

# 共同診療計画書 (大腸癌Stage I)

様

施設名: \_\_\_\_\_ 担当医: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_) 調剤薬局名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_)  
 施設名: \_\_\_\_\_ 担当医: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_) 調剤薬局名: \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_)

項目	(施設名)	(施設名)					(施設名)					
		(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	
達成目標	術後連携によるフォローアップ	日常診療 (6ヵ月後)	日常診療 (1年後)	日常診療 (1年半後)	日常診療 (2年後)	日常診療 (3年後)	日常診療 (4年後)	日常診療 (5年後)				
連携、連絡	術後連携の説明 手術後遺症、再発等発生時の連絡先確認	手術後遺症への対応 手術後遺症、再発の早期発見										
教育・指導	服薬指導 (保険薬局) 生活指導 手術後遺症の確認 貧血 下痢 腹部膨満 腸閉塞症状 排尿障害											
診察・検査	PS 全身状況 身体重量 全身症状 問診 腹部症状 視顔面: 貧血、黄疸 触頭部: 鎖骨上窩リンパ節腫大 診腹部											
検査	末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー (CEA, CA19-9) 腹部超音波検査 CT検査 (胸、腹、骨盤) 胸部X線検査 大腸内視鏡検査 他臓器癌に対する検診を勧める	3ヶ月毎 3ヶ月毎										

### 大腸癌Stage III follow up schedule

術後経過年数	1年			2年			3年			4年			5年			
	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M
問診・診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
直腸指診(直腸癌)																
末梢血、生化学、CEA,CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Chest X-P																
CT(胸部、腹部、骨盤部)																
腹部超音波検査																
大腸内視鏡検査																
補助化学療法																
	術後6ヶ月または1年															

\*補助化学療法: U-FT+ユーゼル、ゼロダ、TS-1など

\*必要時に施行

MRI、注腸造影、GIF、骨シンチ、PET

\*6年以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する



# 肺がん連携パス 作成例

担当：徳島県立中央病院  
住友正幸 提供



Division of Thoracic Surgery  
Tokushima Prefectural Central Hospital  
1-10-3 Kuramoto-cho, Tokushima 770-8539, Japan  
Tel: +81-886-31-7151  
Fax: +81-886-31-7169



## 肺癌術後の経過観察について

徳島 花子 さん

胸部外科部門:住友 正幸

### 【病気について】

- 1、術後病理病期(進行度)は別にお話しします。
- 2、術後はかかりつけ医の先生と一緒に診させていただきますので、大体の予定を書いています。

### 【観察時期】

- 1、ほぼ標準的な観察時期を示してありますが、体調などによって多少変更します。
- 2、術後1ヶ月頃までの予約は県立中央病院で再診予約を取らせて頂きます。
- 3、それ以降の外来はかかりつけ医の先生から、患者さんの都合にあわせてFAX予約を取ってもらってください。受診日にCT検査などを済ませて説明し、かかりつけ医の先生にもお返事しますので、受診回数が減らすことができます。
- 4、5年を目標に頑張りましょう。
- 5、治療内容によっては来院期間の変更をする事もあります。

### 【緊急時など】

- 1、緊急時には、かかりつけ医の先生の判断で、外科外来や救命救急センターに連絡をしてくれますので心配ありません。

### 【血液検査】

- 1、血液検査はかかりつけ医の先生にお願いします。

### 【喀痰検査】

- 1、扁平上皮癌(特に肺門部)の患者さんは年1回の喀痰細胞診を提出します。
- 2、喫煙係数の高い方や気管支形成術を施行した患者さんは気管支鏡を予定する事もあります。

### 【画像検査予定】

- 1 胸部レントゲン 1,3,6,12,18,24,30,36,48,60ヶ月目
- 2 胸腹部CT 6,12,18,24,30,36,48,60ヶ月目
- 3 脳MRI 6-12, 24, 36ヶ月目頃
- 4 骨シンチ 骨痛などの症状がある場合に施行します。
- 5 脊椎MRI 腰痛や下肢のしびれがある場合に施行します。
- 6 PET-CT (マーカーを含む)他の検査で異常の場合に施行します。

上記にかかわらず、症状がある場合は直ちに検査を予定します。かかりつけ医の先生にご相談して予約を取ってもらって下さい。

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸



手術日

2009年3月14日

項目	退院後2-4週 外来予約票をお渡しします。 術後障害を乗り越えられる。 気胸・無気肺・胸水増加などの合併症がない。	手術後2-3ヶ月 2009年6月頃
達成目標		
症状	創痛が少なくなってきました。 坐剤の必要も徐々に少なくなりました。	咳嗽が少なくなってきました。 痛みを忘れてよく寝られる様になってきます。
食事	特に制限はありません。体重が減少した方は元に戻るように徐々に食事をアップしましょう。	
生活	腹式呼吸の練習しましょう。風邪に気を付けてうがいをしていきましょう。	術前の状態に戻れる様に徐々に徐々に運動を増やしましょう。
服薬	抗癌剤を服用される方は開始します。	咳や痰などの症状がなければ服薬の必要はありません。
血液検査	血液検査はかかりつけ医の先生にお願いいたします。	
レントゲン	受診時には胸部レントゲンを撮影します。	

【疼痛(いたみ)】

術後創痛、肋間神経痛として次の様な痛みや不快感、感覚異常が起こることがあります。

- 1) 手術創部に沿う肋骨
- 2) 手術を行った肋骨と椎体との間の関節
- 3) 手術を行った肋骨と胸骨との間の関節
- 4) 手術を行った肋間神経に沿うみぞおちから臍への痛み・不快感

【咳嗽(せき)】

術後1-3ヶ月の間、痰を伴わない咳が出る場合があります。痰を伴わない場合はおむね無害で、気管支断端が粘膜で覆われる頃に消失します。痰が増加するようなら、必ず申し出て下さい。

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

項目	手術後6ヶ月	手術後1年	手術後1年6ヶ月	手術後2年	手術後2年6ヶ月	手術後3年
達成目標	2009年9月頃	2010年3月頃	2010年9月頃	2011年3月頃	2011年9月頃	2012年3月頃
達成目標	術前の生活に近づく。					
症状	再発がない。					
症状	坂は少し息切れがするかもありません。					
生活	特に制限はありません。術前の生活リズムに戻ってききましたか？					
レントゲン	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT 脳MRI(~12ヶ月目)	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT 脳MRI(この頃)
喀痰細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。
項目	手術後4年	手術後5年	手術後5年	2014年3月頃	それ以降	
達成目標	2013年3月頃	2013年3月頃	2013年3月頃	2014年3月頃	2014年3月頃	
達成目標	安定した生活状況。					
症状	再発がない。					
症状	殆ど気になりません。					
生活	健診を受けましょう。					
レントゲン	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT	胸部レントゲン 胸部レントゲン 胸部CT
喀痰細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。



Division of Thoracic Surgery  
Tokushima Prefectural Central Hospital  
1-10-3 Kuramoto-cho, Tokushima 770-8539, Japan  
Tel: +81-886-31-7151  
Fax: +81-886-31-7169



## 肺癌術後の経過観察について

### 【患者さんへの説明】

- 1、病理病期(別記)についてはお話ししてあります。
- 2、術後はかかりつけ医の先生と一緒に連携して診させて頂きたい旨、説明させて頂きました。

### 【観察時期】

- 1、ほぼ標準的な観察時期を示してありますが、病態によって多少の変更を致します。
- 2、術後1ヶ月頃の再診予約はこちらで取らせて戴きます。
- 3、それ以降の再診予約はご面倒ではございますが、FAXにてのご予約賜れましたら、予約時間帯での診察が最初となり、即日CT検査を済ませてお返事申し上げますので、患者さんの再受診が少なく済みます。
- 4、観察期間は一応5年を目標と致します。
- 5、再発時などでは病態・治療方法により、直ちに更改致します。
- 6、術後化学療法を行う場合は別に報告申し上げます。

### 【緊急時など】

- 1、緊急時・再発時などには何時でも外来・救命救急センターにて対処致します。ご連絡下さい。

### 【血液検査】

- 1、基本的な血液検査はお願いできましたら幸いです。
- 2、StageIBではUFTを服用することがあります。この場合は1-3ヶ月で血液検査(検血・肝機能・腎機能検査など)をお願い致します。
- 3、腫瘍マーカーもお願い出来ましたら幸いです。  
術前陽性のマーカーは報告申し上げます。  
腺癌:CEA, SLX  
扁平上皮癌:CEA, SCC, Cyfra 21-1  
大細胞癌:CEA  
小細胞癌:NSE, pro-GRP, CEA  
を標準とし、陽性なら3-6ヶ月、陰性なら12ヶ月位で検査しています。
- 4 血液検査も当院で行った方が良い場合はご連絡下さい。

### 【喀痰検査】

- 1 扁平上皮癌(特に肺門部)の患者さんは年1回の喀痰細胞診を提出します。
- 2 高危険群(高度喫煙歴・気管支形成術など)の患者さんは気管支鏡を定期的に予定します。

### 【画像検査予定】

- 1 胸部レントゲン 1,3,6,12,18,24,30,36,48,60ヶ月目
- 2 胸腹部CT 6,12,18,24,30,36,48,60ヶ月目
- 3 脳MRI 6-12, 24, 36ヶ月目頃
- 4 骨シンチ 症状がある場合に施行
- 5 脊椎MRI 症状がある場合に施行
- 6 PET-CT (マーカーを含む)他の検査で異常の場合に施行

上記に拘わらず、症状がある場合は何時でもご紹介賜れましたら、可及的すみやかに検査を行い報告申し上げます。

徳島県立中央病院  
胸部外科部門:住友 正幸



肺癌患者さんの経過観察予定

☆院内・院外医療者用★

徳島県立中央病院・外科

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

手術日 2009年3月14日

項目	退院後2-4週	手術後2-3ヶ月
	2009年4月頃	2009年6月頃
達成目標	術後障害を乗り越えられる。 気胸・無気肺・胸水増加など*の合併症がない。	
症状	創痛の減少	咳嗽の消失
食事	肺気腫などでの体重低下に注意して測定。	
生活	腹式呼吸・うがいの指導	運動の指導
服薬	stageIBではUFTを2年間(連携医依頼)	
血液検査	連携医に依頼(UFTの場合は1-3月毎)	
レントゲン	胸部単純レ線	胸部単純レ線
パリアンス		

\*気管支断端瘻(漿液性喀痰の著増)、肺炎(粘調痰)、皮下水腫など

項目	手術後6ヶ月	手術後1年	手術後1年6ヶ月
	2009年9月頃	2010年3月頃	2010年9月頃
達成目標	術前の生活に近づく。 再発がない。		
症状	H.J.<3 P.S.<2		
生活	術前の生活リズムに戻す。		安定期に入る。
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(〜12ヶ月目)	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT
喀痰細胞診		(肺門型)扁平上皮癌 B.I.>600	
パリアンス			

p2以上では胸水チェック。

n2症例は頸部リンパ節、遠隔転移をチェック。

肺気腫症例では持続的感染による残存肺の荒無化に注意。

肺癌患者さんの経過観察予定

☆院内・院外医療者用★

徳島県立中央病院・外科

手術日 2009年3月14日

項目	手術後2年	手術後2年6ヶ月	手術後3年
	2011年3月頃	2011年9月頃	2012年3月頃
達成目標	安定した生活状況。 再発がない。		
症状	H.J.<3 P.S.<2、殆ど症状なし。		
生活			
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(この頃)
喀痰細胞診	(肺門型)扁平上皮癌 B.I.>600		(肺門型)扁平上皮癌 B.I.>600
バリエーション			

項目	手術後4年	手術後5年	それ以降
	2013年3月頃	2014年3月頃	
達成目標	安定した生活状況。 再発がない。		毎年のがん検診を受ける。
症状	H.J.<3 P.S.<2、殆ど症状なし。		
生活	健診を受ける。		
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン(毎年) 胸部CT(2年毎)
喀痰細胞診	(肺門型)扁平上皮癌 B.I.>600	(肺門型)扁平上皮癌 B.I.>600	(肺門型)扁平上皮癌 B.I.>600
バリエーション			

厚生労働科学研究費補助金

がん臨床研究事業

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携

クリティカルパスモデルの開発

平成 20 年度 総括・分担研究報告書

(2/2 冊)

研究代表者 谷水 正人

平成 21 (2009) 年 4 月

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
谷水正人、他	四国がんセンター緩和ケアチームの経緯と活動	森田達也(他)編	緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方	青海社	東京	2008	22-24
谷水正人、他	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	佐藤智編集代表	明日の在宅医療第3巻	中央法規出版	東京	2008	176-188
佐藤靖郎	がん連携のポイント～2施設における導入経験を通して～		新・医療連携別冊	エルゼビアジャパン			20-23
佐藤靖郎	がんの地域連携クリティカルパス	日本医療マネジメント学会編	地域連携クリティカルパスの今後の展開IV 地域連携クリティカルパスの意義と今後の展開3			2008	35-44
田城孝雄	地域連携クリティカルパス-循環器医療	日本医療マネジメント学会	クリティカルパス最近の進歩2008	じほう	東京	2008	162-177
佐藤靖郎	地域連携クリティカルパス-胃・大腸がん	日本医療マネジメント学会	クリティカルパス最近の進歩2008	じほう	東京	2008	178-192
住友正幸	地域連携クリティカルパス-肺がん	日本医療マネジメント学会	クリティカルパス最近の進歩2008	じほう	東京	2008	193-204
林昇甫	病院と地域緩和ケアネットワーク	(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	ホスピス緩和ケア白書2008	青海社	東京	2008	47-52

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Koizumi W, Toh Y, et al.	S-1 plus cisplatin versus S-1 alone for first-line treatment for advanced gastric cancer (SPIRITS trial): a phase III trial.	Lancet Oncol.	9(3)	215-221	2008
Sakaguchi Y, Toh Y, et al.	New technique for the retraction of the liver in laparoscopic gastrectomy.	Surgical Endosc.	22(11)	2532-2534	2008
Kuwano H, Toh Y, et al.	Guidelines for diagnosis and treatment of carcinoma of the esophagus. Part I.	Esophagus	5(2)	61-73	2008
Kuwano H, Toh Y, et al.	Guidelines for diagnosis and treatment of carcinoma of the esophagus. Part II.	Esophagus	5	117-132	2008
Masuda T, Toh Y, et al.	Clinical characteristics of gastric cancer with metastasis to the lymph node along the superior mesenteric vein (14v).	Digestive Surg.	25(5)	351-358	2008
Narabayashi M, et al.	Opioid rotation from oral morphine to oral oxycodone in cancer patients with intolerable adverse effects: an open-label trial.	Jpn J Clin Oncol	38(4)	296-304	2008
Teramoto N, Tanimizu M, et al.	Present situation of pTNM classification in Japan: Questionnaire survey of the pathologists of Gan-shinryo-renkei-kyoten Byoin (local core cancer hospitals) on pTNM classification	Pathology International	59(3)	167-174	2009
Toh Y, et al.	A triangulating stapling technique for the cervical esophagogastric anastomosis after esophagectomy: The technique and the occurrence of leakage and stenosis.	Surg. Today	In press		2009

Toh Y, et al.	The roles of MTA (metastasis-associated gene/protein) family in Human Cancers: the Molecular Functions and Clinical Implications.	Clin. Exp. Metastasis	26(3)	215-27	2009
谷水正人、河村進、他	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	治療	90(3)増刊	727-731	2008
住友 正幸	肺がんの地域連携とクリティカルパス	治療	90(3)増刊	750-755	2008
佐藤靖郎	胃・大腸がんの地域連携クリティカルパス	治療	90(3)増刊	764-769	2008
河村進、谷水正人、他	リンパ浮腫診療の地域連携とその必要性	治療	90(3)増刊	793-799	2008
船田千秋、谷水正人、河村進、他	がん患者の継続医療を保証する退院調整連携パス	治療	90(3)増刊	800-807	2008
谷水正人	5大がんの地域連携パスに寄せる同床異夢をひもとく	看護管理	18(2)	125	2008
谷水正人、河村進、他	【地域連携パス現況と今後の課題】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	医薬ジャーナル	44(8)	97-103	2008
藤也寸志、他	特集：進行食道癌の治療。エビデンスレベルと治療成績の向上を目指して。根治切除後のフォローアップ法と再発の治療。	消化器外科	31(11)	1653-1662	2008
奈良林 至	がん患者のせん妄の原因治療	看護技術	54(14)	1518-21	2008
佐藤靖郎	胃癌術後地域連携パスと栄養管理	栄養－評価と治療	25(5)	31-34	2008
住友 正幸	肺癌の長期管理	日本医事新報	4396	43-45	2008
田城孝雄	高齢者虚血性心疾患の地域連携ネットワークの取り組み	Geriatric Medicine (老年医学)	46(12)	1465-1469	2008
河村進、谷水正人、他	【いまこそ地域連携!】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	薬事	51(1)	19-25	2009
那須淳一郎、谷水正人、他	一般ウェブ閲覧者および医師の家族歴聴取に関する意識調査	家族性腫瘍	9(1)	17-23	2009

伊藤由美子、 <u>池垣淳一</u> 、他	地域連携のための病院看護師たちの新たな試み -電話インタビューと地域での体験研修-	緩和ケア	19(2)	143-146	2009
--------------------------	---	------	-------	---------	------



#### IV. 研究成果の刊行物・別刷



## 国立病院機構四国がんセンター

### はじめに

緩和ケアチーム加算が新設されたことを契機に、多くの施設に緩和ケアチームが立ち上がった。しかし、算定条件の厳しさから実際に算定している施設は少ない。また、がん診療連携拠点病院の要件たる緩和ケアの体制と緩和ケアチームのあり方についても議論がある<sup>1)</sup>。

本稿では、緩和ケアチームが有効に機能するためのあり方について自施設の経験に基づいて述べる。

### 四国がんセンターの緩和ケアチーム活動方針

四国がんセンターは、がん占有率90%を超えるがん専門病院（病床数405床〈緩和ケア25床〉）（旧病院360床〈緩和ケア0床〉）の急性期病院である。緩和ケアチームは2003年4月に立ち上がり、2006年4月の新築移転、緩和ケア病棟開設に伴う改組を経て、現在に至っている。当院の緩和ケアチームの活動方針は、緩和ケアの普及を急ぎ、以下のように実効性を最優先してきたことである。

#### 1 チームとして強力な指導力を発揮する

疼痛緩和が必要と判断される症例には、主治医からの紹介の有無にかかわらず指導を行う。

##### 1) 情報収集

チーム看護師のラウンドにより、各病棟（担当看護師、薬剤師）から患者の症状コントロール状況について情報収集をする。麻薬処方患者のカルテチェックを行う。

##### 2) 紹介前の患者

チーム看護師の事前情報に基づいて、カルテ回診の席で病棟担当者とのディスカッションを行い、チームとしての意見をカルテに記載する。服薬指導の依頼、チームへの紹介を促す。原則として、カルテ上の回診である。

緊急を要する場合や、明らかに対応が遅れがみられる場合は、回診中に主治医と連絡を取り、患者への面会、診察も含めて対策を取る。時には主治医の了解を

得て（麻薬）処方緩和ケアチーム医師が代行する。

##### 3) 主治医から紹介がある患者

チーム回診で患者を診察し、病棟担当者とディスカッションし、カルテにコメントを記載する。直接、処方を行う。以後は、原則として緩和ケア科併診を継続する。

#### 2 施設としての疼痛コントロール指針を策定し提示する

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て当院としての指針を提示し、それらマニュアルに従うことを病院の方針として求めた（四国がんセンターのホームページに公開<sup>2)</sup>。主治医による特異な対応法は認めない姿勢を示した。

#### 3 緩和ケア期における退院・在宅移行支援、在宅療養支援を担当する

緩和ケア期における退院困難例への在宅移行支援、退院後の在宅療養サポートをチームの業務とした<sup>3)</sup>。本来、入院中だけでなく、在宅療養を含めたサポートがなければ、片手落ちである。

チーム対応患者については、緊急時の入院受け入れをチームとして保障する。緩和ケア外来に常駐する専任看護師が定期的に（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（表1）。

### 活動の実際

#### 1 第1期—チーム活動立ち上げ期の活動（2003年4月～2006年3月）

この時期のチーム構成は、医師3名（消化器内科医、麻酔科医、精神科医）、看護師6名、薬剤師1名であり、2004年10月から医療ソーシャルワーカー1名が参加した（表2）。

活動としては、週1回緩和ケア外来、院内回診、定例会議を行った。さらに、専任看護師は毎日の情報収集（一般病棟入院患者）と緩和ケア相談への一次対応、在宅への電話訪問を行った。旧病院では緩和ケア病棟

●表1 緩和ケアチームの対応・支援

	疼痛対応	その他症 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	HOT,HPN,PTEG (在宅機器対応)	総計 (実数)
2003年4月～2004年3月	43	35	24	14	64	22	11	148名
2004年4月～2005年3月	58	33	98	34	71	8	26	267名
2005年4月～2006年3月	94	23	34	55	132	4	47	280名
チーム対応患者 の死亡場所	当院にて死亡	近くの病院にて死亡	在宅にて死亡					
2003年4月～2004年3月	49	15	7	HOT：在宅酸素療法 HPN：在宅中心静脈栄養法 PTEG：経皮経食道胃管挿入術				
2004年4月～2005年3月	55	29	16					
2005年4月～2006年3月	76	60	29					

●表2 緩和ケアチームの構成

	2003年4月～ 2006年3月	2006年4月～
緩和ケア医	併任2名(消化器 内科、麻酔科)	併任2名(緩和ケ ア病棟医師2名 (内1名は消化器 内科医も併任) サポート1名(麻 酔科医)
精神科医	併任1名	欠員
がん看護専門看護師		サポート1名
がん性疼痛認定看護師	併任1名	併任1名
緩和ケア認定看護師	併任2名	併任2名
看護師	専任1名	
薬剤師	併任1名	併任1名
MSW	併任1名	サポート1名
その他		臨床心理士1名

・サポート者は原則として合同回診以外の場での協力

がなかったため緩和ケア病床(2床)を確保した。

3年間の緩和ケアチームカンファレンス(毎週1回)の検討症例数は、延べ6,004件であった。

2 第2期一新病院移転、緩和ケア病棟開設後の活動(2006年4月～現在)

がん相談支援・情報センター(相談支援センター)、緩和ケア病棟開設に伴い緩和ケアチームは組織変更された<sup>4)</sup>。同時に精神科医の転出があり(後任なし)、チーム専任看護師が相談支援センターに移ったため、専任者は不在となった。

チーム構成は、チーム専任者なく、全員併任である。医師3名(緩和ケア病棟医、麻酔科医、消化器内科医以外の2名は新任)、薬剤師1名、がん看護専門看護師1名、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、医療ソーシャルワーカー1名、臨床心理士1名、うち認定看護師の2名が分担して

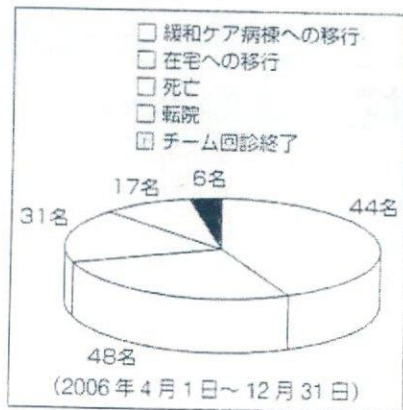
●表3 緩和ケアチームの活動

1. 診療活動
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 病棟からのコンサルテーション</li> <li>■ 緩和ケア外来 3回/週、紹介があれば毎日対応</li> <li>■ チーム回診 1回/週</li> </ul>
2. 教育・連携活動
<p>2006年3月までは緩和ケアチームが在宅移行支援、退院調整を担ってきたが、2006年4月以降は「がん相談支援・情報センター」の活動に集約</p> <p>a) 医療相談、よるず相談：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。</p> <p>b) 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。</p> <p>c) 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。</p> <p>d) 医療連携：セカンドオピニオン、地域の医療機関からのFAX紹介受け入れ、外来診察予約・画像検査予約、訪問看護ステーションなどの調整。なお、相談を伴わない単純な外来予約は別部門の「予約コーナー」で対応。</p> <p>e) 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。</p>

症例のまとめ役となる(専任看護師からの役割委譲)。

活動としては、緩和ケアチーム全員による院内回診と定例会議を週1日行っている(金曜の午後半日を会議と回診にあてる)(表3)。2名の認定看護師による情報収集と(看護職への指導を含めた)一次対応は、月曜から木曜の週1日(所属病棟フリー日)に行い、薬剤師の病棟回診による服薬コメントも別の日に行っている。退院支援、在宅療養支援は相談支援センターの機能として独立し、緩和ケアチームから離れた。新たな活動としては、緩和ケア病棟へのリクルート機能が追加された。

2006年4月から12月の緩和ケアチーム対応患者数は146名であった(図1)。内容の詳細な分析は行っていないが、ほとんどが疼痛・症状コントロールの依頼であった。主治医からの紹介があるもの、ないもの相半ばしている。同期間の緩和ケア外来患者数は



● 図1 緩和ケアチーム対応患者の転帰

157名、緩和ケア病棟入院患者数は172名であった。

チーム看護師による情報収集活動、チーム回診から判断すると、主治医による麻薬処方間違いや遅れは減少している。麻薬投与経路、レスキュー設定における調整変更についても、チームの意見がほぼ円滑に反映される。副作用対策、神経因性疼痛コントロールなどの対応困難例でチームに相談がない症例はない。緩和ケア対応状況の確認だけに終わる症例が増えている。チームへの相談内容も神経因性疼痛、終末期の呼吸困難、全身倦怠感などの、より困難な問題にシフトしてきている。緩和ケア病棟への転棟は遅れがちになるため、チーム回診によるリクルートは重要である。

現在のチームの問題は、精神科医が不在になっている点（ただし臨床心理士のカウンセリングは実施中）、外来患者への緩和ケア対応が主治医からの紹介しか機会がない点である（特に、通院化学療法中の患者）。解決には人材の確保と新たな組織編成が必要であり、その機会を待ちたい。

## 今後の課題

チーム発足以来の4年間の実効性を最優先とする直接の介入には、一定の成果を得ることができ、チームへの信頼感も確保できた。なお、チームが主治医の権限を超えて緩和ケアを実践することについて、管理会議（病院の幹部会）などで病院の方針として先に承認を得ていたため、医療者同士の確執は発足以来生じていない。もっともこれには、医師と看護師の関係がフラックで互いにものが言いやすいという病院の体質も影響しているのだろう。

退院・在宅移行支援、在宅療養支援にも対応したの

は、チームメンバーの柔軟性の故であり、チームが認知されるための方便でもあった。この機能と業務は相談支援センターの開設という別の発展をたどったが、それについては別の機会に触れたい<sup>4,5)</sup>。

臨床腫瘍医、看護師の総合力としての能力を育成し、緩和ケアの普及を図るという点からすれば、緩和ケアチームはコンサルテーションに徹するのが本来の基本姿勢である。マンパワーの状況を勘案しつつ、今後の活動はより客観的な視点から標準的疼痛・症状治療、緩和ケアの実践状況をモニタリングすること、および教育・指導活動にシフトしたいと考えている。

緩和ケアチームが有効に機能するためには、少なくとも専任の看護師配置が必要である。がん診療連携拠点病院たる医療機関は緩和医療の体制を整えることが要件であり、1名の専任者さえいないという状況は許されないであろう。2007年4月施行の「がん対策基本法」は医療を動かす大きな力になるはずである。

緩和ケアは、地域医療の中で提供される医療である。そして、病院の緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟は、そのフロントである。緩和ケア病棟は、「入ったら生きては帰られない」ところではなく、地域の「どこでも安心」を保障する最後の砦である。実に、在宅で頑張った終末期患者の救急病棟と化した当院の緩和ケア病棟はさながら戦場である。思えばナイチンゲールがその名を高らしめたのは戦場であった。静粛で平穏な環境は理想境かもしれないが、戦場こそ緩和ケア実践の場にふさわしい。緩和ケアチーム活動の普及・発展に期待したい。

## 文 献

- 1) 谷水正人, 菊内由貴, 船田千秋, 他. がんセンターと医療連携 (地域連携). 癌と化学療法 2006; 33: 1563-1567.
- 2) 四国がんセンター公開ホームページ (四国がんの情報提供にマニュアル類を掲載) [http://ky.ws5.arena.ne.jp/NSCC\\_HP/top\\_page/](http://ky.ws5.arena.ne.jp/NSCC_HP/top_page/)
- 3) 田所かおり, 谷水正人, 神谷淳子, 他. 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 2006; 33: 338-340.
- 4) レポート医療現場 71—愛媛県・独立行政法人国立病院機構四国がんセンター緩和ケア病棟. 臨床のあゆみ 2007; 71: 8-11.
- 5) 消化器癌治療の広場—消化器癌治療の現場から. 第6回独立行政法人国立病院機構四国がんセンター前編. 後編 <http://www.gi-cancer.net/gi/index.html>