

武藤正樹	がん地域連携クリ イカルパス	月刊保険診 療	66 (4)	66-67	2009
------	-------------------	------------	--------	-------	------

IV. 研究成果の刊行物・別刷

がん診療連携拠点病院

designated cancer care hospital

主要関連用語 第3次対がん10か年総合戦略、国立がんセンターがん対策情報センター、標準的治療、相談支援センター

定義 がん診療連携拠点病院（拠点病院）は全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目標とする「第3次対がん10か年総合戦略」等に基づき整備が進められている。その役割は、専門的ながん医療の提供、地域のがん医療連携体制の構築、情報提供・相談支援の実施である。2009年4月現在375施設（うち都道府県拠点51）が指定され、国立がんセンターがん対策情報センターが情報を統括している¹⁾。

展開 がん診療連携拠点病院の指定は2001年に開始され（平成13年8月30日健発第865号）、2006年に「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」に細分された。がん医療の地域間格差、施設間格差の解消を目的としておおむね都道府県に一つの都道府県拠点、2次医療圏に一つの地域拠点が指定されている。拠点病院は毎年実績報告を義務づけられており、4年に1回更新審査を受けねばならない。また、その指定要件は2年ごとに見直され強化されている。

拠点病院の整備指針²⁾で、**①診療機能**：標準的治療（特に化学療法、放射線治療）、緩和ケア、病病（診）連携、セカンドオピニオン対応、**②専任・専従の診療従事者**：放射線治療、化学療法、緩和ケア、病理診断の医師、化学療法の専任薬剤師、専従看護師、緩和ケアチーム専従看護師等の配置、**③医療施設基準**、**④研修実施体制**、**⑤情報の収集提供**：相談支援センター、院内がん登録等が定められている。新しい指針に従うと、現在の拠点病院は指定に見合う診療機能（特に専任専従の医療者）の確保が困難な状況に置かれているが、人的・財政的支援は十分ではない。また都市部では、がんプロフェッショナル養成の拠点たる大学病院の一部が指定から外れている問題もある。拠点病院には地域のがん在宅医療の調整機能も求められているが、在宅医療に最も理解の乏しい医療者の牙城になっている側面が拭えない。

- 文献 1) がん診療連携拠点病院一覧、http://ganjoho.ncc.go.jp/pub/hosp_info/index_01.html
2) がん診療連携拠点病院の整備について、平成20年3月1日健発第0301001号、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
3) 第5回がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/02/s0203-7.html>

谷水正人

がん難民

wandering cancer patients

【主要関連用語】 標準的治療, 緩和医療, がんビジネス, がん対策推進基本計画

定義 「がん難民」とは2004年頃より使われ始めた社会用語である。定義としてはおよそ、「治療方針に悩んだり、治療をしてくれる医師や病院を探し求めて、途方に暮れながら彷徨っているがん患者たち」のことを指す¹⁾。ほかに「がん医療に地域間格差、施設間格差がある問題、新規抗がん剤等の認可の遅れに憤る患者たち」からの発言にも使われている²⁾。最近では、さらにはがん患者が経済的にがん難民化する問題が生じている。

展開 「医師の治療説明に不満足、または納得できる治療方針を選択できなかった」がん患者を調査した推計によると、がん患者128万人のうち53% (68万人) ががん難民化しているとされた³⁾。

がん医療における標準的治療は大学病院やがん診療連携拠点病院を中心に均てん化が急速に進んでいるが、標準的治療とは「現在ある治療で最も効果的と証明された、あるいは妥当と考えられている治療法」という意味であり、それらの治療を使い果たした段階で、がん患者への正当な積極的治療法は存在しない。あとに残るのは確実性が証明されていない経験的、実験的治療法でしかなく、多くの場合「緩和医療」が推奨される。しかし、まだ体力の残る患者にとって(終末期医療と誤解されている)「緩和医療」はにわかには受け入れがたい。何も積極的治療をしないという精神的重圧に耐えかねて不安に震え、ほかに何か治療法はないのかと非標準的治療を求めて彷徨う。その姿はあたかも国という拠り所を失った難民であり、いかがわしきがんビジネスの温床ともなっている。これが「がん難民」という社会の実相である。がん対策推進基本計画(2007年6月)では「がん医療に地域間格差、施設間格差」の解消を重要課題としているが、標準的治療と緩和医療の隙間を埋めて、患者に納得のいく医療を提供するためのサポート体制が欠如しているところに、がん難民を生む日本の医療・社会的な問題がある。緩和医療への誤解を解く啓発活動、「医療コーディネーター」や「地域連携パス」など隙間を埋める仕組みづくりも始まっている。

文献 1) 三好立 (http://www.cftopia.com/gan_nanmin/index.html)

2) 変えよう日本のがん医療 (<http://www.canps.net/>)

3) がん患者会調査研究委員会:がん患者会調査報告—『がん難民』解消のために—。医療政策, 5, 日本医療政策機構, 2005.

谷水正人

Ⅲ. がん医療における化学療法を含めた地域連携の取り組み

がん領域における地域連携パス導入のために

国立病院機構四国がんセンター

谷水 正人 河村 進 青儀健一郎
船田 千秋 菊内 由貴 宮内 一恵

要約 がん領域における地域連携パス導入に資することを期し、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」研究事業（研究代表者：谷水正人）でまとめた地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）に求められる要件、今後の課題をまとめた。連携パスの成否は、その導入により、①医療の質、安全をいかに患者に納得してもらえるか、②現場の医療者の負担をいかに軽減できるかの二点にかかっている。全国で多くの連携パスが試作、臨床利用されはじめたが、今後しばらくは各地域の創意工夫に期待したい。

はじめに

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）に基づいて「地域連携クリティカルパスの整備状況」が医療資源、連携などに関する情報として収集されることになった¹⁾。また2008年にかん診療連携拠点病院の指定要件が変更され、わが国における主ながん（肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん）において地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）の導入が求められた²⁾。がん領域における連携パスの経験はまだ乏しく、がん診療連携拠点病院における試行の段階である。厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業による「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」研究事業（研究代表者：谷水正人）の進捗状況（連携パスの要件、ひな型、ネットワーク体制、阻害要因）を紹介する。

I. 連携パスの要件、ひな型、ネットワーク体制、阻害要因

1. 連携パスの要件整理

がん医療の連携体制について、医療機関の機能は「医療計画の見直し等に関する検討会」の提案をベースとする（図1）³⁾。施設の機能、役割を一つに限定するものではないが、利用者の側から機能、役割がみえることが重要である。何でもできます（施設内完結）の主張は排除する。その視点から連携パスとしての開発方針と備えるべき要件を整理した（表1）。

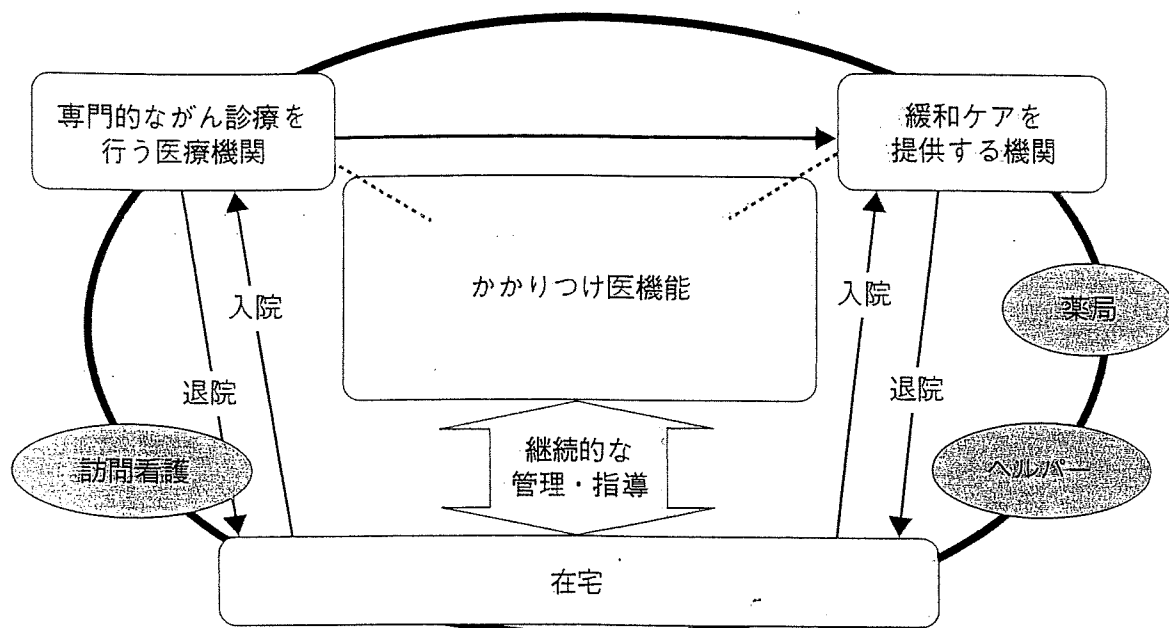


図1 医療計画の見直し等に関する検討会で示されたがんの医療連携体制の図を一部改変

2. 連携パスのひな型

連携パスは、診療情報提供書の交換をベースとした従来の連携は医師-医師間連携という限界を超えて、看護師（訪問看護師）、薬剤師、調剤薬局、居宅介護支援事業所とのチーム医療である。原型となるひな型（図2）を提示した。具体的なテーマとしてわれわれは再発リスクが低く、安定した外来フォローが期待できる「乳がんlow riskの術後連携パス」を例に開発した。先進的な試みである函館五稜郭病院の連携パスを参考にした⁴⁾。用意した医療者用共同診療計画表（図3）を示す。フォローすべき血液検査、画像検査の項目と間隔については実際の日常診療をベースに、患者QOL、患者-医療者間の信頼関係の維持に考慮して決定した。標準治療ガイドラインには掲載されていない項目も含まれており、フォロー項目としての妥当性は今後の検討課題である。施設や地域の状況によりパスに入るフォロー項目は個々に検討される必要がある。具体的なパスひな型の詳細、最新版は四国がんセンターのホームページからリンクし公開している（<http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html>）。

3. 連携パスを動かすために必要なネットワーク体制

導入への流れをフロー図として示した（図4）。実際に連携パスを適応するには、運用体制の構築が前提である。連携ネットワークのあり方と運用体制構築の課題について整理した。

1) 連携ネットワークの基盤をどう構築するか

連携パスの様式は患者視点から4疾患5事業で統一される必要がある。母体となり得るのは、行政（保健所）、医師会、連携のための新しい共同体（県レベルのがん診療連携協議

表1 連携パス開発指針と備えるべき要件

-
1. 連携パスの開発指針
連携パスの作成指針を以下の疾患の治療テーマごとに作成する。
 - ①診療ガイドラインに沿って作成する
 - ②医療機関の機能と役割分担を明記する
 - ③診断, 治療, 外来, 緩和ケア, 在宅, 看取りまで
 - ④病院, 診療所, 薬剤師, 看護師 (訪問看護師) との連携を包含する
 - ⑤共同診療計画を各疾患の治療法ごとに作成する
 - ⑥連携の意志がある地域の全医療機関が使えるもの
 - ⑦連携を説明し同意を得る
 - ⑧緊急時対応の取り決めを明記する
 - ⑨紙のひな型を提示する。将来的には電子化を見据える
 - ⑩連携医療機関と定期的に協議する場を設ける
 2. 連携パスに関連して準備するもの
 - ①医療機関の役割分担表
 - ②共同診療計画表 (医療者用, 患者用)
 - ③私のカルテ (情報共有ツール)
 - ④地域住民に示す医療連携のポスター, パンフレット
 3. 医療者として共有すべき情報
 - ①説明書および同意書 (同意書は試行段階の説明用)
 - ②診療情報提供書
 - ③決定した連携先医療機関の一覧
 - ④共同診療計画表
 - ⑤医療者用チェックシート
 4. 「私のカルテ」患者自身が携帯し, 管理保管する診療情報
 - ①地域連携クリティカルパスの説明書 (パンフレット), 同意書 (前出)
 - ②決定した連携先医療機関の一覧 (前出)
 - ③知っておきたい私の診療情報
 - ④患者用共同診療計画表
 - ⑤自己チェックシート, 私の状況・経過 (検査データなども添付)
 - ⑥おくすり手帳, 副作用の説明書
 - ⑦その他備えるべきもの: コスト説明, 高額医療申請ツールなど
-

会など) が候補としてあがる。愛媛県の場合は, ①愛媛がん診療連携協議会 (愛媛県下の7がん診療連携拠点病院, 医師会, 歯科医師会, 薬剤師会, 看護協会, 患者団体が参加している) におかれた連携パス開発検討委員会が連携パスの開発を分担する。②愛媛県医師会の指導の下, 愛媛大学医学部が主催する「愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会」(愛媛県下の大半の病院が参加している医療連携室の研究会, 2008年度から開催 (3回/年)) が連携の調整役を担う。連携のコーディネート方法は4疾患5事業で共有できる部分であり, 医療連携室の連携調整は最も重要である。③愛媛クリニカルパス研究会 (愛媛県内の21病院が参加している入院パスの研究会, <http://square.umin.ac.jp/ehime-cp/>) が参加する。連携による継続診療の質が保証されるためには入院パスと連携パスがそろい, 施設間で統一されることが理想である。入院パスの導入状況には施設間差がみられるため, まずは連

共同診療計画書() _____ さま

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 _____)

		施設名: _____ における日常診療									
		(退院時)	施設名 _____ 日常診療 (6ヶ月)	施設名 _____ 日常診療 (1年)	施設名 _____ 日常診療 (1年6ヶ月)	施設名 _____ 日常診療 (2年)	施設名 _____ 日常診療 (3年)	施設名 _____ 日常診療 (4年)	施設名 _____ 日常診療 (5年)		
目標											
項目											
	全身状態										
	症状管理										
医師	問診										
	視・触診										
	検査										
看護師 / 薬剤師 他	説明・指導										
	生活支援										
	投薬管理										

図2 共同診療計画表（医療者用）のひな型

携パス単体として利用できることを念頭に開発する。

なお、保健所のネットワーク（行政のネットワーク）は非がん領域（難病、感染症など）において構築されている。がん領域へ影響力も期待されるが、われわれ自身には経験が乏しい。

2) 個々の症例ごとに求められる調整，サポート

連携する個々の症例ごとにきめ細かく継続診療にかかわる調整が必要である。症例ごとの調整とは、医療者間の連携を患者に説明し（医療者を支える）、患者の情報を医療関係者に伝え、第一の相談役としていかなる場合も患者を支えることである。介護保険ではケアマネージャーが患者の依頼に基づいて病院、診療所（かかりつけ医）、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の間を調整しているが、医療依存度の高いがん診療の連携コーディネートには看護師の役割が重要となるであろう。携パスに求められるコーディネート機能については今後の整理が必要である。四国がんセンターではがん相談支援、情報センターが連携コーディネート機能を担うべく組織構築が行われている⁵⁾。

4. 連携を阻む要因

連携による共同体制を確立するためには多くの障害がある。それぞれ解決へのアプローチが必要である。

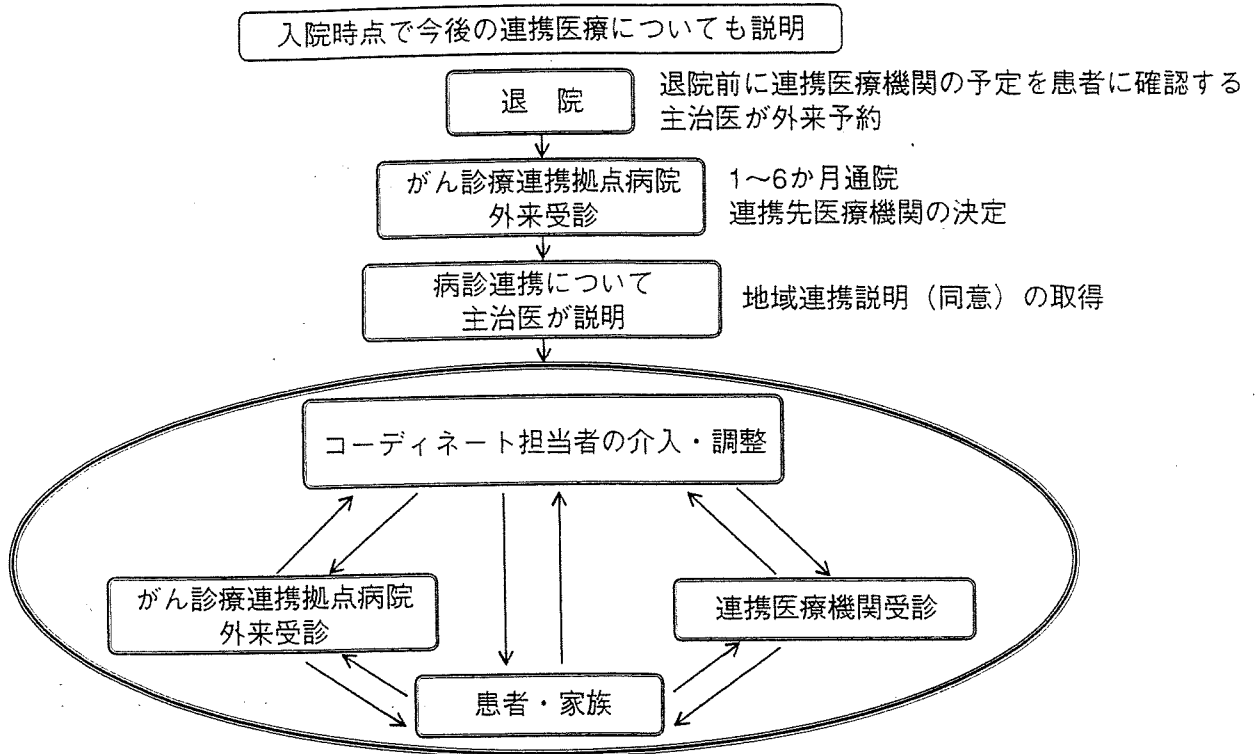


図4 連携パス開始に至るフロー

1) 医師の抵抗感

病院の主治医は忙しくても頻繁に患者を診るほうが安心であり、観察期間の間隔が空くことの負担（重圧感）は大きい。共同診療体制により医師としてのコミュニケーション能力（相手に共感する能力，臨機応変に対応する能力）を試されることは医師にはストレスである。しかし医師は、「治療計画の全体像を患者やコメディカルにみえるようにすること（チーム医療）の重要性を認識する必要がある。今の時代，変革できないことは大きなリスクであるとの自覚が医師にも求められるであろう。

2) 当事者たる患者の意向，納得

患者は専門医，治療医による継続診療を望むことが多い。連携パスが基本計画に入れられた経緯として患者の声（「見捨てないでほしい」という声）が端緒となったと聞く。がん患者は突然にがんと宣告され，専門的治療を受け，さらにその後の継続診療が続く。手術，放射線，化学療法，症状緩和治療のすべてを担える専門医は存在せず，専門医，かかりつけ医の共同診療体制が必要とされるゆえんである。しかし，「がん難民」という言葉に表されるごとく必要とされる医療の現実と患者・家族の期待は大きくずれている。がんの地域連携クリティカルパスの整備はそのギャップを埋めるための手段である。「がんの拠点病院だけでなく近くの医療機関でもレベルの高いがん医療が受けられるなら，連携を進めてほしい」という声が「連携パス」につながったとすれば，連携パスにより本当に患者の期待に応える医療が提供できるかどうか，そのために何をどう整えるべきか，議論が

必要である。専門化、高度化した医療を一人の専門医が支え続けることは大きな弊害であり、「病院が近いので（そのまま専門医に）継続してみしてほしい」という希望に応えることが結局は医療のミスリーディングになりかねないことを医療者は意を尽くして説明すべきである。

II. 考 察

連携パス導入に期待される最も直接的な利点は、専門病院における外来患者集中の緩和である。長期生存や化学療法における延命効果が期待できるようになったがん患者の外来フォローで基幹病院の外来は混雑しており、安全性を確保できれば医療者にとってのみならず患者にも利することは間違いない。がんの連携パスは共同診療体制のパスであり、「病院にかかる人もかかりつけ医をもちましよう」という言葉に集約されるのではないかと思う。特定の専門医が初期診断から治療、緩和医療まで継続して診つづけることの害を認識しなければならない。連携パスの導入は専門化、高度化した医療に対応し、患者の納得と安心を確保するためには極めて有用なツールとなり得る。しかし、連携パスが患者を「かかりつけ医に押しつけてしまうためのツールである」かのような誤解を生んでいるとすれば修正が必要である。連携でよい医療が提供できることの確信がないまま医療者の都合で無理強いしてはならない。

連携パスの成否は、①医療の質、安全をいかに患者に納得してもらえるか、②現場の医療者の負担をいかに軽減できるかの二点にかかっている。患者にはわかりやすく安心して、丁寧な説明と連携への誘導が求められる。全国で多くの連携パスが試作され臨床利用されはじめたが、今後の創意工夫に期待したい。研究班としては連携パスのひな型を示すことと、連携パスの稼働を可能とする調整する組織のあり方を提案していきたいと考えている。

本研究は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可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」研究事業（研究代表者：谷水正人）による。

文 献

- 1) 厚生労働省医政局指導課長通知 医政指発第0720001号: <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf>, 平成19年7月20日.
- 2) 厚生労働省健康局長通知 健発第0301001号: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>, 平成20年3月1日.
- 3) 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: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html>
- 4) 注目疾患の連携パス 事例3 函館五稜郭病院/乳がん術後連携パス. パス最前線, 2008年春号, 第一三共株式会社, 東京, 2008年, pp.17-20.
- 5) 船田千秋: 地域のがん医療連携をサポートするがん相談支援センター. パス最前線, 2009年春号, 第一三共株式会社, 東京, 2009年, pp.35-39.

第

2

章

がん診療における地域連携に必要な要件

1 はじめに

がん医療において医療機能の分化・連携の推進、切れ目のない医療の提供と在宅医療の充実は喫緊の課題である。地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)はがん医療の課題を解消するツールとして有望視されている。本稿ではがん診療における地域連携が成立するための要件について考察した。

2 地域連携が成立するための要件

がん診療における地域連携が成立するための要件について以下の3つの観点から考察する。

- 要件1. 地域連携基盤を構築する
- 要件2. 現場の医師をサポートする
- 要件3. 患者の意向をふまえる

1) 要件1. 地域連携基盤を構築する

連携パスは地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる。従来、連携パスは意識の高い基幹病院がプロトタイプを作成しそれが地域に広がるという形で普及してきた。今後は基幹病院中心を脱却し、地域での共同開発、連携ネットワークの構築に向かう必要がある。がん診療連携拠点病院(拠点病院)が表に出すぎないことは連携を円滑に進めるうえで必要な配慮である。また従来の医師医師間連携に留まらず多職種連携を目指す必要がある。がんに限らず4疾患5事業(4疾患:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病;地域医療支援病院を核として系列化、5事業:救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療;不採算でも必要な医療)として連携パスツールの様式が統一されることが望ましい。

地域連携基盤としては医師会、行政(保健所)のネットワーク等が候補である。愛媛県での連携体制構築を例に挙げる。

① 県医師会、行政との共同体制:

がんの連携医療はかかりつけ医と専門医の連携である。かかりつけ医機能を担う診療所、一般病院との関係を構築するために最初の段階で医師会の意向を確認し、共同体制を組む必要がある。組織率の高い医師会の場合には特に有効である。医師会の連絡調整は一旦承認を得ると円滑に進む。もう1つ、従来がん医療に関係することが少なかったが、行政(保健所)のネットワークは地域医療機関だけでなく保健福祉領域をカバーしている。筆者らの場合も協力関係を築くために意見交換の場に参加してもらっている。医師会の組織率が低い都市部のネットワーク構築には行政ネットワークとの共同が有望であろう。

② 4疾患5事業を統括できる研究会の立ち上げ:

愛媛県では平成20(2008)年6月に愛媛大学医学部が主催する医療連携室の研究会(愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会)が立ち上がった。愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会は愛媛大学の関連病院の会を母体とし、県下のほぼすべての病院の幹部、医療連携室職員が参加する。総会が3回/年開催され、医療連携室間の情報共有、意見交換の場となっている。

③ がんの連携パス開発を担うのは?

愛媛がん診療連携協議会(愛媛県下の7がん診療連携拠点病院、県医師会、歯科医師会、看護協会、病院薬剤師会、県行政担当部局で構成)が主に担当する。5大がんの地域連携パス作成に関する委員会が分科会として定期会合を持つ。

④ 研究会活動

愛媛クリニカルパス研究会(愛媛県下の主な21病院が参加する院内パスの研究会、全国のがんの基準パス開発とも連携し院内パスの普及啓発を進めている)が活動している。拠点病院はすべてこちらにも加入している。

上記を基盤として、平成20(2008)年から乳がんを最初のテーマとして県拠点の四国がんセンターがひな型を提供し「5大がんの地域連携パス作成に関する委員会(連携パス委員会)」が定期的な会合を運営している。そこで挙げた地域連携基盤構築のための重点事項は以下の3点であった。

① 緊急時の対応を保証する仕組みを備えること

医師会アンケート調査などからみると連携を受けるか
かりつけ医側の懸念は「緊急時の対応」であり、患者会の
意見でも緊急時の不安が大きい。連携開始の基本として
緊急時の対応が決められていない連携はあり得ない。医
療者個人の犠牲ではなく連携のシステムとして緊急時の
対応を保証する仕組みが必要である。

② 入院パスと連携パスの双方を揃えること

連携パス単独では医療の質を保証するに至らない。一
貫した医療の質を保証するという観点からみれば入院パ
スと連携パスの双方が示される必要がある。ただし入院
パス、連携パスは独立して開発される。発展途上の一過
程として連携パスだけで稼働する段階は容認される。

③ 医療連携室の機能を強化すること

医療連携室が強化、再構築されねばならない。連携の
コーディネートのあり方は4疾患5事業で共通する。従
来の連携調整は術後回復、ケアの調整が主であり事務
職、ケースワーカーが中心となってきたが、がんなど医
療内容に深く関わる連携パスの調整には医師、看護師の
役割が重要である。拠点病院には専任で連携パス作成に
あたり、普及啓発する医療職を確保することが望まし
い。連携をコーディネートする基本的要件をマニュアル
化する作業、教育研修の機会を設けることも必要であ
る。日常医療業務に忙殺されている医療者の今以上のボ
ランティア作業や他業務との併任は困難である。筆者ら
は連携構築をサポートする「連携パス開発・研修セン
ター」の設置が必要と考え実現化を模索している。

2) 要件2. 現場の医師をサポートする

① 医療者への圧迫感、作業量の増加

3分間診療であっても外来診察医は頻繁に患者を診る
ほうが安心である。しかし連携医療により外来診察回数
は減少する。1回の外来診察にかかる責任と負担は格段
に大きくなる。連携相手から常に評価され続けることは
(緊張感を生み医療の質の向上に寄与するには違いない
が)ストレスである。また患者の要求度が高くなった現
在、それに応えられるコミュニケーション能力に欠ける
医師は少なくない。患者との信頼関係の維持に負担を感
じる医師も出てくるであろう。情報提供書作成等の医師
の作業量も増加する。医師の負担が心身ともに大きく増
すことは避けられない。医師への負担を軽減する、ある
いは医師をサポートをする役割、人材が必要である。

② 医療者が抱く変革への抵抗感

連携医療は医師を選ぶことになる。拠点病院の専門医
が連携医療に関心を示さない(非協力的な)場合は問題で
ある。本来医師の頭の中には連携パスより遙かに緻密な

診療計画が存在する。すでに地位を確立した診療科長な
どは多忙を理由に連携パスに非協力的となりやすい。周
りが自分に従っている場合にあって頭の中を明らかにす
る面倒な作業に手を付けたくはないであろう。しかし治
療計画は評価可能な形で明示されること、EBMに基づ
く標準的治療に則っていることが求められている。医師
が自らを変革できないのはリスクである。スタープレー
ヤー、ワンマンたる医師に対しても連携パスの利点、
チーム医療による共同と質の保証と明示の必要性を説
き、理解を求めるつらい作業が先導者には求められる。
場合によっては病院長のトップダウンが必要かもしれない。

3) 要件3. 患者の意向をふまえる

自分だけは専門病院で継続して診てほしいという患者
の願いは果たして不当な要求だろうか。連携ということ
が医療提供側の都合の押しつけになっていないだろう
か。医療者は医療の質・安心・安全を保証し、どんな場
合も支えるという姿勢を示せているだろうか。最初に治
療を受けた専門医に継続して診て欲しいと願う患者の心
情は決して不自然ではない。しかし高度化、専門分化し
た医療を最適な形で提供できるためには連携医療が必須
である。がん医療のいろいろな時期において、中心とな
る専門医は異なる(図1)。連携パスは1フェーズの治
療計画(フォローアップ計画)を明示、規定するものであ
り、診断、治療、再発、進行、終末と一連の流れの中
では専門医の分業は必然である。終始一貫してサポート
できるのはかかりつけ医である。連携パス導入はかかり
つけ医の重要性を再認識することに他ならない。患者には
専門医が門外漢の継続診療を引き受けることのリ
スク、医療のミスリーディングへの危険、専門医はか
かりつけ医機能を果たすことが困難であることを丁寧
に説明する必要があるだろう。医療者の意図を患者・
家族にきちんと説明する役割、人材が必要である。

患者は元来医師に対して自分の状態をうまく伝えられ
ない。患者にとって連携医療に抱く不安は緊急時の対応
の不安(「いつも通っていないといざという時、病院で診
てもらえるのか不安」, 「二人の医師の間で責任のなすり
つけあいが起こるのではないか」), かかりつけ医の対応
力への不安(「専門医でなくて同じ水準の医療を期待でき
るのか」, 「対応が遅れる危険はないのか」)等である(患
者会アンケート調査(未公開データ)による)。緊急時の
対応について患者の安心を保障することは重要である。
連携により少なくなる関係性を補い、患者の思いを伝
え・支える調整役が必要である。

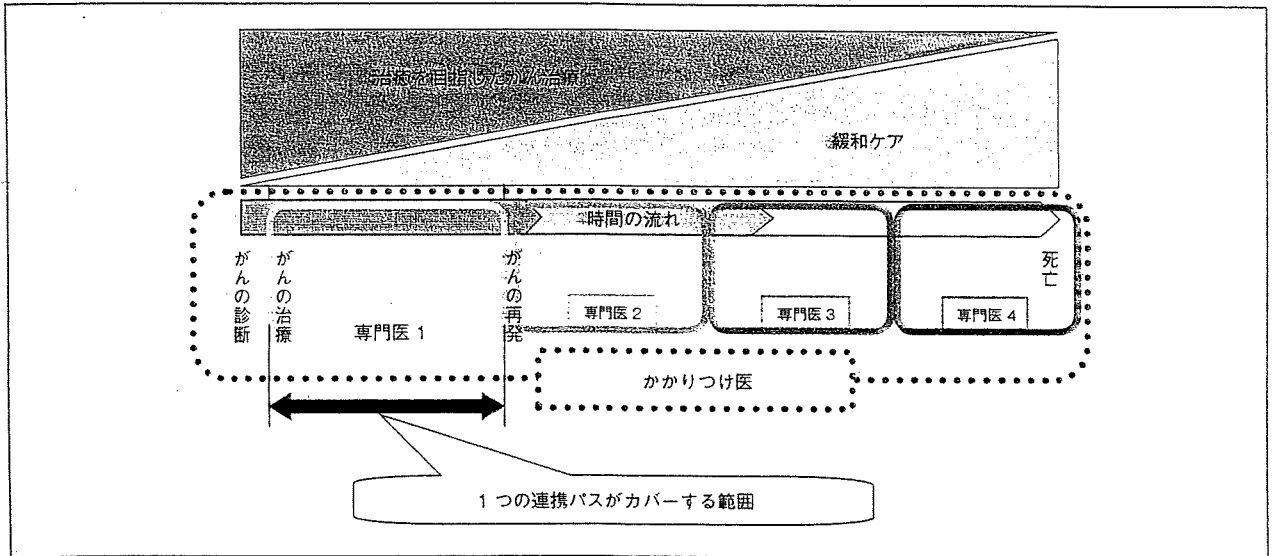


図1 がん医療連携における役割分担と連携バスの位置づけ
 いろいろな時期において、中心となる専門医は異なる。終始一貫してサポートできるのはかかりつけ医である。

3 求められる連携コーディネーター機能

3つの観点から地域連携が成立するための要件を述べたが、連携をコーディネートする機能が最重要課題であることを主張した。連携のコーディネーター機能を整理すると以下の3点となる。

- ① 医療連携の必要性と方法を関係者(かかりつけ医、患者等)に説明し、調整する
- ② 患者の訴え、症状等の情報を医療者(専門医、かかりつけ医)に伝える
- ③ 身近な相談役として患者を支える

過去にはベテランといわれる外来看護師が一部その役割を代行していたこともあったが、外来配置が減らされる等現在の外来看護師にその力は不足している。連携バスという視点で外来部門、連携室部門を見直し、①医療連携室が担うコーディネーター担当者(ソーシャルワーカー、事務職員、看護師)、②外来に配置するコーディネーター担当者(看護師)、③連携バスの開発を担当する医療者(医師、看護師)、の3者による医療連携支援体制を構築することを提唱したい。

がん対策推進基本計画に連携バスが取り上げられたのは患者の声からであったと聞く。がんの拠点病院だけでなく近くの医療機関でもレベルの高いがん医療が受けら

れるなら連携を進めて欲しい、という声が出発点であったとすれば、連携バスにより本当に患者の期待に応える医療が提供できるかどうか、そのために何をどう整えるか、今後さらに深い議論と試行錯誤が必要である。最終的には連携のコーディネーターにより、いかに医療の質・安心・安全を患者に納得してもらえるか、いかに現場の医療者の負担を軽減できるか、ということが連携バスの成否を握るであろう。

4 おわりに

がんの地域連携バスは「病院に通院する人も近くのかかりつけ医を持ちましょう」ということに他ならない。「かかりつけ医制」は古くから提唱されているが、まだその体制は確立できていない。患者はいかにしてよいかかりつけ医に出会えるか、がんの連携バスはその道筋を提示できるものでありたい。

(補記)本研究は平成20(2008)年度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バスモデルの開発」研究班の成果に基づいている。

(谷水正人)

第

5

章

がん診療における
地域連携パス

1. 概説	41	5. 肝がん	69
2. 胃がん	45	6. 乳がん	87
3. 大腸がん	57	7. 前立腺がん	89
4. 肺がん	65		

1. 概説

はじめに

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(2006)年6月21日交付〕に基づいて「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¹⁾。また平成20(2008)年にかん診療連携拠点病院の指定要件が変更され、わが国における主ながん(肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん)において地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)の導入が求められた²⁾。がん診療連携拠点病院には、がんの連携パス開発を通して新たな地域医療連携体制の構築が求められている。本項では厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業による「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」研究事業(研究代表者 谷水正人)で行った調査結果を紹介し、今後の課題を考察する。

2 5大がんの連携パスの現況調査

1) 対象と方法

連携パスの現況把握のためのアンケート調査を平成21(2009)年1月5～20日に実施した。対象はがん診療連携拠点病院351医療機関と東京都がん診療認定病院10医療機関の総数361医療機関とし、病院長宛に郵送にて調査を実施した。

2) 結果

214通の回答(回収率59.4%)が得られた。

- ①平成20(2008)年12月末現在、胃がん14パス、大腸がん15パス、乳がん15パス、肺がん7パス、肝がん6パス、前立腺がん3パス、膀胱がん1パス、緩和1パス、子宮がん1パスの計63パスが把握でき、全国で胃がん459人、大腸がん250人、乳がん276人、肺がん28人、肝がん11人ががん地域連携パスで医療を受けていることが確認できた。
- ②連携パス作成の単位は、県統一パス2、2次医療圏統一パス3、病院独自パス17、その他3であったが、都道府県がん診療連携拠点病院が中心となり、県統一パスを目指す動きが31県でみられた。
- ③がん診療における連携の難しさでは、地域ネットワークの未成熟、在宅医療の未成熟、連携先データベースの未成熟、在宅療養をサポートする社会資源が少ない、患者家族に理解がない等の回答があった。
- ④必要なサポートとしては、連携パスの解説、作成方法の解説、連携パス会議の運用方法、事務局の運営方法等のノウハウを多くのところが求めている。また連携パス導入にあたって予算措置は不可欠、連携推進のための人件費のサポートが必要であるとの指摘もあった。
- ⑤連携パス開発への要望として、5大がんすべての完全なパスでなく、術後フォローなどできた順に情報提供してほしい、解説ではなく実例提示をしてほしい、5大がん連携パスの全国均一化・統一化されたパスを作成してほしい、地域連携パスとして、最低限必要

とする要件を明確にしてもらいたい、緩和医療に関するパスを策定してほしい等があがった。

3 医師会アンケート調査にみる連携への医師の意識

愛媛県医師会において、医師会員のがん診療地域連携に関する意識調査、今後の案内等参考となる医師に関する情報収集を目的にアンケート調査を行った。

1) 対象と方法

愛媛県医師会の全会員 2,883 名(開業医 1,106, 勤務医 1,777)を対象に平成 20(2008)年 11 月 10~23 日に調査票を郵送した。

2) 結果

回収は 1,041 通(回収率 36%)であった。

- ① がんの医療連携に協力したいとの回答は診療所医師 62%、一般病院医師 69%、拠点病院医師 78%といずれも高率であった。
- ② 逆紹介で受け入れることのできる患者は、診療所、一般病院の順に術後フォローの患者 71%、73%、(安定した)化学療法(経口抗がん剤)中の患者 39%、56%、(安定した)注射抗がん剤使用中の患者 13%、33%、進行再発がんの化学療法中の患者 14%、33%、緩和ケアの患者 26%、45%であった。術後フォローの受け入れは高率であり、化学療法患者の受け入れにも積極的な回答がある一方、いかなる場合も受け入れられないとの回答が 23%、14%あった。
- ③ がん患者を受け入れた場合の不安な点は、緊急時の対応(診療所 77%、一般病院 62%)と化学療法副作用への対応(50%、49%)が高かった。
- ④ 在宅医療に関わっている割合は、診療所 58%、一般病院 30%と高く、在宅での看取りの経験もそれぞれ 49%、30%と高率であった。
- ⑤ 連携の勉強会としては診療所、一般病院ともに緩和ケアへの関心が高く、支持療法、化学療法、がんの病態と続いた。
- ⑥ 自由記載では、がんの連携への積極的な関わりを求める意見がある一方、連携への否定的な意見もみられ、個別の対応に配慮する必要があることが示された。

4 患者アンケート調査

NPO 法人愛媛がんサポートおれんじの会(松本陽子代表)が平成 21(2009)年 1 月に会員と例会参加者に行った調査結果(回答数 80)を紹介する。

- ① 病診連携については、よいと思う 68%、よくないと思う 22%、わからない 9%であった。よいと思うという意見の理由は、多い順に通院時間が短くなる 24、複数の人にみてもらうほうが安心 23、待ち時間が短くなる 14、近くに信頼できる医師がいる 12があがった。よくないと思うという意見の理由は大きな病院でない不安だから 11、どちらに頼ってよいかわからない 8、近くに診療所がない 2などがあがった(複数回答あり)。
- ② どの段階から病診連携が可能だと思うか、という質問に対して、経過観察のみ 27、どの段階でも 20、積極的治療をしなくなったときから 17、経口抗がん剤の段階 10であり、進行再発がんの抗がん剤治療は 3 であり、どの段階でも不可能という意見も 5 あった(複数回答あり)。
- ③ 自由記載からの意見
 - a) 情報不足への不安：診療所にがんの専門知識がないために専門病院へ行くのであって、診療所で何ができるか明確でない、別の医療機関に所属する複数の医師が患者の状態を同じ水準で把握できるのか、診療所の医師がすべてががん対応のスキルが十分とはいえない、そのために適切な対応ができない、もしくは遅れる危険性が高い。
 - b) コミュニケーション不足への不安：個別に丁寧な説明が絶対必要。病状が悪化したときに責任のなすり合いが起きるのではないかと、医療者同士が顔のみえる連携を強化しないと患者を紙一枚で送る「冷たい医療」となりかねない。備からない患者を押し付けられた医療機関が本気で患者の診察をしてくれるのか疑問。
 - c) 安心できる連携のために：緊急時の対応が保障されること、受け入れ先の医療機関の情報の提示(何ができて何ができないか、設備、機器、スタッフの体制、医師の人物像)、治療初期から(連携を含めた治療方針の)全体像を提示すること、患者にとっての利点、不利な点を明らかにすること、連携をコーディネートする人が必要との指摘があつた。

5 がん診療における連携バスの位置づけ

がん医療連携における役割分担と連携バスの位置づけを整理してみよう(第2章図1, 7頁を参照)。がんの連携バスは専門医とかかりつけ医の併診による循環型連携である。がんの種類, 進行度などに規定された治療方法ごとに設定される。例えばがんの根治的手術後のフォローアップを考えてみると, 専門医による手術後, 外来フォローとなった段階では節目の専門医による診察, 定期的なかかりつけ医の診察が計画され, (専門医による)画像検査のフォロー, (かかりつけ医による)日常診療, 定期投薬, 血液検査等が入る。「私のカルテ」が情報共有ツールとして患者とともに動く。不運にして再発した場合, その連携バスは終了し, 次の連携バスへと引き継がれる。専門医は専門的治療に応じて交代していくのが原則であり, 例えば化学療法の専門医へとバトンタッチされる。かかりつけ医は疾患の最初から最後まで一貫してサポートする。

連携バスの推進はがん均てん化, 標準的治療の普及とともにかかりつけ医機能の重要性を再認識するプロセスにはほかならない。つまり患者・家族に身近な存在としてかかりつけ医制度の普及推進を図る活動につながるものである。患者・家族への連携バスのアピールは「病院に通院する人も近くのかかりつけ医を持ちましょう」ということになるだろう。

6 現状についての考察

がん診療連携拠点病院は平成24(2012)年4月までに5大がんの連携バスを揃えておく必要がある。全国の連携バス開発状況は平成21(2009)年1月の時点ではまだ出発の段階であったが, その後の全国各地域での進展は著しい。ほぼすべての都道府県でがん診療連携協議会として連携バスの検討会が立ち上がっている。平成21(2009)年6月の都道府県がん診療連携拠点病院の調査資料(和歌山県立医科大学事務局, 51拠点のうち38拠点から回答, 未公開)のほか, 個人的に把握している情報も加えると, 少なくとも肺がん3, 胃がん5, 大腸がん3, 肝がん1, 乳がん3が県統一バスとしてすでに作成されている。県統一バスには至ってなくても拠点病院からの開発事例は続々と公表され, 運用実績の報告も始めている。連携バス開発研究班としての成果はインターネットに公開されており, 連携バスのひな型がダウンロードできる³⁾。また本書でも先進的な開発事例が紹

介されている。現在開発中の地域, 拠点病院には後塵を拝することを恐れることなく積極的に先進事例を拝借して地域の実情に合わせた連携バスの開発を進めていくことを期待したい。連携バス開発研究班では昨年度に引き続き本年度も全国の連携バス開発状況を調査する。できればそれらの成果をインターネット上のパスライブラリーとして提示していきたいと考えている。

医師のアンケート調査はその後いくつかの都道府県でも実施されているが, 同様の傾向である。すなわちかかりつけ医, 一般病院はがんの連携に対して前向きな回答を寄せており, 特に術後のフォローアップ連携には多くの施設が協力的である。抗がん剤治療の連携も連携先と適応を選べば成立し得る。また在宅医療, 在宅看取りの経験を有する診療所は多く, 在宅緩和ケア連携が成立する素地はある。かかりつけ医側としての懸念は緊急時の対応である。拠点病院としての対応が求められていることを踏まえ, 体制を整える必要がある。

患者家族の連携医療に関するアンケート調査は貴重である。患者会というがん医療に特に関心が高い集団の調査であったことには留意するとしても, 連携医療に対する理解が高いことが示されていた。しかし情報不足, コミュニケーション不足への不安は大きく, 訴えは切実であった。患者に無理を押しつけてはいけない。連携バスで解決しようとしている医療者の姿勢をわかりやすく提示し, 理解してもらうための工夫を重ねる必要があるだろう。

連携バス適応による連携医療の姿を描いてみたが, 現実の医療とは必ずしも合致していない。外科医が術後再発に化学療法を担当することは消化器領域等では日常的に行われており, がん薬物療法専門医の養成は始まって間がない。大学医学部の新設腫瘍内科学講座の機能発揮にはまだ時間が必要である。また専門的緩和医療という視点でみても医療資源は圧倒的に不足している。また従来の医療に慣れた患者にとって, 治療法ごとに専門医が変わるという連携の有様がすんなりと受け入れられるかどうかは疑問である。かかりつけ医とよほどの信頼関係がなければ, 専門医の変更について割り切るには抵抗感があるであろう。また連携バスが形の上で整ったとしても, それが稼働するかどうかは地域ネットワークや施設の院内体制(連携のコーディネート機能)に大きく左右される。連携ネットワークの環境はこの1, 2年の間に大きく前進しているが, 連携バスを稼働させるための院内体制が整っている拠点病院はまだ少ない。

7 おわりに

全国の連携パス開発の現状、医療者、患者のアンケート調査からみた課題について概括した。医療が機能分化、役割分担へと向かっている時代の流れは変わらないとしても、そこに至る道は遠く、また複雑である。連携パスが一つの正しい方法論であることに異論はないが、われわれは多くの問題を抱えつつその適応を模索していかなばならない。まずは無理をせずできるところから出発する柔軟な姿勢が求められる。連携パスを「外来治療方針の説明書」として連携の有無に左右されない形にまとめ上げた大阪府の試みは慧眼である⁴⁾。

(補記)本研究は平成20(2008)年度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」研究班の成果に基づいている。

■ 文献

- 1) 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
http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/16420060621084.htm
- 2) 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>
- 3) 5大がんの地域連携クリティカルパスモデルの開発
<http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html>
- 4) 大阪がん診療地域連携パス
<http://www.mc.pref.osaka.jp/ganshinryou-chiikirenkei.htm>

(谷水正人、河村進、青儀健二郎、船田千秋、宮内一恵)

食道がん患者の緩和医療

1 緩和ケアと疼痛管理

はじめに

食道がんにおいては、初診時から食道狭窄による嚥下障害や栄養障害、誤嚥・瘻孔による咳嗽などを伴い、生活の質(QOL)の低下をきたしている場合が少なくありません。治療を目的とした治療の初期から、症状緩和やQOLの維持・改善のための治療を併せて行っていくことが重要です。食道がん終末期患者に対する緩和医療としての種々の治療法の効果や安全性について大規模な評価はほとんとなされていません。しかし、実地臨床ではそれらによりQOLが著明に改善される症例も少なからず存在することは事実であり、われわれは十分な説明と同意のもとに積極的な緩和治療を試みています。

1 進行食道がんの症状と緩和治療

a. 局所症状とその対策

進行食道がんによる局所症状としては、食道狭窄に伴う嚥下障害・気道への瘻孔形成・気道の狭窄・出血・疼痛などがあり、いずれも患者のQOLに大きな影響を与えるため適切な対応が要求されます。

1) 食道狭窄に伴う嚥下障害

嚥下障害は「食べる」という人間にとっての大きな楽しみを奪い、栄養状態の悪化を招いて家族にとっても不安を増大させます。また、反回神経麻痺の併存などにより誤嚥性肺炎の原因にもなり得るため積極的な対症治療を試みています。

(1) 放射線療法または化学放射線療法

根治的治療の適応がない場合でも、PSが良好であれば姑息的な放射線療法(できれば化学療法も併用)により狭窄症状の改善を試みます。食道癌診断・治療ガイドライン(2007)では、「患者の全身状態に与える影響を考慮し、目的達成のための必要最低限度の照射野と総線量を設定し可能な限り短期間で治療が終了するように努める」と記載されています¹⁾。

(2) 食道ステント挿入

放射線治療の対象とならない場合、食道ステントの挿入を検討します。通常、腫瘍による再狭窄を予防の目的²⁾でカバー付き自己拡張型メタリックステントを用いています。食道ステント挿入は比較的侵襲で短期間に経口摂取が可能となる場合が多いのですが、疼痛・瘻孔形成・出血などの重篤な有害事象が生じることもあります。(化学)放射線療法前の食道ステント挿入は、このような有害事象の発生が多いことが知られており³⁾、食道癌

診断・治療ガイドライン(2007)では、「原則として避けることが望ましい」と記載されています⁴。逆に(化学)放射線療法施行後のステント挿入も同様に危険性が高いとされています⁴が、われわれは十分な説明と同意のもとに施行しています。食道ステント挿入により、頸部～胸部上部食道がんでは違和感や疼痛・気道狭窄が生じやすく、また胸部下部～腹部食道がんでは胃内容の逆流とそれによる誤嚥性肺炎の危険があります。

(3) 食道バイパス手術

食道ステント挿入が困難または危険と判断されるが耐術可能な全身状態であれば、食道バイパス術を行います。胸部食道を空置し、主として胃を用いて食道再建を行います。バイパス術といっても手術侵襲は軽度ではなく、栄養不良例も多く縫合不全の発生率も高いとされ、慎重に適応を決めています。

(4) 栄養瘻造設・その他

上記のいずれの治療も困難な場合、腸瘻や胃瘻造設を行うことがあります。経口摂取は可能とはなりません。経腸栄養による在宅療法への移行も可能となります。その他、狭窄に対してレーザー照射やブジーによる拡張術を行うこともあります。

2) 気道への瘻孔形成と気道の狭窄

(1) 気道との瘻孔に対する治療

がんの直接浸潤による気管気管支や肺との瘻孔形成は、食道狭窄とともに患者QOLを大きく低下させ、放置すると肺炎・縦隔炎・膿胸などの致死性病態を生じます。唾液などの気道への流れ込みによる咳嗽・呼吸困難感などにより、食道狭窄がなくても経口摂取が不能となることもあります。これらの症状は患者の生活全般に多大な影響を及ぼし、患者・家族の苦痛を増大させます。積極的な対応が望ましいですが治療に難渋することもあります。

近年、瘻孔を伴う食道がんに対しても化学放射線療法を行うことより腫瘍縮小と瘻孔閉鎖をみる症例が多く報告され、全身状態が許せば第一選択としています⁶⁾。しかし、逆に瘻孔の増悪や致死的な出血を生じ得ることも認識しておく必要があります。

瘻孔に対するカバー付き食道ステントの挿入も有効である場合が多いです^{図1}。これにより、瘻孔を閉鎖し気道への食物や唾液の流れ込みを防ぐことにより、肺炎発症の危険を低下させ経口摂取が可能となります。ただし、疼痛・出血・穿孔などの有害事象が生じ得ます。気道への瘻孔を形成するような食道がんは気道を圧迫していることも多く、食道ステント挿入により気道が急激な狭窄や閉塞をきたすことがあります。場合によっては気管ステント挿入を先行させる必要があります。

(2) 腫瘍による気道狭窄と呼吸困難に対する治療

腫瘍による気道の圧迫は、刺激による咳嗽や気道抵抗増大により喀痰排出困難をもたらす呼吸困難を生じます。高度の場合は窒息の恐怖感を生み、患者の苦痛は高度になります。狭窄に対しては気管ステントの挿入を行うことで呼吸困難が劇的に改善します^{図2}が、気管分岐部付近のステント挿入は技術的に容易でなく慎重な適応が求められます。

呼吸困難に対しては酸素吸入や薬物療法などの対症療法を行います。後者の第一選択はモルヒネです。これにより呼吸困難感の感受性を低下させ、気道分泌や咳嗽反射の抑制を