

大項目	中項目	小項目	内容
		在宅ホスピス	終末期をご自宅で過ごしたい方を支援する仕組み。診療と看護を中心に介護サービスも合わせて受けることが可能。 手続き:どのような形で療養生活を送りたいか、医師と相談。方針が決まれば、医師から紹介状をもらい、それを持参の上、病院や診療所へ相談に行くこと。
		在宅酸素	星医療酸素機(電話 0299-48-0101)に連絡(申し込み用紙あり)。
		在宅IVH時の各種手続き方法	在宅医療用ポンプ指示カードに記入し連絡する。 連絡先:東邦薬品株式会社(電話 03-3411-8505)
訪問介護・看護	介護保険		介護保険サービスを受けるには、市町村に申請して、実際にサービスが必要とするかどうかの要介護認定等を受けることが必要。要介護度等により、在宅サービスを受けられる限度額や施設に入った場合の費用額が異なる。
	訪問介護		内容:食事の準備やお部屋の掃除などの家事援助や、排泄や移動の介助などの介護支援。 手続き ○介護保険 ケアマネージャーに相談 ○介護保険外 介護保険以外でのヘルパー派遣をしている事業所か家政婦紹介所に直接依頼すること。
	訪問看護		内容:医療処置、方法の指導、床ずれ予防、処置、食事指導体の清潔の手伝い、家族へのアドバイスなど 手続き:訪問看護師への医師の指示が必要。(訪問看護指示書)主治医および訪問看護ステーションに相談。訪問看護についての情報は相談室に相談可。また、医療保険での利用と介護保険での利用があり、介護保険の場合にはケアマネージャーを介するなど、制度上の手続きあり。
	その他在宅サービス		訪問入浴サービス、デイサービス、ショートステイなど介護保険で利用できるサービスあり。
福祉用具・医療機器	福祉用具レンタル		○介護保険 品目:車椅子、ベッド、歩行器 など ケアマネージャーに相談。 ○介護保険外 保険を使わなくてもレンタル業者で借りることが可。品物の種類や質、値段設定については業者へ。 社会福祉協議会で、無料レンタルサービスあり。(介護保険にて福祉用具の貸与対象者とならない方など要件があるため、社会福祉協議会に問い合わせること) 笠間市社会福祉協議会:電話0296-77-0730 車いす、エアーマット、ベッド、松葉杖、福祉車両の無料貸出が可能。
	医療機器		痰吸引機、ネブライザー 購入とレンタルあり。契約は業者と患者様の直接契約。業者が分からない人は看護師まで相談のこと。 ※身体障害者手帳をお持ちの方 呼吸機能障害3級以上又は同程度の身体障害者であって、必要と認められる者については、給付される場合がある。(本人及び家族の前年の課税状況に応じて費用の一部負担が生じる場合がある。)
就労・経済面	公的制度	傷病手当	傷病手当金を受ける条件:①療養中であること②仕事に就けないこと③4日以上休むこと④給料の支払がないこと(給料を受けても、傷病手当金の額より少ないときは、その差額を支給) 受給の見込みについては、各保険者へ。受給を受ける場合は、診断書の書式を持参のこと。

大項目	中項目	小項目	内容
		高額療養費(貸付・委任払いなど)	国民健康保険加入者→市町村の国民健康保険課に問い合わせ (自治体によって異なる) 政府管掌保険・船員保険→各都道府県社会保険協会に問い合わせ
		高額療養費制度の概要	年齢・所得に応じて異なる。(詳細は別添)
		障害年金	障害基礎年金(1・2級) 障害厚生年金(1・2・3級) 受給要件:保険者に確認を要す。 ①障害の状態になった病気やけがの初診日に、厚生年金または国民年金に加入中であること。 ②一定の保険料納付要件を満たしていること 病院にて確認のこと ①初診日 ②障害の程度が、※障害認定日に定められた程度であること(医師が診断書を書けるかどうか) 注)受給となるかの判断は医師ではなく、審査機関の判断による。 詳しくは保険者の窓口(市町村国民年金担当課、社会保険事務所)に問い合わせること。 認定日は初診日から1年6ヶ月を経過した日、あるいはその期間内に傷病が治った場合はその日となる 具体的に治ったものとして取り扱う主なもの ○四肢の外傷で切・離断したものについては、原則として切・離断した日。 ○人工骨頭、人工関節については、そう入、置換した日 ○心臓ペースメーカー、人工弁については、装着した日 ○人工透析については、透析開始から3ヶ月を経過した日 ○人工肛門については、人工肛門を増設した日 ○新膀胱又は尿路変更術については、施行した日
		生活保護	住所地を管轄する福祉事務所へ。 医療費も扶助の対象の1つになっている。
		医療福祉制度(マル福制度)	茨城県内の市町村が共通の制度として実施。 内容:
		医療費控除	本人または家族(生計を一にする親族)が1年間(1月1日から12月31日まで)に10万円以上の医療費を支払った場合申告すれば税金が戻る制度。該当するものとししないものがあるので詳細は最寄りの税務署へ相談すること
		特定疾患	
生活支援		子供の一時預かり	
		修学援助手続き	
		サラ金相談窓口	法テラス茨城 : 電話050-3383-5390 茨城県弁護士会 : 電話029-221-3501
身体障害者支援		身体障害者支援	住宅改修, 補装具の作成etc
		身体障害者手帳	障害の程度により手帳の等級には1級から6級までの区分がある。 申請書, 診断書, 写真2枚, 市町村福祉担当課へ
その他	その他	運転免許	期間前更新若しくは失効期間が5年以内の場合、診断書・入院証明書等を持参により更新が可能。 茨城県運転免許センター: 電話029-293-8060

大項目	中項目	小項目	内容
		献体希望	<p>通常、献体というと大学などで実施されるもので 団体としては、 財団法人 日本篤志献体協会 <問い合わせ先> TE:03-3345-8498 FAX:03-3349-1244 E-mil:info@kentai.or.jp</p> <ul style="list-style-type: none">■ 問い合わせ先に請求すれば、献体団体または大学から、申込書が届く■ 家族の同意が必要 <p>詳細 http://www.kentai.or.jp/index.html</p> <hr/>

家族性乳癌家系の経験による 積極的働きかけへの方針転換

田所 かおり* 大住 省三* 那須 淳一郎* 菊屋 朋子*
佐々木 晴子* 青儀 健二郎* 久保 義郎* 谷水 正人*

現在わが国では成人の遺伝医療分野の名称はかならずしも一般に認知されたものではなく、ほとんどの施設で、積極的な働きかけが行われていないと思われる。当院では平成12年に家族性腫瘍相談室を立ち上げ、入院時に家族歴を調査するシステムを導入し、そのデータに基づきカウンセリングをリクルートしている。今回の事例では、家族性腫瘍の疑いがある家系に対して、できるだけ早い時期から関わっていく必要性を学んだ。今後は遺伝医療に対する院内全体でのチーム医療につなげてゆきたい。

キーワード：家族性乳癌、家族性腫瘍相談室、チーム医療

I. はじめに

悪性腫瘍は遺伝因子と環境因子が相互に影響して発症する。高齢者が増えている現在、同じ家系の中で癌患者が何人も存在することは少なくないが、遺伝因子の要素が濃いものは少ない。現在わが国の成人の遺伝医療は保健医療制度で独立した医療サービスとしては認知されておらず、ほとんどの施設で積極的な働きかけが行われていないと思われる¹⁾。今回の事例では当初、家族性腫瘍の家系として認識されていなかったが、経時的に家族性腫瘍家系と考えられるようになった。家族性腫瘍の疑いのある家系に対して、患者のプライバシーの保護を優先しながら、できるだけ早い時期から家系に関わっていく必要性を学んだので報告する²⁾。

II. 事例紹介

<患者1>

10代後半、女性。初診時、他院での乳癌手術後であり、遠隔転移があった。当院で脳転移と骨転移に対して放射線療法と全身化学療法を行ったが、治療開始から1年5カ月後、原病死亡した。入院時の家族歴調査で、父が30代で胃癌で死亡、妹が悪性リンパ腫で死亡していたことがわかったが、この時点で家族性腫瘍とは認識されなかった。

<患者2>

20代後半、女性。患者1の姉。患者1の死亡から1年11カ月後、右乳腺腫瘍を主訴に当院を受診し、乳癌と診

断された。入院時、患者2から「2年前妹が乳癌で亡くなりました。その分私が頑張らないといけないと思っています」という発言があった。発言に対し「精神的フォローをしていく」という看護記録があった。患者2の乳癌発症により、この家系は第一度近親者に発端者を含めて2人以上の乳癌患者が存在し、かつ、2人とも40歳未満の発症であることから家族性乳癌家系と推測された。(Fig.1)

患者2は乳房切除術を施行したが、リンパ節転移を認めため、現在術後補助化学療法中である。退院時、クリティカルパスに準じて乳癌自己検診の方法、リハビリなどについて看護師が指導を行った。その後この家系(患者2、夫、母親、妹)に対して、遺伝カウンセリングが行われた。血縁者の乳癌ならびに卵巣癌のリスクが高いこと、また対策として、リスク保有者には乳癌検診を定期的に受けることを勧めた。そしてBRCA遺伝子の変異の有無を調べる遺伝子検査の存在とそれを受けることの意義を伝えた³⁾。

III. 家族性腫瘍相談室の活動

当院では入院時、主治医による家族歴調査の実施を呼びかけている。これを家族性腫瘍相談室が回収し、定期的なミーティングで家族性腫瘍家系のピックアップを行っている。平成16年度の家族性乳癌家系は5件。カウンセリングは行っていない。17年度の家族性乳癌家系は4件、そのうち2件にカウンセリングが行えた(Table 1)。現在、家族性乳癌の相談は2名の医師が担当しているが、一般臨床の業務に追われ、家族性腫瘍の問題に十分対応できていない⁴⁾。家族性腫瘍家系に関わっていく担い手の育成が今後の大きな課題である⁵⁾。今後の取り組みとして、家族性腫瘍の疑いがある家系に対して主治医にフィードバックし、カウンセリングへのリクルートやスクリーニング検査を行うよう働きかけていく予定である。

* 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

連絡先: 田所かおり 〒791-0288 愛媛県松山市南梅本甲160
Tel: 089-999-1111

2006年11月17日受理

家族性腫瘍 第7巻 第1号 (2007年) p.27-29

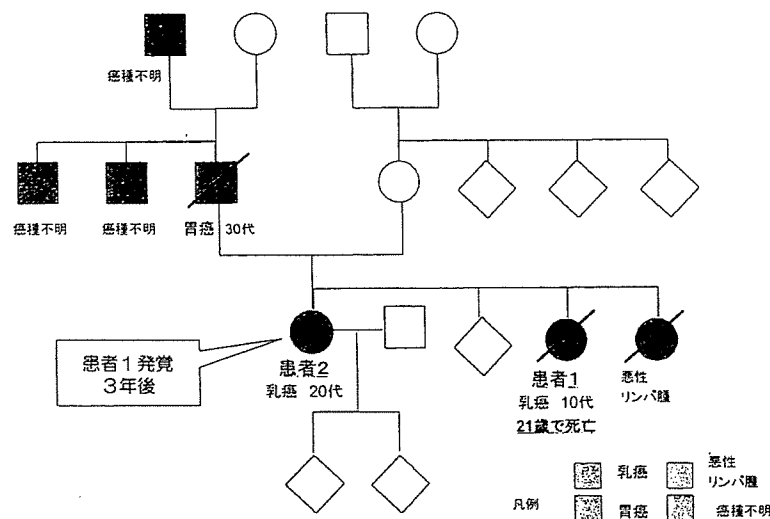


Fig. 1. 事例家系図.

IV. 考察

癌と診断されたその時から、多かれ少なかれ患者は、家族は癌にならないか心配し、家族は自分が癌にならないか心配するだろう。医療者は目の前の癌患者の治療に専念するため、家族への遺伝の可能性などについて十分な配慮ができていく可能性がある。

今回の事例の経験から、家族性腫瘍の疑いがある患者の発見とその家系に早い時期から関わっていく必要性が示されたが、そのためには医療者がどのように関わることができるのかを検討した。

当院において、クリティカルパスの使用により乳癌の手術を受ける場合の対応について職種別に振り返ってみた。まず、医師は入院時、手術後、退院前の3回患者に面接する機会がある。この際、家族性腫瘍の可能性がある家系に対しては、説明を行う必要がある。次に看護師は退院の際患者への自己検診方法の指導は行っているが、家族への指導は徹底していない。このような機会を活用することにより、家族のがんに関する認識や、患者からは得られなかった家系の情報について、看護師が確認することも可能である。今後は家族を交えた関わりを検討したい。看護は患者を全人的にとらえるという役割があり、患者をとりまく家族に対してもアプローチしていかなければならない。看護師というメリットを最大限に生かせば、遺伝相談においてかなり強力な戦力となるであろう。また、医師・看護師以外のコメディカルも患者・家族の遺伝についての関心・不安に耳を傾け、当院のカウンセリングシステムにつなげていく必要がある。

一方、この家系はリ・フラウメニ症候群である可能性がある。リ・フラウメニ症候群は家系内に脳腫瘍、乳癌、白血病や肉腫などのさまざまな悪性腫瘍が多発する稀な遺伝疾患である。p53 遺伝子の変異が原因で起こることが知られている。医療者は、家族性腫瘍家系を見落さないよう最

Table 1. 家族歴調査数

	平成 16 年度	平成 17 年度
乳癌新入院患者	319 件	321 件
家族歴聴取	205 件	188 件
家族性乳癌家系	5 件	4 件
遺伝カウンセリング	0 件	2 件

善を尽くさなければならない。

家族性であってもそうでなくても、乳癌はこまめな検診により早期発見されれば治る病気である。当院では、平成 18 年 4 月新病院設立とともに PET-CT も導入され、がん検診の必要性をアピールし、検診システムの充実に力をいれている。乳癌のリスクが高い女性のスクリーニング方法別の比較では MRI とマンモグラフィーでは MRI のほうが乳癌の発見率が高かったということが報告されている⁶⁾。今後当院の家族性乳癌家系の女性のスクリーニングに MRI を導入することについて検討中である。

また、家族性腫瘍の患者・家族に医学的情報を提供するために、異なる職種が専門性を活かした支援体制が必要である。さらには地域を巻き込んだ包括的なカウンセリングシステムが必要であろう。

V. まとめ

今まで当院では家族性腫瘍の疑いのある家系に対して特別には配慮していなかった。今回の事例を経験し、家族性腫瘍が疑われる家系に対する経時的調査、積極的な情報提供の必要性、早期発見の重要性を再認識した。この家系は、まだ遺伝子検査を受けるかどうかは決めていない。遺伝情報について「知る権利、知らないままでいる権利」を大切にしながら慎重に関わっていく必要がある⁷⁾。患者・家族が遺伝に対する思いを表出しやすいような雰囲気作り

が必要であり、また表出された思いを受け止めるために医療者の遺伝に対する知識の向上、コミュニケーションスキルの向上が求められる⁸⁾。

今回の報告に先立ち、患者の同意を書面にて得た。さらに、個人の特定につながる情報を削除した。この報告の要旨は第12回日本家族性腫瘍学会（平成18年6月）で発表した。

文 献

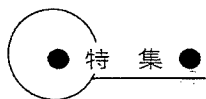
- 1) 千代豪昭：遺伝医療とコメディカル・スタッフの役割。母子保健情報 2004；5（49）：98-106.
- 2) 武田祐子，数間恵子：癌（悪性腫瘍）. 遺伝看護. 東京：医歯薬出版，2002：108-117.
- 3) 三好康雄，野口眞三郎：家族性乳癌の診断と治療. 癌と化学療法 2002；4（29）：512-521.
- 4) 田村智恵子，恒松由紀子：家族性腫瘍の患者・家族の支援. がん看護 2004；9：327-333.
- 5) 高田法子，溝上五十鈴，岡田浩佑：地域ヘルス・ケアにおける遺伝相談システムの研究ならびに遺伝専門看護師の必要性に関する考察. 看護学統合研究 1999；9：85-103.
- 6) Kriege M, Brekelmans CT, Boetes C, et al.: Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. N Eng J Med 2004；351：427-437.
- 7) 玉井真理子，小笹由香，終中智恵子，他：（特集）不安な患者さんはあなたのすぐそばに じつは身近な遺伝相談. 看護学雑誌 2006；70（2）：100-129.
- 8) 有森直子，中込さと子，溝口満子，他：看護職者に求められる遺伝看護実践能力. 日本看護科学会誌 2004；24：13-23.

A Change of Policy of the Familial Cancer Counseling Team at Shikoku Cancer Center from a Passive Stance to an Active One

Kaori Tadokoro*, Shozo Ohsumi*, Junichirou Nasu*, Tomoko Kikuya*, Haruko Sasaki*, Kenjiro Aogi*, Yoshiro Kubo*, Masahito Tanimizu*

* National Hospital Organization Shikoku Cancer Center

Counseling for family members of cancer families is not common at hospitals, even in cancer centers, in Japan. At Shikoku Cancer Center, we have started a counseling service for family members of cancer families in 2000. Although we sometimes had counseling of patients with breast or colorectal cancer who requested to receive counseling, we hesitated to recommend all the patients who are possible members of families of familial cancer to receive a gene test and tell other family members that they may be very likely to have the same cancer in the near future because we may have had some troubles with them by doing so. However, we saw a very young female patient with locally advanced breast cancer recently, and she was an elder sister of the patient who died of breast cancer at 21 years at our hospital. When we saw the latter patient, we suspected that she was a member of cancer family but her family did not fulfill the criteria of breast cancer family. Therefore, we did not tell anything about the possibility of inheritance of the disease to the other family members. If we had told it to the elder sister, her cancer could have been found at an early stage. After we experienced this patient, we have decided to change our policy from a passive stance to an active one. (J Fam Tumor 2007；7：27-29)



チーム医療で進める癌治療

がんセンターと医療連携 (地域連携)

谷水 正人 菊内 由貴 船田 千秋
 亀島貴久子 栗田 啓 高嶋 成光*

[Jpn J Cancer Chemother 33(11): 1563-1567, November, 2006]

Team Approach for Treatment of Patients with Cancer, How to Cooperate with Staffs of Other Medical Institutions—A Recent Trend in Japan: Masahito Tanimizu, Yuki Kikuuchi, Chiaki Funada, Kikuko Kameshima, Akira Kurita and Shigemitsu Takashima (National Hospital Organization, Shikoku Cancer Center)

Summary

For the team approach to patients with cancer, both of consistency of medical services and patient's satisfaction are important. Japanese health care reform planning prescribes an establishment of a section which accepts patient's consultation and provides proper advice or information. Technology of the internet is also promising for team approaches with staffs of other medical institutions as well as the patient support section in the cancer centers. Key words: Patient support, Consistency of medical services, Patient's satisfaction, the Internet, Corresponding author: Masahito Tanimizu, National Hospital Organization, Shikoku Cancer Center, 160 Minamiumenomotomachi-Kou, Matsuyama, Ehime 791-0288, Japan

要旨 医療制度改革の方向性に示された医療連携の要は、患者視点の重視と医療の一貫性・継続性の確保である。がん診療連携拠点病院の指定要件に記された「相談支援機能を有する部門」は医療連携のあり方を明確に方向付けている。中核病院における医療連携・患者支援部門の拡充とインターネット技術の導入に期待したい。

はじめに

がん医療は再編が進行中であり、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院の整備が進められている。拠点病院に限らず多くの中核病院にはすでに医療連携室が設置されており、地域医療連携の要として働いているが、本稿では医療制度改革案、がん対策基本法などに示されたがん医療の視点から今後の医療連携のあり方を考察した。

I. 第5次医療制度改革案、がん対策基本法にみる医療連携の方向性

平成17年7月に「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画制度の見直しの方向性」が公表された¹⁾。平成18年1月には第5次医療制度改革が閣議決定されており、その方向性が明らかになっている。新しい医療計画では患者中心の視点から医療連携体制の再構築をめ

ざしている。従来の医療計画は1次、2次、3次医療と階層型構造で医療提供側からみた医療ニーズが重視されていたが、新しい医療計画では患者中心の視点が重視され、患者とかかりつけ医の協調関係を軸に患者の納得と医療の継続性を重視した医療連携像となっている。特記すべきは「連携、情報提供、研修などに関わり、患者と医療提供者を調整する組織の役割」が新たに提案されている点である²⁾。

医療制度改革に向けての一連の動きから導かれるがん医療における医療連携の問題と新しい連携像を示す(図1)。

1. 従来の医療提供体制、医療計画

患者は1次、2次、3次医療の間を移動しながら、医療ニーズの点から適切な医療を選択することが求められていた。医療提供側からみれば担当範囲の医療を提供し、守備範囲を外れる医療については他に対応を任せることになる。そこで問題となるのは医療提供体制と患者の受

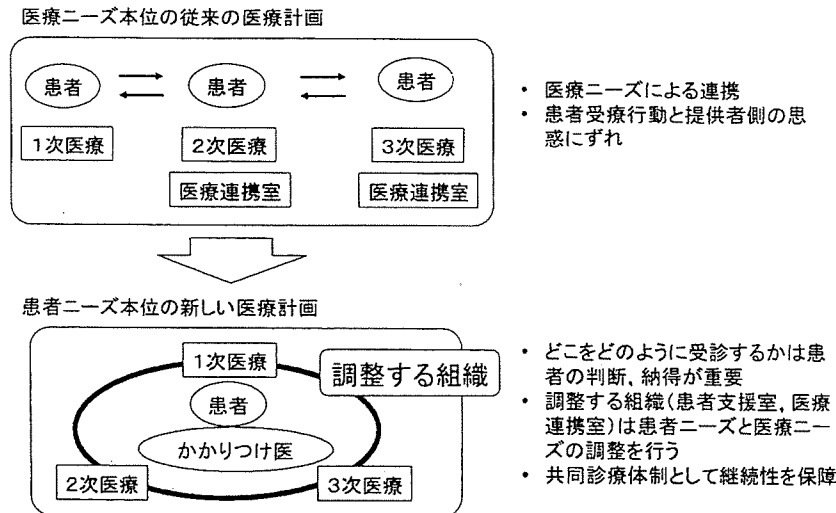


図1 医療ニーズ本位から患者ニーズ本位へ

療行動とのずれである。医療機能の充実という点からは大病院が重視され、患者の受療行動は医療の情報不足から本来の医療ニーズとは乖離して大病院志向となる。本来、大病院を受診する必要のない患者までが大病院に集中するため、大病院では外来の混雑と待ち時間の延長、短時間診療と説明不足という患者の不満、不信感を生んでいた。同時に病院勤務医師の負担増、疲弊にもつながり、患者、医療者双方にストレスが増幅されていた。

2. 今回の改革案、新しい医療計画

患者の視点から患者を適切に導く調整機関を創設し、医療の継続性と一貫性を確保することを提案している。中立公正な調整機関が患者からの相談に応じ、患者の納得と安心を確保し必要に応じた適切な医療に導く。疾患ごとにかかりつけ医の役割と医療ニーズ、患者ニーズ(受療行動)を調整する機関の役割と連携の具体的なあり方が例示されている¹⁾。がん医療の場合は他疾患に先行し具体的な施策が公表された。がん診療連携拠点病院の整備に関する指針²⁾、がん対策基本法³⁾が決定されるに至り、「患者と医療提供者を調整する組織の役割」が「相談支援機能を有する部門(相談支援センター等)を設置」として連携体制のなかに位置付けられた。すなわち患者自身が客観的な医療情報の提供を受けて個別の問題にも身近に相談に応じてもらえる「相談支援機能を有する部門(相談支援センター等)」の設置が拠点病院の要件に加えられた。

「相談支援機能を有する部門(相談支援センター等)」の業務は以下の8項目である⁵⁾。

ア 各がんの病態、標準的治療法などがん診療に係る一般的な医療情報の提供

イ 地域の医療機関や医療従事者に関する情報の収集、紹介

ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介

エ 患者の療養上の相談

オ 患者、地域の医療機関、かかりつけ医(特に紹介元・紹介先の医師)などを対象とした意識調査

カ 各地域における、かかりつけ医など各医療機関との連携事例に関する情報の収集、紹介

キ アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談

ク その他、相談支援に関すること

II. 四国がんセンターにおける「がん相談支援・情報センター」の立ち上げと活動

四国がんセンターは平成14年3月に旧地域がん診療拠点病院の指定を受けていたが、平成18年4月の新築移転を契機に、「相談支援機能を有する部門」に相当する「がん相談支援・情報センター」を立ち上げた。それまでに個々に異なる経緯で設けていた医療連携室、よろず相談室、患者相談室、退院調整部門を統合し、「相談支援機能を有する部門」として組織改編したものである。当院の規模は入院405床(緩和ケア25床、ICU4床)、平均在院日数21日、病床稼働率92%、入院患者のがん占有率95%、外来患者数500人/日、医師数70名(レジデント20名を含む)、看護師数266名(非常勤を含む、専門看護師1名、認定看護師9名)、往診・訪問診療・訪問看護体制なし、であるが、今回立ち上げたがん相談支援・情報センターの構成と機能を示して患者視点を重視した医療連携、患者サポートのあり方を例示する。

1. 四国がんセンターがん相談支援・情報センターの構成

がん看護専門看護師1名、看護師2名(以上常勤職員)、メディカルソーシャルワーカー1名、事務職員2名(以上

表1 がん相談支援・情報センター活動状況

		H 18/4月	5月	6月	7月
医療相談	電話/対面	156/39	136/53	322/52	377/58
よろず相談	電話/対面	44/50	11/31	8/60	10/56
退院調整	新規/継続	22/71	25/68	27/110	22/101
	他施設合同カンファ		0	12	3
在宅療養支援	新規/継続	18/18	8/39	3/47	11/49
	電話サポート	62	38	18	25
	入院調整	3	4	0	1
情報発信提供		0	0	0	0
医療連携	セカンドオピニオン	18	36	29	31
	FAX 紹介/直接紹介	248/108	277/95	309/115	312/94
	転入調整		8	7	8
	逆紹介		20	29	38
	他施設から問い合わせ	183	178	116	111

非常勤職員), 臨床心理士1名(週1日, 6時間)の陣容である。統括診療部長がセンター長(併任), 外来部長が室長(併任)として運営に加わり, 現場のリーダーはがん看護専門看護師(専任)である。2名の看護師(副師長)は病棟からの出向で確保した(専任1名, 医療情報管理室との併任1名)である。

2. 業 務

1) 医療相談, よろず相談: 対面相談および電話相談。当院通院中の患者だけでなく, 一般からの相談も対応。

2) 退院調整: 退院困難例に対して病棟と協同し入院早期より介入。

3) 在宅療養支援: 外来通院中, 在宅療養中の患者に対する療養支援, 電話サポート。

4) 医療連携: セカンドオピニオン, 地域の医療機関からの FAX 紹介受け入れ, 外来診察予約・画像検査予約, 訪問看護ステーションなどの調整。なお, 相談を伴わない単純な外来予約は別部門の「予約コーナー」で対応。

5) 情報発信・情報提供: がん患者数, 治療症例数についての情報公開。またパンフレットやクリニカルパスなどの情報提供。ただしこの活動はまだ開始できていない。

3. 活動(表1)。

400件/月を超える医療相談に対応している。セカンドオピニオン対応は, 5月からの有料化(1件1万円, 30~60分)に関係なく件数は増加している。外部医療機関からの患者受診紹介は, FAX 受信後20分以内に紹介元へ連絡する。なお, 外部との相談や連携については必要に応じて院内各部門との間でも連携し調整している。

III. 情報ネットワーク化への期待と地域医師会を軸とした医療連携推進

患者は情報を欲している⁶⁻⁸⁾。患者の知りたい客観的情報の一つとして医療機関などの医療機能に関する情報が

ある。自分に必要な医療がどこで受けられるかの情報である。がん対策基本法では「国及び地方公共団体は, がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずる」ことが定められ, 附帯決議に「各がん専門医療機関の専門分野, 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の数や設備の状況などの医療機能情報が, 患者の視点に立って適切に提供される体制を整える」と掲げられている。今後, 医療機関の機能について調査が行われ, 患者が受診医療機関を選択する際の選択基準として公表されることになるが, 都道府県の責務として実施されるという以外実施に至る道筋は示されていない。他方, 平成13年からのIT基盤整備⁹⁾で, IT化による構造改革と具体的な成果を期待される分野には常に医療があげられている。レセプト請求オンライン化や電子カルテ化とともに地域の医療機能の共有は情報化に期待される大きな目標である。しかし, 現実には医療の情報化は遅れている^{10,11)}。

われわれは平成7年から愛媛県医師会, 松山市医師会でインターネットの活用を進めてきた。その一端を紹介する。愛媛県医師会では医師会館にサーバー室を設け, ブロードバンドインターネット環境下にVPN技術(ルータ間VPN, ソフトウェアVPN)でセキュリティを確保して, 医師会イントラネットへのアクセスが可能な仕組みを構築している。すべての郡市医師会と救急医療基幹施設, 診療所の300施設が常時接続, ダイアルアップ利用を加え500施設が参加, アカウント登録は1,100名以上(病院勤務医師は病院独自のアカウントでの利用も可能)の規模である¹²⁻¹⁴⁾。現在は理事会運営をはじめ多くの事業がメール, メーリングリスト中心に動いている。ホームページ情報提供, 郡市医師会向けハウジングサービス, web mail 患者紹介状システム, 医師と医療機関のデータベースなどが活用されている。医療機関データ

ベースの一部は公開されている。地域の医療機能を共有するツールとして威力を発揮しつつある。しかし、全国的にみればこのような医師会ネットワークは例外的な存在である。全国的に医療機能などの情報共有の点でインターネットが効果を発揮できるようになるのはまだ先の話である。厚生労働省、日本医師会のリーダーシップを期待したい。

同時に医療機能情報の共有には日常の地道な医療連携推進活動が必要である。松山市医師会では平成10年から病診連携委員会、12年から在宅医療検討委員会を立ち上げ、各医療機関の医療連携室と共同歩調をとってきた。平成10年からは域内医療機関の機能、在宅医療対応の情報が入ったネットから検索閲覧可能である（冊子としても配布している）。在宅医療懇話会（コメディカルも参加、3回/年、参加者は毎回100～200名）、在宅医の会（在宅医療に関心のある医師のみ、3回/年、参加者は毎回30～50名）などの定期的な講習会・勉強会も開催し、その後の意見交換会、懇親会なども顔のみえるつながりとして重視している。

IV. 考 察

今後の医療は医療連携体制を軸に進められていく。医療連携は病院の地域における医療機能を再編していくだけでなく、病院内の部門間連携も再編していく。能力を結集して医療連携部門の拡充を図るべきである。

世界的にみれば日本の医療は高い客観的評価を受けながら（WHO 2000年報告書）、患者満足度が低いという不名誉なレッテルを貼られている（OECDの2003年調査、国民が自国の医療をどう評価しているか、18か国中17位）¹⁵⁾。今回の医療法改正の方向性、がん対策基本法などは正にその反省に基づいている。「風邪なんかで来ないで近くにかかりなさい」とか「もうすることがなくなったから近くの医療機関に行きなさい」などという言葉は、病院医師からしばしば発せられてきた言葉ではないだろうか。しかし患者の立場からみれば「風邪でもがんかもしれない」と心配で受診したのであり、「もう治療できないといわれても誰に頼ればいいのか」など不安を抱えて路頭に迷わされている。確かに医療ニーズの観点からは医師の言い分は間違っていないが、患者にしてみればいかにも無責任である。新しい医療計画で患者視点が重視されたのはそういう経緯によっている。患者の立場と医療者の立場のギャップを埋める役割を担う機関として新たに「調整する組織」が提案された。患者が納得の下に必要な医療が継続的に受けられることを目指している。かかりつけ医機能を補完する役割を大いに期待したい。医療制度改革では相談対応が公的な中立の別組織と

して想定されている¹⁶⁾が、これは介護保険における地域包括支援センターからの連想である。創設されたばかりの介護保険制度と異なり、医療は個々の医療機関との密接な関係が必要である。相談支援組織（部門）は医療機関に付属する部門としての枠組みで整理、構築されていくであろう。

われわれのがん相談支援・情報センターの立ち上げと活動を踏まえて、問題点と今後解決すべき課題についてふれる。現在は当センターに寄せられる相談件数が急増し、マンパワーの不足が懸念されている。相談対応は潜在需要の掘り起こしであり、どの程度の人材を充てればよいかの判断は時期尚早であるが、拠点病院の指定条件にある「専任1名以上」というのは明らかに不足である。地域規模に合わせて必要数を算出することが重要である。また、このような部署は病院にとっては不採算部門とみなされがちであるが、部門単独で不採算という判断は意味がない。拠点病院としての病床回転率の改善、外来の活性化、患者満足度の向上、地域住民・患者への安心の提供などの効果は図りしれない。また、現在われわれの組織は院内各部門からの出向員で構成されているが、院内外への発言権を増して調整力を発揮するためには、部門としての独立が必要である。担当する現場には不測の事態にも対応できる高い問題解決能力が要求されており、それに見合う評価を与えるべきである。われわれは当面は眼前の相談対応に対応しつつ、相談内容の分析も踏まえて本来あるべき相談支援センターのモデルケースを示していきたい。

医療機能情報の収集・公開についてであるが、信頼性を確保した情報の収集、公表、管理には大きな労力と継続性が要求される。医師会は地域医療の中核として準公的な組織であり、立場上医療機関情報を収集しやすく、公平性も保ちやすい。調査機関、情報提供母体としては最も適している。ただし医師会の組織率からみて全国一律な対応は期待できず、地域特性に合わせて都道府県行政との共同作業が必要とされるであろう。また、調査による医療機能情報にましても重要なのは、実際の個別の医療連携体験に基づく生の情報である。調査で収集される情報は表向きの情報であり、実力としての医療機能は評価されていない。実例を通じて得た訪問看護師や在宅担当医の実力、患者の声は最も頼りになる情報である。患者に接し続ける相談支援・情報センターは公的な情報とは別に生の実力も把握し得る組織である。

インターネットによる情報化は重要である。われわれの地域医師会では巨大な医師会ネットワークの構築という幸運を得た。しかし、勤務医の平均年齢は42歳、開業医の平均年齢は58歳であり、デジタルデバイドは深刻

である¹⁷⁾。また、情報化技術の難解さ、安くない情報化コストを考えると、医師会のように緩やかな結合で成り立っている団体に強制はできない。情報化においても個々の医療機関の自主性は尊重されるべきである。当面は「医療者向け情報、一般向け情報の発信に努めること」、「病診連携の中核（連携支援ツール）を提供すること」、「個々の医療機関IT化を支援すること」が重要であり、安全で容易なネットワークを用意し、情報化の利点を実感できるサービスを提供し続けることが重要である。慌てなくても遠くない将来、医療の情報化は必ず達成される。全国の各地域医師会で情報化へのひたむきな努力を続けている同志には励ましを送りたい。

まとめ

医療法改正の動き、がん対策基本法の制定から今後の医療連携のあり方を概括した。医療連携の核として「患者と医療提供者を調整する組織の役割」（相談支援機能を有する部門（相談支援センターなど））のもつ意義と、医療機能情報の共有化の必要性、実現への方策を論じた。医療連携部門の拡充こそが地域医療、病院機能の効率化と活性化の要である。

本論文は第3次対がん10か年総合戦略研究事業“患者の視点を重視したネットワークによる在宅がん患者支援システムの開発”研究（H16-3次がん一般035）の成果による。

参考文献

- 1) 平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html>
- 2) がん診療連携拠点病院の整備について健発第0201004号平成18年2月1日厚生労働省健康局長 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 3) がん対策推進本部について: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan.html>
- 4) がん対策基本法: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- 5) がん診療連携拠点病院の整備について: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- 6) 和田ちひろ: 患者の期待する情報, 2005年12月22日放送, 総合メディカルマネジメント. http://medical.radionikkei.jp/sogo_medical/bangumi.html
- 7) がん患者団体支援機構: <http://www.canps.net/>
- 8) 日本がん患者団体協議会: <http://med-npo.com:8080/>
- 9) IT基本法, e-Japan戦略: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/>
- 10) IT新改革戦略評価専門調査会について: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iryoudai/siryoul1.pdf>
- 11) 重点計画2006概要: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/060726gaiyou.pdf>
- 12) 佐伯光義, 徳永昭夫, 久野梧郎: 愛媛県医師会ネットワーク特集これからの地域医療・医師会のIT化地域医師会ネットワークの現在. 日本医事新報 4130:26-30, 2003.
- 13) 谷水正人, 佐伯光義, 窪田理・他: 地域医療ネットワーク愛媛県医師会ネットワーク. カレントセラピー 20(12):1259-1265, 2002.
- 14) 谷水正人, 佐伯光義, 久野梧郎・他: 地域医療の新たな展開 愛媛情報スーパーハイウェイと愛媛県医師会地域医療情報ネットワーク. INNERVISION 19(2):18-20, 2004.
- 15) 濃沼信夫: グローバルスタンダードから見た日本の医療, 2005年7月14日放送, 総合メディカルマネジメント. http://medical.radionikkei.jp/sogo_medical/bangumi.html
- 16) 平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html> の地域連携のイメージ図 s0711-7b12, s0711-7b15
- 17) 平成16年時点, 日医ニュース ONLINE 第1064号(平成18年1月5日) <http://www.med.or.jp/nichinews/n1801051.html>

癌治療とクリニカルパス

田中 寿明*1 遠坂タエコ*2 藤田 博正*1

〔Jpn J Cancer Chemother 33(11):1568-1570, November, 2006〕

Clinical Pathways in the Treatment of Cancers: Toshiaki Tanaka*1, Taeko Tousaka*2 and Hiromasa Fujita*1 (*1Dept. of Surgery, Kurume University School of Medicine, *2Nursing Dept., Kurume University Hospital)

Summary

At the beginning, a clinical pathway was first introduced for the purpose of standardizing the treatment, providing high quality management and shortening hospital stays in the managed care health system in USA. This has been rapidly accepted also in Japan.

The clinical pathway has also been gradually introduced in the treatment of malignant diseases, including chemo/radiotherapy and surgery. In Kurume University Hospital, clinical pathways are now applied for 50% of in-patients, and those for cancer patients have a large role in routine clinical practice. The progress of our pathways for cancer patients is here reported. Key words: Clinical pathway, Cancer, Chemotherapy, Chemo/radiotherapy, surgery, Corresponding author: Toshiaki Tanaka, Department of Surgery, Kurume University School of Medicine, 67 Asahi-machi, Kurume 830-0011, Japan

要旨 クリニカルパスは治療の標準化, 治療の質の向上さらに入院日数の短縮を目的に米国のマネージドケアのなかから生まれた。現在, わが国でも急速に普及している。癌治療においてもクリニカルパスを用いる施設は徐々に増加し, 化学/放射線療法や手術などその領域は多岐にわたっている。当院ではクリニカルパス利用率は50%に達しており, 癌治療におけるクリニカルパスの使用も年々増加してきている。これまでの当院での癌治療におけるクリニカルパスの取り組みを紹介する。

はじめに

クリニカルパスは, 米国において DRG/PPS 導入によるマネージドケア (managed care) のなかから在院日数短縮, 医療費削減を図る必要性から 1980 年代半ばに生まれた。両国の医療制度の根本的な相違からか, わが国においてクリニカルパスの認知度はあまり向上しなかった。わが国においては, まず医療の質の向上や患者サービスの面からクリニカルパスを導入した施設が徐々に増加した。1999 年に日本クリニカルパス学会が設立され, その後急速に普及してきた。

2003 年には特定機能病院に DPC が導入された。DPC を導入する医療機関拡大とともに, 医療の効率化の観点からも, クリニカルパスの普及はさらに進むと考えられる。

クリニカルパスは医療を円滑, かつ効率的に遂行する

ための治療計画書であり, 同時にマネージメントツールでもある。医師, 看護師, 薬剤師など多職種からなる医療者が情報を共有することにより, チーム医療の実践を容易ならしめる。

クリニカルパスの利点として, 医療の標準化があげられる。同一の治療でも, 従来は医師によってばらつきがみられたが, クリニカルパスを用いることにより治療法が統一される。結果のばらつきだけでなく, 時系列的なばらつきも是正できる。さらに治療の内容・スケジュールが明確に示されることから, 処方ミスや検査などの「抜け」がなくなり, 医療の質の向上につながるだけでなく, 患者への治療情報の提供の面でも効果が大きい。結果的にクリニカルパスはリスクマネージメントやインフォームド・コンセントのツールとしての意味もある。

*2 久留米大学病院 看護部

<特集> 第17回日本在宅医療研究会学術集会

医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因

田所かおり 関木 裕美 神谷 淳子 谷水 正人*

[*Jpn J Cancer Chemother* 33(Suppl II): 338-340, December, 2006]

Discharge Interference Factors of Terminally Ill Cancer Patients: A Questionnaire Survey Provided by Medical Staff at the Cancer Center Hospital: Kaori Tadokoro, Hiromi Uruki, Junko Kamiya and Masahito Tanimizu (*National Hospital Organization Shikoku Cancer Center*)

Summary

Despite of a terminally ill cancer patients' state of illness being stable, there will be a case where a patient loses his or her chance to be discharged due to an increase in length of hospitalization. We studied a questionnaire survey that was provided by medical staff at the cancer center hospital, and discussed how to support or encourage patients to cooperate with medical staff in order to attain shorter hospitalization. Key words: Discharge interference factor, Discharge support, Cooperation with other medical constitutes

要旨 末期がん患者のなかには病状が安定していても、入院が長引き在宅で過ごすチャンスを逃す場合がある。医療者が同じ意識をもって退院支援に取り組むため、医師、看護師が考える退院阻害要因を調査したので報告する。

はじめに

残された時間をどう過ごしたいのか、どう介入すればよいのか、われわれ医療者は常に試行錯誤している。医療者間が同じ意識をもって退院支援に取り組むため、今回、医師、看護師が考える退院阻害要因を調査し、今後取り組む対策を考察した。

I. 研究方法

1. アンケートによる実態調査研究

- 1) 対象: 当院の医師 70 名, 看護師 252 名。
- 2) 期間: 2005 年 5 月~1 年間。
- 3) 調査票 (図 1): 質問 1. 予備調査で得られた患者側, 医療者側, システム要因の三つのカテゴリーで 13 の質問項目を作成し, さらに細かい内訳について考えられる因子を自由記述で求めた。質問 2. 13 項目のなかから特に重要だと思われる要因三つを選んでもらった。
- 4) 分析: KJ 法, 単純集計。

II. アンケート調査結果

- 1) 調査回収率: 医師 30% (21 名), 看護師 86.9% (219

名), 全体 71.4% (230 名)。

2) 属性: 医師: 平均年齢 39.0 歳, 臨床経験年数 15.1 年, 当院での勤続年数 4.5 年。看護師: 平均年齢 35.5 歳, 臨床経験年数 12.9 年, 当院での継続年数 9.4 年。

3) 予備調査から, 患者側, 医療者側, システム要因の三つのカテゴリーで 13 項目の退院阻害要因に類型化された (図 2)。

4) 本調査結果: 質問 1. 退院阻害要因の内訳をグルーピングし表 1 に示した。

また, グルーピングしきれなかった医師のその他の意見として, 「医療者の姿勢・考え方は関係ない」, 「退院支援への興味不足」などがあつた。看護師のその他の意見として, 「介護者の仕事の問題」, 「医療者も退院できない」と思い込んでいる, 「情報をスタッフが共有していない」などがあつた。

質問 1, 2 より→ 1. 医師・看護師間で相違があつた退院阻害要因は, 記述結果より, 医療提供者の姿勢・考え方だつた。2. 医療者が主要として考えていた退院阻害要因は, ① 介護問題, ② 患者の不安, ③ 当院・治療への依存・固執で患者側の要因であつた (図 3)。

医療者側が感ずる末期がん患者の退院阻害要因

研究者 谷水正人 神谷洋子 田所かおり 岡本裕美

本研究の目的は、医療者側が感ずる末期がん患者の退院阻害要因を明らかにすることです。調査票は以前ご協力いただきました予備調査の結果をもとに、作成しています。今後取り組んでいく退院支援につなげていきたいと思っております。大変ご多忙中と存じますが、アンケート調査にご協力いただきますようお願い致します。調査は無記名とし、研究以外の目的には使用致しません。なお、調査につきまして不明な点がございましたら、5階西病棟、田所 迄ご連絡ください。

5月10日までにご記入お願い致します。医師の方は谷水のメールボックスへ、看護師の方は各部長へ提出ください。回収に伺います。

調査票

次の文を読んで当てはまる項目に○印、またはご記入ください。

- あなたの性別、年齢は
 - 男
 - 女
- 職階は
 - 医師
 - 看護師
- 科でですか(消化科 乳腺・内分泌 婦人 形成外科 泌尿器 泌尿器 血液腫瘍 緩和ケア 放射線 (ICU) (その他))
- 臨床経験年数は (年 ヶ月)
- 当院での勤務年数は (年 ヶ月)

○調査の定義: 末期がん患者…緩和医療を必要とした患者・余命3ヶ月以内が予測される患者

質問1. 末期がん患者の退院阻害要因を以下のような項目にグループ化しました。次の退院阻害要因の中のさらに細かい内容について、考えられる因子をご記入ください。

<患者側の要因>

1) 患者の不安について
考えられる因子をご記入ください(例:今後の病状悪化・死に対する不安、今後の処置・治療に対する不安)

2) 介護困難について
考えられる因子をご記入ください(例:介護者がいない、介護者が在宅療養を望まない)

3) 経済・住環境問題について
考えられる因子をご記入ください(例:お金がない、病院から遠方である)

4) 当院・治療への依存・固執について
考えられる因子をご記入ください(例:可能な治療は何でも行ってほしいと思っている、当院ならなんとか頑張ると思っている)

<医療者側の要因について>

5) 現状告知が不十分について
考えられる因子をご記入ください(例:現状・手帳が半分伝えられていない、家族の希望が現状と一致していない)

6) コミュニケーション不足(患者・医療者間)について
考えられる因子をご記入ください(例:医療者の姿勢・態度に問題がある、コミュニケーション技術がない)

7) コミュニケーション不足(医療者間)について
考えられる因子をご記入ください(例:退院に対する医師・看護師の考え方の違い、カンファレンスの機会がない)

8) 医療提供側の姿勢・考え方について
考えられる因子をご記入ください(例:医療者が最期まで待たせたいと思えるため退院を勧めない、退院支援は医師の仕事ではない)

9) 在宅支援の態勢不足について
考えられる因子をご記入ください(例:何ぞし難くはないか分からない、在宅ケアで医師を必要とする患者が少ない)

10) 当院のシステム不備について
考えられる因子をご記入ください(例:在宅移行パスがうまく活用できていない、マニュアル不足である)

11) 院内でのシステムの情報不足について
考えられる因子をご記入ください(例:退院時の在宅移行パスの準備不足、在宅支援活動のノウハウが少なくない)

12) 当院と関連地域との医療連携の不備について
考えられる因子をご記入ください(例:行政との連携不足、地域ケアチーム関係者との交流がない)

13) 医療機関紹介先・社会資源の情報不足について
考えられる因子をご記入ください(例:紹介先の信頼レベルが不明、社会資源の種類・利用方法がわからない)

質問2. すべて退院阻害要因と思われるが、その中でも特に重要となっている3つを下記1-13の中から選び、番号に○をつけてください。この他に考えられる項目がありましたらご記入ください。

- 患者の不安
- 家族・介護者の問題
- 経済・住環境問題
- 当院・治療への依存・固執
- 現状告知が不十分
- コミュニケーション不足(患者・医療者間)
- コミュニケーション不足(医療者間)
- 医療提供側の姿勢・考え方
- 在宅支援の態勢不足
- 院内でのシステム不備
- 院内でのシステムの情報不足
- 当院と関連地域との医療連携の不備
- 医療機関紹介先・社会資源の情報不足
- その他考えられる項目をご記入ください

これらの退院阻害要因に対する今後の対策としてご意見がございましたら、お書きください

ご協力大変ありがとうございます

図1 調査票

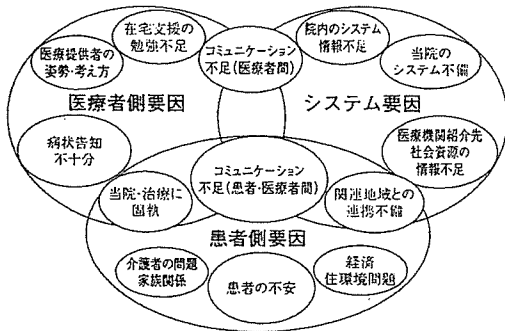


図2 予備調査より得られた退院阻害要因の抽出と類型化

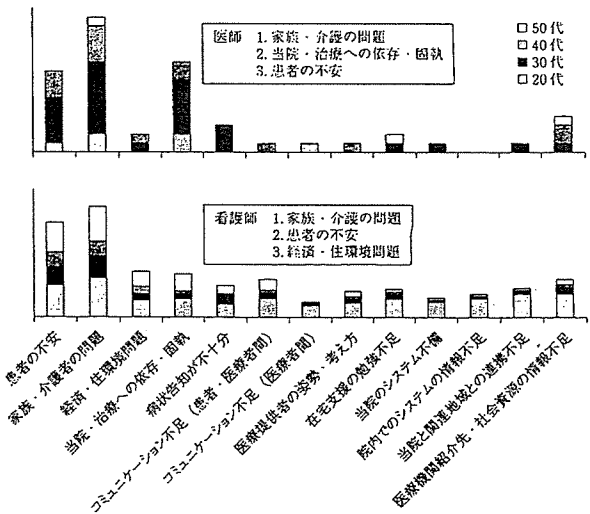


図3 主要だと思われる退院阻害要因の選択

III. 考察

患者側要因に対する対策として当たり前のことだが、患者の立場に立って考えることである。不安いっぱいである入院した患者・家族に対し、早い段階から積極的にかわり、不安に耳を傾けなければならない。病院でも家庭での生活をイメージして介護・医療に参加していただき、入院中から地域スタッフも介入して継続したケア・医療・安心を提供したいと考える。

医療者側要因に対する対策として、まず医師による治療のゴール・入院目的の明確化が必須であり、退院の話をも医師がいかにか早く行うかであろう。当院での治療の限界、退院後のフォローまでICUでできることが理想である。定期的な退院カンファレンスによる意識の統一、退院阻害要因、退院機会の見極めも重要である。

システムの要因に対する対策として、退院支援システムの構築が第一にあげられる。当院では2006年4月新病院設立とともにがん相談支援・情報センターが開設した。院内外連携の強化・円滑化をめざしている(表2)。退院阻害要因は、医療者側の要因、システムの要因も加わり、複雑に相互に関連して存在する。がん相談支援・情報センターを中心に、入院早期に地域での看護・看取りなどを視野に入れた計画を立て、医療チームが同じ意識をもって退院支援ができるシステム作りに取り組んでいきたい。

表 1 退院阻害要因の内訳

<患者側要因>	医師の意見	共通意見	看護師の意見
1. 患者の不安	・処置・治療に対する不安	・今後の病状悪化 ・死の恐怖	・急変時の対応
2. 介護問題	・家族への遠慮	・介護者が不在 ・在宅療養についての知識不足	・介護者が高齢
3. 経済・住環境問題	・病院から遠方	・家族の負担 ・お金がない ・通院困難 ・住宅の問題	・地域に十分な施設がない
4. 当院治療への依存・固執	・当院スタッフに依存している	・当院なら何とかかなと思っている ・当院への期待・希望 ・当院にいる安心感	・見捨てられたという思い
<医療者側要因>			
5. 病状告知が不十分	・患者の意欲・希望は奪いたくない	・家族の希望で告知できない ・患者・家族が理解できていない	・病状予後が十分伝えられていない
6. コミュニケーション不足(患者・医療者間)	・コミュニケーション不足	・業務が多忙	・コミュニケーション技術がない ・医療者の姿勢・態度に問題がある
7. コミュニケーション不足(医療者間)	・有意義なカンファレンスができていない	・医師・看護師の考え方の違い ・カンファレンスの機会がない	・話す時間がない
8. 医療提供者の姿勢・考え方	・最後まで治療すべきである ・最後まで診たいと思っている	・退院への準備が面倒で消極的	・退院支援システムが理解できていない ・退院可能な判断が難しい
9. 在宅支援の勉強不足	・在宅支援システムがよくわからない	・勉強会がない ・何を勉強すればよいかわからない	・社会資源についての情報不足
<システムの要因>			
10. システム不備	・緊急対応ができない	・マンパワー不足 ・パスが上手く使用されていない ・在宅移行支援の情報不足	・退院できるタイミングを逃す
11. 院内でのシステムの情報不足	・システムを知らない	・在宅移行時サービス情報不足	・在宅支援活動のアナウンスが少ない ・活動内容が少ない
12. 医療連携不備	・医療連携の窓口を持っている病院が少ない	・行政との連携不足 ・地域サービス関係者との交流会が少ない	・連携方法を知らない
13. 医療機関の紹介先・社会資源の情報不足	・紹介先・医師を見つけるのが大変	・紹介先の医療レベルの情報が少ない ・社会資源の種類・利用方法を知らない	・在宅に興味がない

表 2 抽出された退院阻害要因に対する対策

- 患者側要因への対策
 - 医師による治療のゴール、入院目的の明確化
 - 早い段階から家族とかかわり、不安に耳を傾ける(MSWのかかわり)
 - 退院後も精神的サポートを行う(緩和ケア外来・がん相談支援・情報センター)
 - 患者・家族に病院での介護、医療に参加していただく
 - 入院中から地域スタッフが介入し継続したケア、医療を保証する
 - 退院と同時にサービスが受けられるよう介護保険の申請
- 医療者側要因への対策
 - 医師による治療のゴール、入院目的の明確化
 - 家族の不安に耳を傾ける
 - 患者・家族の理解力を考慮した上での病状告知
 - 定期的な退院カンファレンスによる退院阻害要因、退院機会の見極め
 - 患者・家族教育(公開セミナー)
 - 退院調整、在宅支援の勉強会
- システム要因への対策
 - 退院支援システムの構築
 - 退院調整専門職の配置
 - 退院調整パスの使用
 - 地域の社会資源についての情報収集、情報提供
 - 院内外連携の強化円滑化
 - 地域の医療福祉関係者を含めた勉強会、カンファレンス、交流会

参考文献

- ▷ 福島道子・監修: 事例で学ぶ退院計画. ナース専科, 2003年11月臨時増刊号.
- ▷ 阿部俊子, 秋田けい子: うまくいく退院指導のここがポイント. エキスパートナーシング 20(15):114-134, 2004.
- ▷ 峯廻攻守, 松尾雪絵: 回復期リハ棟からの自宅退院阻害要因 老年医学的総合機能評価による検討. 日老医誌 41(suppl):111, 2004.
- ▷ 北市みゆき, 筒口由美子: 統合失調症患者における入院期間と退院阻害要因に関する研究 主として患者と看護師の問題意識に基づく要因分析を中心として. 日看研会誌 26(3):226, 2003.
- ▷ 竹村節子, 藤田きみる, 横井和美: 地域における在宅ホスピスケアの実態 滋賀県開業医へのアンケート調査から. 消外ナース 10(6):627, 2005.
- ▷ 大阪府自立支援促進会議・退院促進事業報告書一3年間のまとめ一. 大阪府健康福祉部障害保健福祉室精神保健福祉課, 平成15年9月.

地域連携をめざした退院調整連携パス

船田千秋¹⁾²⁾ 亀島貴久子¹⁾ 菊内由貴¹⁾ 関木裕美¹⁾
 谷水正人¹⁾ 河村 進²⁾

わが国でのクリニカルパスは、急性期医療を中心に広く普及している。その背景には、診療報酬改定、DPC導入など医療政策改革への対策と、情報通信技術の変化に伴う医療におけるバナーリズムの崩壊や、国民の価値観やライフスタイルの変化への対応に迫られたという現状がある。しかし、「標準的な医療」を整備することで普及してきたクリニカルパスは、在宅移行や在宅支援、緩和ケア領域では、患者個々で介入方法が異なり一律的な介入がおこなえないなど、標準化が困難とされ、開発が遅れている。当院では、在宅移行や在宅支援を主眼に、将来的な地域医療連携をめざした連携パスとして、退院調整連携パスを作成、導入し、患者・家族の視点でとらえた満足度の高い「療養生活をトータルにサポートする」退院調整につなげたいと考えて運用を開始している。

はじめに

がんが日本国民の死亡原因の第一位となって久しく、さらに二人に一人はがんで死亡する時代を迎えようとしている。昨年（2006年）「がん対策基本法」が制定され「がん対策」は国をあげて取り組む最重要課題と位置づけられた。また、2002年度からがんに特化した機能をもつ施設として指

定されてきた「地域がん診療拠点病院」は、今年度（2006年度）から「都道府県がん診療連携拠点病院」と「地域がん診療連携拠点病院」へシフトし、さまざまな視点からがん医療に関する内容が強化拡充された。

当院は2006年4月の新病院移転を機に、この「がん診療連携拠点病院」の指定要件である“相談支援業務”として「がん相談支援・情報センター」（相談支援センター）を開設した。この相談支援センターは①医療相談・よろず相談、②退院調整、③在宅療養支援、④医療連携、⑤情報提供・情報発信を業務として整備した。このうち、とくに新規業務である「退院調整」を開始するにあたり“退院”に対する院内の意識統一、システムの整

KEY WORDS

退院調整
 連携パス
 相談支援センター
 看護（医療）の継続性

FUNADA Chiaki, KAMESHIMA Kikuko, KIKUCHI Yuki, UYUKI Hiromi, TANIMIZU Masahito, KAWAMURA Susumu/1) 独立行政法人国立病院機構四国がんセンターがん相談支援・情報センター、2) 同センターパス推進委員会

理・統一、院内外の資源を集約的に活用できるツールが必要と考え、クリニカルパスの手法を導入することとした。本稿では、この退院調整連携パスについて報告する。

1. 退院調整連携パス作成に至った経緯

当院は、四国唯一のがん専門病院として広範な診療圏となっている。在宅支援や医療連携など入院早期から退院後を見据えた介入が必要と考えるが、現状では、必要な介入がなされていないという状況があった。このような状況を招く要因として、田所ら¹⁾の「医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因」により退院に対する当院スタッフの意識や患者・家族の思いが問題として浮き彫りとなった。

当院は、がん専門病院ではあるが病床稼働率93.8%、在院日数18.8日(2006年12月現在)という急性期病院とかわらない運営と機能分化を余儀なくされている。継続医療を必要とする患者の多いがん専門病院として、患者・家族へ「安心を提供する」こと、すなわち、がん患者支援のための地域医療連携システムの構築、がん患者支援ができる地域の医療機関の情報提供と連携の可視化が必要であると考えた。

また、スタッフが同じ意識で介入をおこなうために、必要な介入の明確化と目標管理の効果的なツールとして退院調整連携パスを作成した。

2. 退院調整連携パスの目的

退院調整連携パスは、院内外の人的・物的資源の活用と院内連携の充実を図り①各職種間での情報と目標が共有できること、②看護(医療)の継続性を考慮した入院中の援助・介入ができることを目的とした。目的が達成されれば、医療機関としての当院の機能を患者・家族に伝え理解を得て、医療が療養の場を移し継続されることを可視化し患者・家族へ安心を提供することが可能となる。また、相談支援センターは、看護(医療)の継

続性を考慮した入院中の援助・介入を通して、看護の専門性である「生活の援助」の質を向上させることをめざした、病棟主体の退院を支援・調整する部門として位置づけている。

3. 退院調整連携パス適応の基本方針

1) 目標や調整の流れは個別性で変化しない

退院調整連携パスは、在宅移行や在宅支援を主眼に作成した。在宅移行や在宅支援は患者個々で介入方法が異なり一律的な介入がおこなえない。とくに、がん患者に対しての在宅療養は、がん病名での調整や介入を考えることは非現実的であり、今年度(2006年度)から診療報酬が加算された整形外科領域のような調整や連携パス作成は不可能である。しかし、考慮すべき病状や病態、家庭環境や介護力により調整に要する時間に長短はあっても、その時々目標や調整の流れが患者の個別性で変化するものではない。

2) 入院早期から退院へ向けての介入を開始する

退院調整連携パスは、調整の流れを入院から退院までのステップアップとして考え、各段階(フェーズ)ごとに目標を設定した。各フェーズで確認・調整する項目を設定し、どの人的・物的資源との調整が必要か、調整後に実施される介入は何かなどをチェックしていく。フェーズは6段階で設定し、フェーズ1で全患者に対し、退院調整介入が必要かどうか入院時アセスメントをおこなう。フェーズ1の特定の項目がチェックされたら、「退院調整連携パス適応」としてフェーズ2以降に進む。

3) 各専門職の介入のコーディネートと院内連携のシステムを整備する

フェーズ1ですべての患者をスクリーニングし、退院調整介入が必要なより多くの患者に、適切な時期に適切な介入がなされるよう、相談支援センターを中心に情報と目標の共有のための院内

入院診療計画書 (患者ごま用)

(患者氏名) _____ 院 _____ 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

病 院 (病室)	病 名	病 歴	特 記
病 名 (他に考え得る病名)	退院の目標 主治医にも、入院時に「何が達成できたら退院できるか」という視点がもてるように工夫		
症 状			
入院の目的			
退院の目標			
想定される入院期間			
治療計画			
検査内容及び日程			
手術内容及び日程			
看護計画			
担当看護師等氏名			

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後、治療等を進めていくにしたがって変わっていく場合があります。
注2) 入院期間については、現時点で想定されるものであります。

がん相談支援センター (主治医氏名) _____ 印
(氏名) _____ (職名) _____

図① 入院診療計画書

退院調整連携パス

がん相談支援・情報センター _____ 主治医 _____ 受け持ち _____

介護保険・介護度 ()
身体障害者手帳 ()
老人手帳 入院前、担当NSが確認
生活保護・医療保険

介護保険の項目にチェックが入った場合は、保険証のなかに「在宅介護保険事業給付(ケアマネジャー)」を記載し、フェーズ2の「環境・家族」の欄に記載する。

入院初期アセスメントシート

フェーズ1: 初期アセスメント

＜患者＞ _____ フェーズ担当者 () 記載日 _____

＜入院の目的＞ _____

手術 化学療法 症状コントロール _____ 患者アフトカム _____

その他 () _____ スタッフアフトカム _____ 退院調整介入の必要性についてスクリーニングで要する。

	1	2	3	4
IPS				
清潔ケア	自立	要介助	要介助	
栄養 食事ケア	経口	経口以外	NH 経管栄養	その他 ()
排泄ケア	自立	要介助	PTイレ	オムツ カテーテル
移動ケア	自立	要介助	車椅子	ベッド
歩行の状況	杖歩行	つたい歩き	歩行器	
疼痛の予知 緩和ケア	疼痛なし	疼痛あり	⇒がん性疼痛薬投与歴NS ²⁾	
オピオイドの使用	なし	あり	⇒VOCE認定NS ²⁾	
呼吸ケア	気管口なし	気管口あり		
	在宅酸素なし	在宅酸素あり		
循環ケア	リンパ浮腫なし	リンパ浮腫あり	⇒リンパドレーシング療法 ²⁾	
	なし	あり	⇒VOCE認定NS ²⁾	

★入院患者に使用する
★点通より右の項目に○チェックがある場合、ケアアセスメントシートを使用。
★リスクケースの確認印を受けた後、がん相談支援・情報センターへ回収ファイルに入れる。
注) がん相談支援・情報センターが各エキスパートに情報提供をスルーする項目

リンクケース 確認印 (リンクケース不在時は部長または副部長印) ()
2006/10/02

図② フェーズ1

連携システムの整備をおこなった。得られた退院調整に必要な介入項目の情報は、相談支援センターから各専門チームやエキスパートへ提供し、各専門チームやエキスパートが「介入要」と判断した場合、能動的にアクションを起こす。

4. 退院調整連携パスのフェーズ

退院調整連携パスは1～6のフェーズで展開する。フェーズごとに目標を設定し、調整する項目を確認しながら必要な人的・物的資源の調整、調整後に実施される介入を明確にする、という作業をくり返す。

退院調整を効果的におこなうには、医師の協力は不可欠である。このため、医師に対しての動機づけとして入院診療計画書に「退院の目標」の項を追加した (図①)。

1) フェーズ1

パスの適応をアセスメントする。入院時、全患者を対象にアセスメントし退院調整の必要な患者はパス適応としてフェーズ2以降に進む (図②)。フェーズ1の記載は、入院時、患者基礎情報記載、初期計画立案とともに実施する。

2) フェーズ2

フェーズ1でスクリーニングされた患者に対し、退院後「どんな援助が必要か」を視点に、日常生活動作 (activities of daily living: ADL)・家庭環境・介護力・経済状態・治療・処置などについて情報収集をおこなう (図③)。

フェーズ2は、初期計画立案後2、3日以内をめぐりに情報収集することを規定しているが、情報の内容によっては患者・家族との良好な関係がなければ収集が困難な情報もあると考え追記で対応す

患者名 ()		フェーズ2:退院調整に関する情報収集	記載日
フェーズ担当	()		/
患者アフトカム	退院について考えることができる。		
スタッフアフトカム	治療方針決定までに退院後の生活の視点で情報を整理しアセスメントすることができ。		
患者または家族の意思	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 転院		
現在の身体状況	<input type="checkbox"/> 清潔ケア		
	<input type="checkbox"/> 栄養 食事ケア		
	<input type="checkbox"/> 排泄ケア	ケア介入行為の実現については、入院時ケア計画を参考に	
	<input type="checkbox"/> 移動ケア	別紙ケア介入一覧を使用する。	
	<input type="checkbox"/> 舌嚥の予防 経管ケア		
	<input type="checkbox"/> 呼吸ケア		
	<input type="checkbox"/> 循環ケア	程度・リンパ浮腫アセスメントを実施	
	<input type="checkbox"/> 褥そう	程度・じよ(褥そう)アセスメントを実施	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
環境・家族	家族構成、家庭環境、介護力、居住空間、住居、療養環境、経済面などについて記載		
	とくに、家庭環境は、介護力を知るうえでの貴重な情報となる。入院初期に情報収集が困難な場合は後から情報を追加していく。		
処置・処方 など			
備考			
リンクネース 確認印 (リンクネース不在時は部長または副部長印) ()			
2006/10/02			

図③ フェーズ2

患者名 ()		フェーズ3:カンファレンス、退院調整補助	記載日
フェーズ担当	()		/
患者アフトカム	入院の目的を明確し退院の目標を設定できる。		
スタッフアフトカム	患者への治療方針・ICの項までに、入院の目的、患者の目標に基づき必要となる退院調整内容について医療者間の意思統一を行う。		
患者または家族の意思	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 転院		
現在の身体状況	<input type="checkbox"/> 清潔ケア		
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 栄養 食事ケア		
	<input type="checkbox"/> NSTと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用		
	<input type="checkbox"/> 排泄ケア		
	<input type="checkbox"/> WOCと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用		
	<input type="checkbox"/> 移動ケア		
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 舌嚥の予防 経管ケア		
	<input type="checkbox"/> 緩和ケアチームと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用		
	<input type="checkbox"/> 呼吸ケア		
<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> 循環ケア			
<input type="checkbox"/> リンパ浮腫外来と連携	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> 褥そう			
<input type="checkbox"/> 褥そう委員会と連携	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> 経済面に関する資源の利用			
<input type="checkbox"/> 介護保険・身体障害者・現々の年金手続			
<input type="checkbox"/> かかりつけ医			
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション			
<input type="checkbox"/> ケアマネージャー			
<input type="checkbox"/> 転院			
参加者は署名(捺印)のこと			
カンファレンス参加者	医師:	看護師:	
IC調整者	医師:	患者:	
	看護師:	家族:	
リンクネース 確認印 (リンクネース不在時は部長または副部長印) ()			
2006/10/02			

図④ フェーズ3

るよう指導している。

3) フェーズ3

フェーズ2で収集された情報をもとに、院内連携、院内カンファレンスを主眼にした情報の整理と共有をおこなう。各職種を「人的資源」として、退院に対する院内での意思統一を可視化する段階となる。退院後の療養についての患者・家族の希望や意思を確認し、退院時に必要なケア介入や資源を明確にする。相談支援センターはその情報を受けて、必要な連携や社会的資源について調整を開始する。病棟スタッフは、退院時に必要なケアに関して、患者・家族への指導や援助を開始する。フェーズ3は、治療方針が確定する、入院後1週間程度の時期に院内カンファレンスを開催することを規定している(図④)。

4) フェーズ4

このフェーズは、連携先との合同カンファレンスを想定しており、患者・家族、連携先との情報と目標の共有、退院後についての意識統一をおこなうフェーズとしている。入院の目的であった当院での治療・処置終了のめどがたち「そろそろ退院」という時期に、患者・家族が参加できる日程で調整し、合同カンファレンスを開催する。病棟スタッフは、フェーズ3以降の連携先を含めた人的・社会的資源の調整内容とケア介入について評価をおこなう。この段階で整理された合同カンファレンス前の患者情報として診療情報提供書とともに連携先に提供し、合同カンファレンス開催後は、内容を整理・明記する(図⑤)。現在、このフェーズは「地域連携退院共同指導書」としての運用を前提に利用し、検討を進めている。

記載日 月 日		地域連携退院共同指導書		患者ご家族 医療者ご家族 退院調整	
フェーズ担当者		フェーズ4: (合同)カンファレンス		項目の記載をしたら、必要設定をコピーし、それぞれに保管のこと	
患者アウトカム		退院後の生活に対する希望や変更を話す			
スタッフアウトカム		患者の退院後の生活に対する希望や変更に沿って、医療			
全病カンファレンス前評価		現在までの進捗状況		カンファレンスでの検討事項	
清潔ケア					
栄養・食事ケア					
排泄ケア					
移動ケア					
苦痛の予防・軽減ケア					
呼吸ケア					
循環ケア					
褥瘡					
経済面に 関する資源 の利用					
連携さき					
注) かかりつけ医が、在宅療養支援診療所の場合は右ヘッチマークを入れる。(C)		リンクナース確認印 (リンクナース不在時は訪問または副師長印) ()		2006/10/02	

図⑤ フェーズ4

記載日 月 日		退院療養計画書		患者ご家族 医療者ご家族 退院調整	
主治医		リンクナース:		がん相談支援 情報センター担当:	
受け持ちナース:		フェーズ5 退院時		フェーズ6 退院後	
フェーズ担当者		フェーズ5 退院時		フェーズ6 退院後	
患者アウトカム		退院後の生活、退院先の準備を整える		不安や苦痛なく「こが」で生活をする 緊急時の連絡先を知っている	
スタッフアウトカム		退院後の生活のための、人物の準備を整える。		心身ともに安定した状態を維持できる。	
最終確認事項 (カンファレンス後の決定事項)		最終ケア介入 看護情報提供完了確認		連携さき、での具体的な介入	
清潔ケア					
栄養・食事ケア					
排泄ケア					
移動ケア					
苦痛の予防・軽減ケア					
呼吸ケア					
循環ケア					
褥瘡					
経済面に 関する資源 の利用					
連携さき					
注) お困りの時は、まず にご相談ください。 西国がんセンターへのお問い合わせはがん相談支援・情報センター099-999-1114まで。		2006/10/02		17	

図⑥ フェーズ5・6

5) フェーズ5・6

退院後の目標・計画を共有、可視化するフェーズとなる。フェーズ5では、退院療養計画書・看護サマリーの一部として、今後のケアや資源の利用方法を明記する(図⑥)。フェーズ6には連携先でのケア提供や資源利用の方法についてを明記する。現状では、退院時、フェーズ6は空白のまま終了している。このパスが連携パスとして機能し、患者・家族へ安心を提供するツールとなるためには、フェーズ6が記載されケア・調整の継続性を可視化できるようにはたらきかけていく必要がある。

5. 退院調整連携パスのバリエーション = 達成日

在宅移行や在宅支援は、患者個々で介入方法が異なり一律的な介入がおこなえない。退院調整連

携パスでの“標準化”は、「医療処置やケア介入」を標準化するのではなく院内外の人的、物的資源の調整や情報共有・情報提供のあり方について、また、介入の手順、介入の方法を“標準化”するものと考えている。このため、当院のパス委員会が推進する「詳細にアウトカム(患者の目標状態)を設定し、運用するアウトカム志向パス」²⁾の形式で作成することができないため、院内統一のバリエーションシートが利用できない。しかし、パスとして目標をもち評価・管理していくことで退院調整に関する質の担保ができると考え、「目標が達成できると予測される日(カンファレンス開催日、退院日など)」を設定し、達成できた日をもってフェーズステップアップの判断=バリエーションとすることとした(図⑦)。