

図1 がんの医療連携体制(1)

がん医療を担う医療機能が、専門的ながん診療、かかりつけ医、緩和ケアの3極を軸に構成されているのが特徴である。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html>の図s0711-7b17.gifより改変)

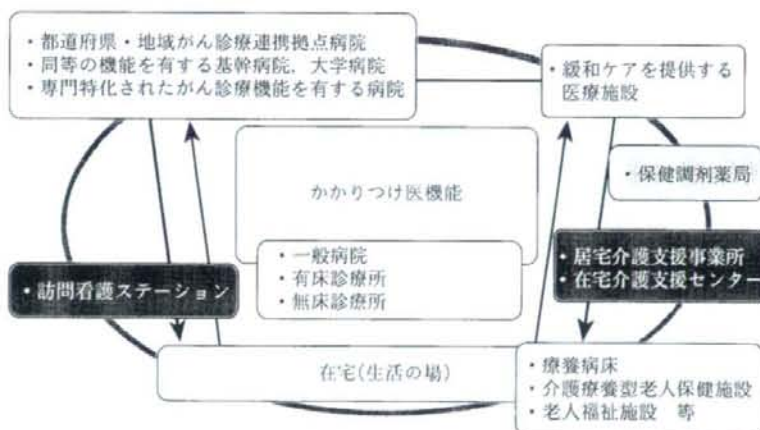


図2 がんの医療連携体制(2)

専門的ながん診療を行う医療機関、緩和ケアを提供する機関、かかりつけ医機能を提供する医療機関、在宅(生活の場)を提供する施設について、該当する施設を重ねて表示した。(筆者ら作成)

「私のカルテ」は情報共有ツールであるが患者とともに移動するため、各連携の医療者はそれぞれのカルテに診療情報を重複して記録する必要がある。重複記録の問題は、ネットワーク情報共有が実現すれば解決できるかも知れない。

#### (4) 地域住民に示す医療連携のポスター

医療連携を広く国民に明示するという意味で、患者の受療行動を是正する重要なポイントである。医療機関外来等に連携ポスター等の掲示、丁

率な説明、きめ細かな相談対応、パンフレット、地域での一般者向け講演会等を含めた啓発活動である。

### 3. 連携バスを動かすために必要な仕組み

#### 1) 地域医療ネットワークの構築

地域連携会議、連携先医療機関との会議等、連携する医療機関同士の交流は重要であり、問題意







——特集・地域連携パス～現況と今後の課題～

識の高い医療機関との直接の意見交換から医療連携を開始することが出発点である。連携パスの稼働に成功している大腿骨頸部骨折、脳卒中パスなどの先進事例などにその重要性は示されている。しかし、連携パスを特定の医療機関間の囲い込みではなく地域連携として成立させるためには、直接の医療機関間交流には左右されない地域医療としてのシステムアップを視野に入れなければならない。連携パスが基幹施設ごとに異なるような愚は避けなければならない。都道府県がん診療連携協議会等で整合性を図りつつ、地域の医療整備状況に合わせていく作業が必要である。地域の連携拠点たる病院の責務である。さらに理想を言えば利用者、患者サイドから見た場合、がん診療連携協議会等「がんのネットワーク」とどまることなく、最終的には4疾患5事業のネットワーク化に繋がる必要がある。4疾患5事業を包括した地域の医療連携ネットワークの構築のためには、地域の実情に合わせて医師会、行政等公的な枠組みでの模索が求められる。

## 2) 医療連携室の拡充、

### 連携コーディネーターの育成

医療連携室は外部医療機関との連携の窓口になるだけでなく、医療連携の調整機能を発揮する必要がある<sup>41-6)</sup>。四国がんセンターのがん相談支援センターでは、医療連携室とがん相談支援・情報部門が統合されており、患者の相談対応、退院支援から医療連携まで広く対応している<sup>7-9)</sup>。がん診療連携拠点病院の指定要件に示された「がん相談支援センター」<sup>3)</sup>が地域がん医療のQuality Managementを担う必要がある。今後、地域連携クリティカルパスを稼働させるためには、特に個々の患者ごとの連携を丁寧にコーディネートすることが重要となってくる。現在の医療連携室の枠組みを越えなければならないであろう。

我々が提案したい「連携コーディネーター」は、ある場合には患者に対して医療者の通訳となり、ある場合には患者の代弁者となり、医療連携の質と安心・安全を保証する存在である。いわば介護保険におけるケアマネージャーに相当する。地域連携クリティカルパスの実働を保証する存在とし

て「連携コーディネーター」の確立と育成を図る必要がある。連携コーディネーターのイメージを描くとすれば、所属は拠点病院の医療連携室、相談支援センターにおき、担当職種は看護師がベスト、MSW（医療ソーシャルワーカー）、医療連携室職員等が考えられる。活動としては外来診察室で医師と同席し、外回りとして協力医療機関、訪問看護ステーションに訪問・調整する。入院時には病室訪問し、患者の支援者としての相談等に当たる。すなわち、医療者と患者の仲介に立ち双方をサポートするのが連携コーディネーターの役割である。疲弊する医療者をサポートするという視点は重要である。ニーズとしてはすべての患者に必要という訳ではなく、紹介状ベースの連携のみでも対応可能な場合もあろう。連携コーディネーターは調整役として周囲医療者からの協力なしには務まらない。我々は愛媛の医療圏をフィールドに、がん医療の地域連携モデルとして連携パスのひな型と具体化を提案するとともに、連携コーディネーターの可能性を模索したいと計画している。

## 4. おわりに

地域連携クリティカルパスは医療現場の必要から発生したものであり、厚生行政の方針として示された医療提供体制の再構築について方向性は明確である。我々は、第一に連携パスの基本形（要件、ひな型）を示すこと、第二に連携パスの稼働を可能とする「調整する組織」のあり方を検討することを目標とし、現場からの地域連携パスモデルを提案したい。しかし、現場で解決を図り工夫を凝らすには限界も見えている。がん診療における地域連携クリティカルパスの成立には、まだしばらく時間を要するかもしれない。おそらくは医療政策そのものに対する大胆な見直しが必要であろう。

## 文 献

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> がん対策推進基本計画 平成19年6月
- 2) <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf> 医政局指導課長通知 医政指

## 7. がん領域における地域連携クリティカルパス開発への道程

- 発 0720001 号 平成 19 年 7 月 20 日
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html> がん診療連携拠点病院の指定要件 健発第 0301001 号 平成 20 年 3 月 1 日
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html> 「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」
- 5) 谷水正人ほか：がんセンターと医療連携（地域連携）。癌と化学療法 **33**：1563-1567, 2006.
- 6) 谷水正人ほか：がん患者の継続医療を可能とする地域連携システム。癌と化学療法 **34** (Suppl II)：170-174, 2007.
- 7) 谷水正人ほか：世界からみた日本のがん医療—がん対策基本法にみる日本のがん医療の課題。総合臨床 **56**：3233-3236, 2007.
- 8) 船田千秋, 谷水正人ほか：地域連携を目指した退院調整連携パス。緩和医療学 **9**：139-146, 2007.
- 9) 田所かおり, 谷水正人ほか：医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因。癌と化学療法 **33** (Suppl II)：338-340, 2006.



# やさしい がんの痛みの自己管理

**改訂3版**

埼玉医科大学客員教授 武田 文和 著

 A4判 40頁 定価 1,470円 (本体 1,400円 + 税5%) 送料実費  
 ISBN978-4-7532-2231-5 C0047

**おもな内容**

- ①がんの痛みと日常生活での痛みとの違い
- ②WHO方式がん疼痛治療法の登場
- ③がんの痛みの自己管理
- ④日本人とがん、がんの痛みの現状
- ⑤がん緩和ケアの実践
- ⑥誤解や憶測に迷わされず正しい知識を活用する
- ⑦痛み治療には患者さんにも役割がある
- ⑧各医療職の役割を知る
- ⑨がんの痛みの本態を知る
- ⑩痛み治療の目標
- ⑪医師は痛みをどう診断（アセスメント）するのか
- ⑫鎮痛薬の使い方の基本原則
- ⑬がんの痛みを使う鎮痛薬
- ⑭モルヒネ
- ⑮モルヒネ以外の強オピオイド鎮痛薬
- ⑯鎮痛補助薬
- ⑰薬以外の痛み治療法
- ⑱痛みを訴えたが、医師が対応しなかったとき



## がん患者の在宅医療における がん診療連携拠点病院の役割

谷水正人  
菊内由貴  
船田千秋

がん診療連携拠点病院（以下拠点病院と略す）は、2008年3月現在、351医療機関が指定されている。拠点病院はがん医療再編の機軸であり、今後のがん診療連携をリードしていく責務がある。本章では拠点病院の果たすべき緩和ケア（本章では緩和ケアと緩和医療を同義語として緩和ケアを用いる）の役割を考え、がん患者の在宅医療を支える拠点病院の姿勢を明確にしたい。

### 1 医療政策に反映された緩和ケアの位置づけ

医療政策に反映された緩和ケアの位置づけとして、次のようなものがあげられる。

- ① がん対策基本法（2006年6月成立）では、「早期からの緩和ケア、在宅がん患者に関する連携協力体制、医療従事者に対する研修」が記載され、本法に基づいたがん対策推進基本計画では「治療の初期段階から充実」「拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進」「緩和ケアの体制」「卒前教育、普及啓発、研修」「拠点病院の緩和ケア体制の整備」「在宅緩和ケア支援センター」等の記述により、具体的な緩和ケアの整備計画が策定されている<sup>1)</sup>。
- ② 拠点病院は2002年3月の指定開始以来、2次医療圏に一つの整備を目指して、2008年3月現在351医療機関が指定され、おおむ

ね完了している。最新の指定要件では、緩和ケアの提供体制として、医師（身体症状緩和に携わる専任・常勤医師，精神症状緩和に携わる医師（専任，常勤が望ましい））および専従・常勤の看護師，薬剤師および医療心理に携わる者等を構成員とする緩和ケアチームを整備することが求められ，外来緩和ケア，チームカンファレンス，緩和ケアチームに関する地域への情報提供，退院後の緩和ケア，相談窓口，地域の医療機関との連携協力，地域の医療者への緩和ケア研修の実施等について規定が強化されている。拠点病院への補助も年々徐々に増額されている。

- ③ 2008年4月の診療報酬改定では，拠点病院加算が増額され，がん性疼痛緩和管理料の新設，緩和ケア診療加算（緩和ケアチーム加算）の増額，チームに専任の薬剤師の追加，専任（専従）の医師の緩和ケア外来診療が許可され，緩和ケア病棟入院料算定条件も強化（地域の在宅医療を担う医療機関との連携，24時間365日体制の確保が必要とされ，在宅・外来患者に関する薬剤師の役割を記載）された。

がん対策は，がん対策基本法の成立にみるように，患者の声を反映する形で他疾患に比し一歩先んじて進展しているが，本来第五次医療制度改革の一環としての医療計画の見直しの方向性にとっている。医療制度改革の根本に流れる思想は「安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくり，住民・患者に分かりやすい保健医療提供体制の実現（住民や患者の視点を尊重した医療制度改革）」である<sup>2)</sup>。医療政策における緩和ケアの位置づけは「患者視点を重視した病院医療，在宅医療，終末期医療まで一貫した緩和ケアの保証」である。

## 2 四国がんセンターにおける緩和ケア支援体制

四国がんセンターは、入院患者のがん占有率が95%を超えるがん専門医療施設である。2002年3月に地域がん診療連携拠点病院、2007年3月に愛媛県拠点病院の指定を受けている。四国がんセンターは2006年4月に新築移転したが、拠点病院として果たすべき緩和ケア、在宅医療への役割を常に念頭において体制整備を進めてきた。四国がんセンターの取り組みを紹介しつつ、緩和ケア、在宅医療に果たすべき拠点病院としてのあり方を提示したい。

我々の緩和ケアの理念は、がんとともに生きる患者の人としての尊厳を尊重し、がん患者が安らかに生を全うできるように必要な緩和ケアを提供することである。第一にはがんに伴う身体的精神的症状緩和に努め、第二には患者とその家族を支援しそれぞれの患者および家族に適切な療養の場を支える。療養の場は緩和ケア病棟であり自宅であり、またはほかの(近くの)医療施設、介護療養施設である。また地域緩和ケア支援センターとして地域の医療者への研修の機会を提供し、地域の緩和ケアを保証していく責務を負う。

### 2-1 緩和ケアチーム

四国がんセンターの緩和ケアチーム(2003年4月始動、緩和ケア診療加算算定なし)の特徴は、院内における緩和ケアのレベルアップとチーム活動の実効性を最優先したことである<sup>3)4)5)</sup>。

#### 緩和ケアチームメンバー

緩和ケアチームのメンバーは、医師3名(緩和ケア医、消化器内科医、麻酔科医)、緩和ケア認定看護師2名、がん性疼痛看護認定看護師1名、がん看護専門看護師1名、臨床心理士1名、薬剤師1名からなる。一時期、チーム専任看護師を確保できていたが、現在(2008年3



月)は全員併任である。

### 緩和ケアチーム活動の実際

#### ◇情報収集

チーム回診に先立ちチームメンバー(看護師, 薬剤師)が曜日を決めて一般病棟をラウンドする。担当看護師から患者の症状コントロールについて情報収集し, 麻薬処方者のカルテチェックを行う。

#### ◇チーム回診

事前情報に基づき毎週1回チーム全員で合同回診する。一般病棟の担当看護師とディスカッションし, チームとしてのコメントをカルテ記載する。服薬指導の依頼, チームへの正式な紹介を促すこともある。症状コントロールについて即時対応が望ましいと判断される場合は, カルテ回診時に主治医と連絡を取り, 患者診察も含めて対策をとる。場合により主治医の了解を得て(麻薬)処方を緩和ケアチーム医師が代行する。なお即時対応を可能とするための前提として, 当院ではチーム発足時に緩和ケアチームの介入について病院の方針として管理会議の了解を得た。またチーム回診の直前には病棟の担当看護師から主治医にチームへの相談について了解を得ておくなど, こまめな事前準備が行われている。

#### ◇緩和ケア外来

医師3名(緩和ケア医, 消化器内科医, 麻酔科医)が分担し週3回の緩和ケア外来を運営している。入院中にチーム対応した患者を主にし, 他科からの紹介患者, 紹介なしの自発的な患者も受けている。原則予約制であるが, 患者の状態, 都合を優先している。

### 施設としての疼痛コントロール対応指針

主治医ごとに異なる特異な症状緩和方法を避け方針を統一するため, 疼痛コントロールマニュアル, 疼痛アセスメントシート, 患者

用説明用紙、疼痛コントロールパスを作成した。当院としての指針、マニュアルに従うことを病院の方針として求めた<sup>6)</sup>。

### 退院・在宅移行、在宅療養の支援

緩和ケア期の患者は、ほぼ在宅移行・退院困難例と一致する。チーム発足時には退院調整部門、在宅サポート部門が整備されていなかったため、緩和ケアチームの専任看護師（緩和ケア外来に常駐）がその役割を代行した。専任看護師が入院患者の退院調整に入り、定期的に（1週間に一度程度）在宅患者の電話訪問を行い、在宅における療養状況の把握と（主治医、担当病棟に対して）その情報還元を行う。またチーム対応中の患者に関して緊急時の入院受け入れを保障した。退院・在宅移行、在宅療養を支援する機能は2006年4月にがん相談支援・情報センターへ移管された。

### 緩和ケアチーム介入の効果

病院移転前（2003年4月から2006年3月）には、対応患者数の伸び、死亡場所の推移をみると症状コントロール以上に退院調整、在宅サポートに需要があった（表10-1、表10-2）。当院にて死亡する割合が減り、近くの病院、在宅に移行できる割合が増えていた。新病院

表10-1 緩和ケア病棟開設前のチーム対応の状況 (名)

	疼痛 対応	他の症 状対応	精神科 対応	転院サ ポート	在宅療 養支援	テレビ 電話対応	在宅酸素療法、 在宅中心静脈栄養法、 経皮経食道胃管ドレナージ	総計
2003年度	43	35	24	14	64	22	11	148
2004年度	58	33	98	34	71	8	26	267
2005年度	94	23	34	55	132	4	47	280

表10-2 緩和ケアチームが介入した患者の死亡場所 (件)

死亡場所	当院にて死亡	近くの病院にて死亡	在宅にて死亡
2003年度	49	15	7
2004年度	55	29	16
2005年度	76	60	29

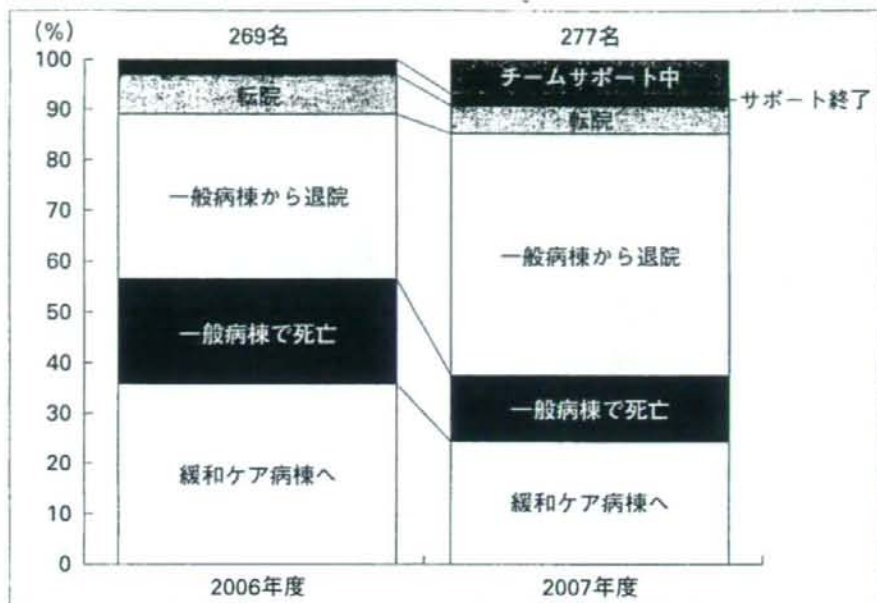


図10-1 緩和ケアチームが関わった患者の転出先

移転後（2006年4月から2008年3月）では、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟、がん相談支援・情報センターの各部門の整備により、緩和ケアチームは本来の症状コントロールサポートに主軸をおいた活動が可能となった。チーム対応患者数は2006年度269名、2007年度277名であった（図10-1）。平常時は約30名の入院患者に対応している。緩和ケアチームが関わった入院患者の転出先をみると、いったんは一般病棟から在宅へ退院できる患者の割合が増加してきている。緩和ケアチーム、がん相談支援・情報センターの介入の効果である。

## 2-2 緩和ケア病棟

四国がんセンターの緩和ケア病棟（2006年4月開設、2006年9月から緩和ケア病棟入院料を算定）はベッド数25床、医師専任1名、併任2名（消化器内科医、麻酔科医各1名）、看護師20名（2007年3月現在）の体制



である。拠点病院における緩和ケア病棟の第一義の役割は、緩和ケアにおける Tumor Emergency（緊急時の対応）の保障である。

緩和ケア病棟は専門的緩和ケアの導入と適応、在宅移行までのワンクッション、在宅患者のバックアップベッドであり、在宅療養中の緩和ケア患者にとっては緊急時の受け入れベッドとして機能する。緩和ケア病棟から受けるイメージとしての「入ったら生きて出ることがないところ」ではなく、「緩和ケア病棟に入ったら近いうちに再び在宅での療養が可能となる」「緩和ケア病棟経由に帰ると在宅での緊急事態にいつでも対応してもらえる」という認識の共有化を目指した。緩和ケア病棟案内時の説明として、症状コントロール主体であることを了解してもらうように特に留意している。すなわち、

- ① 緩和ケア病棟は苦痛軽減等の症状緩和という治療が目的の病棟であること。
- ② 症状コントロールの目標が達成され在宅療養が可能な場合は在宅移行を支援すること。
- ③ 緩和ケア病棟で終末を迎えるという選択肢はあるが、ホテル暮らしを提供するところではないこと。
- ④（症状緩和のため）必要な検査、治療はきちんと行われること。を緩和ケア病棟登録時に説明し、同意書を取っている<sup>7)</sup>。

緩和ケア病棟の運営状況をみると、入院日数は2006年度中央値18日、2007年度中央値14日と、一般病棟と比しても長くない（表10-3に、他病棟からの転科の占める割合が高いので実際の緩和ケア病棟入院日数を示した。所定の平均在院日数は24.2日（2007年度））。終末に近い患者もいったんは退院し、在宅で頑張った後に臨死期を短期間入院で過ごすケースが多い。

緩和ケア病棟入院で症状コントロールについて在宅療養できる場合は、原則として在宅移行をサポートする。ただし地域医療、コミュ

表 10-3 四国がんセンター緩和ケア病棟の運営状況

	2006年度	2007年度
死亡退院数	179	200
在宅へ	48	42
転院	7	5
転棟	6	1
入院中	0	14
入退院総数	240	262
入院日数	(中央値)	18日
	(平均値)	26.7±28.1
		23.0±28.2

ニティが崩壊しているため画一的な対応は禁物である。緩和ケア外来にて在宅療養をサポートしている患者には24時間365日体制で受け入れている。しかし実際には休日夜間等の緊急入院は月に2.3件とあまり生じていない。緩和ケア外来看護師、がん相談支援・情報センターが共同して平素より在宅療養状況をチェックし早期対応を図っているためである。

緩和ケア外来患者対応は、2006年度207名、2007年度329名であった(表10-4)。入院対応が必要とされたにもかかわらず待機中に亡くならせてしまったという例は2年間で1例も発生させていない。逆に緊急入院を予期して緩和ケア病棟に登録していても在宅医の対応次第ではそのまま在宅で終末を迎えることができる患者も多い。

表 10-4 緩和ケア外来の状況

2006年度緩和ケア外来対応患者数	207
2007年度緩和ケア外来対応患者数(～2008年1月)	329
緩和ケア病棟受け入れ登録中の患者	257
緩和ケア病棟へ入院	173
緩和ケア病棟以外(在宅等)で死亡	44
外来観察中(在宅療養中)	40
疼痛緩和対応(他科で治療中)の患者	49
その他	11

### 2-3 相談支援体制、在宅緩和ケアのサポート

がん相談支援センターは拠点病院の指定要件に設置が義務づけられている。四国がんセンターがん相談支援・情報センター<sup>8)9)10)</sup>では、2006年4月の新築移転を契機に従来院内各部署に分散していた複数の相談窓口を一本化し、場所と職員配置を統合した。がん看護専門看護師1名、看護師2名、医療ソーシャルワーカー1名(以上常勤職員)、事務職員2名、臨床心理士1名(週2日、6時間)(以上非常勤職員)を配置し、五つの業務、①医療相談、よろず相談(対面、電話相談)、②退院調整、③在宅療養支援、④医療連携(セカンドオピニオン、地域医療機関からのFAX紹介、外来診察・検査予約、訪問看護ステーション等との調整)、⑤情報発信・情報提供、を担当している。

相談支援センターの発足後、毎月の活動状況は、患者・家族との医療相談400件、よろず相談100～150件、セカンドオピニオン30～40件、医療連携業務600～800件である。

相談支援センターの役割は、直接の窓口相談だけではなく、関係する部門と調整し、解決への道筋を示し解決までサポートすることである。すなわち、①基本的な業務として患者の相談に対して医療資源や病院システムの利用法等を的確にアドバイスするが、それにとどまらず、②患者の訴えに耳を傾け、心情に沿った対応が求められる。例えば患者家族が医師との関係に悩んでいるときは関係の修復を図る必要があり、患者への指導だけでなく時には病院方針にのっとって医師の姿勢を正す必要も生じる。③入院患者の退院困難例には病態からみた療養支援だけでなく生活支援の視点も必要である。病棟の医師、看護師は在宅医療や社会資源をよく知らない。病棟看護師に対し在宅療養を含めたトータルな患者ケアの視点をもつように指導することは退院調整部門の重要な役割である。病棟医師が「こんな状態では退院は無理」と独善的に判断していたり、患者・家族も在宅療養できないものとあきらめていたりすることはよくあ



る。我々は退院調整連携パスを導入して全入院患者を対象に入院時からの退院調整に当たっている<sup>11)12)</sup>。④在宅での安心・安全・質を確保するためには地域の医療機関、訪問看護ステーションと連携が欠かせない。特に退院前合同カンファレンスは重要である。

愛媛県では、拠点病院の集まりであるがん診療連携協議会が中心となり、2008年度に県拠点の四国がんセンターがん相談支援・情報センターに「緩和ケア推進センター」を立ち上げ、がん診療に関わる医師（特に在宅療養支援診療所の医師）の緩和ケア研修と緩和ケアコール（医療者からの緩和ケア相談ホットライン）に取り組む計画としている。

### 3 「在宅緩和ケア支援センター」の設立に向けて

緩和ケアチームは、拠点病院における施設としての緩和ケアの質を保証するものである。本来、緩和ケアチームはコンサルテーション型のチーム活動が期待されているととらえられがちであるが、拠点病院の規模、体制により柔軟な対応が求められる。組織横断的なチーム活動には（主治医からの紹介の有無にかかわらず）疼痛緩和が必要とされる症例を漏らすことなく把握し対応する臨機応変な対応が求められている。施設規模が大きく医療者数も充足されているような施設では、緩和ケアチーム加算も算定可能であろうし、コンサルテーション型が機能することも期待される。

しかし、各診療科の医療者が不足し、多忙を極めている施設で緩和ケアチーム活動がコンサルテーションに徹するというのは無理がある。直接の介入により、実効性をあげることから始めないと、疲弊している現場の医療者は変わっていけない。我々の場合でいえば、直接の症状緩和介入だけでなく、療養場所に関する問題にも関与することで、本来の目的である症状緩和にも結びつく結果となっ

てきた。緩和ケアチーム活動を遂行する上で専従、専任の医療者の配置は極めて重要な要件であるが、2008年3月に拠点病院の指定要件が強化され、2010年4月以降は配置が義務化されることになった（「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年健発第0301001号））。このとおり実行されるとすれば、緩和ケアチーム活動は大きく飛躍するであろう。

拠点病院における緩和ケア病棟の役割は、地域医療の一環であり、在宅療養を支える最後の砦「Tumor Emergency」として機能すべきである。現在、拠点病院で緩和ケア入院病床を有している施設が49施設（国立がんセンター東病院を加えて50施設、拠点病院の14%にしか緩和ケア病棟がない）というのはいくらも不足している。「Tumor Emergency」たる緩和ケア病棟の増設が求められる。他方、地域のコミュニティ、介護力が崩壊してきている状況下では、ある程度長期滞在が許され、安らかな終末の場を提供する存在としての緩和ケア入院施設も重要である。地域医療全体では在宅緩和ケアを王道として、緩和ケア入院施設は拠点病院が担う「Tumor Emergency」の施設と、長期滞在型の施設に二極化されていくことが必要であろう。

緩和ケア対応でしばしば困る問題は、主治医からの説明不足である。緩和ケア病棟案内時には、今後どの程度活動できるか、病態の推移に関する見通し、終末をどこで迎えるか、療養場所の希望、緩和ケア病棟への期待などについて、十分な話し合いがもたれる。最期まで積極的な治療を望む患者・家族は依然として多く、主治医からの曖昧な説明が患者家族を迷わせている。効果が期待されなくなった段階での抗がん剤治療継続の妥当性、今後の治療の見通しについては正しく説明されなければならない。状態が改善される見込みはないと分かっているのに「よくなったらまた治療しましょう」などの説明は許されない。無責任な慰めが、患者のよりよい療養の機会（最後になるだろう退院のチャンス（家族と水入らずで過ごす最後のチャ

ンス))を奪っている。「よくなったらまた治療しましょう」と励ますとしてもその可能性が果たして何%あるのか(ほとんどないということ)も正しく伝えられるべきである。患者の不安を受け止め、どのような状態になっても苦痛を軽減する方法があるということこそ保障すべきである。医療者には悪い知らせを伝えるコミュニケーションスキルの向上が必要である。

相談支援センターは拠点病院の質にとどまらず、地域がん医療の質を保障するセンターとして機能する。相談支援センターには臨機応変な対応と権限、それに応えられる卓越した調整能力をもつスタッフが求められている。がん領域において地域連携クリティカルパスの導入が進められようとしているが、連携パスを稼働させる前提として、患者への丁寧な説明とサポートが必要である。相談員が座して待っていては始まらない。連携をコーディネートする存在として地域へと活動の場を広げていく必要があるであろう。がん対策推進基本計画に謳われた「在宅緩和ケア支援センター」の姿は、今後各都道府県で具体化されていくことになるが、相談支援部門と重複する機能が多く、拠点病院が「在宅緩和ケア支援センター」の核となっていくと予想される。

## おわりに

医療政策における緩和ケアの位置づけ、方向性はすでに明確である。医療費適正化計画(医療費低減の圧力)に不満を抱くだけでなく、第五次医療制度改革に描かれる医療の将来像に注目したい。国民とともに歩む姿勢こそが今後の医療の危機を打開する道である。医療崩壊によりやがて国民が気づきはじめている今をチャンスとして、目指すべきがん医療の将来像を見据え具現化していく作業こそが現場



の医療者に期待されている。緩和ケアの在宅医療を支える存在としての拠点病院の自覚を促したい。

#### 引用文献

- 1) 加藤雅志, 武田泰久: わが国のがん対策の動向と緩和ケアの今後の方向性—「がん対策推進基本計画」の策定を踏まえて—, ホスピス・緩和ケア白書 2008 (財日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケア白書」編集委員会編), 6-13, (財日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2008).
- 2) 厚生労働省: 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, 2005.
- 3) 谷水正人, 成本勝広, 藤井知美ほか: 四国がんセンター緩和ケアチームの立ち上げと活動, 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方 (森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編), 22-24, 青海社, 2008.
- 4) <http://www.gi-cancer.net/gi/gairai/repo7/index.html> 消化器癌治療の現場から (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター [後編]) (アクセス: 2008. 7. 18)
- 5) <http://cancercare.lifescience.jp/entry/000552.html> レポート: がん医療最前線—緩和ケアを地域で展開することが重要 (アクセス: 2008. 7. 18)
- 6) <http://www.shikoku-cc.go.jp/index.html> (四国がんセンターホームページ→医療関係者及び研修医の皆さまへ→クリニカルパス→痛みの治療からダウンロード可能) (アクセス: 2008. 7. 18)
- 7) <http://www.shikoku-cc.go.jp/index.html> (四国がんセンターホームページ→医療関係者及び研修医の皆さまへ→緩和ケア病棟のご案内からダウンロード可能) (アクセス: 2008. 7. 18)
- 8) 谷水正人, 菊内由貴, 船田千秋ほか: がんセンターと医療連携 (地域連携), 癌と化学療法, 33(11), 1563-1567, 癌と化学療法社, 2006.
- 9) 谷水正人, 河村進, 成本勝広ほか: がん患者の継続医療を可能とする地域連携システム, 癌と化学療法, 34 (Suppl II), 170-174, 癌と化学療法社, 2007.
- 10) 菊内由貴: がん相談支援センターに期待される患者支援と医療連携, 治療, 90 (3月増刊号), 808-813, 南山堂, 2008.
- 11) 船田千秋, 谷水正人, 河村進ほか: がん患者の継続医療を保証する退院調整パス, 治療, 90 (3月増刊号), 800-807, 南山堂, 2008.
- 12) 船田千秋, 亀島貴久子, 菊内由貴ほか: 地域連携を目指した退院調整連携パス, 緩和医療学, 9(2), 139-146, 先端医学社, 2007.

地域連携のいまとこれからを探る

# いま、なぜ地域連携が重要なのか

——地域医療の現状と退院調整の活動から考える

河村 進<sup>\*</sup>、船田 千秋<sup>\*\*</sup>、谷水 正人<sup>†</sup>、松久 哲章<sup>††</sup>

KAWAMURA Susumu, FUNADA Chiaki, TANIMIZU Masahito, MATSUHISA Tetsunaki



## ▶ 地域医療の現状と医療連携構築の必要性

現在の地域医療は、医療者、患者ともに耐えがたい状況となっている。専門病院への患者の集中による医療者の疲弊、医師不足による専門医への業務負担増加——。その裏返しで、患者への説明不足と待ち時間の延長による医療への不信・不満の増加など悪循環が生まれている。また、医療情報不足により適切な医療施設や専門医の選択が行えないため、安心安全な医療が成り立っていないのが現状である。このような状況下では地域の医療連携構築が必要であり、各担当診療施設への患者の分散が必要となる。もちろん医療の質が保証されての分散が要件であるのは当然である。

## ▶ 地域の医療連携は顔が見えることから始まる

医療の機能分化が進むと、患者はますます専門病院へ集中する。そのため急性期の治療が終了すると、早い時期に退院させて後方施設へ転院を促すようになる。しかし、施設間の情報共有がうまくいかないと継続した医療が担保されず、患者も医療者も不満が募るようになる。患者の転院に際しては、医師の診療情報提供書だけでは医療は継続しない。コメディカルの積極的な連絡があってこそ円滑な転院が可能となる。連携にはお互いの顔と手の内が見えることが必須条件である。顔、つまり相手医師の専門とする診療科は何か、相手看護師はどのよう

な専門看護師・認定看護師なのか、どのような専門薬剤師がいるのかが見えること。手の内、つまり相手施設のもつ機能（検査診断機能など）が何であるかなどが見えることから連携は始まる。

## ▶ 医療制度改革と地域連携

政府・与党が2005年12月にまとめた「医療制度改革大綱」（図1）では、患者の視点に立った安心安全で質の高い医療が受けられる体制の構築をうたっている。内容をみると、①医療情報を十分に得られるように医療情報の提供による適切な医療の選択の支援を行う、②安全で質の高い医療を安心して受けられるように、医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療を提供する——とあり、このなかで地域連携クリティカルパスについても触れている。さらに、③早期に在宅生活に復帰できるように在宅医療の充実による患者の生活の質（QOL）の向上を目指した整備を行うこととされた。同年の診療報酬改定で大腸骨頸部骨折に関する地域連携クリティカルパスを用いた医療機関の連携に対する評価として、地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料も新設された。続いて2008年4月の診療報酬改定で、脳卒中も地域連携クリティカルパスの対象疾患として追加された。

2008年度からの新しい医療計画では、地域で切れ目のない医療を提供できるように地域完結型医療を推進する「医療連携」を押し出した。その医療連携も、大学病院

\* 国立病院機構四国がんセンター第二病棟部長    \*\* 同看護部副看護部長    † 同外来部長    †† 同副薬剤科長

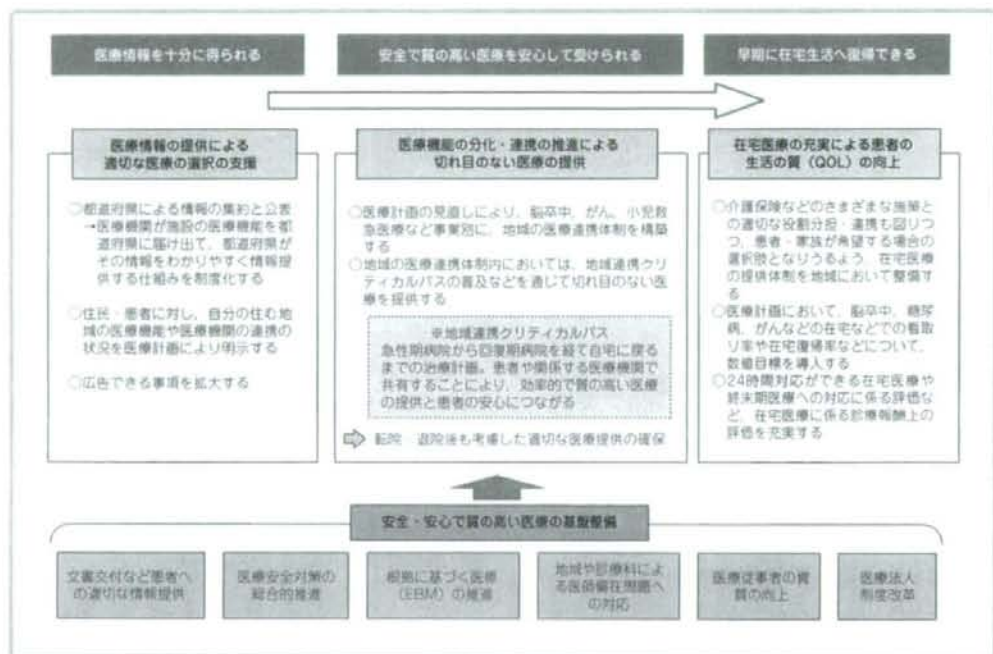


図1 医療制度改革大綱

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou03.html>より)

や中核病院を頂点として開業医が底辺となる施設規模によるピラミッド型から、医療機関が疾病別、事業別に水平の医療連携体制を組むものに変化し、その施設が有する医療機能を重視したものになっている。都道府県単位で行われる地域医療計画では、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）および5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療）については従来の二次医療圏にこだわらず、地域の实情に応じて弾力的に圏域を設定し、医療資源や医療機能に着目した医療連携体制を構築するとある。こうした医療連携を円滑に稼働させるツールとして地域連携クリティカルパスの作成が有用であることが認められ、その作成が努力目標とされている。

地域連携クリティカルパスはすでに各地域で大腿骨頸部骨折、脳卒中、糖尿病、がん、急性心筋梗塞などの疾患で運用されているが、がん対策推進基本計画で5年以内に5大がん（肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん）の地域連携クリティカルパスを整備するとされた

ことで、急速に普及が図られるであろう。このような動きのもとに、今後は地域単位で疾病管理が行われる理想の医療へと進化することを期待したい。

### ▶ 連携に必要な医療情報の公開

連携を推進する前に、地域での医療レベルと設備に関する情報が十分に得られなければならない。医療情報を十分に把握するためには、各医療機関の機能を都道府県が調査・整理し、住民にわかりやすく公表することが必要であろう。公表内容としては医師数、看護師数、保有する診断・治療設備、対応可能な疾患・治療内容、地域連携クリティカルパスの有無、平均在院日数などが考えられる。

### ▶ 在宅医療・地域完結型医療へのシフト

医療機関で死亡する者の割合は年々増加しており、近