

ん専門病院として、入院のみならず患者・家族へ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。

▶ 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図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・家族に伝えて理解を得ること、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・介入をとおして、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が活動している。

▶ 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、退院（＝療養の場の変更）のための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。特にがん患者に対しての在宅療養支援は、がん病名での調整や介入を考えるのではなく、考慮すべき病状や病態、家庭環境や介護力によって調整に要する時間に長短はあっても、その時々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ととらえる。

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

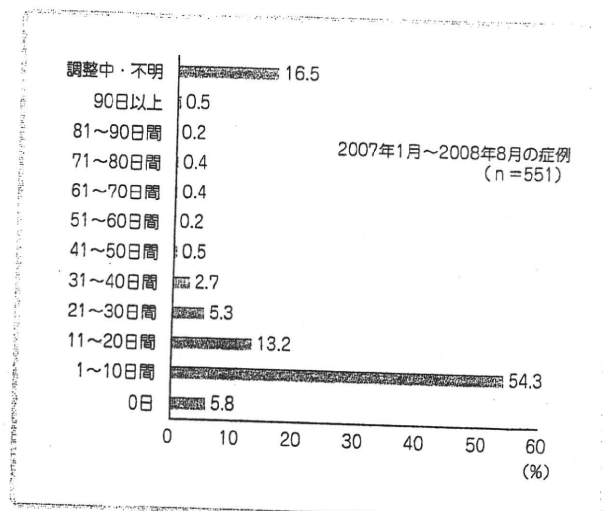


図2 調整に要した期間別の患者割合

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では全患者に対して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²⁾。

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。各フェーズで得られた情報は相談支援センターが各専門チームやエキスパートへ提供し、専門チームやエキスパートが「要介入」と判断した場合、能動的にアクションを起こす。

▶ 運用後の実際

当院の退院患者は年間約6,000人であり、そのうち退院調整が必要な患者数はその1割程度である。図2に調整に要した期間別の患者割合を示す。当院の平均在院日数は約19日であるが、調整に要した期間「11～20日間」

■調査報告

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

那須淳一郎*** 森田晴子* 井上実穂* 田所かおり*
大住省三* 久保義郎* 青儀健二郎* 谷水正人*

四国がんセンターでは入院患者の家族歴を網羅的に集積し、家族性腫瘍の可能性のある対象者を抽出し、遺伝カウンセリングにリクルートしている。家族歴聴取が実臨床において、患者および医師にどのようにとらえられているか意識調査を行った。一般ウェブ閲覧者へのアンケートにおいて、一部の人が家族歴の問診時に疑問や不快を感じたことがあり(21%)、家族歴の調査に際して文書による説明、同意が必要という回答が多かった(49%)。発癌に関する遺伝子について、ほとんどの人が調べたい、ないし条件次第で調べたいと回答した。もし遺伝子診断の結果が「変異あり」であった場合、配偶者や両親や友人には半数以上が話せると回答したが、義理の両親または祖父母に話せるという回答は半数以下であった。医師へのアンケートでは、一部の患者が家族歴聴取を拒否しており、聴取する医師の一部もプライバシーに立ち入るようで罪悪感を感じたことがあると答えた。

キーワード：家族性腫瘍、家族歴、アンケート、ウェブ、遺伝子診断

I. はじめに

近年、日常会話やテレビコマーシャルで遺伝子、DNAといった言葉が流布している。このような言葉は一体、一般社会でどのような印象で受け止められているのだろうか。現在、一般の人々が一生のうちで自らの遺伝子に関する問題に関わることはほとんどない。一方で遺伝子と癌の関係性を正しく理解し説明できる病院受診者は稀有である。

疾患における遺伝の関わりを推測するための糸口であり、かつ最も重要な方法が家族歴聴取である。そして、家族歴聴取は疾患の背景を推測するための基礎的な医療行為である。家族性腫瘍の診療において、疾患の遺伝因子を推測するには正確な家族歴調査が必須であり、専門的な技術を要する。四国がんセンターでは、入院カルテに複写式の白紙の家系図をはさみこみ、診療の主治医が患者の家族歴を聴取する。これを毎月家族性腫瘍相談室の医師がチェックし、家族性腫瘍の可能性のある対象者を抽出し、遺伝カウンセリングにリクルートしている¹⁾。しかし家族歴聴取は実臨床において、患者および医師にとってどのようにとらえられ、どの程度有益と感じられているか不明である。

今回我々はこれらの点を明らかにすべく、家族歴聴取に関する一般ウェブ閲覧者および医師の意識調査を行ったので成果を報告する。

II. 研究方法

1) 一般ウェブ閲覧者へのアンケート

2003年2月から2007年6月の期間、四国がんセンターの家族性腫瘍相談室のホームページに、家族性腫瘍に関するアンケートを設置した。ホームページには一般向けの家族性腫瘍の解説文を掲載している(Fig.1)。アンケート内容は事前に院内の倫理審査委員会の承認を得た。アンケートのトップページには、集計結果は後日論文報告やウェブ上で公開する可能性があることを明記し、これに同意のち回答が可能になる形式にした(Fig.2)。

アンケートは以下の3種類を自由選択できるようにして、無記名で行った。(1) 家族歴調査に関するアンケート、(2) ホームページに関するアンケート、(3) 遺伝子診断に関するアンケート(四国がんセンターのホームページアドレス http://ky.ws5.arena.ne.jp/NSCC_HP/top_page/ 現在はアンケートのページは閉鎖し、集計結果を掲示している。) (1) (2) (3) の回答者は重複していることもある。

2) 医師へのアンケート

2005年6月に、当院の診療に携わる医師全員に対し家族歴調査に関するアンケート調査を行った。アンケート用紙を用いて無記名で行った。配布対象医師の内訳は内科19名、外科16名、婦人科6名、泌尿器科4名、頭頸科5名、形成外科2名であった。

* 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 家族性腫瘍相談室

** 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 消化器内科
連絡先：那須淳一郎 〒791-0280 松山市南梅本町甲160 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター
Tel: 098-999-1111 Fax: 089-999-1100
E-mail: jnasu@shikoku-cc.go.jp
2007年10月19日受付 2008年9月10日受理
家族性腫瘍 第9巻 第1号 (2009年) p.17-23

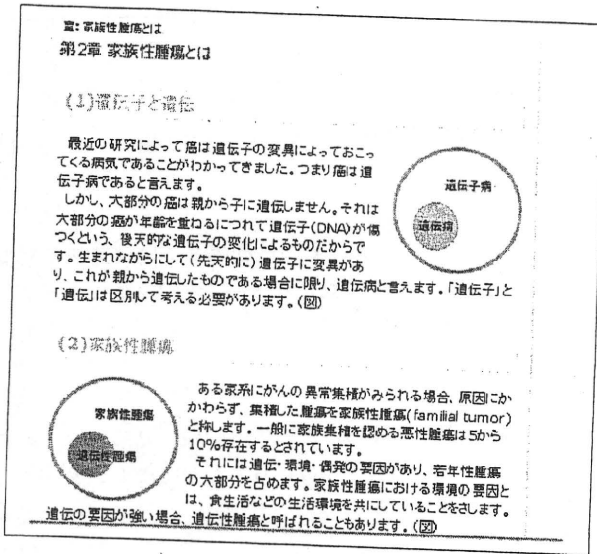


Fig. 1.

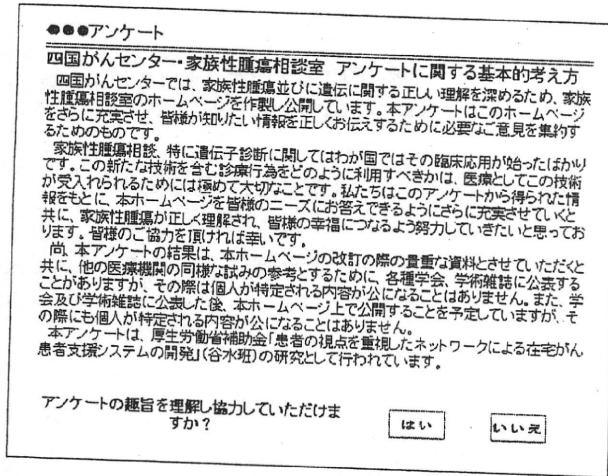


Fig. 2.

III. 結果

1. 一般ウェブ閲覧者へのアンケート

以下に回答結果を、回答者へ提示した設問文および説明文と合せて示す。

(1) 家族歴調査に関するアンケート (有効回答数 41)

- ① あなたは、病院・診療所を受診された際に、家族歴を聞かれたことがありますか?
- ある 34 (83%)
- ない 6 (15%)
- 無回答 1 (2%)
- ② あなたは、家族歴に関してお答えになりましたか?
- 答えた 33 (97%)
- 答えていない 1 (3%)
- ③ その際、あなたのお気持ちはあえて表現すると以下のどれにあたりますか?
- 特に何も感じなかった 26 (76%)
- 何故そんなことをきくのかと疑問に思った 6 (18%)
- 不愉快になった 1 (3%)
- 無回答 1 (3%)

◆家族歴調査の有用点、問題点を簡単に列挙いたします。

[有用点]

- ・家系内で多発している疾患が把握でき、患者さん本人さらには血縁者の方の疾患の予防や早期発見が可能となる
- ・患者さんと同じ病気にかかっている血縁者の存在がわかれば診療上の支援がスムーズに行えることがある。
- ・患者本人の検査結果から得られない情報によって、診断が可能となる
- ・患者本人の検査結果から得られない情報によって、診断が可能となる
- ・それに伴い、治療方針が決定できる場合もある。

[問題点]

- ・家系図の内容が外に漏出した場合には、結婚、就職などに影響を与える可能性が否定できない。
- ・家族のことを聞かれることに対して不快感を感じる場合がある。

これらの有用点、問題点をご理解いただいた上で、以下の質問にお答えください。

- ④ 家族歴を聞くことは適切であると思いませんか?
- 適切である 33
- 適切でない 2
- わからない 6
- ⑤ 家族歴の調査に関し、文書による説明、同意は必要だと思いませんか?
- 必要である 20
- 必要でない 15
- わからない 6
- ⑥ あなたの年齢は?
- ～20歳 2
- 21～30歳 8
- 31～40歳 22
- 41～50歳 5
- 51～60歳 3
- 61歳～ 1

- ⑦ あなたの性別は?
- 男 10
- 女 31
- ⑧ あなたのご職業は?
- 医療関係者 7
- 会社員 11
- 学生 4
- 自営(経営者・役員)・自由業 10
- その他 8
- 無回答 1
- ⑨ あなたのご家族のなかに癌の患者さんはいらっしゃいますか?
- はい 33
- いいえ 8

(2) ホームページに関するアンケート (有効回答数 19)

- ① 本ホームページをご覧になりました理由は?
- 家族性腫瘍カウンセリングや遺伝子診断に興味があるから 16

特に理由はない	1	会社員	4
無回答	2	学生	2
② 本ホームページにはお知りになりたいことが書かれていましたか？		自営（経営者・役員）・自由業	4
書かれていた	11	その他	4
書かれていなかった	8	無回答	2
③ 家族性腫瘍の説明記述に関して		⑫ 今までに他の家族性腫瘍あるいは遺伝子診断のホームページをご覧になったことがありますか？	
良く理解できた	14	ある	10
難しく理解できなかった	5	ない	7
④ 本ホームページをお読みになられて家族性腫瘍に対する考え方はどうなりましたか？		無回答	2
以前と変わらない	14	⑬ ご自身あるいはご家族（両親、兄弟姉妹、お子様）にがんの患者さんはいらっしゃいますか？	
以前と変わった	5	ご自身ががん	3
⑤ 「以前と変わった」とお答えになられた方、どのように変わりましたか？（自由記載）		ご家族ががん	14
・客観的専門的知識が得られた。		がんの家族はいない	1
・知れば予防・早期発見ができると思っていたが、そうでないことも分かった。		無回答	1
⑥ このようなホームページは必要だと思われますか？		(3) 遺伝子診断に関するアンケート（有効回答数30）	
必要	16	① 遺伝子診断という言葉をご存知でしたか？	
必要でない	0	内容も知っていた	17
わからない	2	内容は知らないが聞いたことがあった	9
無回答	1	知らなかった	4
⑦ 必要でない（無いほうがよい）とお答えになられた理由は？		② あなたはご自身の癌発症に関わる遺伝子を調べたいと思われますか？	
無回答	19	調べたい	14
⑧ ⑥で「必要」と答えられた方、さらにどのような点をつけ加えるべきだと思われますか？（自由記載）		調べたくない	1
・全国の相談室案内。		条件次第で調べたい	12
・病気に対する詳しい知識（本を見ても詳しくは書いていない）。		わからない	3
・完全な守秘義務で行われるのであれば、あえてそういう旨の事は記述しないほうが安心できてカウンセリングを受けやすい。		③ 仮に遺伝子診断を受けた結果が陽性（遺伝子変異がある）であった場合、あなたはその結果を冷静に受け止めることができますか？	
・専門用語が多く、年配の方には分かりにくい。		できる	18
・社会差別を恐れずにすむような取り組みをしてほしい。誰にでも起こりうる事を一般社会に知らせていくべきである。		できない	1
⑨ あなたの年齢は？		わからない	10
～20歳	1	無回答	1
21～30歳	4	④ 仮に遺伝子診断を受けられ結果が陽性であった場合、あなたの家族にその結果を話すことができますか？	
31～40歳	7	(A) 配偶者に話すことが	
41～50歳	2	できる	19
51～60歳	3	できない	5
61歳～	1	その他または無回答	6
無回答	1	(B) 両親に話すことが	
⑩ あなたの性別は？		できる	21
男	5	できない	5
女	13	その他または無回答	4
無回答	1	(C) 義理の両親に話すことが	
⑪ あなたのご職業は？		できる	7
医療関係者	3	できない	12
		その他または無回答	11
		(D) 祖父母に話すことが	
		できる	7
		できない	14

- その他または無回答 9
 (E) 友人に話すことができる 13
 できない 11
 その他または無回答 6
 ⑤ ④でできないと答えられた理由はどのようなことですか? (自由記載)

[相手への感情]

- ・相手に負い目を感じるから。
- ・相手に余計な心配をかけたくない、悲しい思いをさせたくない、責任を感じられたくないから。
- ・相手がショックを受けるから。

[情報の正確性・秘密性]

- ・自分でも信じられないから。
- ・秘密を守るという確証が感じられないから。
- ・正確に理解してもらえないから。

[偏見・差別]

- ・血縁関係者でないと、差別をされるから。
- ・自分の子供に対する見方が変わってくると嫌だから。

⑥ あなたの年齢は?

- ～20歳 2
 21～30歳 10
 31～40歳 12
 41～50歳 3
 51～60歳 3
 61歳～ 0

⑦ あなたの性別は?

- 男 9
 女 21

⑧ あなたのご職業は?

- 医療関係者 5
 会社員 10
 学生 5
 自営(経営者・役員)・自由業 5
 その他 4
 無回答 1

2. 医師へのアンケート

回収率 52% (27/52)

- ① 今までに家族歴を聴取した時にどう感じましたか、診療行為として価値があると感じましたか。
 よく感じる 6
 まあまあ感じる 7
 時々感じる 9
 あまり感じない 3
 全く感じない 1
 無回答 1
 ② 今までに家族歴を聴取した時にどう感じましたか、医師患者関係を深めるのに役立ちましたか。
 よく感じる 2
 まあまあ感じる 4
 時々感じる 6

- あまり感じない 12
 全く感じない 2
 無回答 1

③ 今までに家族歴を聴取した時にどう感じましたか、患者のプライバシーに立ち入るようで罪悪感を感じましたか。

- よく感じる 0
 まあまあ感じる 3
 時々感じる 5
 あまり感じない 16
 全く感じない 2
 無回答 1

④ 今までに家族歴を聴取した時に患者様が嫌悪感を示すのを感じたことはありますか。

- よく感じる 0
 まあまあ感じる 0
 時々感じる 3
 あまり感じない 20
 全く感じない 3
 無回答 1

⑤ 今までに患者様に家族歴の聴取を断られたことがありますか。

- よくある 0
 まあまあある 0
 時々ある 2
 あまりない 6
 全くない 18
 無回答 1

⑥ 以下から賛同する項目を1つ選んで下さい。

- 家族歴は新規入院患者全員について聴取すべきである 16
 家族歴は悪性疾患患者のみに聴取すべきである 6
 家族歴は家族性集積しうる疾患だけにおいて聴取すべきである 3
 家族歴は医師が必要と考える場合だけ聴取すべきである 1
 家族歴は患者が申告する場合だけ聴取すべきである 1
 家族歴は聴取する必要がない 0

IV. 考察

今回我々は、インターネット上で家族性腫瘍に関する情報発信をすることに並行して、一般ウェブ閲覧者にアンケートを行った。ウェブを用いたアンケートは、匿名性の確保、時間の拘束がないことなどが長所として挙げられる。

一方で、同一人物が複数回答したり虚偽の回答が増える可能性、コンピューターを使える環境にある人または関心がある人からしか回答が得られない、などの問題点が考えられる。前者を検証することは物理的に不可能である。また、今回の調査は標本数が少なく、母集団である一般市

民を表現する値ではなく、明らかに偏ったものである。今回の結果は一定の見解を生むものではなく、現在の家族性腫瘍に関する問題点を抽出することに役立つと思われる。これらの問題点をふまえたうえで集計結果を検討したい。

まず、回答に協力いただいた一般ウェブ閲覧者の層については、回答者の家族に癌患者がいる割合が高かった。そして、他の家族性腫瘍に関するホームページを見たことがある人が多く含まれることから、一般社会の平均的集団よりも家族性腫瘍に対する関心が高い層の回答と考えられる。また、30代と20代が多かったが、これは若年層で家族性腫瘍に関心が高いというよりも、若年層がインターネットに接する機会が多いことを反映していると考えられる。同様に、女性の回答者が多いのは、健康問題への関心に性差がある可能性もあるが、女性のほうが匿名アンケートに同意しやすいなどのバイアスがある可能性がある。

家族歴調査に関する設問の中で、一部の人(21%)が家族歴の問診時に疑問や不快を感じたことは、家族性腫瘍に関する研究を進める際に留意すべきである(設問1-(1)-③, Fig.3)。家族歴を尋ねられてプライバシーを侵害されたと感じる人がいるかもしれないし、近親者との確執が思い起こされることに起因する不快感があるかもしれない。このような不快感、場合によっては医療面接において、医療者と病院受診者の円滑な関係作りの妨げになるかもしれない。これを解決する方法として、家族歴聴取に先立って、「将来の疾患罹患リスクを推測するために家族歴を聴取する」という目的の説明と、聴取のあとに「疾患罹患

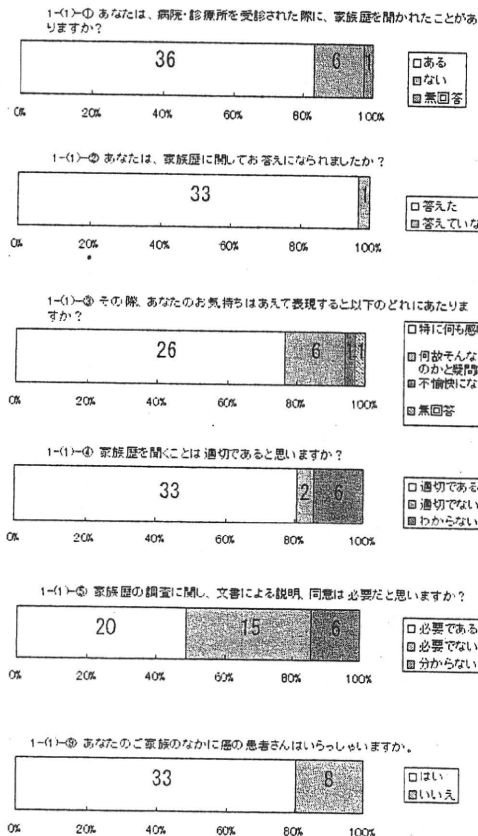


Fig. 3.

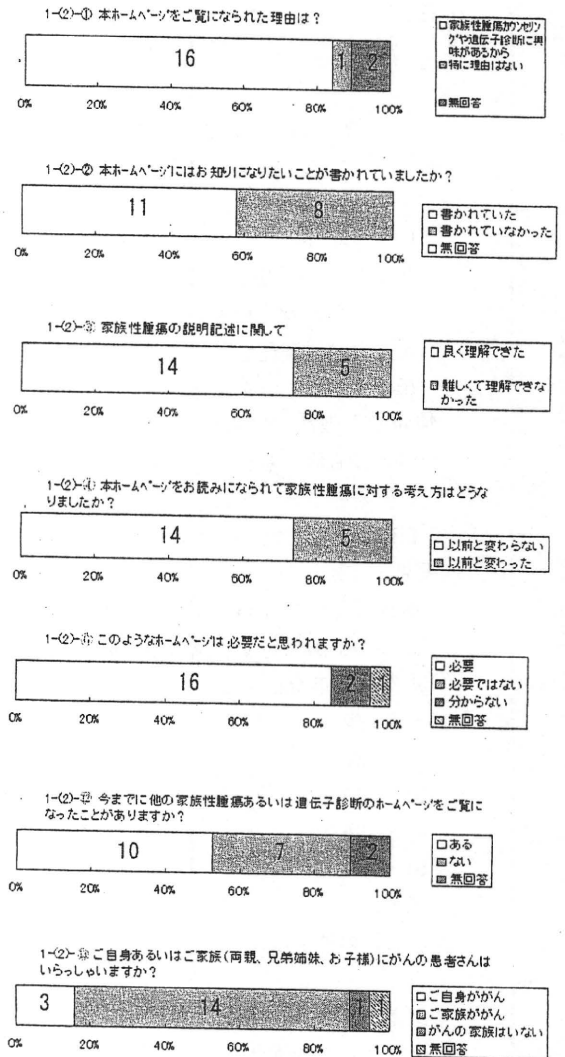


Fig. 4.

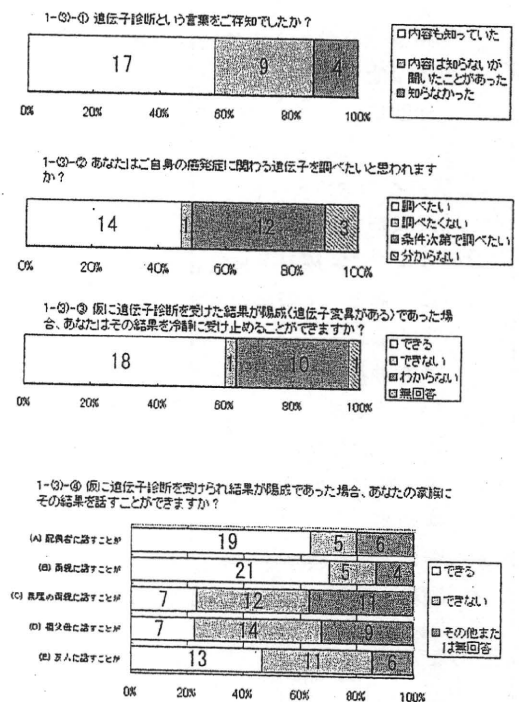


Fig. 5.

リスクが高いかどうか」という評価のフィードバックを行うことが考えられる。家族歴の調査に際して文書による説明, 同意が必要という回答が多かった (49%) のは, 書面という手続きが求められているというよりむしろ目的の説明などが求められていると推測される (設問 1-(1)-(5))。

次に, ホームページに知りたいことが書かれていたかについては, 半数弱が書かれていなかったとの回答だった。その具体的記述は得ることができなかったが, これは一般大衆の遺伝医療に対する期待が過剰なのかもしれない。マスメディアで遺伝子治療や疾患易罹性遺伝子の記事などは好んで取り上げられているが, 実際に一般大衆が遺伝医療に接する機会はほとんどないのである。

また, 当ホームページでは家族性腫瘍に関して平易な記述をするようにところがけたが, 約 4 分の 1 が難しく理解できないと答えている。難しかったと答えた回答者は 20 代 1 人, 30 代 1 人, 40 代 1 人, 60 代以上 1 人, 無回答 1 人, と各年代に分布していた。若年者なら理解度が高いとは一概に言えないようである。

発癌に関する遺伝子について, ほとんどの人が調べたい, ないし条件次第で調べたいと回答した。そしてもし遺伝子診断の結果が「変異あり」であった場合, 配偶者や両親や友人に話せる人が話せない人より多かった。しかし, 義理の両親または祖父母には話せるという人は話せない人より少なかった。ステレオタイプな義父母との確執というより, 理解が得られないかもしれない相手から受ける偏見への恐れかもしれない。

次に, 医師へのアンケートであるが, 当院の多くの医師が家族歴聴取に医学的意義を感じているという結果であった。しかし有効回答率は低く, 多少なりとも家族性腫瘍に関心のある層の回答として評価すべきであろう。診療科によって家族集積性のある疾患の頻度には差がある。

医師へのアンケートの中で, 一部の患者が家族歴聴取を拒否しており, 聴取する医師の一部もプライバシーに立ち入るようで罪悪感を感じる, と答えているのは注目すべきデータと考える。この設問 2-③は実際には「家族歴を聴取した時に患者のプライバシーに立ち入るようになった」という 2 つの感情が同列に書いてあり, 表現に不備がある。今後は予備調査などを行い, 適切な設問を行う必要がある。これは前述のウェブ閲覧者へのアンケートと通じる点がある。

一般ウェブ閲覧者へのアンケート調査と同様に少ない標本数であり, 定量的データとしての有用性には限界がある。しかし家族歴聴取の現場で負の感情をもつ医師と病院受診者が存在することは否定できない。実臨床の現場で, 家族歴聴取の目的の説明と, 評価のフィードバックをすることで解消される部分が多いのではないだろうか。実際に家族に癌罹患者が多いので心配, というきっかけで一般医療機関を訪れる受診者は存在する。しかし彼らが家族歴の聴取で疾患罹リスクを評価されているか, 甚だ疑問である。想像するに多くが臨床検査を受けているだけであり, 一部は過剰であったりする可能性もある。

医療面接において家族歴聴取は基本的医療行為と考えら

れている。しかし, 実臨床ですべての医師が疾患の遺伝的背景を推測することができるわけではないことにも問題がある。また, 実際には詳細に家族歴を得ても当面の診療上の利益, 受診者の利益に結びつかないことが多い²⁾。

近年の分子遺伝学の進歩により, 癌や生活習慣病などの易罹性に関する遺伝子が明らかにされてきている。将来, 遺伝医療の必要性は高まることが期待されている³⁾。実際には, 遺伝医療の正しい理解と利用のためには適切な遺伝カウンセリングが不可欠である。文部科学省, 厚生労働省, 経済産業省の「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」にも遺伝カウンセリングの必要性が述べられている⁴⁾。ヒト遺伝子の研究は急速に深まっているものの, それを臨床の現場で活用する体制は未整備である。家族歴聴取のありかたや, 今後の日本の遺伝医療の進むべき方向性は具体的に示されていない。

家族歴の聴取は家族性腫瘍の診療の根幹をなしている。それは一般診療において, 初診時に聴取することが望ましく, 遺伝的リスクが高いと思われた症例では情報をもれなく詳細に調査することはもちろん, リスク保有者が存在する限り経時的に調査を継続する必要がある。こういった行為を診療担当医師がすべて行うことは事実上不可能である。家族歴を治療に役立て, 疾患予防に役立てるには相当な時間と継続した労力を要するのである。今後, この分野を医師以外の遺伝カウンセラー資格者や有知識者が補填することが可能と考えられる。そのためには, 臨床遺伝専門医や遺伝カウンセラーなどが行う診療行為が, 将来診療報酬制度に盛り込まれることが必須である。

一方で, 一般ウェブ閲覧者へのホームページを利用した啓発活動は明らかな需要があることから, 今後も拡充し, かつアップデートしてゆく必要がある。

現在, 遺伝子医療の医療者・研究者は, 医療の対象となる人々のニーズや意識を把握することが不十分ではないかと考えられる。それは容易なことではないが, 将来これについて適切な検証を行い, 医療者・研究者の情報発信を効果的なものに変えてゆくことで, 遺伝子医療がいつそう魅力的なものになると思われる。

V. 結 語

家族歴の聴取は家族性腫瘍の診療の根幹をなす重要な診療行為であり, かつ医師の基本的な診療行為である。しかし十分な説明がないと, 聴取される側にもする側にもストレスと誤解を生じる恐れがある。今後, 家族歴聴取を医師以外の遺伝カウンセラー資格者や有知識者が補填することを考える必要がある。また, ホームページを利用した家族性腫瘍に関する情報発信を今後も継続する必要がある。

本稿の要旨の一部は第 12 回日本家族性腫瘍学会 (大阪) にて発表した。

文 献

- 1) 平家勇司, 佐々木晴子, 福岡しのぶ, 他: 家族歴調査。

- のシステム化・家系情報を含む医療情報データベースの構築. 家族性腫瘍 2002 ; 2 : 37-44.
- 2) 岩間毅夫 : 家族歴について. 家族性腫瘍 2001 ; 1 : 48-50.
 - 3) Clayton EW : Ethical, legal, and social implications of genomic medicine. N Engl J Med 2003 ; 349 : 562-569.
 - 4) 文部科学省, 厚生労働省, 経済産業省 : ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針. 2001年4月1日施行 : <http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0329-3.html>

An Attitude Survey for the General Public and Medical Doctors Concerning Gathering a Family History and Genetic Counseling Service

Junichirou Nasu^{*,**}, Haruko Morita^{*}, Miho Inoue^{*},
Kaori Tadokoro^{*}, Syozo Osumi^{*}, Yoshiro Kubo^{*},
Kenjiro Aogi^{*}, Masahito Tanimizu^{*}

^{*} *Familial Tumor Counseling Service, National Hospital Organization Shikoku Cancer Center*

^{**} *Department of Gastroenterology, National Hospital Organization Shikoku Cancer Center*

We are systematically collecting the family histories of

cancer patients upon admission. Members of the familial tumor counseling service select patients with familial tumors to receive genetic counseling. An attitude survey was conducted among the general public and medical doctors concerning the collecting of family histories. As a result of analysis of the questionnaires set up in a web page for the general public some people felt an interrogative and disagreeable sensation when they were asked about their family history. Most people wanted to undergo genetic testing for cancer, or wanted to do it depending on the terms of testing. If a genetic test was positive, many people answered that they would inform their spouses, parents, and friends of the test results, but this tendency was weak for their parents-in-law or grandparents. The result of questionnaires administered to medical doctors showed that a small number of patients refused to complete the survey about the family history and a small number of doctors had felt a sense of guilt when surveying for the family history. This is a small pilot survey and does not necessarily represent the general population. A more discreet analysis is therefore required.

Key words : familial tumor, family history, questionnaire, web, genetic testing
(J Fam Tumor 2009 ; 9 : 17-23)



在宅移行のためのマネジメント

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—

*New Attempts by Hospital Nurses for Building Community Collaboration;
Telephone Interviewing Skills and On-the-job Experience in the Community*

伊藤 由美子* 長田 正子* 池垣 淳一**

Yumiko Ito, Masako Nagata and Junichi Ikegaki

Key words : 地域連携, 電話インタビュー, 地域研修

● 緩和ケア 19 : 143-146, 2009 ●

はじめに

病院医療から在宅医療への移行が加速している。療養の場所が変わっても、患者と家族に必要な医療や看護が継続して提供されることは重要である。病院看護師が地域医療・在宅療養に関する知識を身につけ、早期から退院後の療養環境や医療環境にあった調整を訪問看護と協働・連携して行う努力を払うべきだという報告¹⁾もあるが、医療者の多くは、かかる知識をほとんどもっていない。

そこで病棟および外来看護師が、がん患者と地域医療者にとって適正で円滑な退院調整および地域連携が実践できるよう、在宅生活や地域医療を理解する試みを2006年から委員会活動の中でいくつか行ってきた。本稿では、なかでも効果的で現在も行っている取り組みを2つ取り上げ、その内容と取り組みを通して起ってきた変化について報告する。

“退院後、いかがですか？”電話

① 企画に至った経緯

在宅での中心静脈輸液の医療材料や管理、麻薬処方などについてのトラブルが繰り返し起き、患者や在宅医からの苦情が続いた。また退院調整は、医師からの退院指示の後に医療ソーシャルワーカー(MSW)に依頼して看護師は十分に関わっていなかったため、その後の患者の療養状態やトラブルの理由も理解できないままだった。

その他、苦情やトラブルは表1のように多岐に亘っていた。具体的な改善策はなく、このままでは退院調整や連携の質が向上しないと考えた。まずは看護師が退院調整に関わり、その後、連携先と患者に電話をかけて実際的な評価を得ることから始めた。

② 目的

電話をすることの目的は、①単に今回行った調

*兵庫県立がんセンター 看護部 : Department of Nursing, Hyogo Cancer Center
(〒673-8558 明石市北王子町13-70)

**同 麻酔科・緩和医療担当
0917-0359/09/¥400/論文/JCLS

表1 “退院後、いかがですか？”電話開始前の苦情やトラブル

1. 連携について看護師の意識
・連携先がどのようなところか知らずにつないでいる
・退院後、患者がどうしているか分からないし、あまり考えたことがない
・自分たちがやったことが、果たしてよかったのか、悪かったのか、評価する機会がないからよく分からない
・退院調整は、医師から退院指示が出て、MSWに連絡する。あとはお任せだからよく分からない
・退院した後、どうなったか分からないのでやりっぱなし感がある
・ちゃんと連携していますよ。退院日に診療情報提供書を患者家族に渡し、先方の病院にかかるよう説明しています
2. 地域医療者からみた窓口の問題
・患者情報を問い合わせたくても、どこに連絡してよいか分からない
3. 継続する医療の苦情
・在宅医「在宅ではできない方法で帰ってくるので困る」
・患者「点滴ができると言ったので診療所へ行ったら、ポートの針がないのでできないと言われた」
4. 地域医療者からの連携方法の苦情
・家族が予約を取らず突然（転院先の）通常の外来を受診するので、時間が取れず十分な話ができない
・病棟のやり方（処置方法、ケア方法、購入する医療器材など）をそのまま教えている。在宅に合わせた退院指導ではないので困る

整内容や連携方法の可否の評価をもらうだけでなく、②今回の連携における情報不足や実際的な疑問に答えること、③電話で確認した内容を関係者にフィードバックし、退院調整内容および連携方法を再検討すること、である。

③方法

1. 連携した医療機関への電話

看護連携情報票の下段に、あらかじめ電話連絡する日時（患者が退院して3日後～1週間後あたりに日を設定）と担当者名を記載しておく。予定日時に担当看護師が先方に電話して、①連携において具体的に良かった点/問題だった点、②医療や看護を継続するうえで困ったことはなかったか、③必要な情報が提供できていたか、④情報不足の有無、⑤問題点の改善方法、⑥患者の療養状況、などを尋ね、必要ならば追加情報の提供、説明、質問に対応する。

取り組み当初、面識のない外部医療者に直接電話することや、何をどのように尋ねればよいか分からない、など看護師の不安が強くなった。そのため、ガイド（図1）を作成し、誰でも不安なく必要な聞き取りや対応ができるよう工夫した。

また、看護師の緊張が高い場合など、必要に合わせて筆者と一緒に電話連絡の準備を行ったり、実際の電話連絡の場面に同席して看護師をエンパワーした。

2. 患者・家族への電話

基本的には患者が亡くなった後、遺族に電話連絡し、退院後の療養生活や必要な医療や看護がどのように提供されたかなどを確認する。地域への移行に不安が強い事例など、状況によっては退院後すぐに患者宅へ電話をかけるが、この時は新しい連携先と患者の関係を壊さないよう言動に配慮した。

3. 情報の活用

連携先および患者から得た情報は、主治医をはじめ退院調整に関与した医療者にフィードバックし、連携方法の再検討に活かした。

④電話開始後の変化

1. 連携方法の評価による看護師への効果

「自分では完璧と思って地域につないだ時でも、地域からみたらやっぱり不備がある」と気づく一方、「家に帰って良かったという患者の明るい声を聞いて、心配したが在宅移行して良かった、間違っていなかった」と現場の看護師が連携室を経由せず直接地域医療者の声を聞くことで、はっきりと理解することができた。

地域医療者と患者の声を聞きながら、自分たちの連携のあり方や実践内容を評価する中で、良い結果は成功体験として自信に、失敗体験は次のチャレンジへとなくなっていった。

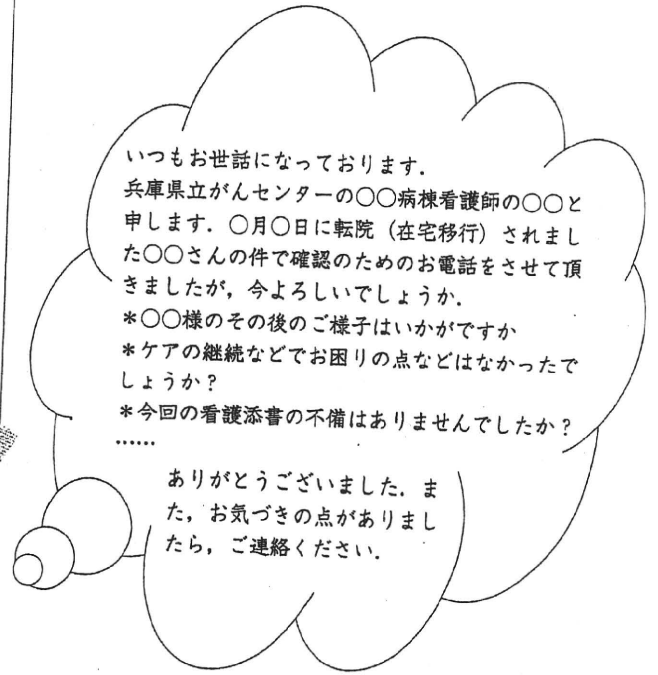
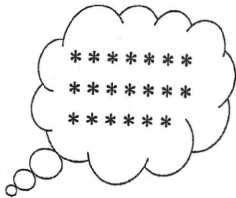
2. 電話企画に対する地域の評価

在宅医は当院の主治医には言いにくいですが、看護師には要望や苦情を言いやすいとの意見をいただいた。さらに、地域から病院へ電話をかけるのは敷居が高いので、とても良いシステムだと喜ばれ

**** 看護連携情報票送付後の電話確認について ****

看護連携情報票送付施設への電話確認は、患者さまに継続した支援を行うために、不足した情報を補ったり、私たちの連携を振り返る手段のひとつになるものであると考えています。

また、地域連携委員会の中で、これらの情報を集約し、問題点を明確にし、今後の課題に取り組んでいきたいと考えています。そこで、看護連携情報票送付施設へ電話確認した内容を報告用紙に記載し、看護連携情報票と合わせて、看護部地域連携委員長に提出していただくようご協力をお願いいたします。



いつもお世話になっております。
兵庫県立がんセンターの〇〇病棟看護師の〇〇と申します。〇月〇日に転院（在宅移行）されました〇〇さんの件で確認のためのお電話をさせて頂きましたが、今よろしいでしょうか。
*〇〇様のその後のご様子はいかがですか
*ケアの継続などでお困りの点などはなかったでしょうか？
*今回の看護添書の不備はありませんでしたか？
.....

ありがとうございました。また、お気づきの点がありましたら、ご連絡ください。

図1 “退院後、いかがですか？”電話のかけ方ガイド

た。また、特殊な医療材料の型番を早く教えてほしいなどの医療情報に関する事など、直ちに解決できることはその場で対応でき、連携不備を補う良い機会となり、好評であった。

3. 地域の実状の把握と対応

診療所の訪問診療可能な回数などを考慮してほしいこと、連携の時期、連携前に患者・家族に今後の過ごし方の意向を確認してほしいことなどが明らかになった。これらをふまえて院内で退院調整のあり方や方法についての話し合いの機会が増えた。

**百聞は一見にしかず
“飛び出せ地域医療”研修**

① 研修開催に至った経緯

電話による評価は簡便で有用であるが、1事例ずつしか理解を深められない。また、どうしても実際のニーズとのズレが生ずることがあり、もっと幅広く効率よく地域医療と在宅療養の実際を知る必要がある。百聞は一見にしかずと考え、看護師が地域に飛び出し、在宅療養と地域医療の実際

を直接みて学び、それに基づいて円滑な連携について考え、実践に活かす研修を企画した。

② 概要

- 1) 目的：在宅療養や地域の医療機関を訪問し、医療の実際を体験理解して、円滑な地域連携に必要な看護実践について考え実行すること
- 2) 期間：2007年11月1～30日のうち1日間
- 3) 対象者：看護部委員会メンバー（各病棟から1名選出されたリンクナースと委員長の師長、筆者の計11名）

③ 方法

1. 研修先の確保

がん患者の緩和医療を積極的に行っている機関（訪問診療をしている医院、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟、後方病院）を研修先に選定した。研修企画者が、研修の受け入れを先方に依頼、承諾を得た後、研修日を調整した。

2. 事前準備

有意義な研修とするために、委員会でリンクナ

ースと共に研修の目的、意義を確認し合い、事前準備を進めた。事前準備は、①研修先に提出する自己プロフィール表の作成、②研修施設の事前学習の勧め、③研修でおさえる共通学習項目の決定、である。

3. 研修先を自分で決める、自立して調整する

自立的な研修にするため、①1施設1人、②どの研修先に行くか、研修生自身の課題に照らして自由に選定する、③各自が直接施設へ電話をかけて研修の具体的な調整(訪問時間や方法、準備物品、研修目的と希望する学習内容など)を行う、④自己の研修目的に合わせて、質問事項や研修で取り組みたいことなど各自で事前準備する、こととした。

4. 研修当日

研修施設の1医療者に1日同行し、業務の実際や施設を見学する。在宅療養や地域医療の実際や仕組みがより理解できるよう、質問するなど積極的に取り組む。

5. 研修後

研修終了後、院内で研修報告会を開催した。学んだ在宅療養や地域医療の実際、地域連携の重要性と充実に向けた取り組みの必要性をまとめて、多職種に発信した。そして、患者と地域にとって質の高い地域連携を図るために必要な取り組みや、どのように看護連携すればよいかなどをグループワークで討議した。

④ 起こってきた変化

表2に示すように、患者・家族・地域医療者の声を直接聞いたり、見たことで、どのように連携すればうまく進むのか地域連携のヒントを学んだり、どのように実践すればよいのか分かるようになった。

これまで地域連携の重要性は分かっているものの、実際に何をどうすればよいのか分からなかったり、動き出す勇気がなかった看護師も少なくない。「あなたがしなくて誰がするの」と訪問看護師から言われた一言に背中を押されて、勇気を出して患者に関わるようになったという変化もみら

表2 “飛び出せ地域医療”研修後の研修生の変化—飛び出して分かったこと

- ・訪問診療や訪問看護がどのようなことをしているか分かった
- ・電話だけでは分からないことが実体験できた
- ・退院はゴールではなく、患者にとってスタートだと分かった
- ・訪問看護は多忙なので、連携は要領よく的確に速やかにしなければいけないことが分かった
- ・病院に比べて地域では、画像や採血など検査結果がすぐに手に入る環境ではないことを実感した。だから確実で十分な情報を提供しなければ、医療や看護にも困る
- ・病院のように物が揃っていないのが在宅。なければ家にあるもので作っている
- ・病院にいる時は、この人在宅無理と思ったけど、家でみた患者と家族の笑顔から在宅でもいけること、連携の大切さが分かった
- ・訪問看護をもっと活用すればよいと分かった
- ・地域に出て、自分たちの役割、地域医療の実際が分かった。みたことは人にリアルに説明できる

れるようになった。

研修後少しずつではあるが、リンクナースが中心となって、退院後の患者を取り巻く環境や地域医療の事情を想定しながら、今一度、現行の医療と看護、生活の在り方が最適なのか吟味したり、その継続に必要な人・もの・金・情報を準備するといった変化がみえ始めている。

おわりに

患者中心のがん医療が求められている。私たちは患者の視点に立った病院医療から在宅医療へのシフトを考えなくてはならない。今回、行った“退院後、いかがですか?”電話と“飛び出せ地域医療”研修は、在宅療養や地域医療の実際を知ることができ、有用である。

文 献

- 1) 小林廣美, 天野智子, 永尾邦子, 他: 兵庫県下の訪問看護ステーションと病院の継続看護における連携の実態調査 兵庫県看護協会 平成19年度通常総会要綱・集会検討資料. p.256-264, 2007

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に関する研究

平成 20～22 年度 総合研究報告書

(3/4 冊)

研究代表者 谷 水 正 人

平成 23 (2011) 年 3 月

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抛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.

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年のが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）。

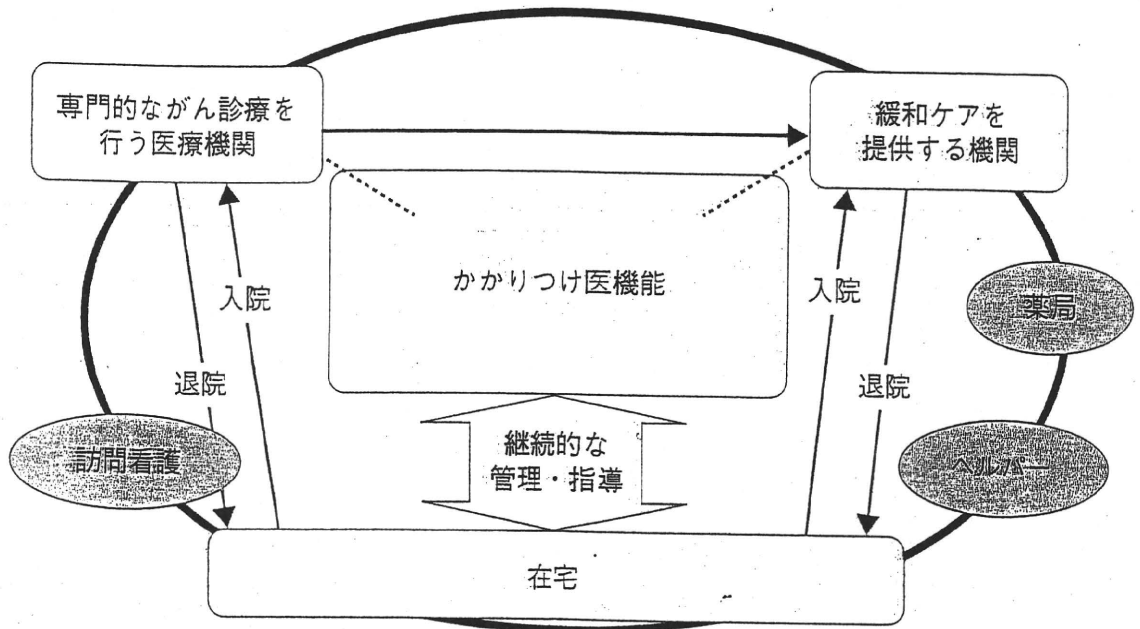


図1 医療計画の見直し等に関する検討会で示されたがんの医療連携体制の図を一部改変

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に明記する
 - 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									
		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
		(退院時)	(6ヶ月)	(1年)	(1年6ヶ月)	(2年)	(3年)	(4年)	(5年)		
		日常診療	日常診療	日常診療	日常診療	日常診療	日常診療	日常診療	日常診療	日常診療	日常診療
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。