

がん診療連携拠点病院として 求められる役割

竹山由子[†] 森田 勝 古川正幸 藤也寸志

第70回国立病院総合医学会
(平成28年11月12日 於沖縄)

IRYO Vol. 71 No. 11 (455-458) 2017

要 旨

がんの年間罹患数が100万人を突破し、2人に1人はがんになる時代となった。がん医療の進歩は著しく、「がんイコール死」をイメージした時代から、今や「がんと共存する」時代となっている。がん診療連携拠点病院（以下拠点病院）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ために設置され、専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援および情報提供等を行うことが役割とされている。いかなる段階のがん患者であっても、安心して住み慣れた地域で生活できるように、九州がんセンターが行っている取り組みとして、①長期的な見通しと繰り返しの説明、②アドバンス・ケア・プランニングの取り組み、③相談できる場所の確保、④院外との細やかな連携、⑤市民・県民、医療従事者への啓発活動、⑥地域医療ネットワークづくり、などがある。そして新たな取り組みとして、早期から在宅の視点で関わることのできる訪問看護ステーション設置の検討や緊急緩和ケア病床の運用を行っている。

がんという疾患の特殊性や治療経過を考えると、治療を行っている段階から終末期まで、かかりつけ医や在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなどと連携し、患者・家族を取り巻くネットワークを創りあげていく必要がある。早い段階から院内外の医療スタッフが1つの医療チームとして、治療方針や療養場所の決定などそれぞれの立場で支援をしていくことが望ましい。

地域包括ケアの時代、「施設完結」から「地域完結」へと医療のパラダイムシフトが行われていることを、医療者は十分に認識すべきであり、地域の中で患者・家族の意向に寄り添うためにどうしたらいいかを考えていく必要がある。

キーワード がん診療連携拠点病院、地域医療ネットワークづくり、パラダイムシフト

国立病院機構九州がんセンター がん相談支援センター [†]看護師

著者連絡先：竹山由子 国立病院機構九州がんセンター がん相談支援センター

〒811-1395 福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号

e-mail: takeyama.y@nk-cc.go.jp

(平成29年3月14日受付、平成29年6月16日受理)

Roles of Designated Cancer Care Hospital for Community Integrated-Care System

Yuko Takeyama, Masaru Morita, Masayuki Furukawa and Yasushi Toh, NHO Kyushu Cancer Center, Cancer Information and Support Centers

(Received Mar. 14, 2017, Accepted Jun. 16, 2017)

Key Words: designated cancer care hospitals, establishment of regional medical network system, paradigm shift

がんの現状と将来予測

2016年のがん罹患者数は101万人を超え、死亡数の予測は約37万人となった（ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html¹⁾）。人口の高齢化が進み、2030年前後にはがん多死社会が到来する。治療法の進歩により全がんの5年相対生存率は6割を超え、早期に発見できれば9割が治る時代となった。「がんは怖い病気」から「がんと共に生きる」時代へと変化してきた。平成28年度の診療報酬改定では、「地域完結型」が1つのキーワードで、「かかりつけ医等」のさらなる推進や質の高い訪問看護に点数がつくなど地域包括ケアシステムの推進が求められた。しかし、がん患者の地域包括ケアシステムはまだ構築されているとはいえない。そこで、がん患者の地域包括ケアシステムを推進するための拠点病院としての役割を考えてみたい。

がん診療連携拠点病院とは

がん診療連携拠点病院には、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、「専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の構築、がん患者に対する相談支援及び情報提供等」が役割として求められている（厚生労働省 HP http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_byoin.html²⁾）。しかしながら、相談支援や情報提供に関しては国民の認知度は低く、「どこに相談していいかわからない」、「どの情報を信用していいかわからない」、「自分が何を選択していいかわからない」というような国民の不安を少しでも軽減し、不安な状況を緩和して日常生活を送ることができるように、拠点病院は、協力して各都道府県全体のがん医療の質を上げていく必要がある。

がんの在宅移行が進まない要因とその理由

日本では、とくにがん終末期になると在宅での療養が進まない傾向にある。その要因としては、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「往診や訪問看護・介護の体制が整っていない」、「24時間相談のしてくれるところがない」、「急変した時の不安・すぐに入院できないかもしれない」、などがあげられる³⁾。しかしそれ以外にも日々退院支援を行って感

じることは、患者・家族にとって、治療を継続すること自体が生きていく目的となっていること、今後おこりうる身体状況の予測が難しいこと、分子標的薬の進歩により終末期でも抗がん剤を使用することが多くなってきたこと、医師・看護師ともに在宅に関して詳しくないこと、なども関係しているのではないかとのことである。

国立病院機構九州がんセンター(当院)の取り組み

1. 当院の地域医療連携体制

当院では、「がん相談支援センター」という部署が、「地域医療連携（前方連携）」、「退院調整・在宅療養支援（後方連携）」、「がんの医療相談」などの役割を担っている（図1）。

2. 当院の取り組み内容

(1) 長期的な見通しと繰り返しの説明について

緩和ケア推進検討会（第二次中間とりまとめ⁴⁾）の中でも示されているように、医療者はがんの診断時から長期的な見通しについても話をしなければならない。がんの告知時はもちろんのこと、再発時や治療法の変更時などに繰り返しの説明を行い、理解度や受け止め方を確認する多職種への介入が求められる。当院では、すい臓がんのように予後が厳しい疾患に関しては、外来の担当医よりがん専門看護師に依頼があり、最初の説明時より介入ができるシステムも機能している。

(2) アドバンス・ケア・プランニングの取り組みについて

アドバンス・ケア・プランニングの取り組みを2012年より開始した。また、拠点病院の指定要件として、診断時から外来および病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施が義務化され、身体面・精神面・社会面での患者の苦痛を拾いあげるよう努めている。

(3) 相談できる場所の確保について

拠点病院の指定要件の中には、「相談支援センターの機能について、主治医等から、がん患者およびその家族に対し、周知が図られる体制を整備すること」と定められている⁵⁾。患者や家族は、担当医に黙ってがん相談支援センターに相談に行くことに関して後ろめたさを感じることがあり、当院では、初診時に担当医より「がん相談支援センター」を患者

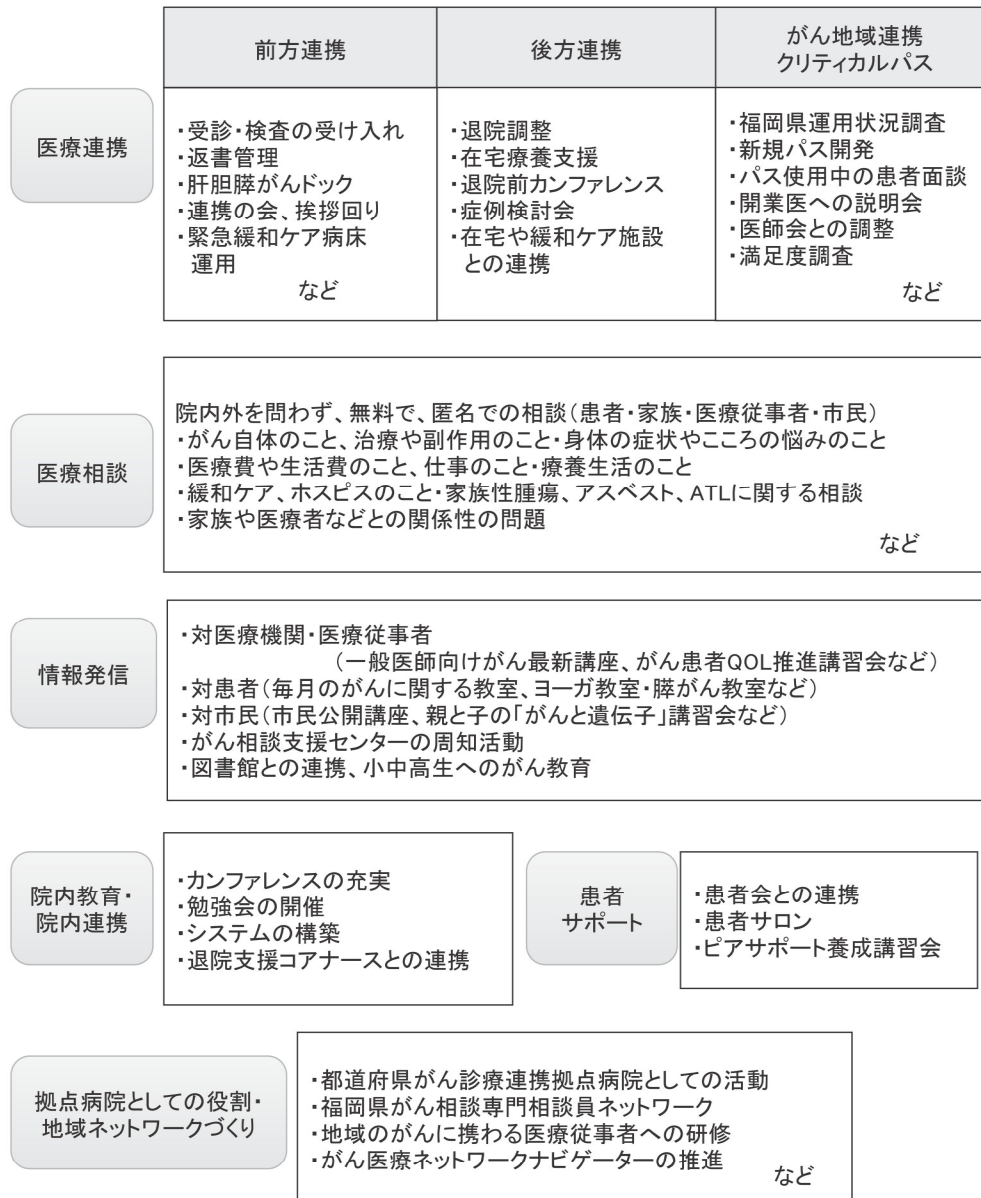


図1 九州がんセンター がん相談支援センターの役割

に紹介してもらうようシステムづくりに取り組んでいる。がん相談支援センターを広く周知し、患者・家族が不安を抱いた際に能動的に相談に訪れ、適切な部署（がん看護外来・薬剤師・栄養士・心理士など）への連携を含め、情報提供や意思決定支援を行っている。

(4) 院外との細やかな連携

緩和ケア施設や在宅医などに連携する場合、治療病院や緩和ケア施設、在宅医と共同で作成した「緩和ケア依頼書」、「緩和ケア依頼事前情報書」を使用しており、依頼目的や臨床的な予後予測、説明の内容と反応など必要な情報が把握しやすい。また、退院前カンファレンスを必ず実施し、患者・家族も含

めた情報共有に努めている。

(5) スタッフへの教育

訪問看護ステーションや緩和ケア病棟への実習、院外の医療従事者との事例検討などを行っている。

(6) 市民・県民、医療従事者への啓発活動

市民公開講座、毎月のがんに関する教室、がん患者QOL推進講習会などさまざまな情報発信を行っている（図1）。

(7) 地域医療ネットワークづくり

がん患者が情報を得る場所の一つである図書館での市民公開講座や、小中高生へのがん教育など、地域の中での啓発活動も行っている。

(8) 当院の新たな取り組み

がん患者の生活の支援を行うためには、治療を行う病院の看護師が在宅の視点で治療の早期から介入することが必要であると考え、当院では、訪問看護ステーションの設置に向けて取り組みを開始した。また、拠点病院の指定要件でもある「緊急緩和ケア病床」の運用を開始し、当院に受診歴のない患者でも昼夜を問わず受け入れの体制を整えている。

考 察

がん患者の地域包括ケアシステムを推進していくためには、初診時から生活状況を把握し、必要時はケアマネジャーなどと情報共有を行いながら、治療方針や入院のスケジュールを立てていくことが望ましい。緩和ケア推進検討会では、「がん診療連携拠点病院、緩和ケア病棟、緩和ケアの拠点となる診療所等が協力して、地域でのサポート体制を構築することにより、地域完結型の在宅緩和ケアシステムを完成させる必要がある」、「がん診療連携拠点病院は在宅緩和ケア病棟に直接、患者を送るのではなく在宅へ、そして緩和ケア病棟は緩和ケア病棟の看取りに主眼を置かず、落ち着いたら積極的に在宅へ退院させ、在宅のバックアップ機能を担うべきではないか」、などの内容が議論されている (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000085020.pdf>)⁶⁾。患者の意向を重視し、病状が落ち着いていたら、たとえ短期間であっても在宅へ帰し、必要時には入院をさせるというように、細やかな方針の変更が必要である。そのバックアップ機能は、緩和ケア病棟だけではなく拠点病院も担うべきであると考え、地域の在宅支援診療所や訪問看護ステーション、緩和ケア施設などが密に連携を図りながら、状況に応じた療養場所の選択や生活のサポートを行うことが必要である。治療を提供す

る病院と在宅での生活を支える医療スタッフが一つのチームとして機能していくことが、地域包括ケアシステムの推進につながっていくと考える。

2025年を直前に控えた今、「病院から地域へ」、「キュアからケアへ」、「患者の価値観の重視」、「院外の医療従事者やがんサバイバー等も含めたチーム医療へ」、とわれわれ医療者にはパラダイムシフトが求められている。

〈本論文は第70回国立病院総合医学会シンポジウム「地域包括ケア時代に求められる地域医療連携の役割」において「がん診療連携拠点病院として求められる役割」として発表した内容に加筆したものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

〔文献〕

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス. 国立がん研究センターがん登録・がん統計.
- 2) 厚生労働省. 「がん診療連携拠点病院等とは」.
- 3) 内閣府. 第1章「高齢化の状況」第二節. 高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向「自宅で最期まで療養することが実現困難な理由」. 高齢社会白書, 平成24年版, 2012 : p38.
- 4) 厚生労働省. 「緩和ケア推進検討会第二次中間とりまとめ (報告書)」, 2013 : p3.
- 5) 厚生労働省. 平成26年1月 がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 2014 : p12.
- 6) 厚生労働省. 第16回緩和ケア推進検討会資料 資料5. 第15回緩和ケア推進検討会 (平成26年10月29日) での意見. 緩和ケア推進検討会等の議事概要 (地域緩和ケア抜粋), 2015.