

[共同研究：和泉市におけるがん対策の研究：患者・家族支援，医療・介護連携，チーム医療]

和泉市におけるがんケアの課題

——医療と介護の現場事例より——

川 井 太 加 子
根 本 嘉 昭
篠 原 千 佳

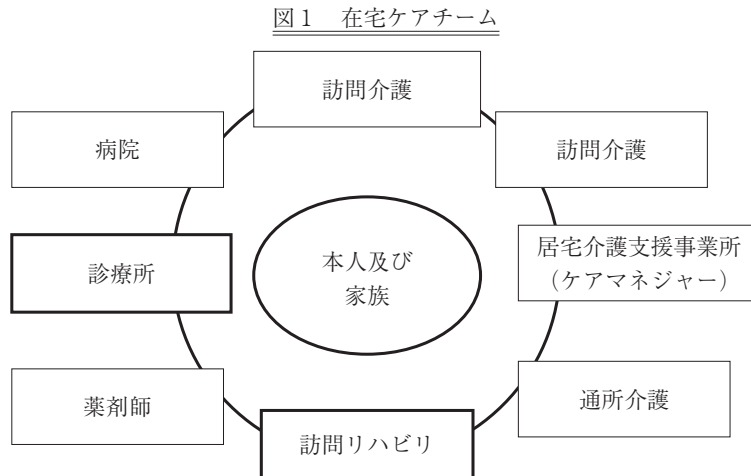
はじめに

日本において死亡原因で最も多いのが悪性新生物（がん）であり，近年がんは全死亡の3分の1を占めている。そして，男性の約6割・女性の4割以上が生涯に一度はがん罹患するといわれており，現在日本人の死因第1位であるだけでなく，国民の2人に1人が人生のどこかでがんを患うと言われている。最新のデータに基づく統計によると，生涯でがん罹患する確率は，男性60%，女性45%となっている（国立がんセンター 2010）。また，本研究対象地域は大阪府和泉市であるが，その大阪府のがん死亡率は全国レベルでも高い状況にある（がんの統計編集委員会 2009）。がんは，多くの場合，長期にわたる治療とケアを必要とし，身体的健康に加え，職場・家庭生活，心の健康やスピリチュアリティにも多大な影響をもたらす。このような状況において，日本では2007年（平成19年）4月に，「がん対策基本法」（平成十八年六月二十三日法律第九十八号，平成十九年四月一日施行）が施行された。その基本理念は，がん克服のため，患者の居住地域にかかわらず適切な医療が受けられるようにし，そして，がん患者の意向を尊重した治療方法等が選択される医療提供体制を整備することである（第二条（基本理念）「がん対策基本法」2007）。しかしながら，すべての地域でその体制が整備されているわけではなく，がん医療における地域格差があるのも事実である（福岡 2015）。住み慣れた地域で過ごしたいと願う患者やその家族の希望を叶えるためには，医療をはじめ様々なケアが継続的・総合的に提供されなければならない。

そこで，この小論は，こうした和泉市のがんケア対策の仕組みを構築していく基礎資料とするため，我々の「和泉市におけるがん対策の研究」によって得られた情報をもとに，和泉市立病院の取り組み，居宅介護支援事業所（A）及び通所介護事業所（B）の現状，さらに先進的な活動の報告を行うことによって，和泉市におけるがんケア対策の課題を整理してい

キーワード：連携，緩和ケア，ホスピスケア，居宅介護支援事業所，通所介護

くことを目的とする。図1は、がんケアにおける患者本人および家族と在宅ケアチームの関係性を示したものである。在宅ケアチームとは、訪問看護・介護・居宅介護支援事業所・ケアマネージャーだけでなく、通所介護・病院・診療所・薬剤師も含む総合的なものとなっている。



作成 川井太加子

I. 大阪府和泉市の取り組み

1. 和泉市がん対策推進条例の制定

日本では現在、国民の2人に1人ががんに罹り、3人に1人はがんが原因で死亡する。和泉市でも、がんは死因のトップであり、市民の生命と健康を守るため、がん対策が市の重大な課題となっている（「市におけるがんケアについて」は、伊藤（2014）を参照）。国のがん対策基本法（2007）を基に、市のがん対策に関する施策の基本となる事項を定めると共に、総合的ながん対策を市民とともに推進することを目的として、2014年（平成26年）9月に和泉市がん対策推進条例（条例第31号、平成26年11月1日施行）が制定された。推進する施策として、①がんに関する情報の収集と提供、②がんの予防、③がんの早期発見、④がんに係る医療の環境整備（医療及び介護を受けるために必要な関係機関等との連携）、⑤緩和ケアの充実が挙げられており、次に紹介する医療と介護の連携推進条例とともに和泉市と医療関係者の取り組みが始まったところである。

2. 和泉市の医療と介護の連携推進条例の制定

「住み慣れた和泉市で、生涯にわたって自分らしく人生を全うしたい。」という、市民の願いを実現するため、和泉市では、医療と介護の連携体制の構築が推進されてきた（「和泉市市民を中心とした医療と介護の連携推進条例」（条例第3号、平成25年4月1日施行）以

下、「医療と介護の連携推進条例」2013)。この条例は、市がいずれ超高齢社会を迎えるに当たり、市民が病気になったり寝たきりの状態になったりしても、望む場所で自分らしく療養生活を送れる街づくりをめざしている。医療と介護に関わる者が一体となり、継続的に質の高い包括的支援が提供されることが重要となる。当事者である市民は「専門家任せの医療介護」ではなく、「自分の人生を自ら生きるための主体性」を発揮することが必要不可欠となる（「医療と介護の連携推進条例」2013）。この認識の下に「市民が生涯にわたって住み慣れた場所で自分らしく安心して暮らすことができる安心・安全のまち和泉」を目指し、ついに2013年（平成25年）4月に和泉市市民を中心とした「医療と介護の連携推進条例」が制定された。

そして、病気又は寝たきりの状態になった場合においても、和泉市では市民の主体性のもと、医療及び介護のサービスが包括的に提供される体制づくりのための基本理念を定めている。それには、市並びに市内の病院、診療所の医師や歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員、介護事業者、地域包括支援センター等が一丸となって、医療と介護の両面においてサポートをする仕組みづくりの必要性が盛り込まれている（第二条（基本理念）「医療と介護の連携推進条例」2013）。このように、和泉市は全国に先駆けて医師会の積極的なかわりの基、策定したばかりの「医療と介護の連携推進条例」（2013）について、どのように一般住民や専門職に周知していくのかを当面の課題としている。

Ⅱ. 和泉市立病院のがんケアへの対応

1. がんセンターの開設

その「医療と介護の連携推進条例」（2013）制定の数年前に、和泉市とその周辺も含む大阪南西部の泉州地域の患者が安心して適正ながん医療を受けられるよう、2010年（平成22年）7月に和泉市立病院は「がんセンター」を開設した。がんセンターでは、腫瘍内科・緩和ケア科、放射線科（治療部門）、外科（消化器、呼吸器）、婦人科、泌尿器科の専門医、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー（MSW）等の専門職種それぞれの叡智を集めたチーム医療が実践されている（福岡 2015）。

そこで、治療の対象となるのは、肺がん、消化器がん、乳がん、婦人科がん、泌尿器がん、肉腫、原発不明がんなど様々であり、外科治療、放射線治療、化学療法などが行われている。化学療法に関しては、化学療法審査委員会において、「有効性と安全性に関して科学的な根拠が明確である」と認められた治療法（レジメン）を専任の薬剤師が調剤し、がん薬物療法専門医（腫瘍内科医）と化学療法室専任看護師による管理と連携の下で治療が実施されている（福岡 2015）。また、在宅でがんケアを受けている患者には「24時間安心カード」と呼ばれる情報カードを渡し、自宅への訪問サービスは無いものの電話での対応や来院型の夜間診察等が行われる体制が整っている。

がんセンターでは専門医による「緩和ケア外来」が設けられ、外来治療でも初期段階から

身体的並びに精神的苦痛の緩和まで、トータルに治療が受けられる体制ができています。そして、がんセンター設立以前にも、すでに一般病棟でがんと診断された場合、2002年（平成14年）4月からは、緩和ケアチームによる医療加算が認められ、健康保険が適用されるようになっていた。その緩和ケアの加算の条件は、チームのなかに義務付けられた緩和ケアでの経験が2年間ある専任の医師、精神科医、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカーを1人ずつおくことであり、市立病院でもこうしたチームでの対応が行われる体制が整えられたのである。

2. 緩和ケア病棟の開設

そのがんセンター開設3か月後の2010年（平成22年）10月には、「いずみ」と名付けられた22床ほどの緩和ケア病棟が開設された。緩和ケア病棟とは、治療が困難となったがんなどの悪性腫瘍を患った患者が、最後までその人らしく、尊厳をもって有意義に過ごすことができるよう、身体的な苦痛を取り除くための治療を行うだけでなく、精神的な苦痛、孤独、不安などを軽減することが求められる場所である。また、患者と家族が大切な時間をできる限り快適に過ごせるよう環境調整も行われた。

和泉市立病院では、がんセンターと緩和ケア病棟が、地域の医師会、看護ステーション、介護ステーション等との連携のもと、患者本人の体調に合わせて本人の臨む場所で適切な医療とケアが受けられるよう体制整備が行われている。

3. 「がん患者よろず相談室」の設置

そして、その和泉市立病院では「がん患者よろず相談室」というものも設けている（福岡2015）。その相談室は、治療に関する情報はもとより、家族の悩みや医療費など、あらゆる相談に応じる場であるとともに、がん治療の“セカンド・オピニオン”を積極的に求め・与えられる、患者とその家族にとって大変重要な仕組みである。

4. 特定非営利活動法人「泉州がん医療ネットワーク」（2012）

和泉市においては、和泉市立病院を拠点としてがん医療が進められているが、和泉市だけでなくその周辺地域を含む泉州地域のがん診療レベルの向上のため、がん拠点病院、一般病院、診療所等の各医療機関の広い連携が必要であることは明らかである。さらに、医療従事者のみならず患者や一般市民の声を診療に活かすことが、がん医療の質を向上させることにつながる。よって、がん患者本人が安心してがん医療を受けることができるよう2012年（平成24年）5月23日に特定非営利活動法人「泉州がん医療ネットワーク」（2012）が立ち上げられた。

その「泉州がん医療ネットワーク」（2012）には、泉州地域の主な医療従事者、医師、患者会会員、一般市民などが、職業や年齢に関係なく、地域のがん診療の充実に寄与する活動

を行っている。具体的には、医療機関の連携とがん医療の質向上の促進、がん予防と検診の推進、一般市民に対するがん医療の啓発、がん患者やその家族に対する情報提供と支援、そして、がん登録の推進である。がん登録とは、厚生労働省が推進するがんの患者数・生存率・治療効果などの情報を登録把握し、国立がんセンターが研究のため収集し、傾向や将来の課題を分析する仕組みである（厚生労働省 2015）。

Ⅲ. 和泉市医師会の訪問診療の現状

和泉市医師会では、地域医療・在宅医療の推進事業が行われており、現在和泉市内の医療機関（診療所）数は合計101施設となっている。そのうち、往診が行われている機関が48、訪問診療が32の機関で行われている（2014年12月現在）。「往診」と「訪問診療」は、診療計画の有無や料金が異なる。それらの違いは、保険診療上、医師が患者の求めに応じてそのつど出向く予定されていない診療が「往診」であり、あらかじめ医師が診療の計画を立て、たとえば1週間に1回あるいは2週間に1回など患者の同意を得て定期的に患者居宅に出向いて診療するものを「訪問診療」として区別しており、料金も異なる。つまり訪問診療を受けている患者が、訪問予定日でない日に具合が悪くなり医師に来てもらった場合は往診となる。

このように、往診を行う機関の数からみると診療可能なところもあるが、24時間対応が可能で多職種な医療・介護チームでの活動が行われている所はまだ少ないのが現状である。がん患者が在宅での看取りを希望しても訪問診療可能な医療機関の不足が原因で家に帰れないというケースは少なくない。24時間往診対応可能な医師と医療チームの確保が、今後の和泉市におけるがんケアの大きな課題の一つであると言えよう。

Ⅳ. 居宅介護サービスにおけるがんケアの現状

1. 居宅介護事業所 —居宅介護支援事業所（A）の現状から—

ここで、往診や訪問診療そして居宅サービスを受けているがん患者の現状を、和泉市にある居宅介護支援事業所（以下、事業所（A）、とする）の一例を取り上げ紹介したい。

1) がん患者が病院から在宅生活に至った経緯

この事業所（A）は、和泉市内に2002年（平成14年）6月に開設された、職員はケアマネジャーが常勤3名とパート勤務1名の合計4名の小さな居宅介護支援事業所である。今日の日本では、2人に1人はがんになり、3人に1人ががんによって死亡するが、事業所（A）でも死亡者の約過半数である60%ががん患者である。

しかし、がん患者は、病状と身体機能が必ずしも同時に進行悪化しない為、病状の末期（ターミナル期）に入っても日常生活の動作（ADL）は何とか頑張れば自分でできることが多い。現在の日本の介護保険制度では、直前まで介護保険の「要介護1」程度という最も低い保険適応額、つまり保険適応内で受けられるケアが最小限であるため、サービスが利用しにくいというがん患者の特徴と問題があげられる。末期がん患者の在宅療養介護期間は全

国平均1.5ヵ月といわれているが、事業所（A）の対象者が実際に介護を受けた期間が約2日から2ヵ月間であり、全国平均とほぼ同じと言えるだろう。しかし、末期がんで最期を在宅で看取りケアを受けられる人は、全体の1割であると言われ、残りの9割は病院で最期を迎えているのが現状である（表1）。

そのような終末期のがん患者が在宅生活に移行できる条件としては、本人と家族の意思、そして訪問医療可能な医師、訪問看護師、介護士等を利用できる環境が必要になる。事業所Aにおける、2010年度16名のがん死亡患者（表1）の居宅介護支援事業所への紹介ルートは、患者・家族からの相談依頼7例、在宅主治医からが6例、病院のMSWや看護師からが2例、訪問看護師からが1例であった。つまり、家族と地域の開業医からの依頼で介護保険利用が始まるケースが大半であった。病院からの相談依頼は殆どなく、地域連携室からの相談や依頼は以前から全くなかったのだという。家へ帰りたいと患者が希望した場合、病院側は誰が主に対応しているのだろうか。がんの終末期患者の退院に向けて、今後更に関わっていく必要がある。

表1 居宅介護支援事業所（A）利用者の死亡数と死亡場所

年	死亡者（人）	がん死亡者（人）	在宅看取り（人）	病院看取り（人）
2008（平成20）	22	13	2	11
2009（平成21）	15	6	2	4
2010（平成22）	27	16	2	14

出典：居宅介護事業所（A）作成

2）居宅介護支援事業所（A）の現状から見えてきた課題

①病院との連携不足と困難（情報伝達の課題）

上記で、病院や地域連携室が在宅介護事業所（A）にがんの末期患者移転についての相談や依頼がこれまでなかったという点を指摘したが、これは、単なる偶然ではないのではないかと。多くのがん患者が、がんの告知はされているが、詳しく転移巣についてまでは告知されていない場合も多く、実際には、病院から追い出されたと理解している場合もあるという。そのため、退院したから急に病状が悪くなったと思う場合が多く、在宅医療に不信感を抱く者も少なくない。それに加えて、退院時の状態をどの程度理解されているのか不明な場合もあり、重要な問題でありながら、病状と退院理由と在宅医療の情報がうまくつながっていない現状がある。

医療関係者と患者本人との間に、「退院前カンファレンス」がもたれる場合もあるが、まだ十分機能していないのが現状である。きちんと説明を受けた患者は、在宅での受け入れ後も心平静であることが多いといわれる。在宅での終末期が患者本人にとってより充実したものにするため、退院時の情報の共有は欠かせないものであると言えよう。まとめると、患者本人への病状の詳細告知・退院理由の通知・在宅医療の説明を含む「退院前カンファレンス」

の普及とその情報伝達の課題解決が、和泉市におけるがん対策の今後の課題である。

②緊急時の受け入れの問題

たとえ、そのような「退院前カンファレンス」があったとしても、自宅での病状急変時の対応と受け入れ先病院の確保の保証が貰えない場合があり、がん患者が不安を抱えて退院する例もあるという。そうした場合、居宅サービス事業所としても受け入れが難しくなる。不安を抱えて、それでも自宅に帰りたい患者にとっては「何かあれば病院へ来て下さい、何とかします」と言う病院側の一言があれば、安心して退院し、自宅療養できるであろう。最期は病院でむかえるがん患者が9割という結果を見ても、昼間のケアの在り方を検討する必要性と病院の在宅ケア患者受け入れ体制の確保が重要である。居宅介護支援事業所（A）の例より、今後のがん対策で在宅介護に関わる重要な課題が明らかになった。

2. 通所介護施設 —通所介護事業所（B）の現状から—

1) 通所介護事業所の開設に至った経緯

がん患者の在宅ケアに欠かせない施設がもう一つある。家族が、仕事などで外出する場合や、介護からの休息を十分取りたい場合に備え、通所介護事業所（B）（以下、事業所（B））は、2009年（平成21年）7月1日に通所介護（以下デイサービスという）施設を開設した。従事する職員は看護師3名と規定より多くの看護師を配置し、加えて介護ヘルパー2級の資格を持つ介護職員5名の計7名で事業をスタートした。

事業所（B）が、看護師を多く配置した通所介護事業所の開設に至った経緯は、近年の急性期病院の在院日数短縮により、医療依存度の高い患者の在宅介護の必要性が増加したこと。さらには、核家族化による家族の介護力の低下とあいまって、和泉市の中でも自宅へ戻る患者や家族の不安が増大していることにある。また、2人に1人ががんに罹患する時代であることを考えると、さらに医療依存度が高いまま退院してくる患者は増加することが容易に予測できる。そこで、在宅での不安を少しでも軽減でき、患者がその人らしく生きることができるとのサポートが必要であることから、医療従事者を増員した開設に至っている。

2) がん患者にとっての通所介護

日本政府が在宅医療を推進している中で、在宅でのケアが継続できる環境を考える必要がある。特にがん患者が増加する中で、がん患者の在宅生活を維持していくためには、家族の力も必要であるが、それ以上に、患者と家族を支えるまわりの力が重要である。在宅医療という言葉は、診療・訪問看護が中心のように思えるが、患者は生活者なのであるから、24時間ただ医療と向き合っているのではなく、ほとんどの時間は生活と向き合っている。その生活者である患者の支援としては医師や看護師だけでなく多くの職種が、患者や家族へ関わっていかねばならないがんと診断されたそのときから、がん患者は過酷な治療と戦いなが

ら、自分の将来、家族のこと、仕事のことなど様々な悩みや考えを抱える事となる。また初期は、治療が中心となるのだが、時間の経過と共に、食欲の低下や疼痛、倦怠感などの身体的症状があらわれ、そうすると、治療よりも緩和ケアの占める割合が多くなる。

がん患者が入院を選択するか在宅ケアを選択するかは自由であると言われるが、現在は入院を希望する患者も多くなっている。その理由として挙げられるのが、自宅に戻ると家族に迷惑がかかるのではないかという心配である。この心配を解決しなければ、本当の意味での在宅医療は成立しないであろう。医師は訪問看護が重要であると言い、もちろん訪問看護なくして在宅医療は不可能なのだが、しかし、保険適応になる訪問看護の時間はせいぜい24時間中1～2時間であり、残りの時間は、家族による不眠不休の介護が必要となる。その中で、通所介護の役割は、家族の介護負担を軽減し、本人と家族の安心が得られる場所を提供することではないか。しかし、通所介護事業所も単に受け入れるという程度では、患者も満足がいかない。当然、がん患者の痛みには、身体的痛みだけでなく、精神的痛み、社会的痛み、スピリチュアルな痛みがあり、これらの緩和をしていく必要がある。そのため、快適で満足のいく在宅生活を現実のものとするには、それぞれの専門知識を持っている看護師や薬剤師、心のケアの専門家つまり、スピリチュアルケア、が重要な役割を担うことになる。事業所（B）でもショートステイ（宿泊）を希望する患者または家族が多くなってきたといわれている。夜間、家族が休息できるためにも、必要時には公的な介護ヘルパーの夜間訪問や通所介護事業所の宿泊サービスを受けることができるようにしていくことも、家族の介護負担の軽減になるであろう。

3) 通所介護事業所（B）の現状から見えてきた課題 —認可へのハードルの高さ—

上記で示したように、医療サービスと専門スタッフが充実したがん患者の療養のための通所介護事業は、ますます必要になってきているが、現実には、療養通所介護事業所の設置には様々な問題がある。療養通所介護事業所とは、医療的なケアを重視した介護サービスにより、がん末期や難病などによる重度の要介護状態にある在宅療養患者が、住み慣れた地域で在宅療養を継続できることを目的としている。事業所（B）では、現在もがん等の医療ニーズの高い患者を受け入れているため、本来なら、看護師を多く配置していることのメリットを活かして療養通所介護の申請を行えるべきである。しかし、療養通所介護施設の認可基準は、定員が8名以下、職員は看護師又は准看護師をそろえていることになっている。利用者1人に対しての常時看護師又は准看護師1.5人の配置であること、急変時の対応のために医療機関との契約が必要であること、そしてその医療機関は同一敷地内又は隣接もしくは近接していなければいけない、と条件が非常に厳しく設定されており、認可へのハードルが高い。

また、経営面でも、介護保険の単価は1人当たり1500点と定額であり、看護師の時間単価は1500円が一般的であることから考えると採算が合わず、大阪府での療養型通所介護施設の開設は現在でも2施設のみに留まっている。こうした理由から事業所（B）でも通所介護の

申請のままで重度の利用者を受け入れている。この例からも分かるように、在宅で生活しながら治療を受けるがん患者は増加すると予測されるが、療養通所介護施設のような医療度の高い患者を受け入れる施設の増加が不可欠であると言えよう。

V. 家で生きることの意味 ―地域で支える緩和ケア―

「和泉市におけるがん対策の研究」の一環として、在宅療養支援診療所クリニック川越を東京都墨田区で開業している川越厚医師を招いて「家で生きることの意味―地域で支える緩和ケア―」の講演会を行った（2010年9月18日）。以下に、その講演内容を整理した。

1. 訪問看護・訪問介護事業パリアンの活動

川越医師は、2000年6月に在宅ケア支援グループである医療法人社団パリアンを設立した。パリアンは、末期がん患者や高齢者の「できるだけ家で普通に過ごしたい」という思いを専門家の立場で支援することを目的とした在宅ケア支援組織である。パリアンはラテン語の *pallium* が語源であり、暖かく人を包みこむマントやコートのことを意味しており、英語の *palliative* (palliative) という形容詞の語源として広く知られている。パリアティブ (palliative) という言葉は、患者の痛みや苦しみを緩和するという意味を持っており、パリアンは、緩和ケアクリニック (Palliative Care Clinic, PCC) として活動している。

1) パリアンの理念と目標に沿った活動

その在宅ケア支援グループであるパリアンは、クリニック・訪問看護・ボランティアがひとつの一体化したチームとして活動している。そして、組織の目標と意味を明確に掲げそれに向かって活動を進めている。その理念は、在宅で死に迎う患者とその家族をケアすることであり、目標は、ケアの質を担保しながら、より多くの一体化した医療ケア・チームを確保することである。具体的には、高品質のケアをより多くの患者へ届けること、時代の要請に応えるケアの提供体制を整えること、そして、地域・社会を変えること、の3つを掲げている。

① 一体となったチームでの活動

「高品質のケアをより多くの患者へ届けること」ができるよう、一体となった「チーム」でのケアを具体的な目標とするパリアンであるが、「哲学と実際のプログラム」を共有すること、「24時間ケア」を徹底すること、そして、高度の「医療レベル」を保証することに加え、プログラム化した家族ケアを行うことも課題としているところに特徴がある。

通常、がんケアを在宅で行う場合、患者が病院から退院することが決まったら、病院は患者情報を地域包括支援センターと介護支援事業所に紹介し、患者の退院後初めてチームを組織するのであるが、これが従来型の「寄せ集め型チーム」(図2)といえるであろう。しかし、がんケアの場合、相談開始後死亡までが平均50日と、短い期間で病状の悪化が進むことが少なくない。そのため退院時には在宅の緩和ケア専門チームができていることが理想であ

り、必要である。そのためには、協力可能な医師と緩和ケアのネットワーク化を進め、「顔の見える関係」を築きあげながら、顔だけでなく心を見せてそれをひとつにするがんケアと医療チーム作りを行う、これが川越医師はじめ在宅ケア支援組織パリアンの目指す「一体型チーム」(図3)である。

講演やこれまでの出版書籍で、川越医師は病院と在宅でのがんケアの違いをこう述べている。

「例えば、患者は例外なく、食べなくなり、脱水症状になり、死を迎える。脱水をどうするかも医者によって違ってきます。ホスピスケア(終末期ケア)をちゃんとやっている人は、基本的には脱水は苦しくないの、口から水分を入れ、そっと見ていく立場をとることが多い。病院の医者とは大きく違います。患者に対するケアを一律にするために、心をついにしなければならぬ。」(川越 1996, 2004, 2010)

と述べている。在宅ケア支援組織パリアンでは組織理念の哲学や考え方を実際に具体化することが必要であり、看護師たちに教科書と問題集を示して理念の具体化のために必読にしているという。そして、「情報の共有」のためには、電子カルテを使用しネットワークでそのカルテを共有し、ケースカンファレンスを週に3回、介護者と薬剤師を含めた公開ケースカンファレンスを月1回行っている。

②医療処置の基本的な考え方と実際

川越医師の立ち上げた在宅ケア支援組織パリアンの在宅ケアでは、日常生活を最優先にし、自然経過に委ね、家族に負担をあたえる貧血や脱水に対する処置は基本的にはしない。点滴のために必要な電気機器を接続するためのたこ足配線も家族には負担であると考え、できるだけシンプルに安全に最低限必要なことができる処置をする看護の視点を大事にしている。ここで事例として、50代女性乳がん患者を取り上げる。その乳がんは、膀胱に転移して尿尿し、尿閉となり、患者はカテーテル挿入処置を受けている。従来ならば、家で治療をどう行

図2 寄せ集め型チーム

寄せ集め型チームとは? (一体型チームに対する)

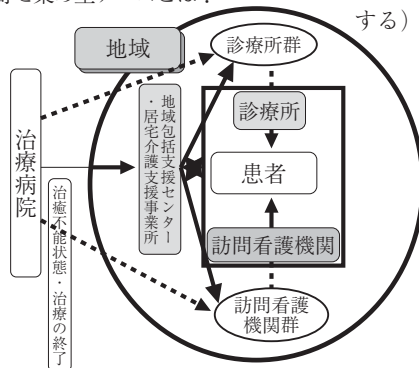
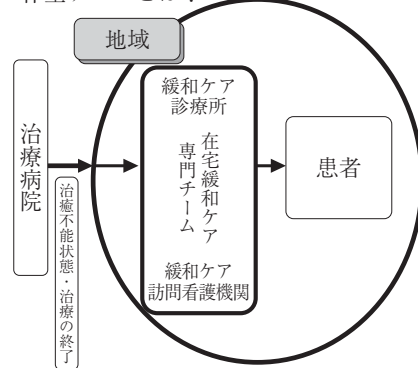


図3 一体型チーム

一体型チームとは?



出典 図2・3ともに、作成は川越厚医師

うかを考えて、病院で行っていた治療を継続するであろうが、在宅ケアの知識経験を持った者ならば、管が入っていることは患者にとって苦痛であることを理解し、カテーテルを取ることを考えるであろう。また、病院では、痛みを伴うことから硬膜外モルヒネを投与しているが、これも経口薬に切り替え、在宅ケアへ移行するようにするであろう。これが、在宅ケア支援組織パリアンの在宅ケアの基本である。

③患者家族が特に不安を持つのは24時間ケアの可能性

在宅ケアでは特に、夜間の対応について患者も家族も不安になる。それに対応するため在宅ケア支援組織パリアンは3段階の対応を行っている。第1段階としては、夜の当番に電話などで連絡を入れ、第2段階として後方支援を2人準備しておき、第3段階として、医師に直接電話がかかるようにしておき、不安に対応できるような体制を整えている。つまり、患者も家族も24時間いつでもケアが受けられることを自覚できる体制づくりと十分なコミュニケーションが行われ、不安を解消できているということである。

④必要な医療の見極めが大切

最期を自宅で迎えたいという患者のための終末期ケアは自然経過に委ねるが、それは、医療行為を放棄するというのではなく、必要なときに必要な医療を行わなければならない。「できるけれどやらない」と「できないからやらない」のは大きな違いであるように、何が必要な医療で、何が不必要な医療介入であるかを分類し、適切に見極めていく事が重要であり今後の課題である。

2) 墨田区での活動から

①時代の要請に応えるケアの提供

在宅ケア支援組織パリアンのある東京都墨田区を例にとってみると、その人口は23万人であり、1年間に、人口比で1%にあたる2300人が死亡する。その中の3割である600~700人程が、がんが死亡原因であると言われている。墨田区は、2001年に在宅ケア取り組みに対する活動を始めたが、それ以前における在宅死亡率は全体の6.4%程度で、全国の平均であった。そこから、在宅死亡頻度が上昇し、2009年には14.7%となった。墨田区の在宅死亡率は、どうしてあがったのであろうか。その在宅死亡率14.7%のうち、8.7%がパリアンで支援していた在宅介護患者であったという。その他は、従来の医師のもとでの死亡であることを考えると、パリアンと他の医師との協力が患者や家族の望む在宅死と看取りの増加につながると考えられる、と川越医師は協力体制普及の活動をしている。

現在、厚生労働省は、病棟減少のための政策をとっており、在宅介護システムの充実が図られていない現状では、このままでは終末期がん患者の行き場がなくなってしまうという切実な問題がある。これに対して、i)「病棟を増やす」というのは、医療経済的に難しく、ii)「ケアの質の面」から考えると、一般病棟で死を迎えるということは最悪の状況といえるであろう。やはり、結果的には在宅ケアを充実することになるのである。

在宅による終末期患者に対するケアで、最も重要である「緩和ケア」を引っ張っていく医療ケアの専門チームが各地域にできなければならない。そして時代の要請にこたえるためにも、家族の介護力が弱くなっている中で、「緩和ケア」を引っ張っていく医療ケアの専門チームをどのようにして地域で支えていくかを考えていく必要がある。

②地域・社会を変える

墨田区だけでなく、日本の平均的な地域では介護力が大変弱い家族が3割ほどいわれている。がん患者が最期まで家で過ごすには、医療の支えと同時に生活の支えが必要であり、現在の日本では医療保険・介護保険の両方が用意されている。しかし、これだけでは一人暮らしの患者や介護力の弱い家族を24時間支えるのは無理であり、地域のケア力が必要となってくる。基本は、ボランティアで在宅介護を支えていく力が育っていくことが大事で、それが地域社会を変えていく力になるであろう。川越医師はじめ、パリアン関係者はボランティアとして地域の祭りに参加し、地域のボランティア組織や個人にもネットワークを広げ、病院にいなくても家でも末期がん患者が幸せに十分なケアを受けながら最期まで過ごせることを知らせている。

③ハワイでのボランティアのためのホスピス研修

川越医師は、「チームケアとはどうあるべきか」「看護師はどうあるべきか」という専門職の横の連携について、自身の手作りで試行錯誤し、現在の在宅ケア支援組織パリアンにおける形になった、と講演で述べた。出来上がってみると、アメリカの終末期ケア「ホスピス」に、考え方と方法が一番似ている、と医師は分析する。墨田区で地域を支えるボランティアに、アメリカのホスピスに関わるボランティアの活動を見てもらうため、2010年に共にアメリカのハワイにあるホスピス・ハワイ (Hospice Hawai'i) を訪問したという (グループ・パリアン 2010)。そこで、ボランティアと医師や看護師など医療の専門スタッフがどう違うかを見学する機会を設け、ボランティア側にチームケアというものを学んでもらった。そのホスピスでは、それぞれの医療に関わる専門家が一つのチームを作ってサービスを提供している。ホスピスの基本的な考え方としては、ボランティア各個人もそのチームの一員であるが、患者の病状などに関する詳細な医療情報は何も持たない状況でボランティア活動を行っていた。川越医師の関わった墨田区のボランティア側には、患者の情報が必要であり情報がなければケアできない、という主張もあるという。見学を行ったアメリカのホスピス・ハワイでは、ボランティアに提供される患者の病状など個人情報ほとんどなく、最低限必要なことだけが伝えられていたようだ。つまり、患者個人の病状の詳細ではなく、患者の生活全体を見るということを要求されているのがボランティアと言うことであろう。これは、医療の専門家としての医師や看護師といった医療関係者と、生活のサポーターであるボランティアの役割が明確になっているとも言え、責任の所在を明確化している。

④地域で支える緩和ケアの目標とは何か

地域のボランティアが関わって支えるホスピス・ケアを含むがん緩和ケアは、「病気の現

状がこうであるから、これしかできない」というものではない。「こういうものを作っている」、「これは理想だ」と言うこと、つまり、実現すべき理想の中に川越医師の講演テーマである「地域を支える緩和ケア」というものがある。「夢を持っていくことが大事。」と、在宅ケア支援組織パリアンの川越医師は講演を結んだ。

Ⅵ. 大阪府和泉市におけるがんケアの課題 —24時間在宅ケアに対応できる体制確保—

以上、「和泉市におけるがん対策の研究」会で取り上げたいくつかの先進事例等を紹介した。そのような事例が示すのは、今後の和泉市におけるがんケア対策で最も重要なテーマが「24時間在宅ケアに対応できる体制を確保する」と言うことであろう。以下、そのテーマを具体化するために必要ないくつかの課題を列挙し、本小論を結ぶこととしたい。

1. 東京都墨田区の在宅ケア支援組織パリアンの活動から言えることとして、「在宅での緩和ケア」は可能であるが、ターミナルケア（終末期医療）を在宅で行うには、訪問診療（往診）を引き受けてくれる医師が必要である。そうした医療体制については、和泉市医師会の更なる取組とその充実を期待したい。
2. 「医療と介護の連携推進条例」（2013）等、和泉市では医療と介護の連携について早くから力を入れてきた。その具体的方法については、現在「地域連携カンファレンス用事前情報提供シート」（和泉市 2015）と呼ばれる情報伝達カルテの作成をはじめとする取組が行なわれているが、在宅サービスに関わる側からはまだ医療との連携が困難であり、特に必要な情報の不足、または、情報伝達の遅延が課題と感じられており、情報伝達のためのシート等の周知や活用の呼び掛けが急務となっている。
3. がん患者とその家族の在宅を支えていくためには、訪問ケアだけでなく通所介護可能な場を設けて、家族のレスパイト（一時的休息, respite）等「家族に対するケア」についても充実させる必要性が高まっている。他の支援と併せ、今後の家族への支援の広がりが期待される。
4. がんと診断された時点の初期状況こそ、患者に対する専門職によるメンタル・ケアが必要である。しかし、そのような心のケアへの対応はまだまだ発展途上である。早期の関わり体制の充実が求められている。また抗がん剤の通院治療に対する職場の理解の不足や無理解による突然の解雇や、患者の意思に反した離職の問題が起こることも多い。被雇用者の権利を守るための情報提供だけでなく、そのような肉体的・精神的苦痛の経験時にこそ、心のケアが不可欠なのである。経済的負担を解決する相談窓口とそれに対する経済的支援など、医療とメンタル・ケア以外の専門的なサポート体制にも充実が望まれる。
5. 在宅医療と在宅介護への偏見は、患者やその家族のみならず病院医療関係者にもまだ根強い傾向がある。地域には、緩和医療専門医師がおり、しっかりとしたチーム・ケアが提供されると言うことを、在宅ケア支援組織パリアンのように提供する側からも様々な

形で頻繁に情報提供していく必要がある。

6. 和泉市においても、がんケアに対応できる地域のボランティア育成が求められる。

本稿は、「和泉市におけるがん対策の研究」活動により収集された情報を質的に分析し、市のがんケアの課題をまとめたものであるが、がん発生率の高い大阪府他地域にも、がんケア向上に取り組む国内他地域にも今後の参考となる情報であろう。

参 考 文 献

- 和泉市（2013.4）「和泉市市民を中心とした医療と介護の連携推進条例」（平成25年3月28日 条例第3号）
- 和泉市（2015）「地域連携カンファレンス用事前情報提供シート」『医療と介護の連携の関するツール一覧』和泉市ホームページ（2015年1月18日取得 <http://www.city.osaka-izumi.lg.jp/>）
- 福岡正博（2015）「がんセンター」和泉市立病院（2015年1月15日取得 <https://izumi.tokushukai.or.jp/center/cancer/>）
- 伊藤高章（2012.3）「あきらめない心と受け入れる心」『医療現場における人文学的アプローチによるケア』第50回日本癌治療学会学術集会 開催地横浜
- 伊藤高章（2014）「和泉市におけるがんケア」『桃山学院大学総合研究所紀要』第39巻第3号，pp. 221-240
- 川越 厚（1996）「在宅ホスピスを始める人のために」医学書院
- 川越 厚（2004）「在宅ホスピス・緩和ケア」メヂカルフレンド社
- 川越 厚（2010）「家で生きることの意味—地域で支える緩和ケア—」講演原稿（開催日2010年9月18日）桃山学院大学
- がんの統計編集委員会（2009）「都道府県別75歳未満がん年齢調整死亡率」『がんの統計 '09』公益財団法人 がん研究振興財団
- グループ・バリアン（2010）『バリアン通信』21号 グループ・バリアン（2015年1月18日取得 http://www.pallium.co.jp/pdfs/tsushin_201004.pdf）
- 厚生労働省（2007）「がん対策基本法」（平成十八年六月二十三日法律第九十八号，平成十九年四月一日施行）<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/H18/H18HO098.html>
- 厚生労働省（2015）「がん登録」（2015年1月14日取得 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_toroku.html）
- 国立がん研究センターがん対策情報センター（2010）「がんに罹患する確率～累積罹患リスク（2010年データに基づく）」独立行政法人国立がんセンターがん対策情報センター
- 樋野興夫（2012）「立ち戻るべき原点—がん哲学外来の役割」
- 泉州がん医療ネットワーク（2012）「特定非営利活動法人泉州がん医療ネットワークホームページ」特定非営利活動法人泉州がん医療ネットワーク（2015年1月14日取得 <http://www.senshu-gannet.or.jp/index.html>）

Cancer Care in the City of Izumi: A Case Study of Hospital and Home Care

KAWAI Takako
NEMOTO Yoshiaki
SHINOHARA Chika

The Cancer Control Act has been in effect in Japan since April 2007. Its basic goal is “to establish the medical support system so that the patient’s will is respected and s/he is able to choose appropriate treatments regardless of her/his residential area.” To do so, it is essential that medical and other comprehensive services provide adequate care while patients and their families continue to live in their own homes or communities. Therefore, this paper qualitatively examines the City of Izumi’s emerging cancer care system: the programs by the City Hospital, A) home-visit care programs, B) outpatient facilities, and other advanced case study reports. Analyses suggest that the most important for the cancer care in Izumi is “to ensure and establish the medical system which corresponds to 24-hour home-visit care.” It is crucial to secure enough home care physicians and to notify patients, their families, medical practitioners, and home-care providers of the community policy assuring the medical and home-care cooperation.