質を高めていきたい。

チームの中は、かなり成熟したチームができあがっており、医療チーム間の連携をさらに強化していきたい。在宅には医療ソーシャルワーカーの役割はとても大きいと思う。当院の臨床心理士と医療ソーシャルワーカーは医事課に所属しており、先輩がいない。そういったことも含め、彼女彼らの役割を十分に発揮できるように調整するのも私の役割だと思っている。

これは、私がチーム医療で大切にしていることだが、やはり基本を作ることだ。土台のところには石の上にも3年。また、私自身認定看護師として活用したチームをつくり、相談してもらえるような雰囲気と工夫もある。看護師本来の役割は日常生活の援助であって、ミニドクターではない。緩和ケアにおいては、いつも私は「not doing, but being」の姿勢で取り組んでいる。

また、医師とのトラブルがよく病棟スタッフではあるが、医師も患者の苦痛緩和に最善を尽くす思いがあると信じることで、医師もつらい立場にあるという気持ちを忘れずに接していきたいと思う。

また、それぞれの専門性を発揮できる調整力が必要である。がん患者さんにおいては、残された時間はかなり短いと思うので、一期一会大

切にしていきたい。

もちろん緩和ケア認定看護師1人でできるわけでもなく、チームで多職種が関わることでチーム医療というがん医療が可能となる。病院ではがん治療チーム、緩和ケアチーム、NST（栄養サポートチーム）などの病院チームがあり、在宅チームがあり、患者家族を中心に回れたらいいなと思っている。また、治療時期は関係なく、緩和ケアがいつでも提供できれば、患者さんのQOLの改善にもつながり、意義ある予後改善につながると思う。

## 質疑応答

### 質問（因島医師会副会長：岡崎純二）

われわれ開業医とすると、病院の看護師さんが在宅に来ていただくのは非常にありがたいことである。話の中で途中、主治医が変わってもらったとあったが、在宅を中心とする開業医のチームとの関わりあいというのは、スムーズにお互いコミュニケーションが取れているものなのだろうか。

### 回答（尾道市立市民病院緩和ケア認定看護師：渡辺陽子）

片山先生が築き上げられた尾道方式が地域にはかなり浸透しており、在宅緩和ケアをしてくださる先生が多数いる状況である。地域ごとをお願いしているが、このT氏に関しては、患者さんの希望を第一にしているため、かかりつけ医はいなかったが、一番近くの病院を希望されたため、最初はその先生をお願いしていた。看取りが難しいという先生からの話があり、そういったことがあって在宅看取りをしていただくために変更したという状況である。

### 質問（因島医師会副会長：岡崎純二）

お願いするときはスムーズにその変更した先生にはご理解いただけたか。

### 回答（尾道市立市民病院緩和ケア認定看護師：渡辺陽子）

比較的そのコミュニケーションはできている。

### 質問（因島医師会副会長：岡崎純二）

そうですね。それが尾道方式の一番素晴らしいところであると思う。

それからもう1つ。これだけたくさんのお仕事をされていて、一番心配するのがバーンアウト

トであるが、そういうことに対する対処方法が何かあるか教えて頂きたい。

**回答（尾道市立市民病院緩和ケア認定看護師：渡辺陽子）**

私1人ではなく、チーム医療でしている。市民病院の緩和ケアチームのメンバーにとっても感謝している。いつもメンバーに支えられて緩和ケアができていることと、患者さんに対しては、そのとき、そのとき、一生懸命関わらせて頂いている。その中の関係性でこのT氏のような最期を迎えることができたということが、私の次のエネルギーになっている。

**三原赤十字病院における在宅緩和ケアへの取り組み－病院と在宅チームの連携体制の充実を目指して－  
三原赤十字病院（地域医療連携室）**

医療ソーシャルワーカー 柳 迫 三 寛

今回の発表では、三原赤十字病院における在宅緩和ケアへの取組みとして、「病院と在宅チームの連携体制の充実を目指して」というテーマで話したい。

今日の話は3構成である。三原市や三原赤十字病院の概要を少し紹介する。その後、在宅緩和ケアの実際ということで、当院の在宅緩和ケアへの連携システム、そういったことを紹介する。3番目に在宅緩和ケア時代の課題という大きなテーマにはしているが、私たちが日々取り組んでいる中で感じていることを、少し話したい。

それでは、三原市と三原赤十字病院の概要について少しご紹介する。

三原市の概要は、平成22年3月31日現在 人口が101,258名、高齢者の人口が28,218人、高齢化率27.9%。これは県内23市町の中で15番目の高齢化率である。後期高齢化率、75歳以上の方に関しては15%で、県内23市町の中で12番目の高齢化率である。この高齢化率と後期高齢化率を比べてみると、やはり75歳以上の方が人口の割合としては増える地域である。

三原市における在宅医療の提供体制は、平成21年の統計でいくと在宅療養支援診療所は10件、往診や訪問診療の実施医療機関については35施設認めている。その中でオピオイドを用いた在宅緩和ケアの実施ということでは11施設。こちらは、三原市医師会の先生方が調査を行ったものや、私たちが日々取り組んでいる中で連携を取る先生の数である。訪問看護ステーションは10施設ある。24時間対応をされているのが9施設

設ではないかと把握している。居宅介護支援事業所につきましては、32事業所を認めている。

次に三原赤十字病院の概要について。当院は平成22年、昨年9月に病院の増改築工事を完了した。そのことによって、放射線治療機器リニアックの新設と緩和ケアの専用病床5床を整備した。今まで三原市は、放射線治療に関しては県立広島大学三原キャンパスのほうでの通院による放射線治療が可能だったが、その廃止に伴い当院のほうで担う形になった。当院に整備されたことによって、三原市における放射線治療も遠くの病院へ通院しなくてもよくなった。高齢者が多い地域では大きな意味合いがあり、現在一生懸命に取り組んでいる。

次に、緩和ケア病床の概要。緩和ケア病床は、新しくできた病棟5階に5床、全個室で運用している。すべて個室で、7,350円のお部屋が2床、5,250円のお部屋が3床である。運用開始して約1年が経つ。

三原赤十字病院でのがん診療の状況（平成21年度の実績）は、当院では消化器のがん疾患をたくさん認めている。それに伴い、もう1つは泌尿器科、腎臓や前立腺、膀胱などの泌尿器科のがん患者をたくさん治療している。また、婦人科領域でのがん治療も積極的に行っている。

三原赤十字病院と在宅緩和ケアの実際ということで、先日、当院の医師や当院での緩和ケアの担当者との相談など、話をしていく中で少し確認したが、在宅緩和ケアを実践していく上で当院の役割とは何だろうか。どんなことに一生懸命取り組んでいったらいいかを少し考えてみた。

まず第一番目に、在宅緩和ケアにおける後方支援病院としての役割をしっかりと担っていく。在宅での看取りが注目を浴びてはいるが、やはり患者さまの状況やご家族の事情、そういったことを考えていくと、在宅で看取りができる方ばかりではない。そういったときに、緊急時、急変時に確実な入院受け入れができる。こういったことで、地域の在宅医の応援、それから一緒にやっていく姿をみせたい。在宅緩和ケアにおける後方支援病院として、確実な入院受け入れをする確認をした。

2番目に、一時的な短期入院支援。これは、症状コントロールやレスパイトケア、それから輸液、栄養ルートの確保ということで、在宅で過ごしていくために、患者さまやご家族、そういった方々の応援ができないか、ということである。緩和ケア病床等を活用していきながら、

一時的な短期入院支援をしている。

3番目に退院援助である。ここを私たちソーシャルワーカーらが一生懸命取り組んでいるところである。看護師、医師と協力しながら、退院援助を進める。

当院の緩和ケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割は、医療ソーシャルワーカーの業務指針を活用して少し話したい。

1番目に、療養中の心理・社会的問題の解決、調整援助をしている。主には受診や入院、在宅医療に伴う不安などの問題の解決、社会資源の活用、がん、エイズ、難病など需要が困難な場合の解決支援、それから患者会の育成・支援ということをしている。

数年前の患者さんとの事例1つを紹介したい。私たちのところに相談に来られた方が、医師への不満を強く訴えられたケースがあった。しかし、よくよく話を聞いてみると、医師への不満ということではなく、病気に対する治療、病気に対する不安であった。がんの治療というのはすごく長くかかる。そういった中で少しずつ進行して悪化していく、よくよく話を聞いてみると、その方は病気、がんに対する不安を強く話された。そういう場面に、受容や傾聴をしていくことで、その方の不安というものに共感することができた。その結果、その患者さんは医師への不満というような表現ではなく、素直に自分の中の怖さ、病気に対するつらさ、そういったことをお話して、すごく気持ちがすっきりしたよと言って帰っていった。このようなケースで、医療ソーシャルワーカーがお話をゆっくり聞くという姿勢が大事だなと感じた。

次に、受診・受療援助。ここについては、医師との相談、医師の指示ということが非常に大切にはなってくる。治療を受け、病院で入院し、また帰宅して生活をしていく中で、やはり先生としっかり話をしながら、どういった医療の受け方がいいのかを支援している。

3番目には、退院援助。この退院援助というのが、ここ数年すごく注目を浴びている。実際に退院するためにどうしていくかも非常に大切であるが、医療ソーシャルワーカーとして、この退院援助に関わる時に、やはり一番大きな仕事というのは自己決定の支援であるように思う。患者さんやご家族の方は、おうちに帰って生活したい、これからどういう風にしていったらいいのか、という不安を抱えておられる。その反面、実際はご家族に迷惑を掛けるかもしれないという、病気に対する不安がある。なかなか

か帰宅するというのを自己決定できないケースというのが、やはりたくさんある。そういったときに、私たち医療ソーシャルワーカーは、不安を持つご家族のお話、患者さまのお話を聞きながら、帰宅することを自己決定できるようご支援をする。それが大きな役割であると考えている。

4番目に、経済的問題の解決・調整援助ということである。多くの病院医療スタッフが医療ソーシャルワーカーへしているのは、経済的な問題の解決・調整援助である。がん患者さんについて話すと、たくさん治療を受けており経過も長い。そういった中で経済的な問題というのは、大きな問題である。少しでも患者さまやご家族が治療を続け、自分たちの病気と向かい合っていけるような環境をつくっていくためにも、こういう経済的問題の解決・調整援助は大切である。

当院の在宅緩和ケアの取組みは、平成18年から、在宅緩和ケアの支援システムということで、この後話に出てくる当院でのツール、システムづくりをしている。そのシステムを用いた在宅単位の取組みは、今までに第3班まで作っている。第1班では、平成18～19年で18ケース、第2班では23ケース、第3班で26ケース。合計67ケースの在宅緩和ケアへの意向をご支援させていただいた。その中で、52ケースが在宅退院をできた。

大体、78%の方が在宅緩和ケアを開始できた。22%の方が、病院でお亡くなりになられた。

その在宅緩和ケア支援システムの実際をお話したい。まず、これを作るきっかけとなったのは、院内の連携に対する問題点3つがあったためである。

まず、退院援助をしていこうと思ったときに、院内スタッフのチーム形成がやはり出来てなかったという課題があがった。2番目に、退院に向けての患者・家族指導など各職種における支援方法が個々のケースによって異なっている。これは、患者についての情報が、やはり各職種、各部門においてやはり分散化していた。それを、集約していかないと、やはり生活をしていくという部分での支援につながらないということを感じていた。チーム医療展開のため、情報共有と援助方針の統一を図るためのカンファレンスが定着しておらず、院内での情報共有のための方法がしっかり確立できていなかった。

3番目としては、多職種で共有化された退院支援計画が作成されていなかった。アウトカム



がしっかり見えてこないのが、今どこで何をしたらいいのか、いつ、誰がどのようにしたらいいのか、そういったことがはっきり、明確に分からない問題点があった。

また、院内における院外在宅チームとの連携に対する問題点としては、1番目に連携体制がしっかりできていなかった。治療の経過や薬剤情報、患者情報などについての詳細が分からず、また情報提供が遅い。生活していくためにはたくさんの支援が必要であるのにも関わらず、情報提供が非常に遅く、実際に在宅に移ってもすぐ支援に繋がらない課題があった。

2番目に退院援助の方法が標準化されていなかったため、Aさん、Bさん、Cさんそれぞれ方法やシステムがすべてばらばらであった。そうなってくると、依頼が来ても迅速な対応ができない。

3番目に、病院スタッフと在宅スタッフの意思疎通が困難であるということで、病院から提供する患者情報の内容と在宅スタッフが必要とする情報の内容には食い違いがある。病院のほうでは、医療に関する部分にはしっかり情報提供ができるが、在宅で生活を支えていくためには、医療の情報をどう活用していくかが必要になってくる。そういったところでの意思疎通、目的をすり合わせていく場があげられる。

先ほどあげた6つの問題点、課題について解決するためにどうするか、次の4つをあげている。まず1番目に退院援助実践モデルを作成しようということ考えた。2番目に、退院援助における多職種の役割を明確化する。3番目、退院援助におけるコーディネーター機能を充実させていく。4番目、院内チーム・院外チームでの共通のツールを作っていく。こういったことの4つの課題をあげて、取り組んでいくようになった。

在宅緩和支援システムは、最初の入院治療から始まり、院内でのカンファレンス。それから退院を準備していくための取り組み。在宅チームに来院いただくことを中心とした、院内と在宅のチームの連携を図っていくためのシステムがスタートする。最終的に在宅療養に結び付けていこうという流れを作った。これが、当院における退院援助の流れになってくる。

実際に使用している在宅緩和ケア支援システムの1枚目の用紙である(スライド1)。これから在宅退院に向けて、どういうアクションを起こすか時系列で書けるようになっていく。横に、患者さまが今どういう医療の状況にあるのかを

(スライド1)

明確にするための表もある。大きな丸で囲ったところは、在宅の退院に向けて、院内ですること・支援すべきことの最低限の情報をチェックできる。在宅への退院のための取り組みを確認するものになっている。また、在宅チームのメンバーが記載できる欄もある。

2枚目になるが、患者さまやご家族にご提供するための用紙である(スライド2)。在宅退院に向けて、どういうふうに取り組んでいくかを簡単に見てとれるような用紙を作成した。患者さまにこれからどういうシステムで取り組んでいくかを最初にイメージできるような形にしている。

(スライド2)

そして、カンファレンスのシートである(スライド3)。カンファレンス記録をしっかり残しておくことが大事である。それ以前に、このシートを作った目的は、在宅退院するためにまずどんなことを考えたらいいのか、アセスメントをどうするかということである。そのアセスメントをするためのヒントを最初にシートに書いておく。そうすることで、カンファレンスしたときにも、必要な情報が集約できるのである。そして、退院時のカンファレンスシートであ



日本赤十字社

### 在宅緩和ケア支援システム(事後評価)

本調査は在宅緩和ケア支援システムの導入後、その効果や課題を把握するために実施されています。ご協力をお願いいたします。

※ 調査結果は匿名で集計されます。個人情報は厳格に管理いたします。

1. 調査対象となる在宅緩和ケア支援システムについて、以下の項目を選択してください。

① 緩和ケア ② 緩和ケアチーム ③ 緩和ケア外来 ④ 在宅緩和ケアセンター

2. 在宅緩和ケア支援システムの導入後、在宅緩和ケアの提供状況について、以下の項目を選択してください。

① 導入前と同様 ② 導入後、在宅緩和ケアの提供が拡大した ③ 導入後、在宅緩和ケアの提供が縮小した

3. 在宅緩和ケア支援システムの導入後、在宅緩和ケアの提供に課題を感じた場合、その課題について、以下の項目を選択してください。

① 医師の不足 ② 看護師の不足 ③ 薬剤師の不足 ④ 介護士の不足 ⑤ その他

4. 在宅緩和ケア支援システムの導入後、在宅緩和ケアの提供に課題を感じた場合、その課題を解決するために、以下の項目を選択してください。

① 医師の増員 ② 看護師の増員 ③ 薬剤師の増員 ④ 介護士の増員 ⑤ その他

5. 在宅緩和ケア支援システムの導入後、在宅緩和ケアの提供に課題を感じた場合、その課題を解決するために、以下の項目を選択してください。

① 医師の増員 ② 看護師の増員 ③ 薬剤師の増員 ④ 介護士の増員 ⑤ その他

6. 在宅緩和ケア支援システムの導入後、在宅緩和ケアの提供に課題を感じた場合、その課題を解決するために、以下の項目を選択してください。

① 医師の増員 ② 看護師の増員 ③ 薬剤師の増員 ④ 介護士の増員 ⑤ その他

7. 在宅緩和ケア支援システムの導入後、在宅緩和ケアの提供に課題を感じた場合、その課題を解決するために、以下の項目を選択してください。

① 医師の増員 ② 看護師の増員 ③ 薬剤師の増員 ④ 介護士の増員 ⑤ その他

調査員: 〇〇〇〇〇〇〇〇

(スライド 8)

を院内の委員会などで検討し、各病棟や各部門に返していくことで課題等を共有する。その課題に対して、どう解決していくか検討し、次に取り組んでいける。そういった部分で、このアンケートというのは非常に大きな役割を担っている。また、時折おほめの言葉をいただくときもある。それを、その担当者へ返していくと、次へのモチベーションになる。また頑張るぞというやる気にもつながっていく。このアンケートというのが、非常に大きな役割を果たしていくように考えている。

最後に、在宅緩和ケア時代の課題ということで、私たちが取り組む中で感じていることを話したい。「緩和医療とホスピスマインド」について、ある患者さまからこれは指摘された。平成18年制定のがん対策基本法から、緩和ケア医療への関心が急速に高まった。しかし、医療現場では、緩和ケア＝疼痛緩和、痛みを取る、薬によってがんによる体の痛みを取る、というふうにご患者さんに言われた。確かにそういう一面もこれまであったかもしれない。患者さまから学んだのは、緩和ケア＝疼痛緩和ではなく、疼痛緩和というのは、がん患者さんがこれから自分らしく生活していくための出発点である。やはりいろいろな苦痛があると、次に自分らしく生きる意欲にも影響してくる。そういった部分で痛みのコントロールをして、どういうふうに生きていこうか、どういうふうにご家族と過ごしていこうかを考えるきっかけをしっかりと作っていくことが大事である。

社会情勢と経済的問題については、昨今長く続く不況を背景に、社会保障制度や社会福祉制度が矢継早でダイナミックな変化をしている。また、医療の進歩などによって、患者さんの経済的負担というのは非常に大きくなっている。必要な医療が適切に提供していけるように、経

済的な問題を大事にしていきながら、適切な医療が提供できるように取り組むべきと感じている。

核家族化と高齢者問題については、先ほど一番最初に話したように、三原市においてもやはり高齢化というのは大きな課題である。がん患者さんについても、やはりこの高齢化というのは大きな問題となっている。高齢者が高齢者を介護する時代の中において、やはり医療の問題であったり介護の問題、そういうものを解決していくために病院としての役割を、日々考えながら取り組まないといけない。在宅だけではなく、施設の緩和ケアと在宅緩和ケアがうまく連携を図っていきながら、よりよい生活支援ができるような環境づくりをしていかないといけない。

そして、政策医療としてのがん診療ということで、がん診療に関しては、拠点病院とがんセンター化などががん診療の集中化が進んできている。高齢者の場合では、遠くの病院に通うことができなくなってくる方も沢山おられる。こういった拠点病院が地域の医療機関といかに連携を図って行って、よりよい生活支援ができるような体制づくりをするか。これが大きな課題ではないかと感じている。

在宅緩和ケアを推進するために、がん診療連携拠点病院と市内、三原市における病院との連携をしっかりと取って行って、在宅へ繋いでいく。緊急時の対応などでもやはり遠くの病院に緊急で行くというのはなかなか難しい現状もある。三原市の病院と在宅の先生方とが協力を取っていきながら支援をしていく。そしてまた、市内の病院から在宅へ帰っていくようにすれば、在宅のチームのメンバーもこちらの市内の病院に来て連携を図っていくことができる。そうすることで、よりよい連携を図っていったり、時間的なロスも少なくスムーズにできると感じている。

そして最後に、私たちはやはり患者さんやご家族の「退院したい」の気持ち・言葉を大切にしていけないといけないと感じている。

患者さまやご家族の「退院したい」という言葉の中にどんな意味があるのか。その本当の意味を考えていきたいと思う。現在の医療情勢の中でいくと、在院日数というのが大きな課題になってくる。退院援助という言葉になってくると、退院することが目的になってくることが多々ある。しかし、患者さまやご家族の「退院したい」という言葉の意味には、退院して生活



を続けていきたいんだ、自分らしい生活をした  
いんだ、という意味が含まれているように感じ  
る。退院を目標とした退院援助ではなく、やは  
り退院した後の生活が続けていけるような生活  
支援をする。それが退院援助だと感じている。  
そういったことを当院で一生懸命取り組んでい  
きたい。

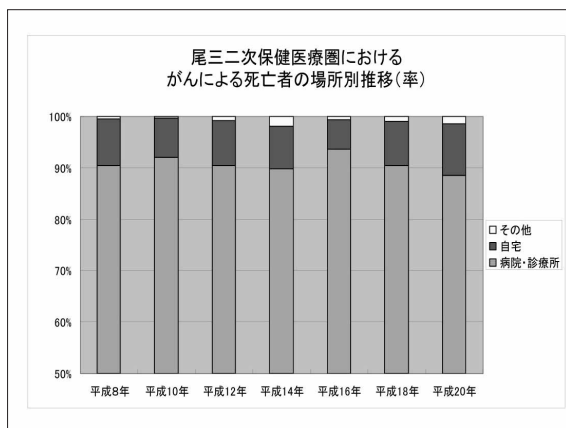
### 尾三二次保健医療圏におけるがん対策の状況

コメンテーター：広島県東部保健所長

米田 哲 幸

平成17年広島県患者調査によると、人口10万  
人対がん患者数は平均と比べて入院が1.19倍、  
外来が1.04倍となっている。がんの治療につい  
ては、手術・放射線治療・化学療法などで実践  
されているが、専門的な知識・技術を有する医  
師や技術者が養成されることを求めている。患  
者ケア病棟を設立する公立みつぎ総合病院、三  
原赤十字病院、また緩和病棟と同等の機能を持  
つ病床を有している厚生連尾道総合病院、尾道  
市立市民病院、がん末期医療として苦痛を緩和  
しQOLの向上を図る緩和ケアが推奨され、実  
施されている。

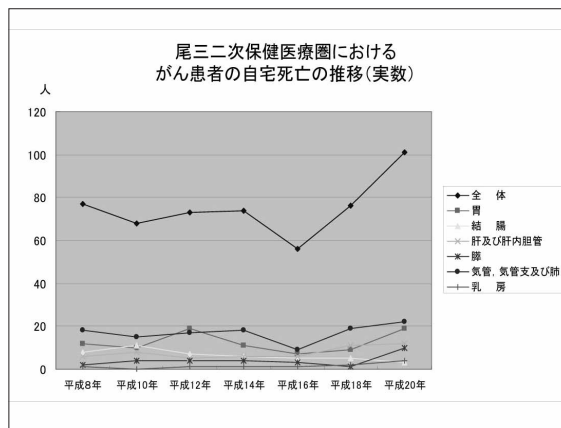
当圏域のがんでの死亡者数を平成7年から平  
成20年までを2年刻みで人口調査から集計して  
みた（スライド1）。



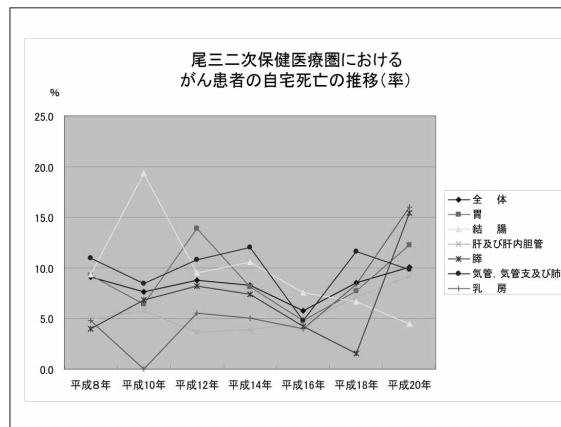
(スライド1)

がん死亡の医療機関での率をとらえると、平  
成16年は増加しているが、全体として減少傾向  
にある。医療機関以外で、自宅での死亡率をと  
らえると、がん全体の死亡者患者数が増加して  
いるため横ばいに見えるが、実数でとらえると  
自宅死亡者数はがん全体で見ても平成18、19年  
で明らかに増加している（スライド2）。このグラ  
フは、足したものが入っている（スライド3）。

臓器別に見ると、自宅死亡率は乳房、すい臓  
が増加している。



(スライド2)



(スライド3)

また、厚生連尾道総合病院、尾道市立市民病院  
緩和チームは退院前カンファレンスを通じ、か  
かりつけ医とともに在宅緩和ケアにも取り組ん  
でいる。地域の医療機関は国指定の地域がん診  
療拠点病院である厚生連尾道総合病院、広島県  
指定の地域がん診療連携拠点病院である尾道市  
民病院との連携を通じて、オープンカンファレ  
ンス、がん相談支援などの機能を有し、地域住  
民への医療提供サービスの向上に努めている。

#### 因島医師会副会長：岡崎 純二

われわれ開業医は病院から患者さんを受け取  
る側であり、いろいろな心配がある。痛みの管  
理がどうなっているのか、点滴の管理がどう  
なっているのか、ご家族への説明はどうなっ  
ているのか。そういうことでいろいろと心配す  
ることが多い。ただ、今までこの備三圏域では、  
カンファレンスを頻回にして共通のフェイス  
シートで情報交換をこまめにやる。病院から在  
宅にスタッフが出ていって、在宅スタッフと一  
緒になって患者さんを支えていく。そういった  
環境が少しずつできあがっているような地域で  
あると思う。

最後に、例えば、今現在、認知症の方を地域で支える、それから知的な障害のある方、あるいは身体障害のある方を地域で支える。いろいろな方法論があると思うが、やはりこれから先医療問題で医療モデル、障害モデルで生活を支える基盤に置くのではなく、どうやってその地域の中で生活していくかという生活モデルを考えながら、われわれみんなで支えていかなくてはならない。

## 基 調 講 演

座長：在宅緩和ケアで看取る在宅主治医・

片山医院院長（尾道市医師会長）

片 山 壽

「希望を重視する在宅緩和ケアについて」

講師：静岡県立静岡がんセンター総長

山 口 建



最初に静岡がんセンターのご紹介をさせていただく。1年間で2,000名の患者を、クオリティー・オブ・ライフを重視して治療させていただいている。

一方で、1,000名の患者に対しては、できるだけクオリティー・オブ・デス（死の質）、あるいはクオリティー・オブ・ダイイング・プロセス（死に至る過程の質）の向上を意識してみとらせていただいている。この1,000名のうちの500名を緩和ケア病棟、残りの500名を一般病棟でみとらせていただいている。

静岡県東部地域は人口約120万であり、そのうちがんで亡くなる患者さんは年間約3,000名といわれている。その3,000名のうちの1,000名が静岡がんセンターでのみとりということになる。

当センターは569床の病床を持ち、新入院がん患者数は12,867人と、他の病院に比べて非常に多い数である。緩和ケア病棟は42床であり、

日本最大の緩和ケア病棟を維持している。また、在宅医療に弱い当センターに尾道方式を加え、現在対がん十カ年総合戦略の班研究を実践している。

さて、クオリティー・オブ・デスについて、教科書的な説明は非常に難しいが、患者さん自身が、「まだ死にたくないよ、私は。だけど、どうやらお迎えが来てしまったようだ。医師や看護師のお蔭で痛みはひどくはなかった。家族も本当に頑張ってくれた。悔いはない。ありがとう」と言って下さるのが、大変よいクオリティー・オブ・デスの状況ではないかとは思っている。

がん医療は非常に大きく変化をしていて、今までは医療者中心で告知もしなかった時代から、がんの告知、インフォームドコンセントという時代になってきたのはつい最近の話である。それが今や医療者・患者・家族、そして社会が共同して戦う時代になってきていると思う。ほかの病気と違い、がんには少し特殊な部分があるとすれば、がんの患者さんは最期まで基本的には意識がはっきりしておられて、自分の行く末をしっかりと把握して、残された日々をどう送るかということ、大変つらい思いをしながら一生懸命考えるという部分ではないかと思う。そういう方が、自分は社会から見捨てられたと思うのか、あるいは自分は非常に厳しい状況だが、しっかりと社会に守られているという印象を持てるかどうか大きなポイントとなると思う。

がん医療にも多くの課題がある。患者の視点の欠如、医療技術者のマンパワーの不足、標準的な治療をどこに住んでいても提供できる治療の均てん化、がん難民、緩和医療の普及、最期の看取りを患者さんにとって心豊かなものにするなど、さまざまである。

## 緩和医療の考え方

石川先生も仰っていたように、WHOを中心に緩和ケアの意義が少し変わってきている。治療から緩和ケアに移るのではなく、治療の最初から緩和ケアが少しずつ入っていくというものだが、実は多くの医師がこの意味をなかなか理解できないでいる。私もその1人で、早期胃がんで簡単な手術あるいは内視鏡手術で終わるような方に、治療初期からどのような緩和ケアが必要なのかという意識を持つ方もおられる。

WHOの緩和ケアの定義の中にそのヒントがある（スライド1）。おそらくこの苦痛や苦悩の予防やアセスメントというあたりが初期の話で

## WHOによる緩和ケアの定義

- 生命を脅かす疾病が原因で、諸問題に直面した患者と家族のQOLを向上させる手法。
- 具体的には、疾病による疼痛あるいは身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな諸問題を早期に見つけ、それが患者に与える影響を評価し、適切に治療することによって、苦痛や苦悩を予防し、和らげることを目標とする。

(スライド1)

はないかと思う。さらにその定義の中の詳しい項目について、従来の緩和ケアのイメージであるものとして、症状の軽減、生の肯定し、死そのものも正常な過程と見なす、死を意識的に早めたり、遅らせたりはしない、精神的かつスピリチュアルな視点重視、死に至るまで活動的に生きることを支援、家族へのケア、チーム医療で対応といったものがある。それ以外の項目の、疾病の初期段階での調査、合併症についての理解と管理、延命治療との共存などは、初期段階での緩和ケアといえるであろう。これらにクオリティー・オブ・ライフの向上と病気の過程へのよい影響を期待する。

ごく最近、緩和ケアを行いQOLを高めるとその方の余命が延びるといふ論文が出てきており、緩和ケアは死期にも影響するだろうということが、徐々に知られるようになってきた。これは、豊かな死を提供することで、その人が最後の時間をゆったりと過ごすことができるという意味になるかと思う。

これは私自身の考え方だが、「がんの治療を最初からきちんとする。また、がんの治療をするときに、例えば抗がん剤で白血球が減ってしまえば白血球を高めるような指示療法、サポートセラピー、サポートケアをやる。癌細胞をたたく。そしてたたかれたときの全身的な症状あるいは状況を改善する。そして徐々に緩和ケアが入ってくる。死に伴った後の家族の悲嘆をケアする。」この一連の流れが医学的な処置であると思う。

新しいがん医療のコンセプトとしてEBM(証拠に基づく医療)とNBM(物語に基づく医療)という概念がある。今世の中でEBMがいかに弱い。新しいデータが出れば、エビデンスが変わっていくという世の中で、患者さんの心のケアという観点で言うとNBMが重要と

なってくる。EBMで最初は治療するが、徐々に物語的要素が加わり、医学的には正しくないかもしれないが、できるだけ患者さんの言葉を大事にする。そして、亡くなられた後もやはり物語の世界である。これががん医療の新しいコンセプトではないかと思う。

## がん生存者とがんの社会学

がん生存者研究というテーマがあり、がんの生存者とは、がんの種類にかかわらず、現在あるいは過去にがんにかかり今も生きている人のすべてを指す。がんの診断を受けた人は、診断されたその時点から生涯にわたって、がん生存者となる。

Cancer Survivorship という用語がある。これは、がん生存者であるという状態を指し、がん生存者研究はがん生存者の生涯にわたって、がんによって生じる身体的、心理的、社会的、スピリチュアルな諸問題を対象とする、診断や治療の時期を越えてがんに向き合っている人の健康と暮らしに焦点を当てる学問ということになる。

1999年に実施した調査では、日本の年間がん死亡者は29万人、罹患者は45万人、そして5年未満生存者、要するに完全に治癒とまでは言えない患者が137万人、長期生存者は161万人であった。合計300万人弱だが、2015年には合計500万人を超えるといわれている。

この生存者で非常に特徴的なのは、治りやすいがんの方がどんどん増えていくということである。肺がんなどの難しいがんの場合には年間の死亡者数は非常に多く、長期生存者は少ない。今、肺がんの全体的な治癒率は15~20%程度であるが、これが8割、9割治る乳がんや子宮がんと比較すると、非常に差が出てしまう。

今われわれが社会の中でがんという問題を取り上げるときに、一番自分の問題として考えられるのはこの生存者の方々だと思う。これからかかる方は全く意識してない状態であるから、われわれががんの問題、あるいはがん対策を考えるときは、この生存者の方々を強く意識する必要がある。

緩和ケア、あるいは終末期の緩和ケアに行かれるような方ではなく、一般のがんの患者、生存者の方にもさまざまな悩みや負担があって、それは終末期の方と同様に、体、心、社会、そしてスピリチュアルに分かれる。

国立がんセンターから静岡がんセンターにかけて、がんの患者さん、生存者の方々はどのよ



うな悩みを持ち、どのようなことに困っているのかについての調査を実施した。2003年に実施し、全国の7,885人のがん患者を対象としたアンケート調査である。さらに同時に、静岡がんセンターでのよろず相談を充実させようという趣旨でもあった。この2つにより集められた相談件数は約10万件にも及ぶ。その相談内容や助言をまとめ、「Web版がんよろず相談」というサイトにて公開している (<http://cancerqa.scchr.jp/hajimeni.html>)。

勿論患者さん自身にご覧いただき参考にしていただくこともできるが、医療機関や行政でがんの患者さんの悩みに答える場におられる方々にもご覧いただくと、自分が今日の前に担当している患者さんの持つ悩みなどがよく分かるかと思う。悩みへの助言は今のところ1～2割程度しか作れていないが、これを見た患者さんに、同じように苦しんでいる人の悩みを知り、孤独感をなくしていただければと思っている。

がんの患者さんを取り巻く問題はさまざまで、例えば胃がんの患者さんだと、ステージ2か3であれば、術後もPS1という抗がん剤を投与する。術後は傷も痛むし、ダンピング症候群のような後遺症もある。体力も低下する。心も不安でいっぱい、このあたりまでは病院などでケアしているが、さらには家族の問題で、お父さんのことが大変心配だ。看病に大変な思いをしている。生活資金も底をつきかけたなどの問題もある。社会全体で見ると、会社での仕事や、医療資源をどううまく使っていくかなど、さまざま問題が出ている。

これらすべてをがんの問題として捉えなくてはいけないとの考えで、「がんの社会学」という言葉を作って、もう10年以上になる。古くは患者さんと医療者の間ですべてが済んでおり、特にがん告知のない時代には、すべて医師任せというところがあった。しかし告知が進むにつれて、がんは大変身近な病気になり、医療体制も患者参加型に変わっていった。患者さんの側には、やはり消費者意識が芽生え、暮らしや就労までベストを望むようになってきた。

このような状況では、特にがんの患者さん、その家族の暮らしを守ることが大切である。そのために、行政や社会もさまざまな活動をしなければならないということで、今まで非常に閉塞的に行われていたがん医療をより社会に広めていこうという気運が高まってきた。

例えば、若い乳がんのお母さんが、治療を受けて手術を受けるとする。今、乳がんで少し進

行していると半年から1年、点滴の抗がん剤を受けなければいけない。そうすると、治療費の問題と、お子さんの世話の問題などから、よく受けない方が出てきてしまう。しかしそういう方に対しては、行政で対応・準備をしている場合が多いので、それらの情報を整理することなどを、この「がんの社会学」の研究の中で進めてきた。

静岡がんセンターの研究所内の患者・家族支援研究部では、患者さん、ご家族との対話を毎年1回行い、その情報を拠点病院に提供している。

その1つとして、「情報イーゼル」がある。がんセンターの玄関に情報イーゼンを置いて、情報を処方している。今、多くの病院では、パンフレットずらっと並べて、お好きなものを患者さんにとっていただくという方法をとっている。あるいは製薬企業が作ったものを医師から直接手渡すなどの方法だが、これをさらにシステムティックに行う目的で、「抗がん剤治療を受けられる方へ」という情報イーゼンを設置した。食事が進まないとき、口内炎がひどいとき、脱毛に対する処置などをまとめてご自由にとりいただく形にした。そうすると、普通にずらっと並べてあるものよりも10倍ほど持って行かれるようになったため、やはり丁寧に情報提供をすることが1つのやり方だと思う。

また、「静岡県あなたの街のがんマップ」を作成しWeb上で公開している。自身の住所を入力すると、その周辺の医療機関、かかりつけ医、訪問看護ステーション、歯科医などの地域の多職種チーム医療の情報が表示される。これは、静岡県との共同で作成している。

さらに、大鵬薬品と共同で「サバイバーシップ」というサイトも立ち上げている。食事、脱毛、リンパ浮腫、その他さまざまな情報について、われわれが作成した本やパンフレット類を全部ネットにアップするといったことをしている。普通ではなかなか手に入らない患者さんケアや、在宅医療の参考となる情報を一生懸命作成するようにしている。

患者さんの希望とがん難民というのは裏腹の関係にある。私はがん難民という言葉には狭義と広義の意味があると思っている。狭義のがん難民とは、再発して、抗がん剤治療などを受けたが「もうこれ以上手はない、最後は自宅でのんびり暮らしてください」と言われたような方々が狭義のがん難民になるようである。見捨てられてしまった、あるいは生きる希望を否定

された、しかし自分はまだ元気だというときに、何とかならないかと活動される方々である。

一方、広義のがん難民とは、この病院だと自分の思い通りの治療をやってもらえないという方々も入ってくる。よって、われわれが本当にしっかり診なければならないのは狭義のがん難民であり、広義のがん難民に対しては情報をしっかり提供して、標準医療の本質ということを伝えることが大切だと思う。

### 患者の希望とがん難民

狭義のがん難民を減らすためには、緩和ケアの外来に力を入れること、患者さんの希望を重視することが重要であると思う。患者さんの側からすると、緩和ケアに対して非常に抵抗感があると思う。しかしある程度納得された方がそのまま自宅でのんびり過ごささいと言われるよりは、この緩和ケアの外来に通うことが大きな心の支えになっているということ、われわれは認識し始めている。

患者さんの希望を重視する方法として、カウンセリングの手法、傾聴から始まったテクニック、あるいは医療上の手法は当然重要である。またそのほかプラスでできることとして、そのときの患者さんの状況に応じて、前向きに対応できる職種を投入するということがある。

さらには、医療技術者自身のギアチェンジが必要ではないだろうか。ギアチェンジとは、患者さんが何とか治りたい、何とかずっと生きていたいということから、状況を把握してそれが難しいということを受け入れ、残された日々をどれだけ安楽に過ごすかに考えを変えろという意味でよく使われる言葉であるが、本当は医療従事者の側にそのギアチェンジが必要ではないかと私は思っている。

具体的に説明すると、患者さんの気持ちとしては完治したい、あるいはできるだけ長く生きたいという気持ちは勿論おありだと思うが、どこかで死の受容、またはその1歩手前の状況に移っていくのだと思う。すると今度は医師の方が、完治、延命のときは一生懸命自分のすべての知識をもって治療していたのが、自分にはもうこれ以上できることはないという非常に後ろ向きな意識になっていく。それが患者さんに伝わり、医師の方は絶対そういうことは思っていない、見捨てられ感につながってしまう。

先ほど、狭義のがん難民を減らすためには、緩和ケアの外来に力を入れることが重要だと申し上げたのは、緩和ケアの専門医がこの段階で

バトンタッチをされると、専門医はこれから一から始めましょうという非常に前向きな姿勢で患者さんに接することができる。そこで患者さんにとっては、もう見捨てられたと思っていたけど、これからこのチームの方々が自分のために一生懸命やってくれるのだという気持ちに、おそらく変わっているのだと思う。こういったことに緩和ケア外来の意義があると私は考えている。

ただ、緩和ケアのために新しい戦力を投入できない場合には、担当する医師が気持ちのギアチェンジをすることが大切であると思う。

静岡がんセンターとしては、ギアチェンジの1つの手法としてよろず相談を充実させ、またチャイルドライフスペシャリストといった職種も取り入れている。これは病児や親を亡くした、あるいはこれから亡くす子どもの心のケアに当たっている職種である。苦しみや不安をゼロには決してできないけれども、小児期に味わった大きなストレスを一生の問題として和らげてあげることができないかという思いでこの活動をしている。

緩和ケアあるいは医療の中で、こういったサポート的な部分をこれからどんどん増やしていくことが必要だと思う。

身体と心と知恵の関係を時々申し上げることがあるが、身体は50歳を過ぎれば必ず衰える。しかし心も身体と一緒に衰えるかという決してそうではなく、心というのは幸いなことに一生老いない臓器である。また、知恵は1つ何かをする度にどんどん増える。知恵というのは100歳になろうが120歳になろうが、何かをすれば必ず増えていく。

この身体と心と知恵。この3つがセットになって、これはどうもいけないと思ったときに、人は死を受容するように思う。この中のどれか1つでも、「いや、もっと頑張るんだ」と言っているときには死の受容にはつながらず、それは生きることの最期のほとばしりということになると思うが、身体も動かない。感情的にももう疲れた。そして、お父さんのときもこうだったといったことが揃ったときに初めて、自分が死に向かっているということを感じることができ。こういう状況を医療者としては、しっかり把握することが必要だと思う。

### 病院と在宅の連携（新外来構想）

在宅の問題は、静岡・尾道・帯広の3地区をターゲットにして、日本全国に普及させられる

ような在宅、緩和、みとりを目標として、厚労省の研究班として動かしている。

広島のがん医療といったら、大体、全国では尾道方式を思い浮かべる。尾道は真似できない。そのまねできないのを何とか全国で真似できるようにならないかというのが、われわれ研究班の目標となっている。

病院と地域をつなぐために一番大事なことは、外来の機能を充実させることだと私は思っており、これは静岡がんセンターの病院として実施するつもりである。

### 医療職 三風の訓

医療職三風の訓とは、風鈴・風車・風見鶏である。患者さんがいろいろな風を起こす。不安、怒り、悲しさ、苦しさ。それを医療者（風鈴）が受け止める。風が強ければ風鈴は強く鳴り、弱ければ風鈴は弱く鳴る。しかし、音色は変わらない。これが、まず医療者として大切なことだと思う。傾聴という言葉があるが、そのコツはさまざまな患者さんによって自分の方がぶれてはいけない。しかし、患者さんがすごく辛がっているときは、自分もそれに共感をしなければいけないということである。

風車は風が吹くと、その力で粉を引いたりといったことができる。よって、その風を、患者さんから学び、自己研鑽に使って、次の患者さんによりよいケアを提供する。

そして、3番目の風見鶏。風見鶏は風の吹く方に向かって、一番風の抵抗がないところで止まる。やはり多くの患者さん、あるいは医療者と接していると辛いこともあるが、そこで燃え尽き症候群になってしまうと困る。できるだけ風圧のかからないように、相手からは正面に向かって見えているように見えるが、心では斜めに向いて圧力を少し避ける。緩和ケア病棟の看護師が燃え尽きるとよく言うのだが、本当の燃え尽き症候群というのは一般病棟よりも少ないと言われている。共感疲労という言葉がある。共感疲労とは、患者さんに思いを注ぎ過ぎて医療関係者が燃え尽きてしまうことだが、本当の共感疲労は少なく、むしろ病院の幹部が言うことを聞かない。職員がこうすべきだということを聞かない。これが燃え尽きる一番の原因だというデータが、アメリカから出ている。

最後に本日の話をまとめさせていただくと、病初期の緩和ケアには調査・予測・準備の段階が入る。がん生存者研究とがんの社会学によると、がん難民をなくすためには、患者さんや家

族の希望を重視する。相談を充実させる。そして前向きな医療者、新しい職種、医療者のギアチェンジが必要である。在宅医療の充実という観点では、病院と在宅のシームレスな連携を保つ。そして医療者も疲れ果てないように、上手くやっていく。

以上、私が日ごろ静岡の、在宅医療がまだ進化していない地で考えた、今日のシンポジウムのメッセージとさせていただきます。

## シンポジウム

「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」

座長：中国新聞社 論説副主幹

山内 雅 弥

コメンテーター：静岡県立静岡がんセンター総長

山口 建

パネリスト：在宅緩和ケアで看取る在宅主治医

片山医院院長（尾道市医師会長）

片山 壽

本日、お話に出ている望ましい死に方ということが今世界中で議論になっている。英国のは非常にいいと言われているが、ある論文によると、3分の2の英国人は死に場所として自宅を望んでいるのに、ほとんどの人が病院かケアホームで死を迎えている。人口は現在約6,009万人で、高齢化率は約17%である。総死亡者数は、日本は100万を超えているが、最近では約50万人ということである。病院での死を望んでいる人は7%のみであるのに対し、実際には60%が病院で亡くなっている。自宅で死を迎えることができる人は10人に1人となる。

NHS（ナショナル・ヘルス・サービス）について、こういうふうにとりかかるともっとできるのではないかという提言をしているし、10年ほどで小規模な自宅のコミュニティーホームのようなところを作れば、10年で元が取れるといった非常に具体的な話もしている。





集約するとイギリスでは、高齢化のため2030年までには死亡者の半分以上が85歳を超える。65歳以上となると86%という高齢多死時代になるが、病院で死を迎えたい人は7%、ケアホームは1%しかいない。家を望んでいるということである。

これは結局、先進国すべてが高齢化を迎えて、医療制度や福祉制度が、国民の最後の希望を叶えていない、叶えることができない予測になっているということである。

とある報告書によると、ゆっくりとしたペースで進行する死が多くなるだろう、がんも将来的には2人に1人かかる時代と言われているが、ほかにもさまざまなことでじわじわとゆっくりとしたペースとなることを示している。

そこで現代的でよい死に方を選ぶことができるように変革する必要がある。「ダイニング・イン・ジ・OWN・ベッド」という表現がある。自分のベッドでということ、この「自分の」というところがポイントである。

よって、宗教や制度が違って、求めるよい死に方は同じだと思う。「希望を叶える」と本日のタイトルにもあるように、希望通りの最期を可能にするにはやはり家なので、在宅医療がなくてはできない。いきなり在宅緩和ケアには向かない。結局、在宅医療そのものと、人生の最後の部分が尊厳に満ちたものであるというエンド・オブ・ライフケアが世界の命題であるということだと思ふ。

そこで在宅医療が、いかに重要かということだが、今年の7月15日の中国新聞に「豊かな死、日本23位」という記事が載っていた。これは英国のエコノミスト・インテリジェンス・ユニットが調査をしたもので、シンガポール共同の記事では、終末期医療や緩和医療について、各国の医療関係者に聞き取りを行い、普及状況や質、医療費など複数の観点から評価をしている。特に世界一の高齢国家である日本はどうかというと、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という指摘になっている。

よって、在宅医療に関しては、日本は駄目だということである。これは要するに死の質のランキングで、本日の山口先生のお話にもあったクオリティー・オブ・デスについて23番目ということである。

エンド・オブ・ライフケア。人生の最期の部分のケア。無保険者が5,000万人近いアメリカの調査によると、諸症状の緩和が不十分、医療実

践が患者の尊厳維持に不適切、多くの米国人が痛みや苦しみながら機械につながれて死を迎えているとのことである。モルヒネさえ自費で払うところもあるそうで、95年のジャーナルだが、医学生、医師に対する教育が全く欠落している。このようなアメリカが9番目なのということである。ここがアメリカの努力の出発点になっているわけだが、非常に難しい問題である。

結局このアメリカが9位、10人に1人しか希望通りの死を迎えられないイギリスが堂々1位になっているということである。先進国はすべて高齢化が進むし、世界中が大変難しい問題としてとらえている。エンド・オブ・ライフケア、在宅医療は世界の命題というわけである。

日本の問題は、ご本人が希望されてもそれが叶えられない地域医療であって、ここで国民が自分の望む最期を選択できる医療体制を整えなくてはならない。地域医療の現場はどんどん変化をしているし、どんどん高齢化、高齢多死時代、超高齢化、独居者が増える。エンド・オブ・ライフケアという概念が日本には必要だということである。

本日、午前中のセッションでバトンタッチという話をさせていただいたが、もう時間が来たから帰ってください、3カ月になるのもうこれ以上いられないといったことを言う病院が非常に多いそうである。病院は患者を「帰す」のではなく返品のように「返す」。ベッドを空けてくれと言うのである。家の生活の場に帰すという視点を持ってない病院が多いから、これほど病院難民と騒がれ、相談がたくさん来るわけである。特にがん患者さんになると、残り時間が少ない。もう積極的な治療ができないとなったときにどうするかだが、人生の最期は家で過ごしてもらおう。本人が望んでいる。ここで、この2つがなければうまくいかない。急性期病院が、帰りたいならいい状態で帰ってもらおうとして、その受け皿である在宅主治医が、看取るチームを持ってきちんと完結させなくてはならない。

尾道市方式として、カンファレンスには、すべての医療機関、いろいろな介護資源も入っているが、ここに在宅主治医なるものがないと、サイクルとして回らない。紹介システムなり連携システムなりについてのカンファレンスを経て、主治医が行き、きちんと引き受けて帰ることである。

先程、山口先生が言われた医療者のギアチェンジについて、病院の中でというより、在宅でご本人が望んでいることを新しいチームが引き

継ぐから、馬力を上げていこうという意味もあるかと思う。さまざまな病院を経て、在宅緩和ケアに移行していく患者さんを開業医が引き受けるのが尾道のチームである。

この尾道のシステムの中に、緩和ケア病棟が（みつぎ総合病院には6床）あって、全体が在宅緩和ケアのシステムとして動かなくてはいけない。医療のかかり方や家族の問題、周辺の体制、24時間相談などに地域で取り組んでいる場合、最後を託す主治医を持ってさえいればクリアできる。経済面は、国の問題で政策・技術・がん対策ということになる。

主治医がいれば総合的な連携機能で最期まで人生を支えることができる尾道市医師会在宅緩和ケアの基本理念としては、痛みのない自宅での最期を目標にQOLを最重視したチーム医療、多職種共同で対応すべきである。

よって、少し信頼しているという程度ではなく、主治医に託すという「信託」の領域までいかなければならない。託された方は責任を持ってチームできちんとして行く。尾道ではこのように、いろいろなチームを使って、さまざまなシステムを作っている。

山口先生と一緒にやらせていただいている仕事は、在宅がん患者家族を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究ということで、山口先生が班長を務め、取り組んでいる。この点について、尾道やその周辺地域でいろいろとご協力をお願いすることがあるかもしれないが、患者さんを含めて一緒に考えていきたいと思っている。

#### パネリスト：在宅緩和ケアでご主人を看取られた奥様

私の主人の場合は、病院であとわずかしが残りの時間はないと告知があった。主人はもともと入院が大嫌いで、いつも窓から朝方明けてくる空、景色を眺めながら、家に帰りたいたいという思いのみだったのではないかと思う。

一時、3時間ほど家に帰らせてもらう許可をいただいたが、主人はやはり家が恋しく、再び家に帰ってくることはないのではないかという気持ちだったと思う。それを見ていて絶対に冷たくならないうちに家に連れて帰ってやりたいと思い、片山先生をお願いに参った。

今までの主治医とは違い、尾道方式を進めてくださった方の紹介で先生を訪ねた。

そのときは問診、体の様子のみならず本人の気持ちも含めて、少しの時間話し合ってくださいただしたが、ああ、これでもう家に帰れるの

かという感じで、主人はとても喜んだ。そこへ在宅医療チームの先生方も加わり、病院でのカンファレンスが行われて、退院の日程が決まった。

家に帰ってからは、午後に先生がおいでくださるのを心待ちにしていた。先生は、主人がトイレに行けるかどうか、トイレまで付き添って確認をしてくださった。

また、退院する前からだが、主人は唾液が飲めない、食事もほとんどできない状態であった。そこで、まずは歯科医の先生、それから耳鼻科の先生、それから点滴には先生といったように先生方が次々に訪れてくださって、まるで家が総合病院のようで安心できた。

何日も飲食ができず、のどに異物があるかと疑ったときも、耳鼻科の先生がファイバースコープでのどを見てくださって、異物はないとの診断をいただき、徐々に食べられるようになった。

家に帰って12日目に片山医院でカンファレンスがあった。そこへも出席したが、このときにもチームの先生は勿論、総合病院の先生も加わってくださった。そのおかげで病院から家に帰って引き継がれた状況を総合病院の先生も理解してくださって助かった。本当に大勢の方に支えられていることを実感し、安心した。

2回、カンファレンスをしていただいた時期は、主人も落ち着いてきて、孫たちと一緒に食事をしたりして、普通の生活に戻れたなという感じがした。点滴も、24時間点滴だったが、落ちついたところで点滴をはずして下さった。この頃の主人の映像を見ることで私はまた主人に会えたような思いがする。

主人は病院にいたときよりも痛みが全くないといっていたし、少し苦しいときには、そのたびに婦長さんに連絡をして、飲み薬や体を温めた方がいいなどの指示をいただきとても助かった。これは24時間対応である。

葬儀が終わったときも、片山医院の前を歩いて火葬場に行き、スタッフの皆さんに見送っていただいた。家に帰ってからも、婦長さん、片山先生に祈っていただいた。

退院前、病院のカンファレンスが終わったところで、もう1度病室を先生が訪ねてくださった。退院が決まったので、月曜日には帰ろうと声を掛けていただいた。その前日にもまた先生がおいでくださって、帰ったらいろいろなことが待ち受けているだろうけれど何かあれば本当にすぐ行くからねと言ってくださったことが、

どれだけ私たちにとって嬉しい言葉だったか。本当に先生にお願いしてよかった、安心して帰れるという気持ちだった。

すい臓がんというのは本当に辛いと、診断を受けてからいろいろな人が教えてくださったが、家に帰ってからは本当に痛みのない生活のようだった。主人はいつも朝食には白いご飯にしらす干しや梅干しなどが好きだったが、それが普通に食べられるようになったというのは、本当に在宅で看取れたということが大きいと思う。今になって思うが、これが豊かな死だったのではないだろうかという気持ちがする。

決してすべてが豊かではなかったが、心はとても豊かで満足して逝ったのではないかと、今ごろになってそういう気持ちがする。

#### パネリスト：在宅緩和ケアでご尊父を看取られた ご長男様

私は、片山先生に父の最期を診ていただいた。

父は亡くなる直前までゴルフをしていたように、元気な人だった。病院に行くことも、先生に診ていただくこともあまりないような生活をしていて、突然、食欲がなくなり、食べられないということで片山先生に診ていただいて、尾道市民病院に入院をさせていただいた。その結果、もう手遅れということだった。

父は、帰りたい、帰りたいということをいつも言うので、私の弟が片山先生に相談に行った。私たちも帰らせてはやりたけれど、先ほど安田さんが言われたように、私の父もすい臓がんだったので、聞くところによると非常に痛みが出るそうで、帰らせても、痛みが出たら辛いかな、また、私たちが面倒を見ることができるかなと思ひ、非常に不安だった。

片山先生に病室に来ていただくと、尾道市民病院の主治医の先生とすぐ時間の打ち合わせをして、尾道市民病院のさまざまな先生・看護師さん、また在宅チームとなる先生・看護師さん・介護士さんなど約20名近くの方が集まってくれました。私たち家族も5人出席させていただいたが、家族の気持ちをしっかり伝える機会を与えていただいた。

病院の先生は大変厳しい状態だと言われたが、片山先生にはこの時期を逃すと帰ることはできないとも言っていただき、私もよくなることはないのだからぜひ連れて帰りたいという気持ちを伝えて、片山先生の在宅チームで診ていただくことになった。父も非常に嬉しそうだった。

次の日、在宅チームの先生、訪問介護の皆さ

んとのカンファレンスをしていただき、その後、皆さんで自宅に来てくださった。そうすると、私も心強かったが、父も大変心強く感じて喜んでくれた。

帰ったときには少しむくみがあったが、尿もよく出るようになってむくみもなくなり、痛みも1つも訴えることなく楽そうだった。ただし口の中が荒れていたのも、歯科医の先生に来てもらい治療していただくと、食事も流動食のようなものだが、できるようになった。また、父には8人の孫がおり、孫がまた看護してくれることにも大変満足そうだった。

自宅にいると毎日いろいろな者が来るので、父はいつも皆の話を楽しそうに聞いていた。誕生日も迎えることができ、亡くなる2日前だったが、皆にありがとうと伝えることができた。先生に来ていただいたときには、父はいつも手を合わせて見送っていたので、その様子を孫たちも含め家族で見ること、感謝の気持ちというのを教えてくれたように思う。

また、父が帰って生活していることで、家族の絆が一段と強くなり、本当に帰ってよかったと思う。しかしこれは、片山先生という主治医の先生に私たちの相談にのっていただき、チームで先生方に診ていただいたからこそだと思っている。今、家族を家に帰してやりたいと思っている方がおられたら、ぜひ私の経験を通して、自宅での介護について皆様を知っていただきたい。

#### コメンテーター：静岡県立静岡がんセンター 総長 山口 建

私自身、医者で4代目だった。私は静岡のがんセンターに勤めているが、父は三重の漁村の開業医だった。休みに実家に帰ると、父を手伝って在宅の患者さんのところによく行っていたのだが、そういった経験があると本日のお話は雰囲気も含めて非常によく伝わると思う。ただ、そういった経験のない方、特に医師はきっとさまざまな疑問を持たれると思う。例えば患者さんの言う「帰りたい」という言葉が、非常に積極的な「帰りたい」なのか、病院が嫌だから何とか家にといったことなのかなど、色々な判断をしなければならないだろう。

ただ、家に帰りたいという言葉はシンボリックな言葉で、家という言葉の中に多くのものが隠されているはずである。単に家に帰って家のベッドで寝るということよりもはるかに大きな、家に帰ってその人が満足することが待っている



はずなので、それが一体どういうことなのかということが、本日のお話の裏にあると思う。

理屈で考えると、やはりその方の居場所、役割が家に帰ることではっきりと分かる。また、家族との団らんの時間が持てる。それから病院では自分で生活をコントロールできていなかったのが、家に帰るとある程度コントロールできる。要するに人間らしく生きられる。そういったことのすべてが家に帰るとい言葉のなかに縫合されていると思うが、これが最初に申し上げたように日本ではなかなか定着をしない。逆に病院死が多くなっているような状況なので、改めて見直していく必要があるかと思う。

午前の部で石川先生が尾道方式のポイントを説明されていたが、患者さんの気持ちに答えたいという医師あるいは医療者側の姿勢というところが尾道方式の特徴であって、それに患者さんやご家族が大変満足するといったところに特徴を求められるのではないかと思う。こういう形のを、日本全国に広めていくこと、またそのための方法がわれわれの研究の1つの目標となっている。

パネリスト：広島県健康福祉局長

佐々木 昌 弘

広島県のがん対策の取組みということでお話をさせていただきます。

さて、がんによる死亡者の現状について、広島県では全国と同様、年間人口の約1%、広島は人口約286万人であるからその1%の約2万7,000人の方が亡くなる。その死亡者の約4分の1はがんが原因であり、30年間連続してがんは死因の第1位である。

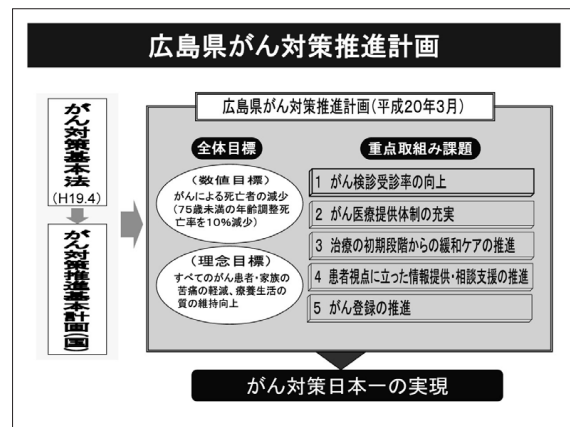
国立がんセンターを設置した昭和38年、このころはがんというのは不治の病ということで、告知をするのはタブーの時代であった。

昭和54年、昭和55年ごろに遂に死因の第1位になって今日にいたっているが、その意味では、がんは治療可能な病気になったということもあって、本日は話された患者さんの家族のように、ご家族も含めてがんであることを告げた上で、どうやってがん付き合っていく、取り組んでいくのかという時代になった。

そうした時代になって、広島県では平成19年、平成20年度にがん対策推進計画を立てた。国の動きで申し上げると、その前の平成18年のがん対策基本法という法律ができた。そこでの中心的なテーマは、「がん医療の均てん化」であり、これは手術療法だけではなく、化学療法や

放射線治療にも取り組む、情報を発信する、緩和ケアにもっと取り組むとするものであった。

従前のがんの緩和医療としては、ホスピスケアが中心だった。しかしそれをもっと広く、緩和ケアという形で取り組む目的で作られたのが平成18年のがん対策基本法であった。それを受けて広島県では平成20年3月、5本の柱で計画を立てた(スライド1)。平成21年10月には、これを計画だけでなく、具体的なアクションプランの形で推進していく方向にシフトし、特に緩和ケアについては、在宅医療について具体化をしていく目的があった。



(スライド1)

わが県は他県と比較して、地域連携パスなどを含むがん医療ネットワークを充実させる方針である。つまり、ある特定の医療機関のみでの実施ではなく、健診からフォローアップの段階まで、すべて広島県のチームでやれないかという考え方でがんの医療の行政を進めている。フォローアップの中の特に緩和ケアについては、従前の要件であるホスピス、緩和ケア病棟の保有、また、24時間対応可能な体制を作ること目標としている。

県内のがん診療連携拠点病院について、先程のがん対策基本法で目指している、国指定のものを二次医療圏ごとに1カ所置くという基準はクリアしている。

しかし、わが県の場合、二次医療圏ごとに1カ所では足りないエリアが出てきた。そこで、質は落とさずに国のがん連携拠点病院と同じ基準で行えて、国の補助金の交付対象になる病院のみ、やや緩めた形での指定を昨年設けたところである。こういった形で患者さんがある程度集中しているところの分散をしている。

また、平成16年9月、人材育成を含め緩和ケアに重点的に取り組むことを目的として、県立

広島病院に「広島県緩和ケアセンター」を設けた。緩和ケアに関する各種相談対応や医師への研修会の実施のほか、普及啓発のための「在宅緩和ケアの手引き」冊子の作成などを行っている。

今後の広島県のがん対策、特に在宅緩和ケアについては、地対協でも議論いただいているが、23年度は在宅緩和ケアチーム研修をシステムティックに実施したいと思っている。また、医療人だけでなく県民や福祉関係者の人たちにも在宅緩和ケアとはどういうことかという講演会を開催したいと思っている。介護施設における指導者派遣による緩和ケアや、みとりを含めて提供体制の整備・促進をする予定である。拠点病院を中心とした二次医療圏単位での在宅緩和ケア体制の構築支援にもさらに力を入れる所存である。

広島県がん対策日本一に向けての取り組みにおいて、二葉の里の高精度放射線治療センター（仮称）は、地図で見るとあくまでも点であり、点ではなく面としてがん対策のうちの重い位置付けである緩和ケアを推進していこうと思っている。具体的には、在宅緩和ケアネットワークの構築を検討している。

一方、国のほうでも、がん対策基本法を受けたさまざまながん対策推進協議会にて見直しが進んでいる。がん対策基本法ができて、がん対策推進協議会の何が変わったかというやはり患者さんの参画であった。広島県でも、県のがん対策推進協議会で患者さんに入っていたいでいる。また、国に先んじて先ほどのアクションプランを作るという段においては、さまざまながん患者さんを含めた関係者の方にご意見をいただいた。よく患者目線の医療というのが、患者参画というのが今後の重要なキーワードになると思っている。そこを意識しながらわが県のがん対策を、国をリードして行っていきたいと思っている。

指定発言者：県立広島大学保健福祉学部  
老年看護学准教授

狩谷明美

本日の私のテーマは、この広島県で、夢や希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて、誰もがよりよい人生と生活を送るために、私たち医療職者は何ができるかというところを特にお話したい。

病院の医師からではなく、在宅ケアを実際にやっている医師の立場から、患者さんご家族の

方にどのような不安があるのかということ、白山宏人先生が2006年の緩和医療学会、並びに緩和医療学のテキストの中で書かれている。それによると、ほとんど患者の不安は、苦痛がとれるのか、家族に迷惑が掛からないだろうか、医療処置は在宅で受けられないのではないかとといったものであるようだ。

さらにご家族の不安をとということでは、再入院の可否についての不安が挙がっており、これがここ5年、10年と在宅医療が進んでいない1つの大きなハードルではないかと考えている。

これらの不安を取るために、本日は、がん患者が豊かな人生を最後まで送るために、日常の備えがいかに大切で、身の周りのハード面もソフト面も併せてどのような準備をしていきたいかお話ししたいと思う。また、広島県の尾道方式のように、質の高い在宅緩和ケアの秘密は何か、また介護職、医療職、保健職などの専門職に何ができるのかを教育職にある者の立場から発言をしていきたい。

まず、わが国の緩和ケアの方向性は、医学モデルから社会モデルへ、ICF（国際生活機能分類）の視点で、生活者の視点で、患者家族の視点で、社会学の視点でアプローチしていこうという動きがここ10年進んでいるが、なかなか進まない状況にある。

その1つの理由が多職種連携という言葉まではあるが、そこが病院に働く人の発想からギアチェンジできていないのではないかと私は考えている。地域に暮らす利用者の視点で、あるいは病や苦悩に苦しむ患者家族の視点で、私たちはどういったネットワークを作ることができるのかという理念が大切になるのではないかとと思う。

また、尾道や他県、県内全体や県北などの緩和医療の状況を眺めながら思うのは、まず理念があって患者中心のケアがあるということである。その道具としてのインタープロフェッショナルワークであり、それぞれの専門職、歯科衛生士や、メディカルソーシャルワーカー、ナース、ドクター、ヘルパーなどがそれぞれどのように連携をしていくかということが重要ではないかと思う。

がん対策基本法が制定された後、これは緩和ケアの認定看護師をチーム内に入れてほしいとの記述があるので、多くの学長先生、院長先生から緩和ケアの認定看護師を紹介してほしいというお話をいただいた。そのときのドクターの話は、どこの病院にくつつくか、そのほうが有

利かという議論と、どう点数が取れるかという議論で、診療報酬の厳しい時代だったので当然のことだが、この広島県地対協で行われているような患者中心のための理念あるチーム医療とは、とても素晴らしい実践だと思う。

よりよい生活・人生をといたときに、地域の環境は大事な要因となるだろう。海外の緩和ケアのユニット、がんセンターなどを見学すると、ほとんどは広島のように海がある、温泉がある、世界遺産がある、山がある、海の幸の魚がある、ナシやミカンが取れる、果物がある、無農薬の野菜がある、卵がおいしいというような、環境や農作物などの地理的な条件というのがとても重要になってくる。そういった意味で、各国の緩和ケア病棟の環境を見ると、先程片山先生から日本は世界23位とのお話があったが、ハードの面でも随分負けている。

例えば世界1位のイギリスのペニーブローンキャンサーセンターの中庭は、水、光、緑など、自然のエネルギーを感じながら自分を癒していくという環境が整えられている。比較すると、やはり緩和ケア病床10床、20床で、普通の病院の病棟の中で、限られた範囲の環境を整えることを精いっぱいやっているのが日本の現状であると思う。

ほかにも広い農場の近くにあるがんセンターでは、その地平線が見えるところに瞑想の家というものがあつて、その中で瞑想をする。自分はどこから来て、何をして、どこに行くのだろうか。これからどう死んでいくのだろうかといったことを瞑想するのである。

子どものためのチャイルドルームが備えられた所もある。子どもたちのケアについても非常に整っており、美智子皇后陛下はイギリスに行かれるたびに、子どものためのがんセンターに行かれておられ、ご自分の2人目の子どもさんを胞状奇胎で亡くされているので、日本にもぜひ子どものがんのセンターを造りたいとよく仰っている。

作業療法士の部屋もある。緩和ケアセンターでは、作業療法士の活躍が非常に大きく、アートセラピーや園芸セラピーなどさまざまな療法を広い部屋で、たくさんスタッフを抱えてやっている。日本での作業療法士は緩和ケアに特化した専門の作業療法士というのはまだ少なく、がんセンターの中でやっと教育が進みつつある状況だと聞いている。

ドロシーハウスにはファミリールームがある。病院の中で患者さんがケアを受けられると

きに、家族は病院の休憩室のソファで毛布を借りて寝たり、あるいは近所の旅館を借りて看病に通ったりといった形になると思うが、そのために家族の健康状態も悪くなる。ファミリールームの中で家族がマッサージを受けたり、アートセラピーを受けたりアロマセラピーを受けたりといったこともできるので、このような環境も整っていればと思う。

もう1つお話ししたいのは食べものについてで、食べるということのは、やはり最後まで残る患者さんの望みで、自分の好きなものが食べたいと思うものである。前述のペニーブローンキャンサーセンターでもドロシーハウスでも、ご家族のために料理教室をやったり、がんの再発をしないための食事療法のプログラムが組まれていたりする。食事を大切にすることと同時に、自分の好きな食事を選ぶことができるということも大切だと思っている。

アートセラピーの作業療法士のオフィスや、作業療法士やナースの方々のセラピールームがあるところもある。ここではリンパマッサージやアロママッサージ、気功などをする。

このように環境を整えることは大事だと思うが、広島県の強みとしては、天の利、地の利、人の利があるのではないかと思う。

天の利とは、66年前に被ばくをしているという天命である。海外に行くと広島県のことを知らない人はいない。広島が、がんの世界の先進の地になるといった、天の利がある地域だと思っている。

地の利については、海がある、山がある、島々がある、温暖な気候である、フルーツが取れる、野菜が無農薬でたくさん作られているといったことと、景観も里山が残っており美しいことがある。

民俗学者の柳田国男先生が仰ることには、葬るという字は、草に死体の草と書く。私たちは、昔から死体を草っぱらに置いて、それが7年たったら魂が里山に行き、30回忌ほどになれば魂が天に上るといわれている。魂が里山の中腹ぐらにあると柳田先生は書かれており、広島県の低い里山が残っている自然は、世界の緩和ケアを求める方々がこの広島で療養するということもあり得るぐらい、地の利があると思っている。

最後に人の利は、県医師会を中心として、ソビエトや北朝鮮などの外国への放射線障害の医療支援をされている技術と、さまざまな拠点病院の先生方、皆さま方の医療技術があるところ



だと思う。

皆、勉強のために海外に行こうとする。私の教え子も世界で一番最初に緩和医療学が発祥したオーストラリアに留学したい、イギリスに留学したいなどと言う。留学から帰って来ると、最新の看護技術として霊気ヒーリングというものを見せてくれるのだが、実はその霊気ヒーリング、オーストラリアで発祥したのかと思うと、イギリスのペニーブローンキャンサーセンターはドイツで研修したと言う。そのドイツはオーストラリアで研修したと言ひ、オーストラリアはどこで霊気ヒーリングの技術を学んだかという、実は、県北のある女性が呉の港からオーストラリアに渡り、現地の方々と結婚した。そこで気功のような霊気を教えて、それががん患者の免疫力を大きく高めて治癒したという事例もあり、霊気ヒーリングがオーストラリアから世界へ発祥したという。実はこの広島にそういった民間人の知恵や技術、専門家の知恵が結集していると言われている。

このような天地人の利のある広島の中で、私たちが質の高い安楽なケアの提供をするという理念を持ってチームを組むときに、一番重要なことは何か。今までの視点は病院の中の多職種連携で、例えばPT、OT、ST、総合医、専門医、ボランティア、地域ナース、介護福祉士、メディカルソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、宗教家などが病院の中でチームを組む。しかし多職種連携のカンファレンスでこれやりたいなどと言っているだけで、実際は在宅の患者のサービスにはつながっていないところがある。

しかし、尾道方式を中心とした質の高い安楽な在宅ケアの提供を考えるならば、社会サービスが重要となってくると思う。在宅ケアをするために地域のシーズの何を活用できるのか。外来は何を活用できるのか。ケアホームでは何を活用できるのか。今あるデイサービスを使って、どんな緩和ケアができるのか。そして、症状コントロールで一時入院をするといったことが組み込まれて、縦軸と横軸で絹の帯が出来上がるように、医療・福祉のサービスと病院の中の専門職と地域のシーズが組み合わせられれば、質の高いものができると思っている。これからの時代は1つの病院や、複数の病院の連携だけではなかなか患者や家族が満足するサービスは提供できないのではないのか。

イギリスの地域マクミランナースは、マクミラン財団が育成しているプログラムで、大学で

教育しているナースではなかった。これからの時代は一大学で高度専門職の大学院をつくるということも、経済的に難しい。

ヨーロッパでは複数の大学が集まって連合大学院を作ったり、また、千葉大学などはある財団にファンドをいただいて、そこで教育をし、緩和医療の寄附講座なども持っていたりする。静岡がんセンターで行っている教育、尾道市医師会のアドバンストコースのヘルパー・看護師の教育、そして県立大学の、広島大学のといった複数の大学が集まって、高度専門職の人材育成をしていく時代だと思う。

マクミランナースは、電話によるサポートや、他の専門職との情報連携などを仕事としている。地域の緩和ケアの質の保証のためにこういったシンポジウムや教育の機会などを作っていくことが使命として言われている。

最後に、まとめとして、佐々木局長が言われたように、在宅で診ることになると、介護保険を適用して介護スタッフがご自宅に伺って、いろいろなケアをしながら訪問看護の方々と一緒に、福祉と医療と両方で関わっていく形になるかと思う。そこをどのようにコーディネートするかは、やはり専門職の方々と、誰々が能力が低いとか、誰々が悪い、理解がないといった責任のなすりつけ合いではなく、互いに尊重し合い、患者のためにどんなサービスを組み合わせしていくかのカンファレンスが重要だと考えている。

もう1つ地域間格差の問題がある。緩和ケアが現実に進んでいるところと、田舎で医師数やサービス事業者が少ないところでは、やはり格差がある。その解決策として、素人の方々、例えばロータリークラブや老人大学、地元の企業家の方々を活用するのも、1つの手段ではないかと思う。

また、田舎の地区のドクターが相談したくてもできないときはスカイプなどのICTを使って相談をする。ヘルパーがこの症状について何か分からないと思ったときは、将来はクラウドなどを活用した患者情報の共有なども課題になるのではないか。

環境、文化の醸成や、さらなる介護職、医療職の教育・研究をサポートするスタッフの育成も必要である。また、本日のような機会を使って、広島から世界へ向けてのパブリックのアピールも今後必要になるかと思う。

## ディスカッション

### 山内

在宅緩和ケアが必要であることは皆様思っておられることだと思うが、それをどのように実現するかが本日の話である。先ほど、ご家族の方から在宅ケアは総合病院がうちに来たようなものだとお話があったが、そこに1つのヒントがあるのではないかと思う。片山先生、いかがか。

### 片山

これは必要な人しか来ていないので、大勢で詰めかけているわけではない。耳鼻科の検査が必要なら耳鼻科医が行き、口腔ケアのやり方を変えようと思えば、歯科医が行く。フランスの在宅入院制度というのがあるが、それによく似ていると言われる。チーム医療をしていると、患者さん側からすれば必要な医師やスタッフが来るので、そのように感じられるのだと思う。

### 山内

片山先生が仰った「信託」という関係をつくるためには、やはり何かあれば全員が顔をそろえてくれる、あるいは退院のときにカンファレンスがあり、その前後に顔をのぞきにきてくれるといったことが必要で、それにより信頼感が高まっていったことが、この成功につながったのではないかと思う。

尾道の方はかえって地元でありがたみが分からないのではとの話もあったが、一方で尾道の20年間かけて築いてきたチーム医療があるから、在宅緩和ケアもスムーズにいったのではないかという思いもあるかと思う。チーム医療が十分できてない地域で、果たして県が進めるような在宅緩和ケアが可能なのかといった疑問も沸くが、佐々木局長、いかがか。

### 佐々木

掛け声だけでは当然できない。現実問題として、診療報酬の関係がある。その都度、離合・集散・チームを作っていくのに対しての対価が本当にあるのかということ、まず診療報酬上の仕掛けをどうするかを解きほぐさない限りは、尾道モデルが日本モデルにはならないだろう。しかしその道に近付けていく必要はある。

そうしたときに、わが県で広島モデルと言えるチーム医療をどう作るかは、急いで考えていこうと思っている。わが県は、本日、県薬剤師

会の前田会長、県看護協会の板谷会長が来られているように、そういう素地がある。それに応じて県も組織体制を変えていかねばならず、一昨日の予算発表では、がん対策を1つの大きな柱としている。われわれががんや地域における保健・医療・福祉の連携についてどのように考えているのかを明らかにした上で、広島モデルというのを作っていこうと思っている。

そうしたときに重要なことは、県民、患者さん、国民から声があがるかといったところで、山口先生の仰るテイクホーム、テイクトゥーザハウスではなくテイクホームを心から願ってもらい、それが行政、政治を動かせればと思う。

## 質疑応答

### 質問（広島市西区医師会 落久保）

私も西区でかかりつけ医として、緩和ケアと在宅医療をさせていただいているが、広島市の場合には、やはり尾道のようにまだインフラが整備されていない。われわれの努力不足かもしれないが、患者さんのところに総合病院のように先生方が一堂に会するというシステムができていない。

ただ、ケアマネジャーをはじめとする介護のスタッフたちとともに緩和ケア、あるいは在宅ケアというものを支えているところだが、講義などの場でケアマネジャーさんたちに、「職業人として人の死を体験したことがある人はどれぐらいか」と問うと、約半分から3分の1である。「臨死体験、死なれる場面に出会われたことはどれぐらいか」と問うと、約4分の1から5分の1で、ほとんどのケアマネジャーさん、ヘルパーさんたちは臨死体験あるいは人の最期を職業としてご経験されたことがない。

本日は片山先生や患者さんのご家族がいらっしゃるので、ご家族の方からはそういったケアマネジャーやヘルパーさんたちにどんなことを望んでいるかということ、そして先生方からは、かかりつけ医としてどのようにスタッフたちに声掛けをしていくのが望ましいかということをお教えいただきたい。

### 回答（在宅緩和ケアでご主人を看取られた奥様）

うちの場合は、ヘルパーさんの手を借りることがあまりなかった。ヘルパーさんをお願いしたのは、シャワーと清拭で、清拭は家族でもしていたので、そうたびたびはお世話にならなかった。しかし私の家族の場合は、主人の妹と

私の2人がいたためある程度はできたが、高齢でご主人や奥様を看取る方もあろうかと思う。それは主治医の先生に相談されれば、いろいろな方法を考えてくださると思う。

主治医の先生を頼むというのは依存するということかもしれないが、私たちにできないことは先生にお願いするしかないので、皆様ぜひ主治医の先生に相談されると、そこから介護、それから看護ということを考えてくださるかと思う。

#### 回答（在宅緩和ケアでご尊父を看取られたご長男様）

私も介護の方に毎日来ていただいたが、それよりもやはり医療チームを組んでくださる先生方の理念や考え方というのに非常に感銘を受け、感心した。

私も主治医の先生がいらっしやらないと色々な相談や前へ進むことができないように思う。

また、尾道市民病院に入院させていただいたが、私も父もそのことについては非常に満足をしていた。帰りたいたいというのは、医療とは思いますが少し違うところがあるので、その点、帰りたいたいというときにはやはり在宅医療があれば助かると思う。

#### 回答（片山医院院長 片山 壽）

結局、その場面、その場面で皆ニーズは違う。落久保先生はケアマネジャーのまとめをされているからそう思われるのかもしれないが、ケアマネジャーの良し悪しで在宅緩和ケアがうまくいく、いかないということは尾道ではない。主治医がチームを組むときに、例えばカンファレンスや訪問看護についても各スタッフのレベルを考慮しなければならない。在宅医療、特に在宅緩和ケアの空間というのはプロフェッショナルの空間であり、十分な知識がないと入って来られない領域だと認識している。

チームで在宅緩和ケアをする場合、残り時間の少ない人たちのために、連携のスピードを上げ、集中力を高め、高いクオリティーでものに臨んでいくので、そこで練度の低い人がいたら外している。だから介護保険と同等にケアマネジャーというのではなく、カンファレンスのときも病院のプライマリナーズが司会をすることもあり、結局、純粋に医療空間として考えている。

介護が必要なときは、このメンバーでこのように交代で行って、シフトを組んでといったこ

とを決めるのがカンファレンスで、やはりその場その場のチームは100人100通りである。個別の技術、能力、技能は差があるものだが、地域で緊張感の高い現場をこなしていけないと、その職種は育っていかない。

#### 質問（竹原地区医師会 井口）

多くのドクターが訪問して訪問回数が増えれば増えるほど、患者さんの医療費の自己負担が増えると思うのだが、医療費についてコメントをいただきたい。

#### 回答（在宅緩和ケアでご主人を看取られた奥様）

大勢の先生方に大変お世話になったが、最終的には看取った後、先生のほうへお礼にあがった。しかし入院治療費まではかかっておらず、往診をしてくださった回数は非常に多かったが、最終的には入院治療費と同じかそれ以下だったと記憶している。

よってわが家の生活に合わせたように先生も判断してくださるのかと思い、大変ありがたかった。

#### 回答（在宅緩和ケアでご尊父を看取られたご長男様）

私が支払いしたわけではないので分からないのだが、妻があの支払いでいいのだろうかというようなことを少し言ったので、母や妻もそう負担にはならなかったのではないかと思う。

#### 回答（片山医院院長 片山 壽）

ここのお2人については、算定制限はしていない。ただ、低所得の人の場合、例えば往診に20回行っても10回しかつけないといったことはある。ボランティアで特養の風呂に入れてもらうこともある。

岡山大学の田中教授の話で、がん治療の一番の副作用は医療費であるというのがあるが、尾道市医師会で主治医機能のアンケートをしたときに、低所得地域もかなりあるため、算定を制限したりレセプトに計上しないといったことをするかとの質問には、54%の主治医が在宅しながらやっているとの回答だった。

よって、在宅医療の支払いでつぶれるなどといったことは決してない。



## 総括 がん対策・政策に向けての提言

静岡県立静岡がんセンター 総長

山口 建

あまり立派な政策提言ということではなく、尾三地区の皆様にも少しメッセージを残したいと思う。本日拝見したところ、この地域で、この事業に参加しておられる医師をはじめ、医療従事者の方が、非常に生きがいを持ってやっておられるのを感じた。

医師に限ると、医師の基本は、どんな科の医師でも、救急と最期の看取りをきちんとできるかであると思う。そこをかなりレベルの高い先生方がこの地域ではやっておられるということが非常に重要なポイントで、それをぜひ今後生かしていただきたい。

そのためには、やはりこの地区の住民の方々、ご家族や患者さんご本人に参加していただく必要があると思う。

私も父も開業医だったので田舎にいとあまり感じないが、都会に行くと、風邪をひいたときには開業医に少し薬をもらうが、もっと重い病気になったら病院に行くものだと考えておられる住民の方が非常に多いと思う。しかし今や時代が変わっていて、開業なさっている先生方の多くはしっかりした病院で10年、20年の勤務経験がおありになる。そういう方々がこの事業に参加していることは非常に大きいことで、ぜひそういうことを尾三地区の方には認識していただき、この仕組みを、素晴らしい宝を育てていただきたい。

地域医療というのは行政がつくるものでもないし、医療者がつくるものでもない。やはり社会が一体となって、住民の方々が育んでいくものだという方針をぜひ今後も続けていただいて、世界のどこにもないこの在宅緩和ケアの仕組み、あるいはみどりの仕組みを継続して広げていっていただきたい。

最後になるが、本日のキーワードはおそらく「豊かな死」であると思う。もう少し訳すと、患者さん・ご家族が豊かな心で迎える死とは何かという命題である。それは、病院では味わえないような自立心であり、自分自身のコントロール感であり、ほかにもさまざまなものがあると思うが、代表的な例を1つだけ挙げる。

静岡がんセンターの患者さんで、東京の緩和ケア病棟から静岡に来て皆さん仰るのは、ここでは時間がゆったり流れるということである。私は、それは富士山の霊気だと言うことにして

いるが、本来こういう時期の患者さんの時計は非常に速く回っているはずである。病院にいるとおそらくその傾向は強まり、静岡がんセンターもその例外ではないと思うが、そういう方がご自宅に戻られると普通の、ゆったりした時間に戻って、それで最期のときを豊かな心で過ごせる。こういったことも、1つの事例であると思う。

それに限らず、さまざまなことが在宅での看取りには加わってくるため、まだまだ分析は不十分だと思う。よって、それを今後この地域あるいは広島県で取り組んでいただき、ぜひ日本一のがん対策県になっていただきたい。その上で世界一の在宅の看取りを追求していただければ、私たちもそれをまねていきたいと思う。

## 次期開催圏域地对協会長挨拶

広島県呉地域保健対策協議会会長

(呉市医師会長)

豊田 秀三

もう7年がたったのかと思うとあっという間で、本日の研修会を見せていただき、こんな立派な研修会ができるかどうか分からないが、来年頑張ってみようと思っている。

今回が緩和ケアについてだったので、次は認知症、早期発見、早期ケアをテーマとして提案しているところである。65歳を超えると10人に1人が認知症になり、最終的には4人に1人になると言われている。これも大きな問題であるので、うまくまとめて研修会にもっていくことができるかどうか精一杯取り組む所存である。

呉は新幹線が通っていないので、皆さん、来ていただくのに大変ご不便だとは思いますが、呉には大和ミュージアム、陸に上がった鯨艦と潜水艦があり、昼の休み時間に少しでも見ていただけるような工夫も考えている。

どうぞ、来年は皆さんごぞって呉にお越しください。

## 閉会挨拶

広島県地域保健対策協議会副会長

(広大大学院医歯薬学総合研究科長)

小林 正夫

(代読：広島大学医学部医師会長、

広島県医師会常任理事 平川 勝洋)

皆さん長時間のご参加大変感謝する。

本日のテーマは、在宅の緩和ケア。もう1つのキーワードは恐らく患者さん、家族の皆さん

の視点ということだったと思う。山口総長には本当にお忙しい中、貴重な講演をいただき、また非常に示唆に富むコメントをいただいて、大変感謝している。

午前中には、病院側からこの尾三圏域の取組み、午後のシンポジウムでは、患者さんの家族の方を交えて尾道方式の情報を提供していただけたかと思う。非常に貴重な情報を皆さんに提供していただいた。

最後に山口総長からもコメントがあったが、

家族あるいは県民の皆さまへの広報が重要であるということだった。ぜひ、山内副主幹にはメディアを通してそういうことも宣伝していただければと思う。

来年度は、先ほどご挨拶があったように、呉地区で開催される予定なので、よろしく願います。また、本日ご参集いただいた皆さまには、引き続きこの地対協の事業にご協力・ご支援を賜りたい。

