

図4 呼吸運動と麻薬性呼吸抑制

オピオイド性呼吸抑制：麻薬は、呼吸中枢に作用して血中CO₂分圧に対する感受性を低下させ、用量依存的に呼吸相のすべてを抑制して換気を障害し、CO₂ナルコーシスを起こす

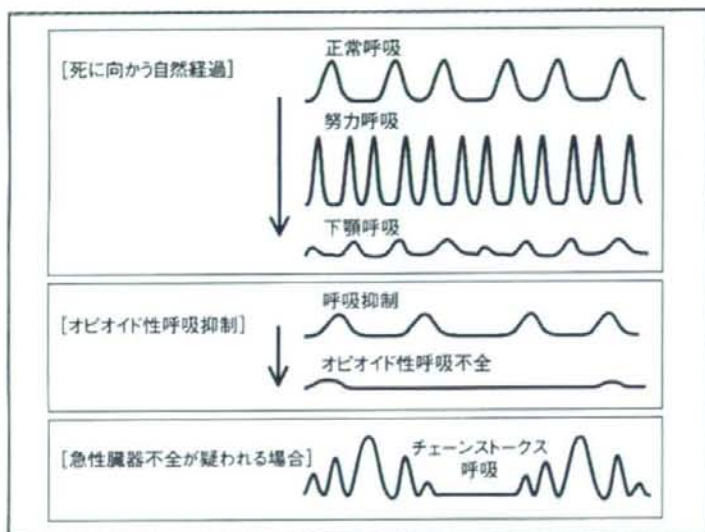


図5 呼吸パターンの鑑別

※オピオイドの限界

オピオイドの限界となる要因と、ペインクリニック医など疼痛を専門的に扱う部門への紹介時期をまとめた⁹⁾(図6)。また、症例を提示した(図7, 8)。さらに、われわれはオピオイドの使用を躊躇する症例に対して、誤解をとくため図9のような図を使用して説明している。

※「セデーション」の前に

立ち止まって、本当に自分たちは手を尽くしたのか、もう一度確認をして頂きたい。セデーション(終末期の持続鎮静)は、一度始めるとほとんど後戻りができない。つまり鎮静薬を投与し続ける限り、二度と患者自身の明瞭な意志を確認できないのである。例えば、患者が夢の

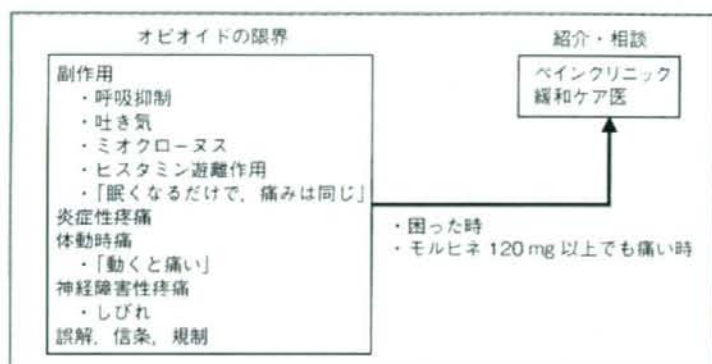


図6 オピオイドの限界と対応



図7 ヒスタミン遊離作用による血管性浮腫
 麻酔導入時にモルヒネ 100 mg 静注後



図8 モルヒネ皮下注による潰瘍と薬疹
 他院からの転院時所見。フェンタニルに変更した

中で「もう一度家族と話したい」と願い、声にならない声を上げ、手を振った時、スタッフは「鎮静が浅い」と判断して薬物を増量する懸念はないか。

「手を尽くす」中には、ペインクリニック医などのより専門的な技量を持つ医師への相談も含まれている。電話一本で現場に来てくれるかもしれない、思いもよらなかった妙案があるかもしれない。外科出身の筆者の経験を挙げれば、ペインクリニック指導医不在の折、「持続ルンバル」で休日をしをのいだこともある。反対に、ミオクローヌスの知識がなかったばかりに、モルヒネを増量し続け患者をセデーションに追い込んでしまった苦い経験もある。それぞれ一つの知識の有無が天地ほどの差を生む結果になった。

現状は、緩和医療はもとより、基本的ながん性疼痛の治療法さえ医師の常識になっていない

ので、主治医と専門的医師が連携して知識と情報を共有することが重要である。つまり、一人の患者の苦痛に対して、地域全体で責任を共有することが必要ではないだろうか。それががん対策基本法の目的でもあろう。病院、診療所（在宅療養支援診療所も含む）の主治医は「セデーション」の前に、もう一度周りを見渡して、ペインクリニック医へ電話相談していただきたい。

2. 鎮痛薬の選択

1) 医療としての原則

① 症状緩和の戦略

がん患者には、治療中から終末期まで、その病態に応じた様々な症状が現れる。しかし、そのすべてを治療の対象とすることは不可能である。そこで、以下の3点を優先的に集中的に治療

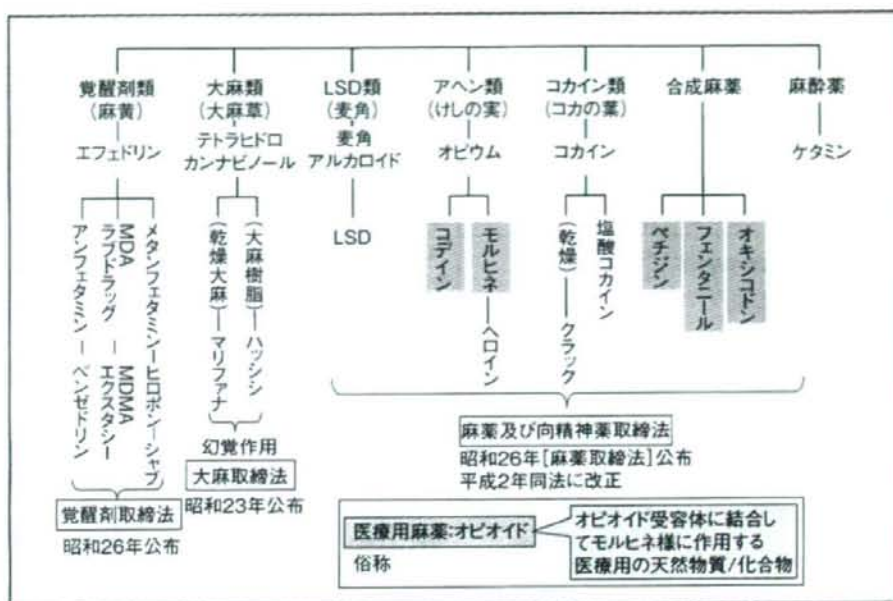


図9 麻薬系統樹

することで、患者、家族、スタッフから概ね受容していただけるようである。少なくとも、身体的苦痛のために持続鎮静・安楽死を迫られることは避けられよう。

- ・疼痛：痛ければ何も始まらない。まず十分な鎮痛を。
- ・呼吸困難：輸液制限による予防とオピオイドによる呼吸苦の緩和が中心となる。
- ・夜間せん妄：転倒転落の防止のためにも、夜間の睡眠確保は欠かせない。

② 末期患者と治療原則

WHO方式の適応となる患者の多くは、予後が限られている。同時に体力も気力も落ちている。つまり、治療効果が現れるまでに残された時間も、副作用から回復する体力もない。したがって、末期患者のこの特徴を念頭に置きながら、的確な薬物や治療方法を選択しなければならない。

- ・副作用を出さない：これ以上治療で苦しめない。なにより安全が優先。

- ・より確実に効くこと：「試行錯誤」を繰り返すことは厳禁。
- ・効果がある間は変えない：理屈より現実が優先。

2) 処方例 (表3, 4, 図10)

数多くあるオピオイド鎮痛薬の中から、先に述べた方針で設計し実施している当科の処方例を紹介した。処方施設により様々であるが、それらと競合するものではないことをお断りしたい。副作用予防という意図をくみ取っていたら幸いである。

おわりに

がん対策基本法が謳う「早期からの緩和ケア」とは、ペインクリニックの立場からすると、「(NSAIDsが効く)早い時期からの疼痛治療」に他ならない。これは、WHO方式の理念そのものである。同法では「がん医療の均てん化」も謳っているが、法で叩き、1マスコミで煽る

表3 主なオピオイド

(文献:緩和ケアのための医薬品集 2006, がん性疼痛管理 2006, がん性疼痛治療のガイドライン 1998, 添付文書を参考に作成)

一般名(略)	商品名	製剤(mg)	効果	発現	最大	用途	特徴	
第二段階	リン酸コデイン	散(10・100倍)・錠(20)	速放	15分	60分	×6定・頓	100倍散麻薬投不要, 弱オピオイド	
	オキシコンチン	錠(5・10・20・40)	徐放	60分	180分	×2定	最小5mg製剤あり	
	オキシコドン*	オキノーム 散(2.5・5)	速放	30分	120分	×4定・頓	主にレスキュー用	
	パピナル	注(8)		静5分・皮15分		持続	他薬との合剤	
第三段階	モルヒネ	塩酸モルヒネ	末・錠(10) 注(10・50・200)	速放	15分	30分	×6定・頓	末は安価
		オブソ	液剤(5・10)	速放	15分	30分	×6定・頓	主にレスキュー用
		MSコンチン	錠(10・30・60)					粉砕禁
		MSツワイロン	カプセル(10・30・60)	徐放	90分	180分	×2定	
		モルベス	細粒(10・30)					経管にも
		カディアン	カプセル(20・30・60) スティック粒(30・60・120)	徐放	60~ 120分	8時間	×1定	
		ビーガード	錠(20・30・60・120)					
		パシーフ	カプセル(30・60・120)					
		アンベック	坐剤(10・20・30) 注(10・50・200)	速放	30分	90分	×2~4定・頓	分割可
		プレベノン	注(50・100)		静5分・皮15分		持続	プレフィルドタイプ
フェンタニル	デュロテップ デュロテップMT	貼付剤(2.5・5・7.5・10) 貼付剤(21・42・84・126・ 168)	徐放	12時間	30時間	定3日ごと (頓用不可)	経口不能時 高用量換算比率*	
	フェンタニル	注(0.1・0.25)		静5分・皮15分		持続	副作用少い 高用量製剤ない	

表4 副作用予防に重点を置いた鎮痛薬の処方例(非注射剤)

第1段階(NSAID開始)	
定時薬	Rp. エトドラク [ハイベン®, オステラック®] (200mg) 2錠分2 (COX-2選択的阻害)
頓用薬	Rp. ジクロフェナク [ボルタレン®] 坐剤 (25mg) 1錠, または定時薬1回分を追加服用
第2・3段階(オピオイド開始)	
定時薬	Rp. オキシコドン [オキシコンチン®] (5mg) 2錠分2 (初日は眠前服用)
	Rp. フェンタニル貼付剤 [デュロテップMT®] (21mg) 1枚貼付, 3日ごと交換(経口不能時または高齢・衰弱例)
頓用薬	Rp. オキシコドン速放製剤 [オキノーム散®] (2.5mg) 60分ごと
	Rp. ジクロフェナク [ボルタレン®] 坐剤 (25mg)
しびれに対する鎮痛補助薬(NSAIDまたはオピオイドとの併用)	
Rp. ガバペンチン [ガバペン®] (200-300mg)	1錠分1 眠前(第一選択)
Rp. アミトリプチリン [トリプタノール®] (10mg)	1錠分1 眠前(持続的なしびれに)
Rp. カルバマゼピン [テグレート®] (100mg)	1錠分1 眠前(電撃的なしびれに)
Rp. ジアゼパム [ダイアアップ®] (4mg)	1錠分1 眠前(経口不能時)
Rp. クロナゼパム [リボトリール®] (0.5mg)	1錠分1 (ミオクローヌスに)

*用量はいずれも開始量, 効果を見ながら漸増する

1. 急速滴定 (文献6より引用改変)

	初期設定			維持設定		
	経口投与から移行する場合	頓 用	直接開始する場合	頓 用	1日量	頓 用
持続皮下	経口の1日量の1/2を経口薬の服用時間に合わせて開始	1日量の1/24を15分ごとに	モルヒネ2~5mgを繰り返し投与	15分ごとに	鎮痛が得られた量の4倍、持続投与	鎮痛確保まで
持続静注		1日量の1/24を5~15分ごとに		5~15分ごとに		1日量の1/24を15分ごとに 1日量の1/24を5~15分ごとに

2. 緩速滴定 (直接開始する場合)

モルヒネ 持続投与 6~24 mg/日

【ヒント】・鎮痛効果・副作用をチェックしながら至適量を定める。
・注射剤の投与には流量可変の注入器を使用する。

図10 注射剤の始め方

だけでは、医療がバブル化するだけである。臨床医のごく一部を対象とした講習会だけではなく、医学部教育にしっかり取り入れることが重要である。基礎教育によってWHO方式を医師の常識としなければならない。

文 献

- 1) 世界保健機構・編：武田文和・訳：がんの痛みからの解放-WHO方式がん疼痛治療法、第2版、東京、金原出版、1996
- 2) 佐藤 智：癌性疼痛とPCA、ペインクリニック 21：39-43、2000
- 3) 佐藤 智：WHO方式がん疼痛治療法の考え方とヒント、ペインクリニック 27：S30-S42、2006
- 4) 佐藤 智：基幹病院の緩和医療-ある地方中

核病院の場合-、ペインクリニック 29：34-47、2008

- 5) 佐藤 智、山室 誠：がんによる痛み、(宮崎東洋・編：がんによる痛み神経ブロック-関連疾患の整理と手技-)、東京、真興交易医書出版部、2000、177-180
- 6) 山室 誠：がん患者の痛みの治療、第2版、東京、中外医学社、1997
- 7) 成田 年、芝崎真裕、鈴木 勉：オピオイドの副作用および耐性・依存性、(並木昭義、表圭一・編：オピオイド)、東京、克誠堂出版、2005、33-54
- 8) 杉山公利、高橋雅彦、千葉聡子、他：ナロキソン持続投与による麻薬起因性呼吸抑制の拮抗、薬理と治療 29：967-973、2001
- 9) 日本緩和医療学会・編：がん疼痛治療ガイドライン、東京、真興交易医書出版部、東京、2000

※ ※ ※

がん患者の継続医療を保証する退院調整連携パス

船田千秋 菊内由貴 関木裕美 宮脇聡子 西岡順子 菊屋朋子
谷水正人 河村 進

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 パス推進委員会

SUMMARY

- ・クリニカルパスは、医療政策改革への対策や国民の価値観・ライフスタイルの変化への対応に迫られ、急性期病院を中心に広く普及している。
- ・「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、患者個々での対応が必要な在宅支援や緩和ケア領域では開発が遅れている。
- ・在宅移行や在宅支援を主眼に、将来的な地域医療連携を目指した連携パスとして、退院調整連携パスを作成・導入した。

はじめに

わが国での国民の死亡原因の第一位が「がん」となって久しく、2人に一人はがんで死亡する時代を迎えようとしている。がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、平成19年6月にはがん対策推進基本計画¹⁾が示された。「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がん向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指すことが掲げられた。平成14年度から、がんの特化した機能を持つ施設として指定されてきた「地域がん診療拠点病院」は、「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。

当院は平成18年4月の新病院移転を機に、この「都道府県、地域がん診療連携拠点病院」の指定

要件である「相談支援業務」²⁾として「がん相談支援・情報センター」(以下、相談支援センター)を開設した。厚生労働省が示した「相談支援業務」のうち(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、(エ)患者の療養上の相談、(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、にかかるとして、相談支援センターでの退院調整業務を開始した。当院での退院調整業務は、院内連携の強化を主眼に「退院」に対する院内の意識統一、システムの整理・統一、院内外の資源を集約的に活用できるツールとして、クリニカルパスの手法を導入することとした。この退院調整連携パスについて報告する。

I 退院調整連携パス作成に至った経緯

当院は、四国ゆいゆいのがん専門病院として広範な診療圏を持つ。退院後も患者・家族へ「安心を提供する」ためには、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。しかし、「退院」に対する院内の意識統一、シ

ステムの整理・統一、院内外の資源の活用など、必要な介入がなされていない状況があった。

当院は、がん専門病院ではあるが、病床稼働率90%以上、在院日数約19日という急性期病院と変わらない運営と機能分化を余儀なくされてい

る。また、DPCへの参加も検討されており、ますますの在院日数短縮や効率的な医療の提供が課せられるであろう。がん専門病院として、患者・家族へ継続的な「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行うために、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。

II 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はかり各職種間での情報と目標が共有できることと、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。また、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ること、医療が療養の場を変えて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を目的とした。

そのために、がん専門病院のスタッフである看護師が力量を発揮し、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目指し、病棟を主体にした退院を支援、調整する部門として相談支援センターを位置づけている。

III 退院調整連携パスのコンセプト

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行えない。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、現在、診療報酬が加算されている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、その時々々の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、調整の流れをフェーズ(段階)でとらえ、フェーズごとに目標を設定した、調整する項目をピックアップしていくシート式で

作成し、各フェーズでどの人的・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1～6の段階で設定し、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行う。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連携システムの整備を行った。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。

IV 退院調整連携パスの実際

退院調整連携パスは1～6のフェーズ(段階)で展開する。フェーズごとに目標を設定しており、調整する項目をピックアップしつつ各フェーズで必要な人的・物的資源の調整、調整後に実施される介入を明確にする、という作業を繰り返していく。

退院調整を効果的に行うには、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付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)

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。

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、ADL・家族環境・介護力・経済状態・治療・処置などについて情報収集を行う(図3)。フェーズ2は、初期計画立案後2、3日以内を目処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るよう指導している。

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行う。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



図1 入院診療計画書



図2 フェーズ1

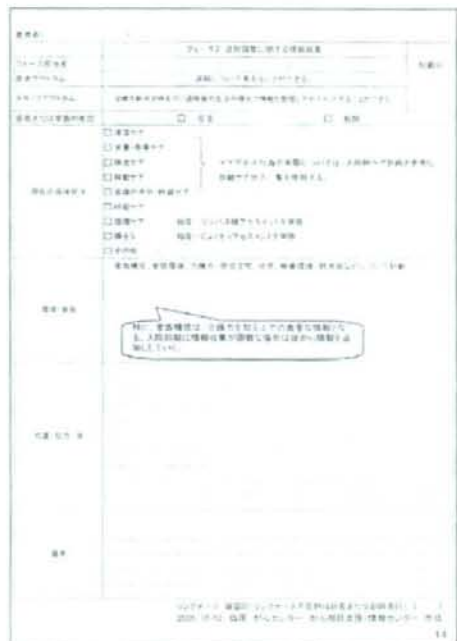


図3 フェーズ2



図4 フェーズ3

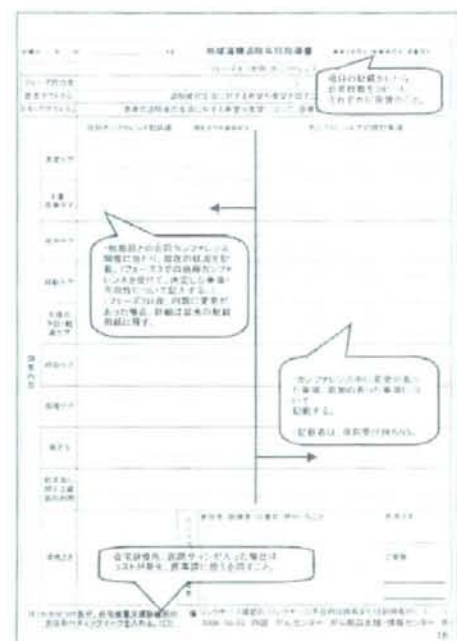


図5 フェーズ4



図6 フェーズ5・6

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、入院後一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)。

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行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・処置終了の目処がたち「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行う。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。

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働きかけていく必要がある。

V 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行えない。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「標準化」したもの」と考えている。このため、当院で規定している「詳細にアウトカム(患者目標)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ず、バリエーションシート³⁾の利用もできない。しかし、パスとして目標を持ち評価・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、その設定日に達成できたかどうかをバリエーションとして判断することとした(図7)。

フェーズ	内容	達成日	備考
フェーズ1	退院調整連携パスの作成	連携開始日	連携開始日
フェーズ2	退院調整に関する情報共有	連携開始日	連携開始日
フェーズ3	院内カンファレンス	連携開始日	連携開始日
フェーズ4	退院調整に関する情報共有	連携開始日	連携開始日
フェーズ5	退院療養計画書の作成	連携開始日	連携開始日
フェーズ6	退院後のケア計画	連携開始日	連携開始日

注: 達成日は、患者の目標や状態により、アウトカム志向パスとは異なる場合があります。

図7 バリエーションシート

VI 退院調整連携パス導入の結果

退院調整連携パスは、相談支援センターが開設された平成18年1月から作成を開始し、半年の準備期間を経て平成18年10月から全病棟での導入を開始した。1つのパスを全病棟一斉に導入するため、パス導入直前には、院内パス大会でのプレゼンテーションと、看護単位(病棟単位)を対象に「退院調整とは」、「退院調整連携パスのコンセプト、使用方法」について勉強会を開催した。また、病棟での退院調整の推進力となるリンクナースを募り、毎月退院調整検討会を開催している。

これらは、パス導入の目的の一つとした「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」ために、病棟看護師が主体になる退院調

整のあり方やパス使用の方法を検討し実践につなげるためであったが、導入後、病棟看護師から「パス記載の業務が増えた」、「全入院患者をアセスメントする必要があるのか」、「入院時から退院のことを考える必要があるのか」、「患者・家族に対して、治療も終了しないうちから退院後について考えるように言えない」など、退院調整に関しての多くの否定的な意見がでた。

導入後1年半を経過した現在、徐々にではあるが退院に関する意識統一が図れている。平成19年1月から10月の期間で退院調整を実施した患者割合と、その転記を病棟別に示す(図8)。

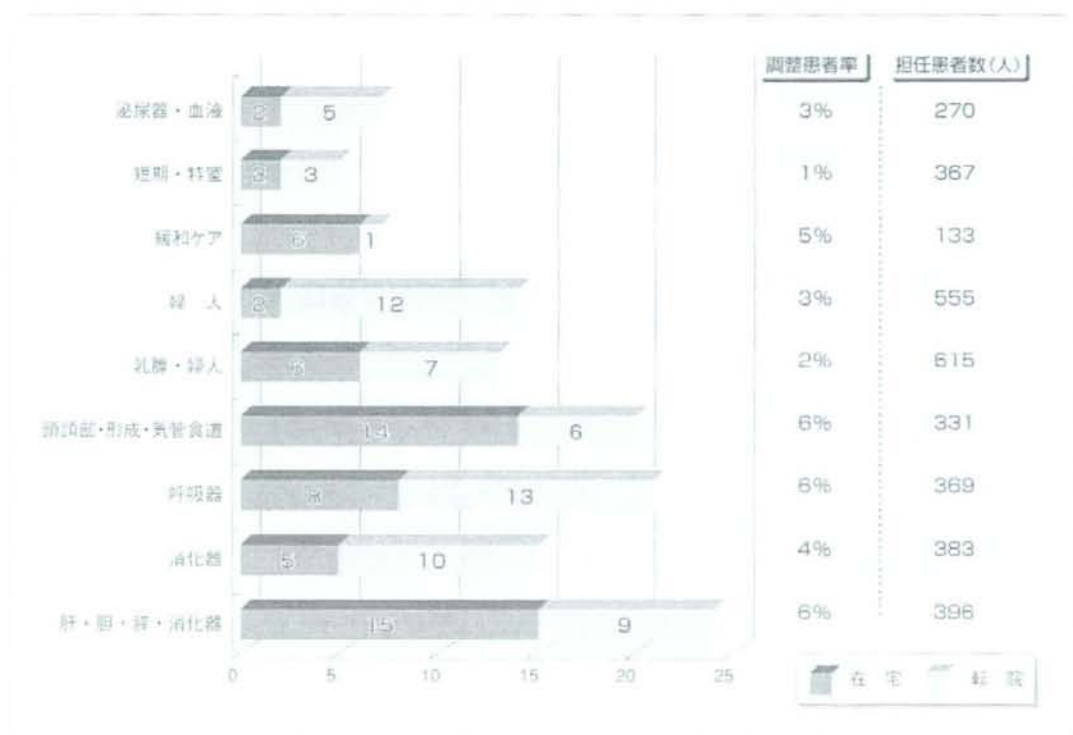


図8 退院調整患者転記

Ⅶ 考察

“退院調整”という援助は、いかに看護師がかわるかで援助の内容や質、患者・家族の満足度が変化するものとする。また、入院の時点から退院で問題となるかもしれない事項を把握し、医療、社会資源を円滑に活用できるよう準備、サポート、調整することである。入院時から準備を始める病棟の重要な業務として、患者の療養生活をトータルにサポートする看護の重要な役割であろう。しかし、退院調整連携バス導入後の発言が表すように、今まで診療の補助を中心にトレーニングを受けてきた看護師が多いため「患者の療養生活をトータルにサポート」することが看護の役割という意識が希薄であると考えられる。

また、昨今やっと「緩和ケア」の重要性が認識され始めたが、緩和ケアを主体とする在宅医療や緊急時の対処などに不安を感じる患者・家族が多いのも現状である。依然として日本国民の間では「緩和ケア」というと“もう治療の手だてがなく医師から見放された”と認識されていることは否めない。メディアなどの影響から、終末期をいかに自分らしく過ごすか、よりもQOLを考慮しない治療を目指した治療が重要視され治療を行うことができる医療機関への入院が当然のような印象を受ける。

在宅(地域での)医療に不安を感じる事がなければ、自分らしく過ごす場所としての在宅療養は可能なはずである。しかし、療養の場としての“在宅”は、現実的な選択肢となりえていない。これは、患者の状態に応じたがん医療に対する的確な情報提供や精神的な援助が、十分に行われてこなかったことの裏返しであろう。また、先進諸外国に比して圧倒的に多いわが国の病床数と、病床数に対する医師・看護師の少なさから、医療職は多忙をきわめ“終末期をいかに自分らしく過ごすか”を援助するケア介入が不足してきたのではないかと、多忙な業務のなかで、看護(医療)の継続性を

考慮した入院中からの援助・介入を意識的に実践しなければ、患者・家族への安心の提供が実現しない状況であり、そのためには退院調整バスの活用は効果的であると考えている。

今後、当院での退院調整連携バスには以下の事項を期待している。

1 患者満足・維持、「安心」の提供と「安心」の可視化

退院調整連携バスをツールとして、早期に退院調整を開始することにより、患者・家族、医療者は「退院の目標」を共有することができる。また、患者の「入院の目的」を達成した後の受療、療養を考慮することができ、患者、家族の意向に沿った調整が行われ「見放された」という思いを与えない。

5年以内の整備が推進されることになった“がんの連携バス”のなかに組み込み、連携を可視化し、患者・家族に病院機能分化と役割分担を理解していただく、そのうえで連携による継続的な安心を提供する。

2 在院日数短縮

患者・家族が「入院の目的、退院の目標」を愛容することで、コントロール可能な症状・病状、不安などによる退院遅延を抑制できる。

3 スタッフへの効果

患者・家族と各職種が「入院の目的、退院の目標」を共有でき、「退院の目標」を意識したインフォームド・コンセントが行えるようになり、入院早期から退院後の受療、療養について必要な介入を意識することができる。

看護師は、退院後の受療、療養に関する資源や支援の方法を知ることにより、看護の(医療)の継続性を意識し、看護の(医療)の継続性を考慮し

た入院中の援助、介入ができる。

4 連携強化

がん相談支援・情報センターを、院内・院外（地域）の連携窓口とすることにより、連携の方法

を統一することができる。窓口が統一されることで、地域連携先の情報把握が一元化され院内外への連携が迅速になる。また、連携先の情報をデータベース化できれば、施設としての貴重な資源となり得る。

おわりに

クリニカルパスの手法は、情報共有効果を発揮する手段として周知されているが、連携する各医療機関でのクリニカルパスの理解に温度差があることも否めない。連携後、施設間のコミュニケーション不足などが患者の不安を誘発することもあり、同じ目標と情報を共有できるツールとして、連携先との退院調整連携パスの共同利用は、患者への安心の提供を可視化する手段としても有効であると考え、また、患者を中心に、入院早期から連携先と情報交換ができることで、双方で提供されるケアの質の向上も期待できるであろう。

当院では「退院調整業務は病棟主体」という姿勢を維持している。今回の診療報酬改訂案（中央社会保険医療協議会総会―第123回―資料）¹⁾では、がん領域に特化した改訂ではないものの退院

調整加算が新設された。ここでは、「病院では、入院患者の退院にかかる調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること」とされている。

患者の状況・状態により個別的な対応が必要な退院調整業務は、専従者を何人配置すれば患者・家族へ「安心」を提供できるのだろうか。当院でも、退院調整連携業務を行うスタッフの拡充が急務であるが、独立行政法人化したとはいえ拡充を簡単に実行できない現状がある。まずは、リンクナースの活動により、病棟を主体とした退院調整が充実し、患者・家族を中心とした「療養生活をトータルにサポートする退院調整」が実践されることを願っている。



参考文献

- 1) がん対策推進基本計画 (http://www.ncc.go.jp/jp/cis/admin_council/pdf/3rd_re01.pdf)
- 2) がん診療連携拠点病院の整備について (<http://www.mhlw.go.jp/topic/s/2006/02/tp0201-2.html>)
- 3) 飛田千秋：患者の視点に立った働切際の患者用クリニカルパス。消火器がん・内視鏡ケア, 11, (4) : 102-107, 2006.
- 4) 平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について（案） (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0201-5b.pdf>)
- 5) 近森栄子, 他：特定機能病院における医療相談と退院支援（第一報）A大学医学部付属病院の現状。大阪医科大学看護学雑誌, 2 : 21-28, 2006.
- 6) 植村康子：看護相談室専任者と各病種の連絡委員の連携による退院調整（特集退院調整看護師の専任化の意義）。看護展望, 29 (9) : 991-997, 2004.
- 7) 大津陽子：看護相談室が患者と家族をサポート。看護, 53 (5) : 053-056, 2001.
- 8) 竹内孝仁, 今野幸彦：在宅ケアのクリニカルパスと問診表。竹内式アセスメントによる。2005.
- 9) 山崎麻耶：患者とともに創める退院調整ガイドブック。2005.

がん診療連携拠点病院に期待される 5大がんの地域連携クリティカルパス

谷水正人^{1, 2)*} 河村 進^{3, 4)} 成本勝広²⁾ 藤井知美^{3, 5)} 高岡聖子²⁾
 那須淳一郎¹⁾ 菊内由貴⁶⁾ 宮脇聡子⁶⁾ 西岡順子⁶⁾ 船田千秋⁶⁾ 岡本裕美⁶⁾
 小暮友毅⁷⁾ 松久哲章⁷⁾

国立病院機構四国がんセンター 1) 消化器内科 *外来部長 2) 緩和ケア科 3) リンパ浮腫外来 4) 形成外科
 5) 麻酔科 6) がん相談支援・情報センター 7) 薬剤科

SUMMARY

がん診療連携拠点病院に課された5大がんの地域連携クリティカルパスについては、医療現場に混乱が生じている。本稿では、

- 1) 行政は「地域連携クリティカルパス」に何を期待しているか、
- 2) 地域連携クリティカルパスに寄せる同床異夢、
- 3) 地域連携クリティカルパスの全体像を整理する、
- 4) 連携パスを動かすために必要な仕組みとは、

上記4点に分けて整理を試みた。がんの地域連携クリティカルパスが成立するには医療体制の試行錯誤と大胆な見直しが必要であろう。厚労省の掛け声が質の向上と安心・安全を確保したがん対策の推進につながることを期待したい。

I 行政は「地域連携クリティカルパス」に何を期待しているか

がん診療連携拠点病院の指定要件(平成18年2月)¹⁾として、診療体制に地域の医療機関への診療支援や病棟連携・病診連携の体制の整備が求められ、「地域連携クリティカルパスの整備が望ましい」と明記された。またがん対策推進基本計画(平成19年6月)²⁾では医療機関の整備において取り組むべき施策として個別目標に「すべての拠点病院において5年以内に5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする」とされた。加えて第5次医療法改正の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」(平成18年法律第84号(改正法)平成18年6月21日交付)に基づく「疾病また5事業ごとの医療体制についての医政局指導課長通知」(医政指発0720001号平成19年7月20日)³⁾では「地域連携クリティカルパスの整備状況」が医療資源・連携等に関する情報として収集されることが記されている。

国として行政が期待する地域連携クリティカルパスは「地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画(急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの)」とあり¹⁾、専門的ながん診療機能、標準的ながん診療機能、在宅療養支援機能をもつ医療機関が相互に診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること(退院後の緩和ケアを含む)を求めている³⁾。

がん対策推進の観点から医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。非がん領域を中心にすでに一部の先進的な地域では地域医療ネットワークを構築しつつ、質の高さを追求した地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)は稼働し始めており、先進モデルとして医療連携推進の起爆剤となる可能性を秘めている。

II 地域連携クリティカルパスに寄せる同床異夢

しかし現在のがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携協議会をみると具体的な連携パスのイメージが描けていない、その原因は2つある。

第一には従来からクリティカルパスの導入に遅れている大学病院が都道府県がん診療連携拠点病院として多く指定されたことである。大学病院は地域医療を超えて教育研究機関として独立した存在であるが、地域行政の展望と指導力の欠如、大学病院の経営努力に追われた拙速な判断ミスと思わざるを得ない。本来がん医療体制は国立がんセンターを中心とした地方がんセンター群(全国がん(成人病)センター協議会)を軸に再編されるべきであった。まさにがん医療体制再構築の前途多難を体現している。

第二には全国的には現段階では行政の思惑に反して医療機関経営者、現場の医療者それぞれの思惑が必ずしも一致していないことである。行政と

しては「診療規模とレベルに合わせて機能分化、役割分担してほしい」と期待するが、医療機関の経営者としては「がん診療連携拠点病院ががん医療の再編のため機動力を持って地域医療の質を支える」というより、地域連携という美名の下に「困り込み、美味しいところ取りで業績、収益を上げたい」という目先の利益に惹かれてしまっており、他方現場で働く医療者は「院内パスと同じレベルで自分たちの業務に専念し、または専門性を発揮し医療の安全と質の理想を追求したい」という思いを夢見ながら疲弊している。投資とマンパワーが不足しているなかでそれぞれの思いを追求するには無理がある。これらは連携パスの定義と準備が不十分のまま「地域連携クリティカルパス」という響きのよい言葉を拙速に国の指針として入れてしまったことが根本的な問題であったといえる。

III 地域連携クリティカルパスの全体像を整理する

クリティカルパスとは標準化された診断治療体系に基づいて疾患管理の全体像を可視化、構造化することであり、連携クリティカルパスを平たくいえば医療機能に応じた役割分担の明示である。すなわちその目的は、

第一には医療の質を保証すること、

第二には医療機関の機能分化、役割分担を進めること、

第三にはそれを広く国民に明示することである。

がん診療連携拠点病院はがん医療体制再構築の拠点であり、まずは「標準的治療ガイドラインなどに示された医療について医療機関の機能、規模に応じた役割分担を明示し、連携を調整する」役割がある。医療連携の推進のために筆者が提案したい連携パスの作成指針案は次の通りである(表1)。

すなわち各拠点病院は1 医療機関の役割分担表(図1)、2 共同診療計画表(図2)、3 私のカルテ(図3)、4 地域住民に示す医療連携のホスターの4つを作成する。最初は5 から始め、次に2、3を個別の疾患テーマごとに作成し、各拠点病院が持つ診療ネットワークで運用する。2 は連携パスの本

表1 作成の方針

- 診療ガイドラインに沿って作成する
- 診断・治療施設の役割を明示
- 術後の経過観察を各疾患の病期ごとに作成
- 診断、治療、外来、在宅、看取りまで
- 院-病-診-看-在-第-すすべての連携を視野に
- 地域の全医療機関が使えるもの(特定の連携先に限定されない形式を)

拠点病院	一般病院	かかりつけ医	訪問看護ステーション	居宅介護支援センター	介護療養施設
<ul style="list-style-type: none"> 精密診断 手術 高度な化学療法 臨床試験 放射線治療 定期画像検査 特殊検査 専門的全人的緩和ケア 集学的治療 セカンドオピニオン 研修外来 院内がん登録 がん医療の情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 定期健診 定期検査 定期画像検査 麻酔の導入と継続 レスパイト入院 緊急入院対応 終末期入院対応 	<ul style="list-style-type: none"> 初期診断 画像スクリーニング 症状管理 術後補助化学療法 住 診 在宅ケア 緩和療法 看取り 	<ul style="list-style-type: none"> 病院、かかりつけ医との連携 訪問介護 通所介護 介護保険対応 	<ul style="list-style-type: none"> 生活療養支援 介護保険対応 	<ul style="list-style-type: none"> 療養、身取りの場の提供

図1 施設の規模・機能による役割分担(内容は試みに例示したもの)

拠点病院	一般病院	かかりつけ医	訪問看護ステーション	居宅介護支援センター	介護療養施設
<ul style="list-style-type: none"> 精密診断 手術 高度な化学療法 臨床試験 放射線治療 定期画像検査 特殊検査 専門的全人的緩和ケア 集学的治療 セカンドオピニオン 研修外来 院内がん登録 がん医療の情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> 定期健診 定期検査 定期画像検査 麻酔の導入と継続 レスパイト入院 緊急入院対応 終末期入院対応 	<ul style="list-style-type: none"> 初期診断 画像スクリーニング 症状管理 術後補助化学療法 住 診 在宅ケア 緩和療法 看取り 	<ul style="list-style-type: none"> 病院、かかりつけ医との連携 訪問介護 通所介護 介護保険対応 	<ul style="list-style-type: none"> 生活療養支援 介護保険対応 	<ul style="list-style-type: none"> 療養、身取りの場の提供

【※〇△のときは拠点病院の誰それと連絡して対応する】というような安全と質保証のポイントを決めておく

図2 役割分担表



図3 共同診療計画表(医師者用)

術後パスであれば最低限必要な診察や検査、化学療法パスであれば投与計画(間隔など)、標準的な診療計画を提示する。



図4 5大がんの連携パス 私のカルテ

セルフマネジメント用パスを連携に利用、患者がいつも持参することによりこの施設でも治療経過がわかる。



図5 2つのネットワーク構築(愛媛県の場合)
がん診療連携拠点病院間のネットワーク(左)と各拠点病院が持つ診療ネットワーク(右)。

体に相当し「術後フォローアップ診療計画表」・「化学療法スケジュール表」などがあげられる。3は連携の情報共有ツールとして欠かせない。4は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。さらに都道府県がん診療連携協議会などで整合性を図

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(図5)。仮にこの指針に則れればまず国全体としてプロトタイプとなる医療規模、機能別役割分担表の提示が求められるであろう。筆者としては今後早い時期にそのプロトタイプを提示したいと考えている。

IV 連携パスを動かすために必要な仕組みとは

1 地域連携会議、連携先医療機関との会議

連携する医療機関同士の交流は重要であり、問題意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。連携パスの稼動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。拠点病院としての地域医療への責任が問われるべき課題である。

2 医療連携室の拡充

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⁴⁻⁶⁾。四国がんセンターの「がん相談支援・情報センター」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^{7,8)}。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」⁹⁾が地域がん医療のquality managementを担う必要がある。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。ここで提案する「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ジャーに相当する。今後地域

連携クリティカルパスを稼働させるためにはとく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。職種としての「連携コーディネーター」は看護職をベースとし、日常的に外部にも出向いて活動する。われわれは愛媛医療圏をフィールドとする地域連携モデル実験として「連携コーディネーター」の可能性とあり方を模索し、今後発言していきたいと考えている。

おわりに

医療機関におけるマンパワーの不足は決定的であり、今は医療現場に多大の負担を強いている。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正しい。しかし地域連携クリティカルパスの成立にはほすこし時間を要する。現場がその解決を図り、こ

とを凝らすにはまだ院内の体制は不備であり、たとえば病棟中心の看護体制などの規制も障害となっている。医療機関の体制に関する試行錯誤と大胆な見直しが必要であろう。今の医療界は変革の時代である「劇的に破壊しつつ大胆に構築する」ことができるかどうか。医療行政、拠点病院の姿勢が問われている。



参考文献

- 1) がん診療連携拠点病院の指定要件。平成18年2月。(http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html)
- 2) がん対策推進基本計画。平成19年6月。(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf)
- 3) 医政局指導課長通知 医政指発 0720001号 平成19年7月20日。(http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf)
- 4) 谷本正人, 他: 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。
- 5) 谷本正人, 他: 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。
- 6) 谷本正人, 他: 世界からみた日本のがん医療。一 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。
- 7) 船田千秋, 谷本正人, 他: 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。
- 8) 田所かおり, 谷本正人, 他: 医療者が考える本邦がん患者の退院障害要因。癌と化学療法, 33(Suppl II): 338-340, 2006。

リンパ浮腫診療の地域連携とその必要性

河村 進¹⁾ 横山 隆²⁾ 谷水 正人³⁾ 大西 ゆかり⁴⁾ 西岡 久美⁵⁾ 杉本 はるみ⁶⁾
 舩田 千秋⁷⁾国立病院機構四国がんセンター 1) 第二病棟部長 2) 婦人科医師 3) 外来部長 4) 医療リンパドレナージセラピスト
 5) がん性疼痛看護認定看護師 6) 皮膚排泄ケア認定看護師 7) がん相談支援・情報センター看護師

SUMMARY

リンパ浮腫は疾患としての認識が医療者・患者ともに低い。そのため、リンパ浮腫治療ががん治療の影に隠れてしまう傾向にある。またリンパ浮腫診療を専門に行っている施設も医療者も少ない。このような状況下では専門的な治療を行える施設間での密な連携と地域への標準的リンパ浮腫診療の啓発が重要となってくる。愛媛県内のリンパ浮腫診療連携の取り組みは数年前から行われており、地域への標準的リンパ浮腫診療の啓発を目的とした講演会や研修会を連携施設が中心となり積極的に開催している。昨年からは四国4県での連携も開始した。

はじめに

リンパ浮腫治療への関心は一部の献身的な医療者以外にはないといっても過言ではない。筆者も11年前に愛媛県松山市の四国がんセンターへ赴任してリンパ浮腫治療にかかわることになるまでは関心がなかった。驚いたことにかん専門病院であるにもかかわらずリンパ節郭清術後にリンパ浮腫が発生するリスクさえ説明されていなかった。外来を受診したリンパ浮腫患者からは手術時になぜ説明してくれなかったのかと不満の声も聞かれた。当初は形成外科診療のなかでリンパ浮腫患者の診療を行っていたが、初診患者の診察にはかなりの時間を要するため診療時間が圧迫されてきた。必要性にかられて平成16年4月からリンパ浮腫

腫外来を週一回の専門外来として皮膚排泄ケア認定看護師(WOCC)の協力のもとに開始した。その後リンパドレナージセラピストの資格を取得した看護師と疼痛看護認定看護師の協力を得てリンパドレナージ手技の指導と圧迫ストッキングの選定・着用指導を十分に行うことができるようになった。平成18年12月からは婦人科医師の協力で週2回のリンパ浮腫外来を行っている。開設当初は「リンパ浮腫は治療してもよくならない」、「がんを治すためにはしかたがない」などと患者に不適切な発言をする医師も見られていた。リンパ浮腫診療の底上げに関してはこのような考えをもつ医療者の啓発がまず重要と考える。

がん診療連携拠点病院におけるリンパ浮腫診療の現状

がん診療連携拠点病院(平成18年6月179施設)を対象にリンパ浮腫診療の現状調査アンケートを行った(表1)。アンケート結果のまとめは以下である。

① 外来診療を行っている施設、とくに専門外来

として診療を行っている施設は少なかった。そのなかで専任の医師、認定看護師、セラピストが診療を行っている施設は1施設のみで、ほとんどの施設は医師、理学療法士、看護師、セラピストが兼任で診療を行っていた。

②入院診療を行っている施設も少なく、診療を行っているすべての施設で医師、看護師、理学療法士、セラピストが兼任で診療を行っていた。

③外来診察での診療報酬請求は1施設が私費での請求を行っている以外、すべて再診料のみの請求であった。リンパマッサージを施行した場合の請求を、「する」が半数、「しない」が半数であった。請求する場合の内容は消炎鎮痛処置料(マッサージ等の手技による療法35点)と運動器リハビリテーション料[(1)180点(2)80点1患者1日6単位まで、150日限度]での請求であった。

がん専門病院であってもリンパ浮腫の専門診療を行う施設は少なく、診療報酬請求に関しては消炎鎮痛処置料での請求が主であり、リハビリ設備がある場合には運動器リハビリテーション料として点数を請求していた。

表1 がん診療連携拠点病院(2006年6月179施設)へのリンパ浮腫治療の現状調査アンケート結果抜粋(回答数116 回答率64.8%)

①リンパ浮腫外来診療について

リンパ浮腫外来診療を行っている24/116施設
リンパ浮腫専門外来あり15/116施設
診療1回/週7施設、2回/週6施設、その他2施設
専任医師、認定看護師、認定セラピストが診療を行っている、各1施設、
兼任医師24施設、理学療法士8施設、看護師16施設、
認定セラピスト6施設、ホスピス認定看護師2施設、がん性疼痛看護師3施設、WOCNが3施設で診療を行っている。

②入院治療について

入院治療を行っている19/116施設
兼任医師19施設、兼任看護師12施設、兼任理学療法士7施設、兼任セラピスト3施設が診療を行なっている。

③診療報酬について

外来診療費を再診料のみ請求23/24施設、私費1/24施設
リンパマッサージ手技料を徴収する8施設、徴収しない9施設
徴収した場合の算定料は消炎鎮痛処置料(マッサージ等の手技)3施設、運動器リハビリテーション料6施設、私費1施設であった。

II リンパ浮腫治療標準化への全国的な取り組みと在宅連携パスによる地域のリンパ浮腫ケア向上への期待

リンパ浮腫診療に関しては多くの書籍や論文報告が見られるが、ガイドラインとなるものは見られなかった。昨年の11月に「リンパ浮腫診療の手引き」が全国的な組織であるリンパ浮腫治療研究会のメンバーによって作成・刊行された。この手引きの内容に準じた標準リンパ浮腫治療クリニカルパス作成(表2)もこの研究会メンバーを中心に厚生労働科学研究費補助金による「がんクリニカルパスデータベース構築に関する研究」の研究班として行っている。今後は標準的リンパ浮腫治療の地域連携パスを作成する予定としているが、作成に際してはこの手引きと標準クリニカルパスが

もとなるであろう。作成された標準的地域連携クリニカルパスが全国的に利用されることが実現すれば手引きの内容が普及することになり、地域でのリンパ浮腫診療の均てん化・底上げが目指せる。連携を行う施設間の統一された治療方針が重要であることはいうまでもないが、その前に根拠のある標準的な治療を提示できなければ連携に応じてくれる施設を納得させることができない。標準治療の啓発と標準リンパ浮腫診療連携クリニカルパスの使用を推進することで地域での統一された診療が行えることを期待したい。

III 機能分担と連携が必要な理由

医療施設によってはリンパ浮腫の外来治療のみを行う施設、入院診療のみを行う施設、両方行う

施設など対応がまちまちである。

連携を行うにはまず各自の施設が備える機能を