

緩和ケア病棟より

長岡西病院 板野 武司



前回の診療報酬改定で、緩和ケア病棟入院料の一律一日三七八〇点が増え、

緩和ケア病棟在院日数が三〇日以内で四七九一点、三十一日以上六〇日以内で四二九一点、六十一日以上で三二九一点となりました。緩和ケアも在宅へという意図と考えられます。自宅も含む「在宅」の扱いとなる施設も変わりました。それぞれの地域によって利用できる医療資源の違いもあり、異なる課題を抱え、同じ課題でも解決策は異なると考えます。緩和ケア病棟、地域がん診療連携拠点病院での緩和ケアチームでの経験をお伝えします。

緩和ケアは「がん」と診断された時から「提供するものとされました。現実には、終末期と思

ビハラー病棟は、急性期病院より紹介された患者を引き受ける施設として活動しています。長岡にて今年で二十二年目を迎え、過去の利用者のつながりなどから当院への転院を希望されるケースも増えてきています。四月からは病床数を二十七床から三十二床へと増床しており、できるだけ早く転院して頂けるようにと考えています。去年ビハラーでは、一六五人の方々が死亡退院されました。以前と比べて家族の形態も変わり、介護者が高齢、または何らかの理由で一人暮らしのため自宅や在宅へ移行できる方はほとんどおられません。

不快な症状緩和についても微妙な差を感じました。緩和ケアチームでは、化学療法・放射線療法中は「痛みを取らないで」と訴えられました。病気が治療で小さくなったり、治れば痛みはなくなり、痛みは治療効果を見るためのものなのです。消化器疾患で輸液量が一日一五〇ミリリットル以上で、嘔気・嘔吐が持続していれば胃管を留置し減圧を積極的にを行いました。緩和ケア病棟転院時、医療用麻薬の使用量を三分の一の方は減量し、三分の一の方は増量、三分の一の方は増減せず、残りの方は疼痛コントロールが難しく、看護ケアで助けられることは多いです。

在宅では、簡単に分かりやすい処方を念頭に置いています。医療用麻薬パッチは毎日交換できるものにして、入浴がしやすく、薬の増減も調節しやすくします。三日用のパッチはどうしても貼り替えを忘れることがありますが、間違えが多くなります。病棟においては毎日交換をする患者は一日八〜十人となり、仕事が増える看護士から抗議されました。突出痛には麻薬ばかりでなく、消炎鎮痛薬も必ず使うように指示を出します。訪問看護への指示は電話で行います。が、「言った、言わない」で後味の悪いこともあることから必ずファックスを送って文書に残します。

がん患者とその家族へいろいろな選択肢を提供できるように努力したいと考えています。長岡市内循環バス「ぐるりん」の訪問診療の際、母の玄関で娘さんから「母は先生が今日来られるので、お化粧をして待っていました」と聞きました。母娘と一緒に化粧を楽しむのもありです。

新潟県肝疾患診療連携の現状と課題

厚生連新潟医療センター 消化器内科 五十嵐 正人



ウイルス性肝炎は慢性進行性でほぼ無症状のまま経過し、肝硬変や肝細胞癌の原因となり得る疾患である。本邦では肝細胞癌による死亡者数が年間約三万人存在するが、その大半はウイルス性肝炎に起因しており、その克服はわが国の健康問題上、重要な課題である。そこで国は、各都道府県に「肝疾患診療連携拠点病院」(以下拠点病院)を置き、これを中心とした肝疾患診療連携ネットワーク構築を推進している。新潟県においては、平成二十

度の新潟大学歯学総合病院が

二七分の二三(八五%)であった。中でも『診療連携パス』については、二七分の二二(八一%)の施設において導入されており、特に乳がんや脳血管障害でパスの導入率が高かった。ところが肝疾患関連の診療連携パスの導入は六施設にとどまり、その運用件数も少数に限られる傾向であった。このように肝疾患の診療連携パスが普及しにくいのは、肝疾患の特殊性に起因していると考えられる。第一に、肝細胞癌の発生母地は基本的に肝硬変であり、肝癌の術後にも肝硬変、すなわちアクティブな肝疾患が残存するという点が他の癌と一線を画す。当然癌の再発リスクは常にあり、術後フォローにも一定の知識と経験を要する。このため、知識と経験の術後パスが作成しにくいのが問題である。第二に、肝疾患の治療が高度に専門化してきたため、一部の協力病院では設備的、人的に最新治療に対応できない場合が生じている。例えば

乳がんの診療と地域連携

新潟県立がんセンター 新潟病院 乳腺外科部長 金子 耕司



がんは、昭和五十六年より、日本人の死因の第一位であり、平成二十二年には年間約三五万人が亡くなり、生涯のうち約二人に一人は一生のうちがんに罹ると推計されている。

このような状況に対処するため、平成十九年四月よりがん対策基本法が施行され、がん予防および早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進、がん研究の推進が掲げられた。これに基づきがん対策推進基本計画が策定され、がん医療の均てん化を進めるために、がん診療拠点病院が中核となって、地域のがん医療体制を構築していくことが求められ、すべての拠点病院において、五大がん(肺・胃・肝・大腸・乳)に関する地域連携クリティカルパスを整備することが目標とされた。平成二十四年六月に基本計画の改定が行われ、地域連携に関してはクリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につなげていないとの指摘があった。

平成二十一年の新潟県における女性の乳がん罹患率は七〇一人で、罹患割合では乳がんが約一七・五%を占め最も多く、年間約一二〇〇人が罹患し、年々増加傾向にある。一方で乳腺専門医は新潟県内で二〇一四年四月現在十二人しかおらず、専門医のみで診断から初期治療、経過観察、再発診断・治療、緩和ケアまで一貫して提供することが困難となってきた。地域連携は診療の質の維持・向上に不可欠である。

乳がん初期治療は一部の臨床試験を除いて、おおむね乳がん診療ガイドラインに沿って提供される。初期治療においては、がんの解剖学的広がりである病期診断、またエストロゲン受容体、プロゲステロン受容体、HER2/neuの発現の有無、および細胞増殖マーカーであるEGFRなどのバイオマーカーにより乳がんのサブタイプを検索し、術前化学療法、手術、術後補助療法(化学療法・内分泌療法・放射線治療)を決定する。初期治療後は経過観察となるが、経過観察は再発の有無をみることを目的とする。再発形式としては局所・領域再発および遠隔再発があり、局所・領域再発であれば外科治療あるいは放射線療法が選択され、遠隔再発では薬物療法が選択される。経過観察においてはガイドラインで推奨されていないのは問診・視触診およびマンモグラフィであり、症状がない場合の腫瘍マーカーを含む血液検査、CT、MRI、骨シンチグラフィ、EGF-PETはいずれも推奨グレードC2で、科学的根拠が十分とはいえず、実践する場合は基本的に勧められない。

平成二十五年度のC型慢性肝炎治療ガイドラインにおいては、本邦に一番多い1型高ウイルス量症例の治療として「テラプレビル三剤併用療法」が推奨されていたが、この治療を行うための要件を満たす施設に限られ、県内では十三施設でしか治療できない状況であった。協力病院のおよそ三分の二では治療ができず、地域中核病院として十分機能したとは言えない状況であった。こうした問題点に加え、医師偏在、専門医偏在の問題が絡み合い、「当方では、肝疾患の診療連携パスはとも導入できない」といった意見も寄せられ、肝疾患と診療連携パスの間には、少なからず相性の悪さがあると感じられる結果であった。一方、診療連携パス以外では、各施設で円滑な連携のための対策が練られていた。多く見られた意見としては、地域の開業医を対象とした勉強会や検討会を開催して疾患関連の知識を共有する取り組みや、システム

い。なぜなら初期治療後にさまざまな検査を組み入れた慎重なフォローアップを行うことの、生存率・QOL・医療経済に対する効果は証明されていないからである。

乳がん診療には各局面が存在し、現在県統一の連携パスは初期治療を拠点病院で行い、その後の術後内分泌療法および経過観察を連携施設で行う内容となっている。当科での原発性乳がんの手術件数は年間約三〇〇件強で、このうち約半数は乳腺専門クリニックからの紹介で、初期治療が終了すると約八割が同施設で経過観察となっている。手術件数の約四割は他施設からの紹介である。平成二十三年六月より現在まで県連携パスに同意され、クリニック以外の連携施設にて経過観察となっている乳がん患者は二〇一一年二四例に対して、二〇一二年は一一三件と徐々に増加してはいるが、十分とはいえない。現在新潟県内では一三四の施設が連携施設として協力してくれていないものの、紹介医が連携施設でない場合は、初期治療後の連携先を探すことに苦慮する場合も多い。

編集後記

今年の診療報酬改定のキーワードは、「医療機関の機能分化と連携」。「地域包括ケアシステム」の構築です。そこで、今回はさまざまな分野で「医療の地域連携」にとりくんでおられる先生方から現状と課題を報告していただきました。中でも「がん終末期の在宅医療」に取り組んでおられる塚田裕子先生からは、病院勤務医へ熱いメッセージが届けています。(高井)