

がん専門病院における医療連携とソーシャルワーク —ソーシャルワーカーの立場から—

大松 重宏

第59回国立病院総合医学会
(平成17年10月15日 於広島)

IRYO Vol. 61 No. 4 (250-253) 2007

要旨

がん専門病院における終末期の医療連携とは、ただ地域の医療機関の情報を提供するのみではなく、患者・家族が納得し自己決定できるようにサポートした上で、十分なケアが確保された緩和ケア目的の医療連携をすることである。これ以上の積極的な治療ができないと告知を受けた患者・家族に積極的に援助介入することから始まるといってよい。今後、たとえ高度な治療ができたとしても、医療連携が患者サービスの視点を外れ、患者・家族のニーズに合致していなければ、その医療機関の医療の質自体が劣ると評価される可能性があることを忘れてはならない。

キーワード 緩和ケア移行、在宅ホスピス、自己決定、ソーシャルワーカー

はじめに

昨今、独立行政法人国立病院機構の医療機関に「地域医療連携室」、「病診連携室」等の専門部署が設置されていないところはないといってよい。ナショナルセンターである筆者の所属する国立がんセンター中央病院にも1999年に開設された。また、当センター東病院にも地域医療連携を担当する部署が新たに設けられた。この医療連携は、医療制度改革の中で推し進められている医療機関の専門分化のために考えられたシステムである¹⁾。本論では、がん患者、またその家族をサポートするための医療連携を明確にできればと考える。

がん医療における医療連携の課題

2002年4月から診療報酬として「外来化学療法加

算」が加算され、外来での治療が増加している。それにともない、がんに対してこれ以上積極的な治療ができないという告知が外来時にもなされるようになった。当院には緩和ケア病棟がないが、年間400人の患者を看取っている。それと同等の、またそれ以上の患者を地域の医療機関に紹介しているのも現実である。このような場合、患者・家族が納得し自己決定できるようにサポートしたうえで、十分なケアが確保された緩和ケア目的の医療連携をする必要がある。

そこで当室は2001年に緩和ケア・ホスピス病棟を持つ病院を対象に「当院から緩和ケア専門施設への移行時の課題」についてアンケート調査を行った。その結果から、(1)緩和ケア病院の機能説明が不十分、(2)見捨てられ感を持つての外来受診、(3)積極的な治療への望みを持っている、(4)将来予想される症状について説明が不十分、といった課題、つまり当院の

国立がんセンター中央病院 医療連携室／患者・家族相談室
別刷請求先：大松重宏 国立がんセンター中央病院 医療連携室／患者・家族相談室 〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1
(平成18年3月29日受付，平成18年12月15日受理)
The Medical Linkage and Social Work in the Cancer Center Shigehiro Ohmatsu

関わりの不十分さが指摘された。その他、実務的なレベルでの情報提供が患者・家族に不足していること（入院待機期間や入院費など）も明らかになった。また、入院患者に比べ外来患者はサポートが手薄になりがちであるから、患者・家族は、大きな危機的状況に陥る。この危機的状況に、単に情報を提供するだけでなく、継続医療を確保するまでの間、ソーシャルワーカーが積極的に関わり緩和ケア移行への相談援助を行う必要があると判断した。

医療連携と患者・家族への援助

1. 医療スタッフに理解してもらうために

ソーシャルワーカーが援助できることとして、(1)緩和ケア専門病院の機能や各病院の特色の説明、(2)在宅ホスピスを可能にするコーディネート、(3)告知を受けた患者・家族が気持ちの整理をする際に精神的サポート、そして何よりも重要なことは、(4)地域での継続医療が確保されるまでの間、患者・家族の相談相手として関わること、以上を院内スタッフに提案した。つまり、緩和ケア専門施設への移行という担当医にとって時間や労力が必要な時期に、その一端をソーシャルワーカーも担えることを継続的に啓蒙した。

2. 告知を受けた患者・家族への具体的援助

上記でも述べたように、外来で治療し、その効果

がなければ、治療の中止がその外来で告知されることがある。その際、たとえば、「治療を終了したが、今後、どこに生活の基盤を置くのか、在宅で療養するのか、また入院を希望するのか、患者・家族と話し合っていて欲しい」という依頼を担当医からソーシャルワーカーが受けられるようにシステム化した。具体的には、短期の面接や自宅への電話によって、以下のようなプログラムで援助する（図1）。

1) 心理的接触をはかる

まず、外来受診時という限られた時間の中で、告知された患者・家族の気持ちを受容・傾聴する。とくに、非現実感や否認や怒りには十分に配慮する。また、当室ソーシャルワーカーがいつでも援助することを伝える。これによって患者は病院から見捨てられた感じを持たずに、少しずつ告知を理解し納得していく²⁾。

2) 危機の程度を知る（アセスメント）

危機の程度が大きいと思われる場合には担当医に報告し精神科受診をすすめる。患者・家族の了承のもと、自宅に連絡をし、告知された後の精神状態を把握する。とくに、告知を受けた後の数日の間に、心理的接触が重要である。

3) 援助計画の立案

その危機状況や環境・能力・希望に応じ、緩和ケア病院への入院や外来通院、在宅ホスピスのための往診医や訪問看護ステーションと緊急時対応病院等

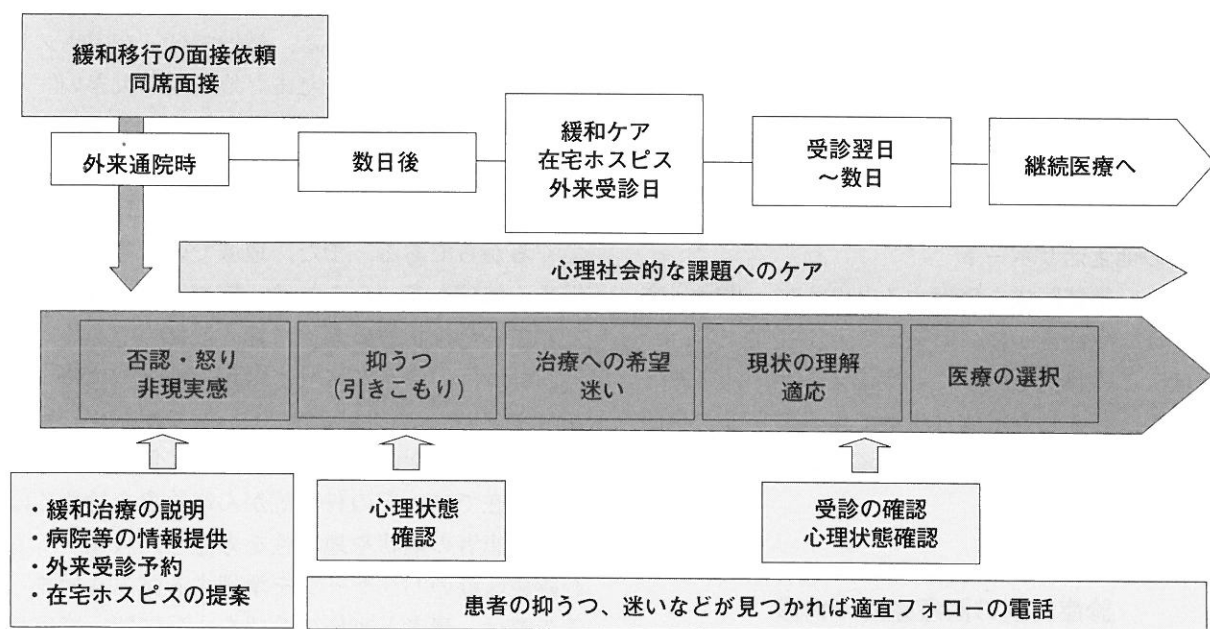


図1 継続医療につなげる援助

表1 診療科別依頼内容

2004年度

	消化管内科	肝胆膵内科	呼吸器内科	乳腺内科
緩和ケア ホスピス	186 (64.8%)	129 (80.1%)	140 (64.8%)	133 (75.1%)
往診医・ 訪問看護 ステーション	34 (11.8%)	3 (1.9%)	16 (7.4%)	24 (13.6%)
緊急時 対応先	30 (10.5%)	15 (9.3%)	33 (15.3%)	4 (2.3%)
リハビリ 療養	1 (0.3%)	0 (0.0%)	3 (1.4%)	5 (2.8%)
がん治療 以外	36 (12.5%)	14 (8.7%)	24 (11.1%)	11 (6.2%)
合 計	287 (100.0%)	161 (100.0%)	216 (100.0%)	177 (100.0%)

の選択肢を提案する。

4) 目標の設置と実行

期限を決めて実行可能な目標を立てる。たとえば、緩和ケアの告知直後で気持ちの整理のつかない場合には緩和ケア病院の資料を渡し、次回外来受診時までに検討してもらう、患者・家族だけで次のステップを踏むことが困難である場合には、ソーシャルワーカーと一緒に緩和ケア外来の予約を入れる。その他、在宅を希望する場合でも、患者の病状、全身状態、家族の介護力等を十分に評価し、緊急入院が可能な医療機関や、在宅が不可能になった場合に入院できる緩和ケア専門施設やその他の医療機関も調整する。

5) フォローアップ

目標実行後、患者・家族がどのような精神状態にあるか確認するほか、患者・家族に緩和ケア受診への迷いや積極的治療への期待、治療ができないことによる抑うつがみられないか、自宅に連絡をし、告知された後の生活状況を把握しサポートする。継続医療機関が確保された後も、こちらから連絡を入れ現状の把握に努める³⁾。

6) その他生活サポート

よりよい継続医療を確保するとともに、患者・家族の今後の生活を一緒に考えることを提案する。たとえば、この状況を子供にどう伝えるか、仕事をどうするか、残された家族は生活できるのか等、生活課題を整理し解決できるように解決志向型のカウンセリングを提供する。

がん専門の医療連携について概観する。年間を通して依頼件数の多い4診療科はすべて内科で、抗がん剤治療を行う専門の科である。これらの科からは、緩和ケア施設・ホスピスの転院調整を依頼されることが多い。しかし、緩和ケア・ホスピスといっても、その形態はさまざまである。たとえば、(1)入院によるターミナルケアを専門とする医療機関、(2)外来でフォローもできるし従来のように入院対応（緊急も含め）可能な医療機関、(3)入院が必要な際には応じるが基本は在宅支援とし在宅ケアユニットを持つ医療機関等がある。また、(4)緩和ケア・ホスピスを標榜^{ひょう}していないが、またそのことによって診療報酬^{はう}の定額制にとらわれなく患者・家族のニーズを取り入れ、緩和ケアを提供しようとする医療機関などもある。よって、患者や家族の希望を聞いていくと、その依頼とは違って、在宅ホスピスや一般病院での緩和ケアとなる場合もある。最近では、在宅ホスピスが充実してきたが、まだまだ地域差が大きい⁴⁾。

消化管内科（胃がん、大腸がん、食道がんなど）は、他の科に比べ、往診や訪問看護の調整依頼が多い。食事を摂取できない場合、補液を行う必要が出てくるからである。また、地域での緊急入院先を確保する依頼も多い。これは、抗がん剤治療の副作用でおこる全身状態の悪化に備えるためである。呼吸器内科は、他の科に比べ、緊急入院先の調整依頼の割合が高い。これは抗がん剤治療で症状が安定しているが、今後症状が再燃した場合に備えるためである。現在では、どの科も抗がん剤治療を始める段階から、患者の病状や地域性を考慮した緩和ケアも含む継続医療のパッケージを準備する試みも始まった。その際は、患者と家族の希望を十分に聞いて実施している。それぞれの診療科の治療方針によっても調

診療科別の医療連携の特徴

ここでは医療連携の内容や特徴を示し（表1）、

整する連携医療機関に相違が出てくる場合がある。しかし、繰り返し述べるが、必ず患者・家族の希望を重視し調整することを原則としている。全体の約75%は患者・家族と相談しながら連携の調整を行っている。

おわりに

当院が目指す医療連携は、患者を中心に据えた取り組みで、一人ひとりの患者の生活環境を維持するものでなくてはならない。とくに緩和ケアに移行する場合は、患者と家族が残された貴重な時間を有意義に過ごせるよう、環境を整備するサポートを行う。そのため、当院では医療の中に社会福祉を専門とするソーシャルワーカーを配置し、心理社会的側面に

も配慮している。今後、たとえ高度な治療ができたとしても、医療連携が患者サービスの視点を外れ、患者・家族のニーズに合致していなければ、その医療機関の医療の質自体が劣ると評価される可能性があることを忘れてはならない。

〔文献〕

- 1) 武藤正樹：21世紀の医療連携の展望と課題．看護管理 11：658-663, 2001
- 2) 志真泰夫：ギアチェンジャーがんに対する治療から緩和ケアへ．ホスピスケア 13：1-17, 2002
- 3) 古宇田香，新藤悦子：治療を自己決定したがん患者の「決定後の思い」．臨死生 7：26-32, 2002
- 4) 蘆野吉和：在宅ホスピスケアの普及を妨げる要因．癌と化療 29 (Suppl. III)：443-449, 2002