

— 実践報告 —

滋賀県東近江医療圏における
急性期病院から発信するがん地域医療連携の試み

瀬戸山 博^{1),2)} 目片 英治^{1),3)}

1) 滋賀医科大学 総合外科学講座

2) 医療法人 晋真会 ベリタス病院 外科

3) 独立行政法人 国立病院機構 東近江総合医療センター 外科

Regional Medical Cooperative Care and Treatment for Advanced Malignancies
in Higashiom, Shiga Prefecture, Proposed by Acute Care Hospital

Hiroshi SETOYAMA^{1),2)}, Eiji MEKATA^{1),3)}

1) Department of Comprehensive Surgery, Shiga University of Medical Science

2) Department of Surgery, The Veritas Hospital

3) Department of Surgery, National Hospital Organization Higashi-Ohmi General Medical Center

要旨 平成 24 年から 29 年まで、滋賀県東近江医療圏のがん診療連携支援病院である東近江総合医療センター外科と、地域医療者の連携協働により実践した在宅支援型包括的がん診療を報告する。連携開始時にカンファレンスで在宅療養支援の具体的な方法を決定した。個々の患者・家族の期待に応える在宅支援チーム、予期し難い病状変化への対応など、患者・家族・医療者全員の安心を担保した地域がん医療連携体制の構築は、地域中核病院の主導により実践可能であることが示された。また、共有すべき患者情報を掘り下げた連携ツールの必要性が明確になり、滋賀県がん緩和ケア地域連携クリニカルパスの開発に寄与した。

キーワード がん地域医療連携 在宅療養支援 包括的がん診療 情報共有

はじめに

がん対策推進基本計画 [1] において提唱されたがん医療は「包括的がん診療モデル」と表現される。がん診療計画には、患者の意思を尊重し、手術、放射線、化学療法等のモダリティを適切に組み合わせた抗がん治療に加え、診断から治療終了まで継続的に提供される緩和ケアが必要である。抗がん治療と緩和ケアは、病院・自宅・入所施設等の場所を選ばず、安定して提供される診療システムが基盤となる。この基盤的医療資源を確保するため、地域における医療連携ネットワークの形成と、その構成メンバーによる有効な医療介入が求められる。

がん地域医療連携は、脳卒中や大腿骨頸部骨折とは異なり、治療を担当する急性期病院と在宅療養支援関係者の双方向性コミュニケーションにより成り立つ。進行・再発がん患者の地域医療連携が困難とされる要因の一つに、身体症状が変化する時間軸に対応した質の高い患者関連情報の共有法が挙げられる。がん地域医療連携推進のためのシステムとして滋賀県がん診療連携協議会は、5 大がん、前立腺がん、緩和ケアに特化した地域医療連携クリニカルパスを開発した [2]。県内では定着したシステムとして一定の成果を挙げているが [3]、がん患者の全治療期間における多種多様なプロセスを包括するには、同パスシステムのさらなる進化が望まれる。が

Received: January 16, 2019. Accepted: February 26.

Correspondence: 医療法人 晋真会 ベリタス病院 外科 瀬戸山 博

〒666-0125 兵庫県川西市新田 1 丁目 2 番 13 号 setoyama@shinshinkai.jp

ん治療を提供する東近江総合医療センターでは、がん診療病院サイドから地域医療資源へ積極的に働きかけ、多職種連携を企図することによって、東近江医療圏における包括的がん診療実現のための breakthrough を試みた。

方法

平成 24 年 7 月から 29 年 3 月まで、東近江総合医療センター一外科と地域のがん関連医療者の連携協働によって施療した進行・再発がん患者のうち、治療開始から看取りまでを一貫して行った 24 名を対象に後方視的検討を加えた。東近江総合医療センター診療録（電子・紙ベース）からのデータ抽出を主体に、未記載項目は患者遺族や関係者との面談による聞き取りを行い、以下の項目に関する評価を行った。

- ① 医療連携開始状況：患者が入院中より在宅でのエンドオブライフを希望した場合、可及的に退院時拡大カンファレンスを開催し、在宅療養支援の具体的な方法を決定した。カンファレンスに参加した介入医療職種を患者ごとに抽出するとともに、必要と判断された在宅でのサービス内容を検討した。
- ② 訪問看護：患者の家族構成、日常生活の活動性に基づき訪問看護が必要と判断され、看護介入を受けた患者において、訪問看護師が提供したケアの実態を調査した。
- ③ 患者情報共有法：病院主治医、在宅医、訪問看護師、薬剤師などの介入職種間における患者情報の共有と相互連絡方法を調査した。
- ④ 病診連携：病院側と在宅医（かかりつけ医）間で分担した診療内容と実際に施療された内容の検討、特に患者状態急変時の対応について調査した。

結果

対象患者は 24 名で、消化器がん根治的切除術後の再発症例が大半を占めた。年齢が中央値 81（51-100）歳で、性別は男性 14 名、女性 10 名であった（表 1）。

がん治療歴	患者数
根治手術後再発	13
姑息的手術後	4
化学療法のみ	5
積極的抗治療拒否	1
根治手術後無再発	1

がん原発巣	患者数
上部消化管	12
下部消化管	9
膵・胆道	3
前立腺	1
肺	1
子宮	1

居住二次医療圏	患者数
東近江	20
甲賀	3
湖東	1

表 1. 患者プロフィール

患者がエンドオブライフを意識した（と想定される）時点で、患者、家族に療養を希望する場所を質問した結果、14 名が最期まで在宅を希望し、10 名は病院を希望した（表 2）。

		看取られた場所	
		在宅	病院
最期を迎える希望の場所	在宅	7	7
	病院	2	8

表 2. 看取りの場所の希望と実際

① 医療連携開始時状況

退院時拡大カンファレンスを 16 名に実施した。在宅で看取られた患者 9 名にはすべてカンファレンスが実施されていた。病院で最期を迎えた患者 15 名のうち、在宅看取り希望であった患者 7 名には全例カンファレンスが行われていたが、病院看取希望であった 10 名のうち、在宅看取りに変更となった 2 名を除いた 8 名には、在宅生活支援に関する計画立案には至らなかった。

カンファレンス参加職種は（表 3）に示すごとく、患者と家族、病院から看護師と主治医、在宅サイドからは訪問看護師と応需薬局薬剤師（介入必要事例に限定）、ならびにケアマネージャーがほぼ全症例に参加していた。社会福祉士、在宅医、病院薬剤師は、業務都合のため参加できない事例があった。また、患者の介護必要程度に応じ、福祉用具会社、ホームヘルパーが、患者が社会的弱者（生活保護受給者など）の場合には市役所健康医療福祉部職員が参加した。

カンファレンス参加者属性		(人)
患者	本人	24
	家族	21
医師	病院	24
	診療所	17
看護師	病院	24
	訪問看護ステーション	13
薬剤師	病院	15
	応需薬局	10
理学療法士		5
ケアマネージャー		21
医療社会福祉士		23
福祉関連	ホームヘルパー	5
	医療福祉用具会社	12
医療行政	市健康医療福祉部	2

表 3. 退院時拡大カンファレンス 参加者

患者情報は病院医療職から在宅支援チームへの申し送り、質疑応答の形で共有を図った。患者の日常活動性について看護師と理学療法士が、疼痛の部位、性状、使用薬剤に関しては主治医、看護師、薬剤師が、患者の思い、家庭環境は社会福祉士と看護師が、それぞれ情報提示をした。さらに患者支援に係る介入サービスの内容、頻度、必要用具準備などを明確にすることによって、家族の負担軽減策を図るとともに、家族の患者支援への主体的参加を支援した。抗悪性腫瘍剤(殺細胞性薬剤・分子標的薬)やがん性疼痛治療薬の使用患者については、薬剤投与目的の周知、副作用症状と発生時に対処法を薬剤師(病院・応需薬局)、訪問看護師、医師(病院・診療所)で共有した。予想される oncologic emergency について

カンファレンス検討項目		件数
患者情報共有	身体状況・疼痛の部位/性状	24
	家庭環境	24
	患者の思い	24
医療サービス	内容・介入頻度	20
	役割分担	20
	準備必要物品	12
薬剤情報	処方内容の確認	15
	有害事象発症時の対応	24
病勢増悪時対応	連絡方法の確認	24

表 4. 退院時拡大カンファレンス 検討項目

も同様の申し合わせを行った(表 4)。

② 訪問看護

訪問看護師が介入したのは、在宅看取り患者 9 名のうち 8 名、入院看取り患者 15 名のうち 5 名であった。訪問看護師のタスクは二つに大別された。ひとつは関連職との連絡役、すなわち、患者の身体・精神症状、家族の気持ちや疲弊度などを評価し、医師への報告、薬剤師との連携(副作用報告、医療用麻薬の管理情報)、ケアマネージャーとの連携(患者・家族の日常生活の質を確保)であった。もうひとつは在宅での医療処置と看護ケア、すなわち末梢・中心静脈輸液、入浴・食事・排泄の介助、リンパドレナージ、オピオイド持続投与モジュールの更新、ストマケア、スキンケア(分子標的薬の皮膚障害)、患者ナラディヴの傾聴などのサービスであった。

③患者情報共有法

「滋賀県緩和ケア地域連携クリニカルパス」[4]の完成前試作ツールを 5 例に、完成後パスを 4 例に使用した。在宅医が連携ツールに積極的に記載する事例は少なく、記載者は主に患者家族と看護師であった。「診療情報提供書」による通信連絡が 5 例、「訪問看護報告書」による患者情報収集が 1 例、家族オリジナルの「連絡帳」が 1 例に使われ、患者肉親が各職種へ情報伝達(口頭・電話連絡)を行った事例も 1 例あった(一部重複あり)。患者情報の共有手段を持たなかった 9 例は、すべて訪問看護が非介入の病院看取り患者であった。

③ 病診連携

検討対象の 24 症例には、14 件の診療所へ在宅医・かかりつけ医介入を依頼した。これら診療所のうち、病院から逆紹介を受けた診療所が完全な在宅型主治医としてがん診療のリーダーシップをとり、地域の関係職種と積極的に協働した「在宅主治医」型施設は 7 件であった。また、がん治療に関連した病院外での有害事象に対し、自院を受診する患者のみに支持療法(薬剤処方、注射、輸液など)を提供する「支持療法参加」型の施設が 7 件であった。患者看取りの場所とかかりつけ診療所機能に関しては、「在宅主治医」型診療所が管理した患者 9 名は、全員が自宅で看取られ、「支持療法参加」型診療所の管理患者は、15 名中 14 名が病院での看取りとなった。地域医療連携開始から患者看取りまでの期間は、全患者の中央値が 3.0 か月(2 日-28 か月)であった。看取りの場所別に検討した場合、在宅の 9 名は 0.75 か月(2 日-2 か月)で、病院の 15 名は 6.5 か月(2 か月-28 か月)であった。

考察

滋賀県東近江医療圏は、人口約 23 万人の地方都市二次医療圏である。高齢化率 25%、急性期医療密度指数 0.78、慢性期医療密度指数 1.12、介護充足度指数-32%で、高齢化が進む医療過疎の圏域である。医療資源の充足度を全国偏差値で見ると、医師数 42、看護師数 43、一般病床数 45、療養病床数 56、診療所数 40、在宅療養支援診療所数 44、在宅療法支援病院数 45 と、急性期と在宅療養を担う医療資源が明らかに不足している（日医総研 2017 年）。二次医療圏のがん診療連携拠点病院は滋賀医科大学附属病院で、東近江総合医療センターは、県指定がん診療連携支援病院として近江八幡市立総合医療センターとともに「準拠点病院」としての指導力を求められる施設である。

第 5 次医療法改正における医療機能の分化連携推進 [5]、かかりつけ医制度は、がん患者の治療を継続するための支援プログラムの作成において重要な契機となった。平成 22 年より滋賀県がん診療連携協議会の主導による「滋賀県がん診療連携クリニカルパス」の運用が開始され、県内にがん患者の病診連携、地域医療連携システムの萌芽となった[2,3,6]。当圏域においては、地域がん診療連携拠点病院指定の遅延などの事由により、平成 24 年にがん患者の地域医療連携に対する具体的な取り組みが開始された。

がん患者の在宅療養生活における最大のハザードは身体症状の急変時対処である。抗悪性腫瘍剤の副作用や、がん病勢増悪による腫瘍随伴症状は oncologic emergency の対象であり、応急の対応が求められる。今回の検討対象症例においては、患者の退院後の診療プロセスへの希望、家族介護力などの評価に基づき、患者・家族の期待に応えうる在宅支援チームづくりを行った。したがって、訪問看護ステーションは 24 時間対応を必要条件とし、患者状態急変時には訪問看護師が初期対応を担う体制を確保した上で医療連携が開始された。在宅療養を希望する患者には、かかりつけ医を「在宅主治医」型診療所に連携参加を打診することが多く、訪問看護師との連携下での訪問診療、往診対応が行われた結果、多くの患者は在宅療養生活を継続し、看取りに至った。がん診療の質的担保を病院（通院・入院）に依存する患者には、患者居宅の近

隣診療所を優先して連携を依頼したため、「支持療法参加」型診療所が管理する事例が増えた。その結果として、有害事象発生や病勢増悪時には病院受診、緊急再入院となり、病院病床での死亡転帰をとる症例が多かった。

在宅看取りとなった患者群において地域医療連携の期間が短かったのは、がん治療開始にはすでにエンドオブライフ期に近い症例が多かったことによる。一方、病院看取り患者群における地域医療連携期間の中央値が半年余りとなった理由は、連携開始当初は在宅希望であった患者のうち化学療法などによる病勢制御効果によって長期生存者が多かったためである。本検討においては、連携診療所と訪問看護ステーションの選定においてセレクションバイアスが介在するため、連携医療資源の機能やがんの診療経過、予後の関連性について言及することはできない。

在宅生活支援において看護の果たす役割は大きい。訪問看護の介入状況を後方視的に検討した結果、看護師の患者状態観察は必要かつ十分な質が確保されていたが、情報共有において継続的にケアされるべきトータルペイン [7] のうち身体以外に関する記載や報告が少なかった。この事実は患者ごとと共有すべき情報内容を掘り下げた連携ツールの必要性を示唆しており、滋賀県がん緩和ケア地域連携クリニカルパス開発に大きく寄与することになった。

個々の患者・家族の期待に応えうる連携チームの呼びかけを行うこと、そして予期し難い病状変化への対応策を明示し、患者・家族、在宅支援チームメンバー全員の安心を担保したがん包括的がん医療連携体制の構築は、地域中核病院の責務である。本検討により、退院時にがん治療病院が主導して在宅療養支援計画を練り、継続を支援することが十分可能であることが示された。

地域のがん診療の指導的立場にある病院は、地域医療資源の特性を把握し、実践可能な支持的介入を計画、主導する必要がある。進行再発がん患者においては、連携により支える期間は短期に終わる事例が多く、退院・在宅移行が決定した時点で迅速な支援チームづくりと稼働開始が求められる。

文献

[1] 厚生労働省：がん対策推進基本計画

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>

- [2] 大野 辰治 瀬戸山 博 東出 俊一 他：滋賀県における
5 大がん地域連携クリティカルパスへの取り組み：日本
医療マネジメント学会雑誌 15(3), 177-182, 2014
- [3] 瀬戸山 博：がん地域医療連携クリニカルパスにおける
課題と今後のあり方：日本クリニカルパス学会雑誌
Vol. 20 No4, 557-561, 2018
- [4] 地域連携クリニカルパス 滋賀のがん診療・がん療養
<https://www.cancer-patients.shiga.jp/navi/navi4>
- [5] www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf
- [6] 瀬戸山 博：大腸がん up to date -病診連携で行う大腸
がん診療- 滋賀医学 Vol135. 3, 9-11, 2013
- [7] がん患者と家族に対する緩和ケア 提供の現況に関する
調査 地域がん診療連携拠点病院における取組を中心に
<https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol27/dl/after>