

表2 Stage別症状・治療・ケア(標準クリニカルパスから抜粋)

	0期	1期	2期早期
症状・理学所見	深部障害はあるがまだリンパ浮腫が顕在化していない	夕方になるとむくむ程度。睡眠時患肢挙上で浮腫改善。圧迫痕が残る。皮膚がつまみあげられる。表在静脈が確認できる	安静臥床や患肢挙上でも浮腫改善しない。皮膚は硬くなるが圧迫痕は残る。皮膚がつまみあげにくくなる。表在静脈が見えにくくなる
治療・ケア	複合的理学療法 ・スキンケア ・負担のない用手的リンパ誘導マッサージ(セルフ) (石鹸をつけてなでる程度)	複合的理学療法 ・スキンケア ・圧迫療法(弾性着衣) ・圧迫下の運動療法 ・負担のない用手的リンパ誘導マッサージ(セルフ) (石鹸をつけてなでる程度)	複合的理学療法 ・スキンケア ・圧迫療法(1弾性着衣 2必要に応じてバンテージ) ・圧迫下の運動療法 ・用手的リンパ誘導マッサージ(セルフ)可能であればセラピストによる施術
薬物治療		リンパ浮腫(単独)に対する効果的な薬剤はない	
観察項目	浮腫の有無 周径計測(左右) 上肢 (腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢 (鼠径、大腿、下腿、足首、足部)	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢 (腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢 (鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢 (腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢 (鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無 皮膚硬化の有無 体重測定
食事		塩分水分の過剰摂取を控える 肥満を予防する	
指導・説明	リンパ浮腫の病態の説明(リスクの説明) 日常生活の注意点の説明 スキンケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防)	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキンケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防)	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキンケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防) 医療用具の公的費用申請
	2期晚期	3期	
症状・理学所見	安静臥床や患肢挙上でも浮腫改善しない。硬化があり圧迫痕が残りにくくなる。皮膚がつまみあげにくくなる。表在静脈が見えにくくなる	皮膚が硬化して圧迫痕は残らない。乳節腫、リンパ小胞、リンパ洞、象皮症などを呈する。皮膚がつまみあげられない。表在静脈が見えない	
治療・ケア	複合的理学療法 ・スキンケア ・圧迫療法(1バンテージ 2弾性着衣) ・圧迫下の運動療法 ・用手的リンパ誘導マッサージ 開放的空気圧迫法(セルフマッサージや家族によるマッサージの協力が得られないときのみ)	複合的理学療法 ・スキンケア(象皮症には皮膚軟化剤を使用) ・圧迫療法(1バンテージ 2弾性着衣) ・圧迫下の運動療法 ・用手的リンパ誘導マッサージ 開放的空気圧迫法(セルフマッサージや家族によるマッサージの協力が得られないときのみ) 合併症に対する補助的外科処置(施設の設定状況に応じて) ・乳節腫(切除) ・リンパ小胞(電気凝固) ・リンパ漏(1圧迫 2必要に応じて電気凝固)	
薬物治療		リンパ浮腫(単独)に対する効果的な薬剤はない	
観察項目	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢(腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢(鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無 皮膚硬化の有無 体重測定	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢(腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢(鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無 皮膚硬化の有無 体重測定	
食事		塩分水分の過剰摂取を控える 肥満を予防する	
指導・説明	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキンケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防) 医療用具の公的費用申請	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキンケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防) 医療用具の公的費用申請	

確認・明示し、お互いの施設の対応状況を知ることが必要である。行えることを明確にすることで連携や紹介が行いやすくなる。国内のリンパ浮腫患者数は数万人と推定されるが、その数に比して、入院治療が必要となる重症患者を受け入れる専門施設は人的要件や施設要件の制限により非常に少

ない。リンパ浮腫の入院診療が行える施設は比較的先進地域である四国であっても4県で2施設しかないのが現状である。これではすべての重症患者に対して満足の行く治療ケアを行うことは不可能である。この不足をカバーするにはリンパ浮腫診療を行っている施設間の密な連携が必要となる。

Ⅳ リンパ浮腫治療の問題点と理想

リンパ浮腫はがん治療を行った結果生ずるため、主たるがん治療を行う医師には関心の低い疾患となる。そのため発症しても仕方がないなどといった言葉で患者は納得させられていた。リンパ浮腫診療が遅れている理由としては根拠のある治療法が示されていないこと、リンパ浮腫を治療対象となる疾患として捉える医療者が少ないこと、行政がリンパ浮腫治療に対して長年耳を傾けなかったことがあげられる。

治療法に関しては、外科的治療でのリンパ浮腫の根治は現時点で期待しづらく、保存的治療法である複合的理学療法^{注1)}の普及が今後の課題となる。複合的理学療法は経済的負担が大きく、継続するにはかなりの根気も必要である。治療を継続できるように経済面、精神面ともサポートすることが必要である。

現在、保存的治療を専門に行うリンパドレナージセラピストは国家資格として認められていない。そのため医師の診断と指示のもとに治療を行うことが原則となる。セラピストの活躍する場には必然的にリンパ浮腫を的確に診断できる専門医師との連携が必要となる。セラピストが単独で治療を行うことは危険であり避けるべきである。セラピストの養成

施設は筆者が知るところで2施設(NPO日本医療リンパドレナージ協会、フランチラナチュラルセラピストスクール)であるがそれぞれ独自のカリキュラムで研修や実習を行い認定している。セラピストの育成については先進国のドイツでは国家資格保有者が約3万人いる。しかし、日本ではセラピストの国家資格制度がないため、これらのスクールの卒業生たちの活躍の場はかなりの制限を受けている。日本での医療リンパドレナージセラピストの数は、スクールの一つであるNPO日本医療リンパドレナージ協会の調べでは359人である(平成19年12月までに協会が認定した中級以上のセラピスト数)。そのうち医療機関に勤務しているセラピストは273人であり、まだまだ少ない現状である。

リンパ浮腫の専門知識を持った専任医師の指示の下にリンパドレナージセラピストの資格を持つ看護師、理学療法士、作業療法士、あん摩・鍼灸・マッサージ・指圧師などが治療を行うことが理想と考える。

注1) 複合的理学療法とは
スキニングケア、用手的リンパ誘導マッサージ、圧迫療法、圧迫下の運動療法の4療法を組み合わせて行うことにより、うっ滞した皮下のリンパ液を移動させて浮腫を軽減する保存的治療法。

V 連携の具体例と現状

1 在宅連携

在宅でのリンパ浮腫治療では治療方針の統一が

重要となるため、在宅治療が必要なリンパ浮腫患者の在宅ケア担当者会議をがん相談支援・情報セ

しての役割も担っている。愛媛県内にはリンパ浮腫患者を専門的に入院治療できる施設は1か所しかなく、この施設でもセラピストが1人しかいないため1度に何人もの入院は不可能である。紹介を行い治療を継続する場合には病院間での患者への説明が異ならないように医師の方針とセラピストの方針・施術方法の統一を心がけている。

3) 四国圏内での連携

四国4県で入院リンパ浮腫治療が行える施設は愛媛県と徳島県に各1施設しかない。四国圏内での

リンパ浮腫診療連携を密にするために昨年の12月に四国リンパ浮腫懇話会(代表世話人加藤逸夫徳島大学名誉教授)の立ち上げを行った。医療者に対する啓発と連携強化を目的に活動を始めた。四国がんセンターのリンパ浮腫外来で経過を見ている患者の数は徳島県の入院施設で約2週間の複合的理学療法とセルフケアの指導を受けた後に当院の外来で経過を視察している。専門診療施設が少ない現状下で四国圏内のより広い地域での特殊な地域診療連携が行われている。

VI 診療報酬改定と療養費の給付について

この2月13日の第125回中医協総会議事資料によると、リンパ浮腫に関する指導の評価としてリンパ浮腫指導管理料100点(入院中1回)が新設されこの4月1日より施行される。算定要件として、保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍または腋窩部郭清を伴う乳癌悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、医師または医師の指示に基づき看護師など(准看護師を除く)が当該手術を行った日の属する月または当該手術を行った日の属する月の前月もしくはその翌日のいずれかにリンパ浮腫の重症化などを抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する、とある。しかし、入院中で術後の予防的指導のみに

限られているため、すでに発症して重症化した患者への処置の評価や診る頻度の多い外来診療での処置の評価はなされていない。また、新規医療技術の保険導入で四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣(ストッキングなど)の購入費用については、医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、保険導入(療養費払い)の対象とする、とある。現状では圧迫療法材料(弾性圧迫着衣や圧迫包帯)は治療材料として認められないため患者の経済的負担は大きい。その面では大きな前進といえる。

今後は複合的理学療法の保険適応拡大と外来診療への適正な診療報酬整備が期待される。

VII 今後の期待

がんを専門に扱うがん診療連携拠点病院のリンパ浮腫診療体制の遅れは大きな問題である。自らが行った治療で生じたリンパ浮腫に対するケアを自院で早期から開始することはもちろんのことであり、重症化した患者を積極的に受け入れることも当然のことと考える。しかし現状では重症化し

たリンパ浮腫患者の治療は専門的入院治療が可能な施設に委ねられている。この現状下でよりよいリンパ浮腫診療を提供するには、リンパ浮腫をあまり知らない医療者に対する定期的な講習会を各地域で行うことが必要である。リンパ浮腫診療の小さなネットワークを大きなネットワークとする

にはリンパ浮腫の専門知識をもつ献身的な医療者の努力が必要である。幸い中国にはその基盤があり、四国リンパ浮腫懇話会の活動による普及推進力が連携施設を増やしてくれるであろう。

医療者の教育推進、リンパドレナージセラピストの育成推進により、発症早期から適正な専門治

療を行える施設の増加が望まれる。

謝 辞：稿を終えるに当たりセラピストに関する貴重な資料を提供していただいた学校法人後藤学園附属リンパ浮腫治療研究所佐藤佳代子氏、尾形美奈子氏に感謝する。



参考文献

- 1 廣田聖男, 他:リンパ浮腫の理解とケア, 学習研究社, 東京, 2004.
- 2 小川佳宏:リンパ浮腫に対する治療, ケアの選択, ターミナルケア, 14: 37-93, 2004.
- 3 加藤逸人, 松尾 貴, 光嶋 豊, 他:リンパ浮腫診療の実際—現状と展望, 第2版, 文光堂, 東京, 2003.
- 4 オイ月正文:リンパ浮腫の治療, 白血外会誌, 16: 717-723, 2007.
- 5 佐藤佳代子:リンパ浮腫治療のセルフケア, 第2版, 文光堂, 東京, 2006.
- 6 リンパ浮腫治療研究会:リンパ浮腫診療の手引き, メディカ出版, 大阪, 2007.

2006(平成18)年2月に出されたがん診療連携拠点病院の指定要件¹⁾に続き、2007(平成19)年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画²⁾の中に、「5年以内に5大がんの地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)を整備すること」がすべての拠点病院の目標として定められた。

がん対策推進の観点から、この目標は、医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。

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連携パスが稼働しはじめており、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。

交錯するそれぞれの思惑

しかし全国的には、現段階では行政、医療機関経営者、現場の医療者それぞれの思惑が交錯している。すなわち、行政：医療機関の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。

医療機関の経営者：患者を囲い込み、おいしいと取りて業績、収益を上げたい。

現場で働く医療者：(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。

という異なる思いがそれぞれにある。しかし、特定の医療機関間でしか使

えない囲い込みパスになっては医療連携そのものに行き通らないうし、院内パスの延長として精緻な連携パス作成をめざすには、現場のマンパワーが決定的に不足している。

願って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の動きをみると、従来からクリティカルパスに熱心に取り組んでいる医療機関が少ない(都道府県がん診療連携拠点病院として、クリティカルパスの導入に遅れている大学病院が多く指定された)ことも災いし、具体的な連携パスのイメージが描けていない。

これらは連携パスの定義が曖昧なまま「連携パス」という響きのよい言葉を旗の指針として使用してしまっただめに生じた混乱といえる。

連携パスの当面の目標

連携パスの概念と全体像を整理してみよう。本来「クリティカルパス」とは、標準化された診断治療体系にもと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、連携パスを平たく言えば医療機能に応じた役割分担の明示である。

その目的は、第1には医療の質を保证すること、第2には医療機関の機能分化と役割分担を進めること、第3にはそれを広く国民に明示することである。各拠点病院が中心となり、「標準的治療ガイドライン等」に示された医療について、医療機関の機能、規模に応

じた役割分担を一覧表に明示すること」が当面の目標となるであろう。

医療連携の推進をキーワードとして私が提案したい連携パスの方針は次のとおりである。すなわち各拠点病院は、1)医療機関の役割分担表、2)共同診療計画表、3)私のカルテ、4)地域住民に示す医療連携のポスターの4つを作成する。最初は1)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)は連携パスの本体に相当し、「前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等で整合性を図りつつ、地域の医療整備状況に合わせるべく作業が必要である。

仮にこの指針案に則れば、まず国全体としてプロトタイプとなる医療機関の規模別、機能別役割分担表の提示が求められるであろう。私としてはまずは早急にそのプロトタイプを提示してみようと思っている。

*1: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/t0201-2.html> (accessed 2007/12/20)

*2: <http://www.bm.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> (accessed 2007/12/20)

5大がんの地域連携パスに 寄せる同床異夢をひもとく

谷水正人 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 副本部長

one
page
one
theme
提言

特集 地域連携パス ～現況と今後の課題～

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

谷水正人*¹⁾・河村 進*²⁾・菊内由貴*³⁾
船田千秋*⁴⁾・小暮友毅*⁵⁾・松久哲章*⁶⁾

がん対策基本法に基づく、がん対策推進基本計画およびがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しに伴い、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がん）の地域連携クリティカルパスの整備が求められている。しかし、がんの地域医療連携体制自体の構築が必要な段階であり、がんの地域連携クリティカルパスが成立するには、しばらく時間を要するであろう。本稿では、多職種チーム医療を本領とする「地域連携クリティカルパス」に必要とされる要件を考察した。がんの地域連携クリティカルパスが、質の向上と安心・安全を確保したがん医療の推進につながることを期待したい。

1. がん診療における
地域連携クリティカルパスの政策

がん対策推進基本計画（2007年6月）¹⁾では、医療機関の整備において取り組むべき施策の個別目標に「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」ことがあげられた。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」（2006年6月21日交付）に基づく「疾病または5事業ごとの医療体制についての医政局指導課長通知」²⁾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になった。がん診療連携拠点病院の指定要件³⁾として、診療機能として病病連携・病診連携の協力体制について「地域連携クリティカル

パスを（2012年3月31日までに）整備すること」が明記された。都道府県がん診療連携拠点病院には、さらに「当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること」が求められ、5大がん以外にも「地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい」とされた。

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⁴⁾、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持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⁵⁾。

*独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター緩和ケア外来

¹⁾内視鏡科医長（たにみず・まさひと） ²⁾（かわむら・すすむ） ³⁾（きくうち・ゆき） ⁴⁾（ふなだ・ちあき）

⁵⁾（こくれ・ゆうき） ⁶⁾（まつひさ・てつあき）

—■特集・地域連携バス～現況と今後の課題～

一部の先進的な地域では、非がん領域において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バス（以下、連携バス）が稼働し始めている。がん領域においても、連携バスの導入を梃子として医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。

2. がんにおける地域連携クリティカルバスの必要条件

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見ると具体的な連携バスのイメージと、導入・稼働に至る道程が描けていない。連携バスの定義と準備が不十分なまま「地域連携クリティカルバス」という響きの良い言葉が拙速に国の指針に入ってしまったところに原因がある。しかし、非がん領域で急速に連携バスの導入が開始されている中で今のタイミングを外すことはできない。

がん診療における医療機関の役割分担を進め、がん医療の質の保証と安全・安心の確保を図ることが必要である。我々は5大がんの地域連携クリティカルバスモデルの開発を念頭に、がんにおける地域連携クリティカルバスの全体像を概括することを試みた。5大がんの地域連携クリティカルバス成立のための要件の洗い出し作業の進捗状況を報告したい。

1) がん診療における

地域連携クリティカルバスの目的

クリティカルバスとは、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、連携クリティカルバスは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、がん医療における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等」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を担っている。

2) 5大がんの地域連携クリティカルバスの定義づけ

がん診療連携拠点病院の指定要件では「がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう」とされているが、それだけでは不足である。我々は定義として「がん医療の質と安全・安心を保証しかつ均てん化に資する地域医療連携のツールであり、信頼関係に基づく地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる」ことを追加した。単に診療計画表だけを準備して患者の転医を促すことがあっては、連携診療の質と安全を損なうことになりかねないという危惧を抱いている。

3) 5大がんの地域連携クリティカルバスの作成指針

定義に基づき、目的を達成するために下記のごとく作成方針を定めた。

- ・診療ガイドラインに沿って作成する
- ・医療機関の役割分担を明記する
- ・拠-病-診-看-在-薬-連携を包含する
- ・診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまで
- ・共同診療計画を各疾患の治療法ごとに作成する
- ・連携を説明し同意を得る
- ・緊急時対応の取り決めを明記する
- ・連携医療機関と定期的に協議する場を設ける
- ・連携の意志がある地域の全医療機関が使えるもの
- ・将来的には電子化を見据える。まずは紙面上のひな型を提示する

診療情報提供書の交換をベースとした従来の医療連携は、医師・医師間連携の枠を出ることができていなかった。多職種共同のチーム医療を本領とするクリティカルバスの利点を生かすためには、医師だけでなく拠点病院の看護師、薬剤師、調剤薬局薬剤師、訪問看護師、居宅介護支援事業所の参加を念頭に入れた連携体制を構築する必要がある。

4) 連携バスとして用意するもの

連携バスとして必要な準備は次の4つである。

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

表1 医療機関の役割分担表

医療機関の役割分担を診断、検査、治療、経過観察・対応・ケアに分けて明示した。他に調剤薬局、訪問看護、居宅介護支援の役割も明示する必要がある。

機能	専門的ながん診療	かかりつけ医	緩和ケア	居宅
診断	確定診断、精密診断(ステージ診断)、再発時の診断	初期診断、再発時の診断、精査の必要性の判断		
検査	精密(画像、血液)検査、経過観察のための(画像、血液)検査	スクリーニング検査、経過観察のための検査	経過観察のための検査	
治療	縮小手術、内視鏡手術、定型手術、拡大手術、化学療法、術後補助化学療法、術前化学療法、放射線療法、臨床試験、症状緩和治療	術後症状コントロール、専門施設と連携した化学療法、術後補助化学療法の継続、症状緩和治療	症状緩和治療(疼痛、食思不振、倦怠感、呼吸困難感等)	担当医による症状コントロール、症状緩和治療の継続
経過観察、対応、ケア	定期観察、かかりつけ医と連携した副作用・合併症の対応	日常の指導・管理、専門施設と連携した副作用・合併症の対応、レスパイト入院、ショートステイ	ホスピスケア、デイホスピス、レスパイト入院	療養の場の提供、デイケア、ショートステイ、レスパイト入院

(筆者ら作成)

すなわち各拠点病院は、① 医療機関の役割分担表(表1)、② 共同診療計画表、③ 私のカルテ、④ 地域住民に示す医療連携のポスター、の4つを作成する。

(1) 医療機関の役割分担表

がんのあるべき医療体制から見て各種医療機関が医療機能をどう分担していくかについて整理を試みた。がんのあるべき医療体制は必ずしも確定されていないが、患者視点から見たとき現段階で最も受け入れられやすいと考えられたのは、「平成18年(2006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」⁴⁾に示されている。これをベースに我々が妥当と考える医療機関の役割分担を示す。(図1, 2)。我々としては「何でもできます(施設内完結)」の主張は排除したいという考えに基づいている。拠点病院およびそれに相当する病院、緩和医療を担う機関は明確である。一般病院は、「医療機関自身の選択」と「患者の信頼」により専門特化されたがん診療機能を有する病院、かかりつけ医としての一般病院、緩和ケアを提供する医療施設、療養病床、介護療養型老人保健施設等患者から選ばれる病院に進化していくべき存在である。ただし、これはまだ討議段階で

あり、合意には至っていない。

(2) 共同診療計画表

オーバービューの共同診療計画表は連携パスの本体に当たり、個別の疾患、治療のテーマごとに作成する必要がある。(図3)。「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) 私のカルテ

患者が携帯し、連携の情報共有ツールとして欠かせない。

「共同診療計画表」、「私のカルテ」に共通して、各種連携の支援ツールが関係者間で共有されることになる。患者用支援ツールとして「服薬スケジュール」、「副作用説明」、「セルフアセスメントツール(患者用シート、自己チェックシート)」、「コスト説明」、「高額医療申請ツール」、医療者用支援ツールとして、「抗がん剤の副作用と対策」、「術後対応支援ツール」、「診療所コスト分析シート」などがあげられる。現在、調剤薬局から配布され利用されている「おくすり手帳」は「私のカルテ」の中で情報の整理が必要であり、サイズ、項目等について薬剤師会等関係者との相談が必要である。

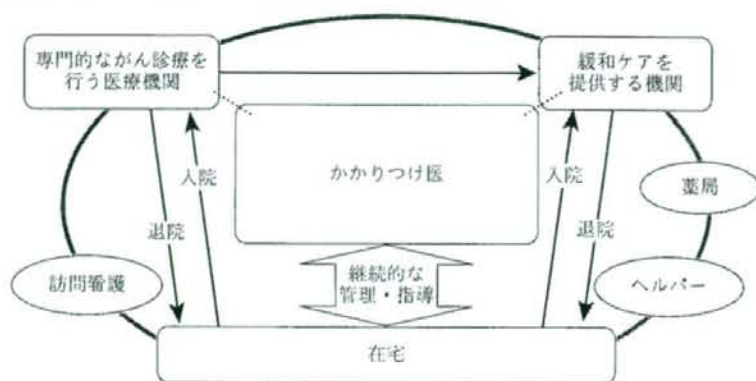


図1 がんの医療連携体制(1)

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種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)

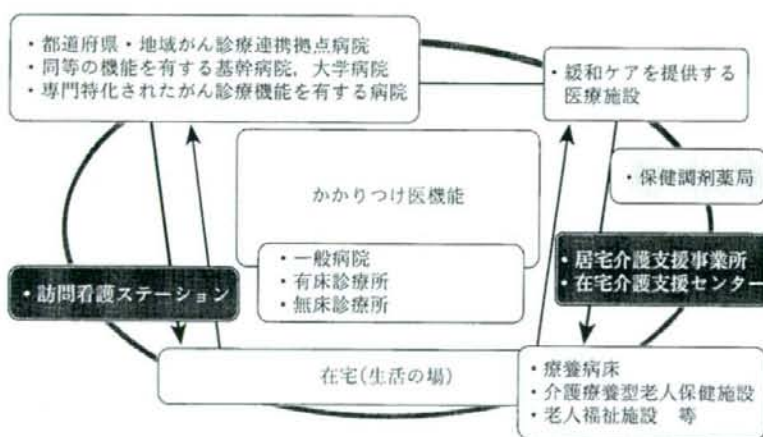


図2 がんの医療連携体制(2)

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

寧な説明、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・地域連携バス～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。連携バスの稼働に成功している大腿骨頸部骨折、脳卒中バ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、連携バ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。連携バスが基幹施設ごとに異なるような思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」にとどまることなく、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⁴¹⁻⁶⁾。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⁷¹⁻⁹⁾。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」³⁾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バ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バスの実働を保証する存在とし

「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回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バ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バ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、第一に連携バスの基本形（要件、ひな型）を示すこと、第二に連携バ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バ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バスの成立には、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置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ー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がんの痛みに使う鎮痛薬
- 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¹⁾。
- 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、がん性疼痛緩和と管理料の新設、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のっとっている。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²⁾。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³⁾⁴⁾⁵⁾。

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⁶⁾。

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

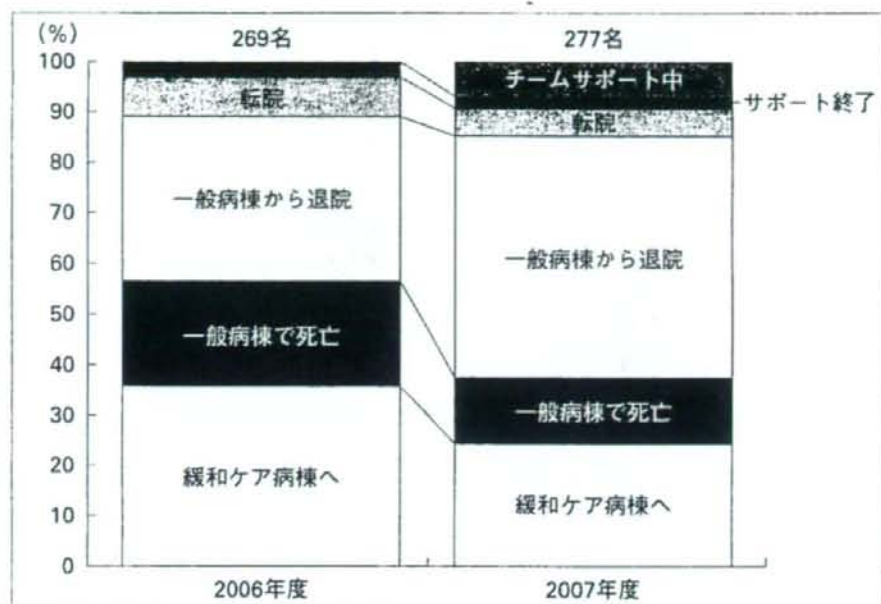


図10-1 緩和ケアチームが関わった患者の転出先

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⁷⁾。

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