

在宅における臨床の実際
—疼痛のマネジメントを中心に—

Cancer Pain Management at Home Care

佐藤 智*

Satoru Sato

Key words : がん疼痛の診断, WHO 方式がん疼痛治療法, オピオイド

● 緩和ケア 16 : 492-496, 2006 ●

はじめに

在宅ケアは患者・家族の心理的・霊的満足度が高く、「在宅は疼痛が少ない」とさえいわれる。しかし、家庭や介護施設などでの医療は制約とリスクが高く、正確で熟練した診断治療技術が必要である。

疼痛マネジメントを、あえて「経口剤貼付剤を使えて初級、PCA ポンプを使いこなせて中級、硬膜外ブロックができて上級」と分けるなら、在宅死を担う在宅療養支援診療所には中級マネジメントの能力が求められよう。

本稿では、中級を目指す在宅医に向けて、失敗しないための考え方¹⁾を述べる。

「WHO 方式がん疼痛治療法」^{3,4)}

在宅においても疼痛マネジメントの主軸はオピオイドを中心とした WHO 方式である。「在宅向きの」という王道はない。

① 経口的に (by mouth)

WHO 方式では、鎮痛薬は「できるかぎり経口投与とし、少量から開始すべきである」としている。経口投与は貼付剤が発売された現在でも、患者が最も扱いやすい方法である。また少量とは、最小規格の製品のことでない。

少量から開始する理由は吐き気と呼吸不全の予防と考えられ、おおむねモルヒネ 20 mg/日またはオキシコドン 10 mg/日相当量とするのが実際のことであり、高齢者や衰弱例ではさらに半量～2/3 とする。

② 時刻を決めて規則正しく
(by the clock)

定時に分割投与することによって、オピオイドの有効血中濃度を保ち、痛ませない、極力副作用を出さないことが目的である。

持続皮下・静注は、血中濃度が安定して最小の薬剤投与量で鎮痛を得ることができ、副作用も出にくい。一方、頓用のみの繰り返しは精神依存を

*岩手県立磐井病院緩和医療科・Department of Palliative Medicine, Iwate Prefectural Iwai Hospital
(〒029-0192 一関市狐禅寺字大平 17)
0917-0359/06/Y400/論文/JCLS

きたしやすくとされ、たとえば喫煙、ベンタゾン筋注の精神依存性が知られている。

③ 除痛ラダーに沿って効力の順に (by the ladder)

WHOは「実地上の考慮」から、鎮痛薬使用法を段階的投与とした。

① 第一段階：使い慣れた非ステロイド系消炎鎮痛薬（以下、NSAIDs）で治療を開始する。

NSAIDsには天井効果（有効限界）があり、また、副作用として胃腸障害があることから、添付文書の用量を超えて長期間投与することは難しい。用量内で鎮痛が得られない時は第二段階に移行する。

なお、NSAIDsはオピオイドと違う機序で鎮痛作用を発揮するので、可能であれば移行後も投与を継続する。

② 第二段階：NSAIDsで効果が得られなかった時、コデイン（120 mg/日）またはオキシコドン（10 mg/日）を投与する。当時、経口モルヒネは使用を許可しない国が少なくなかったため⁹⁾、WHOは第二段階を設けて、その基本薬の1つに鎮咳剤、止痢剤、鎮痛剤として広く使われていたコデインを採用した⁹⁾。しかし、コデインにも天井効果があるので、一定量（およそ300～360 mg/日）を超えて増量が必要な場合には、第三段階に移行する。

オピオイドの切り替えは換算比を参考に用量を決めるが、絶対的なものではないので切り替え後に細かな調節が必要である。

③ 第三段階：モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン（添付文書上、第二段階から投与可能）の鎮痛効果は用量依存性かつ天井効果がなく、疼痛発症時から全経過にわたり投与が可能である。

モルヒネは使用実績、製剤、剤形が豊富であり、疼痛マネジメントの軸である。また、激しい疼痛や精密な滴定（後述）を必要とする場合には、最初から注射剤の持続投与を行う⁹⁾。

④ 患者ごとの個別的な量で (by the individual)

鎮痛薬は、疼痛の強さに見合った量を服用する必要がある。しかし、疼痛は個人的感覚であり、病状も個々に違うので、至適投与量（最大効果で最小副作用）は症例ごとに異なる。

また、疼痛は血糖のような客観的な方法で強さを測定することができない。そこで少量から投与を開始し、効果と副作用の評価と処方とを繰り返しながら投与量を加減して、段階的に至適量に達する（滴定法；titration）の方が安全かつ有効である。この際、次回投与量は、実際に鎮痛に要した量（1日に服用した総量＝定時分＋頓用分）とすると、勘に頼る必要がない（疼痛時頓用加算法¹⁰⁾）。

⑤ そのうえで細かい配慮を (attention to detail)

患者にとって、最良かつ最小副作用の鎮痛が得られるよう、評価と調整を最期まで続ける。

1. 副作用対策⁹⁾

① 嘔吐：初療時には耐性がないので、必ず制吐剤も併用する。一度吐き気を生じると経口摂取が不可能になり、マネジメントそのものが頓挫することになるので、細心の注意が必要である。

② 便秘：耐性を形成しないとされ、経口摂取の間は緩下剤が欠かせない。

③ 呼吸抑制：オピオイドが呼吸中枢に作用して、血中炭酸ガス感受性を低下させ用量依存的に呼吸各相を抑制して生じる。

症状としてはまず睡眠時呼吸数が減少し、ついで眠気と不規則かつ弱い呼吸、さらに傾眠と無呼吸（呼吸不全）を生じ、最終的には昏睡から呼吸停止に至る（図1）¹²⁾。

オピオイドによる呼吸抑制は、疼痛のもつ覚醒・呼吸促進性との相殺の結果なので、どの製剤でも過量時には呼吸不全に陥る可能性がある。一方、意識と呼吸の観察により、重篤な呼吸不全は予防可能である。

オピオイドの減量または中止により呼吸不全がただちに改善しない場合、麻薬拮抗剤ナロキソン

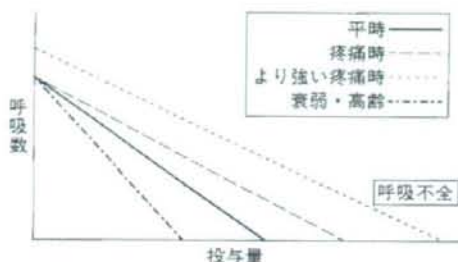


図1 オピオイド投与量と呼吸数の関係¹²⁾

を少量反復(1/10~1/4 A)または持続静注する⁹⁾。反対に終末期の意識レベル低下は、努力呼吸の間はオピオイドに起因しないと考えるよい。

④ミオクローヌス：病巣を刺激して体動時痛を誘発することがあり、オピオイド減量または抗痙攣薬投与が必要である。

2. オピオイドの切り替え

無闇に替えるのではなく、目的に即した薬剤、投与方法を選ぶ (switching, substitution)。

①経口不能：フェンタニル貼付剤、オピオイド注射剤に替える。坐剤は血中濃度が安定しにくい。

②吐き気：オピオイド開始時で制吐剤が無効な場合、一旦投与を中止し、落ち着いたところで(やむをえず)フェンタニル2.5mg貼付剤1/3~1/4面貼付でオピオイドを再開する。オピオイド増量時の吐き気は用量を再検討する。

最も吐き気を生じにくい方法はフェンタニル注の持続投与である。モルヒネ坐剤は、吐き気時の代替薬にはならない。

③大量投与、急速滴定：いずれも注射剤への切り替えが必要である。この場合PCAポンプの使用が推奨される^{10,11)}。電動式PCAポンプは細かな設定ができ、投与量が安定するまでは、ディスプレイタイプより使いやすい。高価ではあるが中級マネジメントに欠かせない機器である。

注射剤管理のポイントは、ディスプレイ注入器、PCA装置、電動式PCAポンプ(投与速度ゼロの設定が可能な機種が有利)、フェンタニル貼付剤の組み合わせを工夫して、疼痛時自己鎮痛(PCA)を可能にすること、薬液交換の回数を少な

くすることの2点である。

オピオイドが効かない時

① 病態の変化と対応

いつもと違う疼痛を訴えた場合、身体所見、画像により原因を特定し、患者の病期を勘案しつつ、緊急事態(骨折、急性腹症、カテーテルトラブルなど)への対応や原因治療(腹水、尿閉など)、がん治療の必要性を判断する。

疼痛は単独では存在せず、がん病巣とその合併症を原因として存在する。したがって、在宅医は病状の進行により疼痛の病態生理やがんの病態が変化する可能性を念頭におき、以下のような疼痛と合併症へ対応する必要がある(表1、図2)^{12,13)}。

たとえば消化器がんではがん自体の疼痛に加えて、進行すると腹壁や後腹膜浸潤、強い腹部膨満など体動時痛¹⁴⁾、および嚥下痛、通過障害、閉塞性黄疸、腹水など合併症を生じる。肺がんでは胸膜、骨膜刺激による疼痛に加え、肋骨・椎体への転移浸潤による体動時痛と神経因性疼痛を生じ、肺炎、喀痰貯留、咯血、胸水、肺水腫、呼吸困難、対麻痺など合併症を生じる。逆に終末期ではオピオイドなどの薬物療法が中心になる。

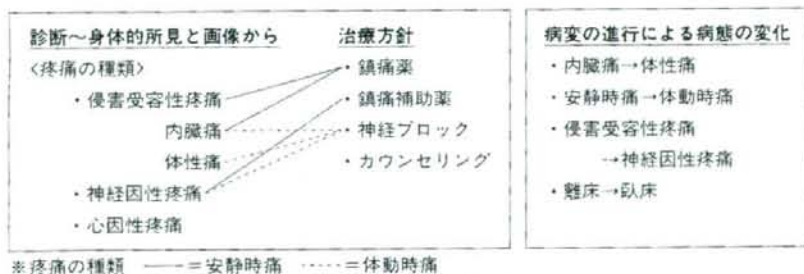
② 施設連携

疼痛については、オピオイドや神経因性疼痛の鎮痛補助薬併用で十分な鎮痛が得られなければ、神経ブロック、照射のほか、専門施設と相談して他の治療法の適応を検討する¹⁵⁾。日本緩和医療学会のガイドライン¹⁶⁾では、モルヒネ120mg/日をベインクリニックなどへの紹介の日安にしている。あらかじめ、疼痛治療または緩和ケア専門施設や「在宅緩和ケア支援センター」(仮称)と連携を結ぶことが望まれる。

また、24時間持続鎮静についても倫理委員会に適応の判断を委ねることが必要である。昨今の終末期人工呼吸器問題の取り上げられ方、在宅療養支援診療所による看取りに高額の加算(10,000点)が算定されることを考えると、終末期の持続鎮静の実施にはこれまで以上に透明さ慎重さが求

表1 病態による緩和ケアの病期分類 [いわい分類 2004]¹²⁾

病期	0	I		II		III	IV
	がん治療期	a	b	a	b	終末期	臨死期
病態	早期/進行	局所/孤立性	多発/再燃	機能障害	臓器不全	呼吸循環不全	心肺停止
状態	社会生活	歩行		臥床		対話	
症状	不安, 劇痛, 嘔吐	局所症状		臓器症状		全身症状	
目安	病理, 画像	画像診断, 腫瘍マーカー疼痛		摂食障害, 胸/腹水, 出血, 黄疸, 対麻痺, 腸閉塞, 尿閉, 呼吸困難, 脳圧亢進, 悪液質		傾眠 乏尿	下顎呼吸
目標	早期診断治療	治癒	延命	社会復帰	自立	水入らず/日常性	
ケア	闘病を支える			機能代償	症状緩和	苦痛緩和/充足感	
療養の場	外来/一般病棟			緩和ケア病棟			
				多床室	個室		
予後	年～月			月～週		日	時間



*疼痛の種類 —— = 安静時痛 = 体動時痛

図2 疼痛の診断と治療方針¹²⁾

められよう。その意味でも症状コントロールに苦慮した場合の連携や相談先の確保は大切である。

③ 病院-在宅継続医療

疼痛治療に限らないが、病院医療と在宅医療が一貫した方針で実施されることが望ましい¹³⁾。在宅移行前後に急速オピオイドの投与経路を変更したり、相手側の事情を考えない在宅依頼は不安と混乱を招く。うまくいっているシステムは変更せず、円滑に在宅移行できるよう、お互いに「企業努力」が必要である。

おわりに

がん対策基本法が2007年4月より施行される。同法では基本的施策に緩和ケアに関する専門的医療従事者の育成を掲げている。緩和ケアは中川恵一氏¹⁴⁾が指摘したように、他の診療科にみられる一貫した研究教育・人材育成システムが存在せず、教授がいる独立した教室は東北大学にみられるのみである。このため、緩和ケア病棟、緩和ケアチームでさえ兼務医、転向医(筆者のような)が担っているのが現状である。

また、正式な診療科としての標榜が許されてい

ないので、医師は緩和ケアを天下の生業にできない、市民が求めているのも学会認定専門医ではなく、外科医や内科医と同じ意味で緩和を専門とする身近な緩和ケア医ではないだろうか。6年制となった薬学部にとってもオピオイドの臨床講義、実習の場として医学部講座、大学病院緩和ケア病棟の存在は不可欠であろう。

同法の施行を機に、研究教育の充実と真の専門的医療従事者確保のため、緩和ケアの医学部講座設置と標榜許可に向けた法整備を、国および関係団体に期待したい。

文 献

- 1) 佐藤 智：がん性疼痛の薬物療法。WHO方式が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
- 2) 佐藤 智：がん性疼痛。薬局（増刊）57：665-687, 2006
- 3) 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、金原出版、1996
- 4) JPAP™：Pain Academy™レクチャー・スライドキット-がん性疼痛を中心に、スライド3-1・3-2・3-3 JPAP™事務局、2006
- 5) 武田文和：がんの痛みを救おう！「WHOがん疼痛救済プログラム」とともに、医学書院、2002

- 6) 加藤佳子、加藤 況：非経口持続投与製剤-モルヒネプレフィルドシリンジ。日本臨床 59：1789-1793, 2001
- 7) 山室 誠：がん患者の痛みの治療。第2版、p.25-27、中外医学社、1997
- 8) 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、p.33-54、克誠堂出版、2005
- 9) 杉山公利：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
- 10) 佐藤 智：癌性疼痛とPCA。ペインクリニック 21：39-43, 2000
- 11) 佐藤 智、山室 誠：在宅医療における痛みの治療。柳田 尚 編著：がん患者の在宅医療、p.88-120、真興交易医書出版部、1998
- 12) 佐藤 智：地域連携を促進させる医師の働き。口がん看会誌 19：31-33, 2005
- 13) 佐藤 智、山室 誠：がんによる痛み。宮崎東洋編著：神経ブロック関連疾患の整理と手技、p.177-180、真興交易医書出版部、2000
- 14) 宮崎東洋：ペインクリニック入門。p.92-95、真興交易医書出版部、1996
- 15) 小川節郎 編：がん性疼痛管理。ペインクリニック別冊春号、2006
- 16) 日本緩和医療学会 編：がん疼痛治療ガイドライン。p.55、真興交易医書出版部、2000
- 17) 佐藤 智：往診からはじまって宮城県とともに歩むまで。緩和医療学 3：370-378, 2001
- 18) 中川忠一：朝日新聞、2006年8月28日版

インフォメーション

☆インフォメーション掲載希望の方は編集室までご連絡ください。☆

第26回日本看護科学学会学術集会

日 時：2006年12月2日（土）、3日（日）
 会 場：神戸国際展示場・神戸国際会議場
 テーマ：看護科学—看護の知・技の創造的進化
 内 容：〔会長講演〕「看護の知・技の創造的進化」阿部洋子（大阪大学）
 〔その他〕教育講演、他
 参加費：会 員 10,000～12,000円
 非会員 11,000～13,000円
 学 生 3,000円（大学院生は会員または非会員）
 問合せ先：第26回日本看護科学学会学術集会事務局
 〒565-0871 大阪府吹田市山田丘1-7
 大阪大学医学部保健学科看護学専攻
<http://www.cs-oto.com/26jans/>

在宅ホスピス協会 2006年度公開講演会

日 時：2006年12月14日（木）18:30～20:30
 会 場：江戸東京博物館ホール
 内 容：「患者・家族に死をどう伝えるか」川越 厚（ホームケアクリニック川越）
 定 員：400名（先着順）
 参加費：会員/学生 1,500円、一般 2,000円
 問合せ先：在宅ホスピス協会
 〒130-0021 墨田区緑1-14-4 西国TYビル
 TEL 03-5669-8304 FAX 03-5669-8405
 E-mail: hospice@jb3.s0-net.ne.jp
 HP: <http://www.006.ucc.so-net.ne.jp/zaitaku-hospice/>

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 Minamiuenomotomachi-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。

1. 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¹⁾。

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

医療ニーズ本位の従来の医療計画



- ・ 医療ニーズによる連携
- ・ 患者受療行動と提供者側の意思にずれ

患者ニーズ本位の新しい医療計画



- ・ どこをどのように受診するかは患者の判断、納得が重要
- ・ 調整する組織(患者支援室、医療連携室)は患者ニーズと医療ニーズの調整を行う
- ・ 共同診療体制として継続性を保障

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⁹⁾。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¹⁰⁾、がん対策基本法¹¹⁾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⁹⁾。

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
在宅療養支援	他施設合同カンファ		0	12	3
	新規/継続	18/18	8/39	3/47	11/49
	電話サポート	62	38	18	25
情報発信提供	入院調整	3	4	0	1
		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との調整。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にした医療連携推進

患者は情報を欲している^{8,9)}。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¹⁰⁾で, IT化による構造改革と具体的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面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年からは城内医療機関の機能、在宅医療対応の情報が入力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、院内の部門間連携も再編していく。能力を結果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）¹³⁾。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。かかりつけ医療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¹⁴⁾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。事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、デジタルディバイドは深刻

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で強制はできない。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。慌てなくても速くない将来、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(1116-3次がん一般035)の成果による。

参考文献

- 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角性: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html>
- 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>
- がん対策推進本部について: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan.html>
- がん対策基本法: <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- 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>
- 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
- がん患者団体支援機構: <http://www.canps.net/>
- 日本がん患者団体協議会: <http://med.npo.com:8080/>
- IT基本法、e-Japan戦略: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/>
- 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/iryoudail/siryoul_1.pdf
- 重点計画2006概要: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/060726gaiyou.pdf>
- 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.
- 谷水正人、佐伯光義、窪田理・他: 地域医療ネット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.
- 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.
- 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
- 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角性: <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
- 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>

<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見逃す場合がある。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。

1. 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, 当院での勤続年数 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」などがあった。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込んでいる」、「情報をスタッフが共有していない」などがあった。

質問 1, 2 より→ 1. 医師・看護師間で相違があった退院阻害要因は、記述結果より、医療提供者の姿勢・考え方が多かった。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った (図 3)。

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	・当院なら何とかなると思っている ・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・希望は察したくない	・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
7. コミュニケーション不足 (医療者間)	・患者・家族の理解不足 ・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	・医療者の姿勢・態度に問題がある ・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 ・バ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

1. 患者側要因への対策	<p>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わかり、不安に耳を傾ける (MSW のかわり) 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、医療を保障する 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</p>
2. 医療者側要因への対策	<p>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</p>
3. システム要因への対策	<p>退院支援システムの構築 退院調整専門職の配置 退院調整バスの使用 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</p>

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.
- ▷ 峯塚攻守, 松尾雪絵: 回復期リハビリ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, 藤田きみこ, 横井和美: 地域における在宅ホスピスケアの実際 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-3年間のまとめ-. 大阪府健康福祉部障害者保健福祉室精神保健福祉課, 平成15年9月.

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 かわり* 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症者を含めて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 かわり 〒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

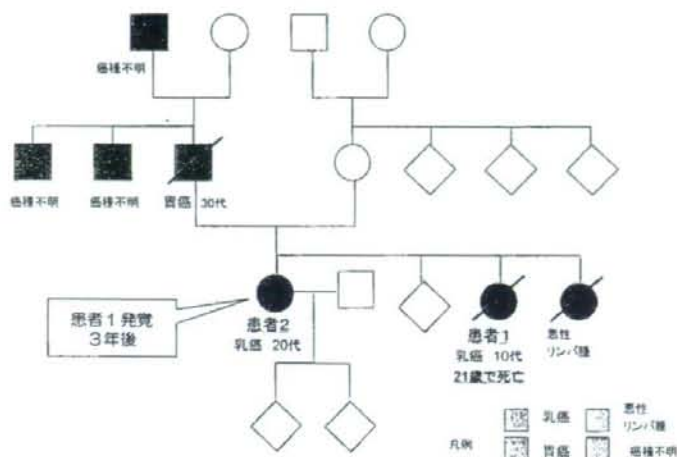


Fig. 1. 事例家系図.

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の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を力を入れている。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、知らないままの権利」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置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¹⁾。

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

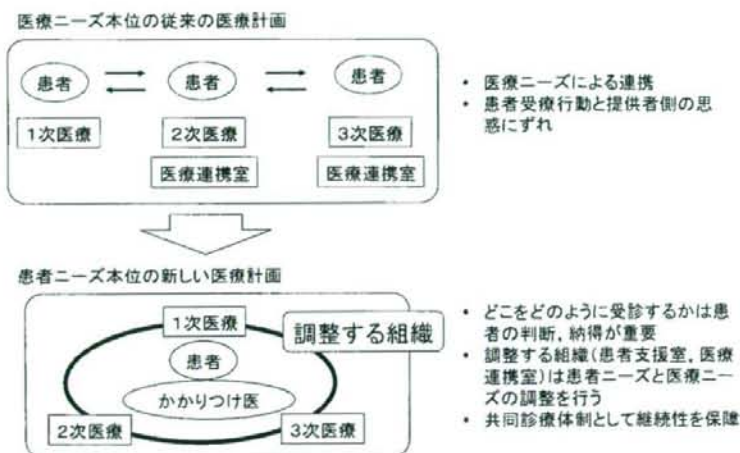


図1 医療ニーズ本位から患者ニーズ本位へ

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^{3,4)}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
在宅療養支援	他施設合同カンファ		0	12	3
	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との調整。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にした医療連携推進

患者は情報を欲している⁸⁻⁹⁾。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¹⁰⁾で, IT化による構造改革と具体的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力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）¹³⁾。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¹⁴⁾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、デジタルディバイドは深刻