

資料 (第36回徳島医学会賞受賞論文)

「あんしんカード」を用いたがん患者の救急医療体制の構築と病病・病診連携の試み

蟻井岐美, 柿内聡司, 岩井久代, 三好孝典, 田村公一, 日野直樹, 三宅秀則

徳島市民病院がんセンター

(平成28年6月27日受付) (平成28年6月30日受理)

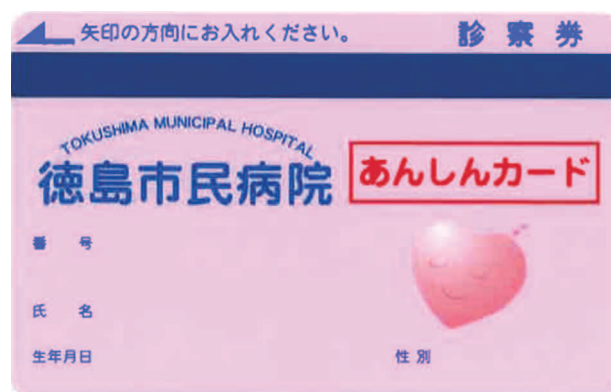
はじめに

がん診療が外来治療中心に移行し, 原疾患の進行や有害事象のため救急外来を受診する頻度が増している。また, 医療情勢の変化に伴い在宅での看取りのニーズが高まっているが, 実現には緊密な医療連携がかかせない。「終末期医療に関する調査」¹⁾では, 自分が治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合に自宅で最期まで療養することが困難な理由に, 「症状が急に悪くなった時の対応に自分も家族も不安である。」と回答した割合が5割強であった。宇都宮は, 「在宅や介護施設などからのエンド・オブ・ライフ期にある高齢者救急搬送の問題や, 在宅療養者を支援する入院機能の在り方も, 地域全体で考えていく必要がある。」²⁾と述べている。また, 奥村は, 終末期がん患者の訪問看護を担当する訪問看護師が, 「緊急時や入院希望時に対応できる病院側の体制整備が必要であると感じている。」³⁾と報告している。

当院では, 2015年4月のがんセンター開設と同時に, 救急医療が必要となる可能性のあるがん患者に, 24時間体制で受診の保障をする「あんしんカード」を発行している。他県に於いても, 当院が参考にさせていただいた和泉市立病院のあんしんカードや, オレンジカード(市立静岡病院・静岡市静岡医師会)などが同様の機能を持って運用されている。今回当院の「あんしんカード」運用結果を検討することによって, 今後の病病・病診連携に於いて取り組むべき課題や方向性を見いだすことができるのではないかと考えた。

研究目的

「あんしんカード」が, がん診療連携や, 病病・病診連携に及ぼす影響を後視的に検討した。



用語の定義

「あんしんカード」とは, 当院で治療中あるいは治療した進行再発がんの患者に対し, ①かかりつけ医や連携医療機関に紹介する場合, ②救急対応が必要となる可能性がある場合に発行する。カードをもつ患者は, 当院で治療中, 他の医療機関で治療中に関わらず, 当病院救急外来を受診できる体制になっている。

対象と方法

2015年4月から2016年3月までに, 当院で「あんしんカード」(以下カード)を発行したがん患者を対象とした。

カード発行後の医療や病病連携・病診連携の実態について, カルテより後視的に調査した。調査項目は年齢, 性別, 疾患, 発行科, 発行時の治療状況, 発行目的, 発

行後の医療（当院外来受診，当院救急外来受診，当院入院，他院外来受診，他院入院），在宅医療の有無，在宅療養の状況，当院緩和ケア病床入床承認の有無，転帰とした。

結 果

2015年4月から2016年3月までの1年間にカードを発行した患者は，男性30人，女性17人の計47人であった。患者年齢の中央値は73歳（53-90歳），緩和医療中が38人，薬物療法中が9人であった。

カード発行目的は，かかりつけ医や連携医療機関に紹介目的が13人，救急対応目的が34人であった。

発行科の内訳は，外科が27人（57%）と半数以上を占めており，次は内科・泌尿器のそれぞれ9人（19%）であった（図1）。

カード発行患者を疾患別に見ると，大腸癌が8人（17%）と最多で，次に肺癌が7人（15%），乳癌・胆管癌がそれぞれ6人（13%）であった（図2）。

発行後の医療の状況は，訪問診療を導入した患者が14人（29.8%），訪問看護の導入が12人（25.5%），他院外来通院が5人（10.6%），他院入院が12人（25.5%）であった。また，当院外来通院が37人（78.7%），当院救急外来受診歴のあった患者が18人（38.3%），カード発行後当院に入院歴のあった患者は30人（63.8%）であった（表1）。

また，介護保険認定のあった患者は21人（44.7%）であった。

訪問診療導入患者14人の療養状況では，2人は訪問看護を導入していなかった。7人が当院救急外来を受診し，最多は1人で3回の受診歴があった。また，当院に入院歴のある患者は8人で，入退院を繰り返した患者もいた。緩和ケア病床入床承認があった患者は6人であった。2016年5月10日の調査時点で，訪問診療導入患者14人の全員が永眠されていたが，当院で永眠されたのは7人，

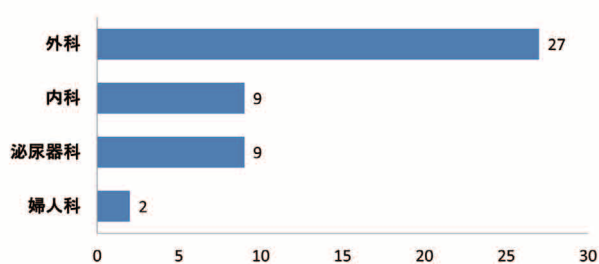


図1 科別 あんしんカード発行患者数(人) n=47

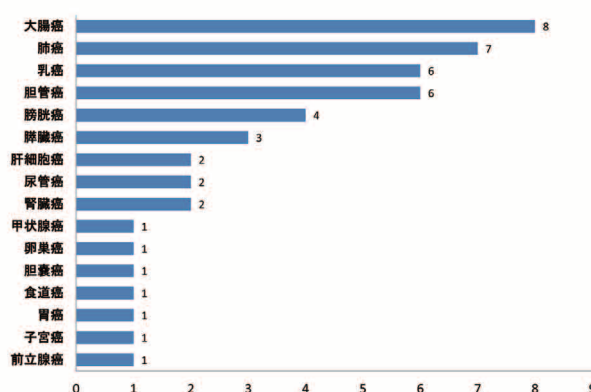


図2 疾患別 あんしんカード発行患者数(人) n=47

表1 あんしんカード発行後の医療

	あり(人)	なし(人)
訪問診療	14 (29.8%)	33 (70.2%)
訪問看護	12 (25.5%)	35 (74.5%)
他院外来通院	5 (10.6%)	42 (89.4%)
他院入院	12 (25.5%)	35 (74.5%)
当院外来受診	37 (78.7%)	10 (21.3%)
当院救急外来受診	18 (38.3%)	29 (61.7%)
当院入院	30 (63.8%)	17 (36.2%)

自宅で永眠されたのは6人，他院で永眠されたのは1人であった（表2）。また，訪問診療導入後，当院に再入院し永眠された患者の在院日数の中央値は7日（2-25日），平均11.9日であった。

当院救急外来受診人数は18人，延べ受診件数は27件，その内入院となったのは12件であった（表3）。

カードを使った救急外来受診理由で一番多かったのは「痛みの増強」で11件，次に「食欲不振」4件，「発熱」3件，「胸苦」・「嘔気・嘔吐」がそれぞれ2件であった。痛みの増強で受診された患者11人の内6人は，NSAIDs内服や座薬，オピオイド・ステロイドなどの追加処方または医師の診察のみで帰宅した（表3）。

緩和ケア病床入床承認患者20人の転帰は，16人が当院に入院し，14人が永眠された。また，8人が他院に転院し，その内3人が当院に再入院し永眠された。また，2人は他院で永眠され，3人の転帰は不明であった。

考 察

カードが発行された時の患者の状態では，緩和療法中

表2 訪問診療導入患者の療養状況

	訪問看護	他院外来 通院	他院受診	当院外来 受診	当院救急 外来受診 回数	当院入院 回数	緩和ケア 病床承認	転帰	当院 最終入 院日数
1	○	×	×	○	1	1	×	永眠(当院)	19日
2	×	○	×	○	2	1	○	永眠(当院)	7日
3	×	×	×	○	1	1	○	永眠(当院)	25日
4	○	×	×	○	3	3	○	永眠(当院)	2日
5	○	×	×	○	3	1	○	永眠(当院)	21日
6	○	×	×	○	1	2	○	永眠(当院)	7日
7	○	×	×	○	×	1	×	永眠(当院)	2日
8	○	×	×	○	×	×	×	永眠(自宅)	
9	○	×	×	○	×	×	×	永眠(自宅)	
10	○	×	×	×	×	×	×	永眠(自宅)	
11	○	×	×	×	×	×	○	永眠(自宅)	
12	○	×	×	○	×	×	×	永眠(自宅)	
13	○	×	×	×	×	×	×	永眠(自宅)	
14	○	×	○	○	1	1	×	永眠(他院)	

表3 当院救急外来受診理由と転帰

主な症状	件数(件)	入院となった件数(件)
痛み増強	11	5
食欲不振	4	2
発熱	3	2
胸苦	2	1
嘔気・嘔吐	2	1
精神症状	1	1
咳	1	
呼吸苦	1	
しびれ	1	
腎臓尿漏れ	1	

が80.9% (38/47人) を占めていた。当院に於いて緩和ケア病床が開設(調査期間は5床の運用)されたことが影響していると考えられる。薬物療法中9人は、がん薬物療法の有害事象に対応するために発行されていた。

かかりつけ医や連携医療機関に紹介目的のカード発行が13人と少ないことから、必要な患者にカードが発行されない事例もあったと考えられる。カード発行が診療科の判断に任されていることが要因の1つである。今後は、必要な患者には漏れなくカードが発行されるようなシステムの構築や体制の整備が必要である。

外科のカード発行が全体の半数以上を占めているのは、手術・化学療法の治療時期から終末期まで、継続的に患者を当院で診ている状況があると考えられる。内科のカード発行部数が外科に比べて少ないのは、内科医師の

人員不足で次々とカードを発行しにくいような理由もある。また、内科に紹介時点で積極的な治療ができない場合や、本人・家族が積極的な治療を望まない事例も多い。看取りも含め、今後診ていただける医療機関を捜す目的での患者支援センターへの依頼が増えている。まず内科医師の人員確保は急務であると思われるが、急性期病院に併設された緩和ケア病床ですべての患者を最期まで支えることは難しい。患者・家族の意向を汲みながらも、地域の病院や在宅療養支援診療所と連携していくことが結果的に患者・家族を支えることにつながると考える。今回の調査を行って行く中で、カードがその連携を支える手段の1つになると思われた。がんセンター発足後、院内でも多職種間の連携がさまざまな場面で力を発揮しているが、院内外を問わず、また各診療科を問わず、患者・家族のためにという目的達成には、柔軟な協力体制が望まれる。

疾患別では、五大がんで23人(49%)を占めていた。また、胆管癌・膵臓癌・肝臓癌が11人(23%)と多かったのは、肝・胆・膵外科がある当院の特色であると考えられる。

14人の訪問診療導入患者では、6人が最期を自宅で迎えることができ、当院に再入院した7人も入院期間が中央値7日(2-25日)と、ぎりぎりまで在宅で過ごすことができた。カードを使って救急外来を受診した患者の半数以上が帰宅可能であったことから、緊急時の対応を保障することが患者・家族にとって、在宅での不安の軽減につながったと言える。また、救急外来受診理由で

一番多かった「痛みの増強」で来院した患者の半数以上が帰宅できたことから、疼痛コントロールが在宅療養の期間や質を左右すると考えられる。在宅療養を選択した患者の状況から、当院がバックベッドとして機能したと考えられ、在宅での看取りを促進できる可能性が示唆された。

カード発行患者の内、半数近い20人が緩和ケア病床の入床判定を受けた。20人の内17人が当院で最期を迎えられた。「人生の最終段階における医療に関する意識調査」⁴⁾では、「末期がんではあるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康な時と同様な場合」、一般国民では71.7%の者が居宅で過ごすことを希望していたと報告されている。しかし現実的には、病状が悪化した時に救急搬送される患者も多い。どれだけ最期は自宅で迎えたいと希望しても、すべての患者・家族が想いを遂げられるとは限らない。最期を迎える場所がどこであれ、1人ひとりの患者や家族の不安に寄り添い続けることが医療者には求められる。

「あんしんカード」を1年間運用した結果、救急受診や病診連携に支障はなかった。今回の調査で、カードを持ちながら当院を受診できなかった例は見られなかった。しかし、緩和ケア外来を受診し、翌日に緩和ケア病床入床予定だった患者が、受診当日の夜他院に救急搬送された症例が1例だけ見られた。翌日には当院に転院となったが、カードを先に発行していれば、患者・家族や搬送先の病院に余分な負担を掛けずにすんだのにと悔やまれる症例であった。救急外来への情報提供、情報の更新、統計などは、医事経営課が情報を取りまとめ周知を行っている。救急外来には常にカード発行患者のリストが置かれ、スタッフに周知されていた。ただ、発行人数が1年間に47人と少なく、関わったことのないスタッフも院内では多数おり、調査を進める中で、「あんしんカード」と「緩和ケア病床入床承認」を混同している職員もいた。カードの運用に関して院内全員の理解が得られていたとは言いがたいことが分かった。今後は、カードの運用はもちろん、緩和ケア全般に関する院内職員の理解を深めるような取り組みが必要である。また、併せて連携病院・診療所など院外に向けての周知も重要であると考えられる。

結 語

がんと診断されてから最期を迎えるまで、患者・家族の気持ちは揺れ動き、意志決定が困難な場面も多い。今回の調査では、患者・家族の想いを知るまでには至らなかった。「あんしんカード」は1つのツールであるが、カードの存在が患者・家族の不安を少しでも和らげ、また病病・病診連携がスムーズになるのであれば、その存在意義は大きい。今後は、カードが必要となる患者には漏れなくカードが発行されることが望まれる。そのためには、地域連携や緩和ケアに関する職員の意識の向上も必要である。そして何よりも、患者・家族の想いを真摯に受け止め、共に行動することができる医療者が現場には必要なのである。

文 献

- 1) 厚生労働省：「終末期医療に関する調査」, 平成20年
- 2) 宇都宮宏子：aging in place（地域で暮らし続ける）を実現するために．地域連携 入退院と在宅支援, 9(2)：5, 2016
- 3) 奥村美奈子：A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題．岐阜県立看護大学紀要13(1)：103-113, 2013
- 4) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」, 平成24年度
- 5) 坂下美彦：地域包括ケア時代の緩和ケアネットワーク体制の整備—がん患者が安心して自宅で過ごせるように—．看護管理, 26(2)：130-135, 2016
- 6) 奥山慎一郎：理想の地域包括緩和ケアセンターを目指して—一般急性期病院を中心とした地域多機能緩和ケアの提供—．看護管理, 26(2)：136-141, 2016
- 7) 宇野さつき：がん患者のケアを病院と地域でつなぐための看護の役割．がん看護, 20(7)：683-685, 2015
- 8) 廣津美恵, 辻川真弓, 大西和子：がん患者・家族の抱える困難の分析—三重県がん相談支援センターにおけるがん患者・家族との面接を通して—．三重看護学誌, 12：19-29, 2010

Establishment of an emergency medical system and the cooperation of Tokushima Municipal Hospital with other hospitals and clinics in medical care with Oncologic Emergency Medical (OCM) card

Kimi Arie RN., Soji Kakiuchi MD., PhD., Hisayo Iwai CN., Takanori Miyoshi MD., PhD., Koichi Tamura MD., PhD., Naoki Hino MD., PhD., and Hidenori Miyake MD., PhD.

¹⁾*Cancer Center of Tokushima Municipal Hospital, Tokushima, Japan*

SUMMARY

Oncologic Emergency Medical (OCM) card is to guarantee medical care to be provided by Tokushima Municipal Hospital to advanced cancer patients who once receive medical care in the institution even after they are referred to other hospitals or when their medical condition is worsened. Forty-seven cancer patients have been issued with the OCM card between April 2015 and March 2016. For those patients, we have retrospectively investigated the actual medical services provided by our hospital and cooperation with other hospitals and clinics. The card was issued for 38 patients who were under palliative treatment. More than half of all the patients issued with the card were in the department of surgery, and eight of them were colon cancer patients, who consisted the largest portion. Exacerbation of pain was the most common reason for those who used the card at the emergency outpatient visit, but more than half of them could return home within the same day. Although seven of fourteen patients who were determined to be under home care were eventually re-hospitalized, all the fourteen patients were able to spend as long time as possible at their own home due to the card system. During one year after the introduction of the OCM card system, there has been no trouble with the acceptance of emergency outpatient visits and the cooperation of Tokushima Municipal Hospital with other hospitals and clinics.

Key words : Oncological medical card, hospital and clinic cooperation, home care