

## 埼玉県 A 地域における医療連携とがん療養者・家族への支援

安齋ひとみ 吉田由美 川田智恵子 刀根洋子 堤千鶴子 糸井志津乃 風間眞理  
小林紀明 奈良雅之 鈴木祐子 五十嵐美和 渡邊明美 阿部八千代 原彰男  
(Hitomi ANZAI Yumi YOSHIDA Chieko KAWATA Yoko TONE Chizuko TSUTSUMI  
Shizuno ITOI Mari KAZAMA Noriaki KOBAYASHI Masayuki NARA Yuko SUZUKI  
Miwa IGARASHI Akemi WATANABE Yachiyo ABE Akio HARA)

### 【要約】

This study aimed to identify important areas of collaboration between community medical care and support services for cancer survivors and their families in Saitama Prefecture, Japan.

An anonymous, self-administered questionnaire survey was distributed by mail to patients of 14 hospitals, 138 medical offices, and 11 visiting nurses organizations in January 2011.

To improve support services for cancer survivors and their families, we found that collaboration among inter-regional associations was important to promote standards among palliative care units.

**Keywords :** community medical care, collaboration, cancer survivor

### 1. はじめに

悪性新生物は死因の第一位であり、埼玉県も同様な傾向にある<sup>1)</sup>。がん対策基本法が施行され地域で生活するがん療養者を地域の中で支援するための取り組みがますます必要となっている<sup>2)</sup>。地域で暮らすがん療養者と家族が自らの健康とその決定要因をコントロールし改善する能力が向上できるように、同時に療養者・住民が参画して、コミュニティの支援力を増加することができるようなヘルスプロモーション活動を推進することがWHOによって提唱されている。

本研究の目的は、埼玉県 A 地域における医療提供側の連携および各機関のがん療養者と家族への支援の現状を明らかにし、A 地域のがんヘルスプロモーションへの示唆を得ることである。

なお、本稿では、医療提供側からの呼称である「がん患者」と区別し、自らの健康とその決定要因をコントロールする主体という意味合いを尊重するために、適宜「がん療養者」と表現した。

### 2. 研究方法

#### 1) 調査対象

埼玉県 A 地域にある病院 14 ヶ所、診療所（歯科、眼科を除く）138 ヶ所、訪問看護ステーション 11 ヶ所の全数を対象とした。A 地域は、4 市が隣接して構成しており人口は約 43 万人、高齢化率 17.4% である。A 地域の保健所は 1 か所、地域医師会が 1 つある。都心から近く交通の便が良い。都内の病院を利用する住民もいる。

あんざいひとみ：目白大学大学院看護学研究科  
よしだゆみ：目白大学大学院看護学研究科  
かわたちえこ：和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科  
とねようこ：目白大学大学院看護学研究科  
つつみちづこ：目白大学大学院看護学研究科  
いとしずの：目白大学大学院看護学研究科  
かざままり：目白大学大学院看護学研究科

こばやしのりあき：目白大学大学院看護学研究科  
ならまさゆき：目白大学保健医療学部理学療法学科  
すずきゆうこ：東京医科大学医学部看護学科  
いがらしみわ：国立病院機構埼玉病院  
わたなべあけみ：国立病院機構埼玉病院  
あべやちよ：国立病院機構埼玉病院  
はらあきお：国立病院機構埼玉病院

## 2) 調査方法

調査は2011年1月に実施した。方法は郵送法による無記名自記式質問紙調査であり、返信用封筒を同封して投函を依頼し回収した。調査項目は病院、診療所、訪問看護ステーションの基本属性およびマンパワー、医療提供側のがん対策、がん患者に関する医療提供側の連携、がん患者への情報提供および支援等である。また、診療所にはがん患者地域連携クリティカルパス導入への参加意向を設問した。

分析方法として単純集計、カイ二乗検定を行った。なお、本報告は埼玉県A地域において実施した「がん対策実態調査」の一部である。

## 3) 倫理的配慮

本研究は、目白大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。倫理的配慮としては、調査票は機関名を匿名とし、調査依頼文に調査趣旨、調査協力は自由意志であり協力しない場合にも何ら不利益が生じないことを明記した。調査への回答をもって研究協力が得られたものとした。

## 3. 結果

### 1) 回収数 (回収率)

病院10ヵ所 (71.4%)、診療所34ヵ所 (24.6%)、訪問看護ステーション6ヵ所 (54.6%) から回答があった。

### 2) がん患者への医療提供

#### (1) 病院

病院の規模は、一般病床数100床以下が6病院 (60.0%)、101～200床が1病院、301～400床が3病院であった。

平成22年9月時のがん治療状況について、がん手術件数は5病院より回答があった。平成22年9月の1か月間における平均手術件数は13件 (最小1件、最大32件) であった。化学療法は4病院より回答があり、平均件数86件 (最小2件、最大237件) であった。放射線療法は3病院より回答があり、平均件数441件 (最小2件、最大1,287件) であった。

がん化学療法看護認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師、乳がん看護認定看護師を配属している病院は、1ヵ所であった。

#### (2) 診療所

診療所の診療科目は、内科16ヵ所 (47.1%)、小児科11ヵ所 (32.4%)、消化器科 (胃腸科を含む) 7ヵ所 (20.6%) の順であった。

平成22年9月時における診療所のがん治療を行っている診療所数は13ヵ所 (30.2%) であった。診療所のがん患者平均数は、10.2名 (最小1名、最大50名)、診療所の全患者数に対するがん患者の割合は、平均1.6% (最小0.3%、最大8%) であった。外来化学療法を実施している診療所は2ヵ所 (5.9%) であり、外来化学療法を検討中の診療所は1ヵ所 (2.9%) であった。

#### (3) 訪問看護ステーション

訪問看護ステーションの設置主体は、5ヵ所 (83.3%) が医療法人であった。常勤の看護職員の平均人数は、3.8名 (最小2名、最大6名) であった。非常勤の看護職員を加えると平均5.5名であった。

平成22年4月から9月までの6ヶ月間におけるがん患者への訪問は、すべての訪問看護ステーションで行われていた。上記6ヶ月間の訪問看護ステーションのがん患者数は、平均7.7名 (最小2名、最大15名) であった。訪問看護ステーションの利用者数 (全数) におけるがん患者の割合は、平均14% (最小7%、最大15%) であった。

## 3) 医療提供側の連携

### (1) 病院

病院の各種承認状況は、地域医療支援病院1ヵ所、開放型病院3ヵ所、在宅療養支援病院2ヵ所、訪問看護ステーションの併設5ヵ所であった。災害拠点病院の承認を得ている病院はなかった。

退院調整支援担当者を配置している病院は、8ヵ所 (80.0%)、医療相談室を設置している病院は8ヵ所 (80.0%)、地域連携室を設置している病院は6ヵ所 (60.0%) であった。

がん患者の退院時カンファレンスは3病院 (30.0%) で実施されており、カンファレンスの参加者は患者、家族、病院医師、病院看護師、訪問看護師であり、ケアマネージャー、かかりつけ医師、社会福祉士を加えている病院もあった。

### (2) 診療所

地域医療支援病院と連携をしている診療所は、21ヵ所 (61.8%)、連携をしていない診療所は9ヵ所 (26.5%)、検討中4ヵ所 (11.8%) であった。在宅当番医担

当は16ヵ所（47.1%）、往診を実施している診療所は12ヵ所（35.3%）、訪問診療を実施している診療所は6ヵ所（17.6%）であった。往診の有無と訪問診療の有無について、カイ二乗検定による有意差が認められた（ $p<0.001$ ）。

### (3) 訪問看護ステーション

訪問看護ステーション4ヵ所（66.7%）は、地域医療支援病院と連携していた。在宅療養支援診療所との連携は3ヵ所（50.0%）であった。

## 4) がん療養者と家族への支援状況

### (1) がん医療相談の実施

がん療養者とその家族に、がん医療相談を実施しているのは、病院（医療相談室の設置）8ヵ所（80.0%）、診療所4ヵ所（11.8%）、訪問看護ステーション3ヵ所（50.0%）、であった。

### (2) 緩和ケアの実施

病院は1か所のみ緩和ケア外来と緩和ケア病床（10床）を設置していた。緩和ケアを実施している診療所は2ヵ所（5.9%）、訪問看護ステーションは4ヵ所（66.7%）であった。

緩和ケアへの要望として、診療所からは緩和ケア病棟の設置、訪問看護ステーションからは在宅緩和ケアを行う在宅支援診療所が少ない、医師には早期から緩和ケアを導入してほしい、患者や家族への精神的サポートの不足、という指摘があった。

### (3) 緊急時対応、24時間対応

がん療養者への緊急時対応と24時間対応を実施している訪問看護ステーションは、共に5ヵ所（83.3%）であった。在宅がん患者への緊急時対応の経験のある診療所は7ヵ所（20.6%）であった。

### (4) 訪問看護ステーションにおけるがん療養者と家族への支援内容

訪問看護ステーションのがん療養者への支援内容は、地域のケアマネージャーや地域包括支援センターと協力しその人が希望している生活になるべく近い形で生活できるよう調整するなど在宅生活を支えるという自由記載の回答があった。

訪問看護ステーションのがん療養者の家族への支援内容は、家族間やケアマネージャーとの間の調整、死の受容の支援、身体の変化や苦痛の程度を説明し家族の不安を軽減する支援、家族と患者の困っていることを聞き出すなど自由記載の回答があった。

## 5) 各機関の医療面の支援と連携図

A地域の病院、診療所、訪問看護ステーションにおけるがん療養者に対する医療面の支援および連携の概略は図1のとおりである。

## 6) がん患者地域連携クリティカルパス

がん患者地域連携クリティカルパスについては、診療所から回答を得た。がん患者地域連携クリティカルパスが導入された場合の参加意向について、「参加したい」5ヵ所（14.7%）、「検討したい」11ヵ所（32.4%）で合わせて47.1%であった。一方、「参加する予定はない」と回答した診療所は17ヵ所（50.0%）であった。その理由として、基幹病院がはっきりしない、がん患者は通院していない、麻薬処方不可、がん患者を紹介してしまうためなどの自由記載があった。

がん患者地域連携クリティカルパスを推進していくために必要なことを自由記述で回答を求めたところ、診療所より表1のような意見があった。密接な連携ができる環境を整えること、病院医と開業医の意思疎通、基幹病院と開業医間のクリティカルパス勉強会で双方の意見交換を密にすること、医師会や行政の援助などの記載があった。

## 7) 地域でがん患者・家族を支援していく上で望まれること

地域でがん患者・家族を支援していく上で望まれることについて、自由記述で回答を求めたところ、表2のような意見があった。

病院の意見として、臨床心理士の参加、がんサバイバーとして生き抜くための市民向けセミナーの開催、訪問医と訪問看護ステーションと受け入れ病院のネットワーク化、往診医の積極的情報公開についての記載

表1 がん地域連携クリティカルパス推進のために必要なこと（診療所）

- 
- ①密接な連携ができる環境を整えること
  - ②病院医と開業医の意思疎通
  - ③病院でがん患者を扱っていない診療科があり、基幹病院が整備されないと困難
  - ④基幹病院と開業医との間のクリティカルパスに関する勉強会を開催し、双方の意見交換を密にすること
  - ⑤医師会や基幹病院のリーダーシップ
  - ⑥医師会との協力
  - ⑦行政の援助
  - ⑧都内病院との結びつきがあり基幹病院との調整
-

表2 地域でがん患者・家族を支援していく上で望まれること

病院
① がん患者と家族への精神面でのサポートを医師、ワーカー、看護師、介護士だけでなく、臨床心理士の参加も望まれる
② 市民に向けたセミナーなどの開催により診断期～終末期に至るまでのプロセスの中で、どのように強く病気と共存し、がんサバイバーとして生き抜くかを知識、技術、心の持ち方などをレクチャーすること
③ 在宅療養、訪問医・看護ステーション、受け入れ病院のネットワーク化
④ 往診医に関する積極的な情報公開（インターネット、市町村広報誌、MSWやケアマネージャーへの一覧表等の配布等）
診療所
① クリニックへ送る時もきちんと情報が欲しい
② 診療にてがん患者が診断された場合は、大学病院へ紹介依頼する。その後は大学病院の方針によるため、開業医としては逆紹介がなければ何もできない
③ 中核病院からの指示（具体的な）処方があれば吸入治療などで協力はできると思う。がんの患者のフォローを任された場合、紹介元の病院が関わらないことが多いので、開業医としては不安である
④ 緩和ケア病棟が望まれる
⑤ 近い病院に緩和ケア外来、セカンドオピニオン外来があるので、紹介している
訪問看護ステーション
① 訪問看護ステーション、往診医、及び訪問看護師の増加
② 24時間対応の訪問看護体制、24時間対応の健康・医療相談窓口体制の構築
③ 医療処置が可能、または、レスパイトに利用でき、訪問看護師も利用できるショートステイの設置
④ 1ステーションの枠を越えたサポートシステムの樹立
⑤ がん患者の家族会
⑥ 訪問看護師の育成
⑦ がん診療拠点病院または緩和ケア認定看護師による研修会や講演会の開催

があった。

診療所の意見として、病院から診療所に送る際もきちんとした情報がほしい、基幹病院にがん患者を照会した後の指示があれば協力できる、緩和ケア病棟が望まれるなどがあげられた。

訪問看護ステーションの意見として、往診医および訪問看護師の増加、24時間訪問看護体制の構築、がん療養者の家族がレスパイトで利用できるショートステイの設置、1施設の枠を超えたサポートシステムの樹立、がん患者家族会の設置、訪問看護師の育成、がん拠点病院や緩和ケア認定看護師による研修会や講演会の開催などがあげられた。

#### 8) 地域でがん患者・家族支援を実施している個人・グループの認知

地域でがん患者または家族支援をしている個人またはグループについて知っているかどうかを自由記載で依頼したところ、がん患者のサロンを開催している病院が1か所、がん患者の会、鍼灸師によるリンパマッサージ等の活動について4件の記載があった。地域のがん患者やその家族を支援している活動を知らない病院や診療所が大多数であった。

## 4. 考察

### 1) 医療提供者側の連携条件の整備

回収数は病院、訪問看護ステーションは過半数に達したが、診療所は1/4程度であった。回答のあった診療所でがん患者のいる割合は3割と少なく、がん患者数は最小1名から最大50名と診療所により幅が見ら

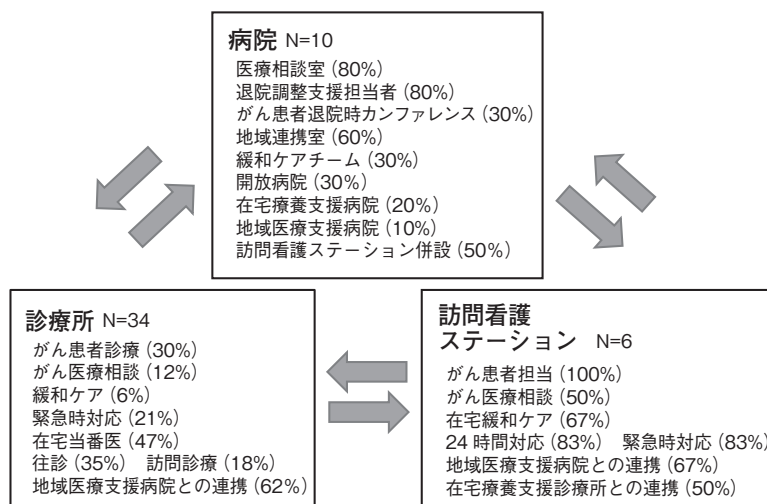


図1 がん療養者と家族に対する支援と連携 %は実施施設割合



れた。

回答の得られた病院のがん治療状況は、手術件数や化学療法および放射線療法の件数が、病院により大きな幅が見られた。

病院内での地域連携に関する条件は、退院調整支援担当者や医療相談室、地域連携室の設置状況などから整いつつあると考えられた。診療所では、地域医療支援病院との連携を過半数が実施していた。往診と訪問診療は低率であり、がん療養者の通院が困難になった時に在宅で診察が受けられるような対策が求められている。訪問看護ステーションは、介護保険制度の利用者の主治医よりの指示書を必要とすることから、地域医療支援病院や在宅療養支援診療所との連携は過半数で実施されていた。

## 2) がん療養者とその家族への支援の向上のために

訪問看護ステーションの全施設が、がん患者への訪問を行っていた。神奈川県調査でも訪問看護ステーションの96%はがん患者の訪問看護を実施していたと報告しており<sup>3)</sup>、同様であった。診療所からの往診、訪問診療は一部に限られ、緩和ケア実施の病院と診療所も非常に少なく、緩和ケア、緊急時対応、24時間対応などを含め、在宅がん療養者への対応は訪問看護ステーションが担っている状況にあった。

しかし、要望として、往診医や訪問看護師の増加、がん療養者の家族が利用できるショートステイの設置、緩和ケア病棟の設置や在宅支援診療所の増設等が出されており、ハード面の在宅療養の条件が充分には整っていない事が明らかとなった。また、ソフト面でも診療所からは、病院からの患者紹介時やその後の情報提供の要望があり、対応に苦慮している様子が伺えた。病院からは、往診医の積極的な情報公開の必要性が指摘されており、がん療養者の個別事例での情報共有、密接な連携ができる環境整備の必要があると考えられる。

また、がん療養者とその家族への精神面でのサポートの不足や改善が指摘されており、課題の1つと考えられる。訪問看護ステーションからは、医師に早期から緩和ケアを導入してほしいとの要望があった。早期からの緩和ケア導入に関連して、白髭<sup>4)</sup>は、緩和ケアの現状について延命化学療法の終了時期が不明確なことや退院の時期についての病院医師のビジョンが明確でないことを指摘しており、今日の課題となっている。

さらに、市民セミナーや研修会、講演会の開催が提案されており、学習の場の確保が要求されていた。

がん患者地域連携クリティカルパスの導入希望に積極的な姿勢を示した診療所は、約半数を占めた。推進のために必要なこととして、病院と診療所との関係性、医師会や行政との協働があげられた。下村ら<sup>5)</sup>の全国調査の結果では、がん地域連携クリティカルパス普及に必要な活動として最も多かったのは「医師会の協力」、2番目は「行政の参加」であり、本調査結果と共通していた。1施設だけでは解決できない地域連携システム推進のために、医師会や行政との協働は重要であると考えられる。

本調査を実施した時期は、わが国の第一期がん対策推進基本計画（2007～2011年度）<sup>6)</sup>の最終年であった。国の第二期がん対策推進基本計画（2012～2016年度）<sup>7)</sup>に基づき、埼玉県は埼玉県地域保健医療計画第6次計画（2013～2017年度）<sup>8)</sup>で、医療における医療連携モデルを提示している。また、埼玉県は、がん診療連携拠点病院と埼玉県医師会が協力し県内医療機関が共通して使用できる5大がんの地域連携クリティカルパス「埼玉県医療連携手帳」を2011年8月より運用している<sup>9)</sup>。境<sup>10)</sup>は、地域連携クリティカルパスが運用開始されても有効に活用するためには、病院、地域の医療スタッフ、療養者が同パスを理解することが必要であり、がん診療連携をすすめていくためには同パスを円滑に導入し如何に使いやすいパスに改訂していくかが重要であると述べている。がん患者地域連携クリティカルパスについては、診療所からの要望が強かったが、今後は、普及や有効活用が大きな課題といえる。

地域でがん療養者・家族へ支援を実施している個人および組織の存在についての認知は低く、存在していても「点」としてとどまり、関係者間での情報の共有の不足が反映された結果とも考えられる。

また、がん末期の療養者が在宅に移行する場合、患者、家族、医師や看護師等の病院内関係者、訪問診療医、訪問看護師、ケアマネージャー、院外調剤薬局、ソーシャルワーカー、市町村の福祉担当者、保健師、地域包括支援センター職員、在宅輸液ポンプ業者などの多くが関係するという報告<sup>3)</sup>もあり、関係者が如何に協働していくかが問われている。

地域がん対策システムを推進するためには、地域全体の可視化、コーディネート、進捗管理、役割分担の

明確化、成果評価などが不十分との報告<sup>11)</sup>がある。A地域において、がん療養者と家族への直接的な支援の充実と、当事者であるがん療養者を含む関係者の協働とヘルスプロモーションの理念に基づくシステムづくりが急務であると考えられた。

## 5. 結論

埼玉県A地域の病院、診療所、訪問看護ステーション、総数163か所を対象に、医療提供側の連携およびがん療養者と家族への支援について悉皆調査を行った。

病院10カ所（回収率71.4%）、診療所34カ所（24.6%）、訪問看護ステーション6カ所（54.6%）より回答があり、医療提供側の連携の現状および各機関のがん療養者と家族に対する支援の実態が明らかになった。

10病院の60%は地域連携室を設置していた。半数は訪問看護ステーションを併設していた。地域医療支援病院との連携がある診療所は62%、訪問看護ステーションは67%であった。病院の地域連携は、退院調整支援担当者、医療相談室、地域連携室の設置状況などから整備されつつあると考えられた。しかし、診療所による往診と訪問診療は低率であり、がん患者が自ら受診できない状況になった時の往診体制が今後の課題である。

がん療養者への支援は、全訪問看護ステーションが、がん療養者を担当しており、その多くが緊急時対応、24時間対応、緩和ケアを行っていた。一方、診療所は、がん患者の診療が少なかった。

がん療養者と家族を支援するために、直接的な支援の充実や、がん患者地域連携クリティカルパスの推進、関係者間の意思疎通、関係機関の協働、緩和ケア病棟の必要性などソフト面とハード面の課題が明らかになった。

今後は在宅がん療養者や家族への直接的な支援の充実、そして、医師会、基幹病院、診療所、訪問看護ステーション、行政、がん療養者（患者会）間の意志疎通と連携等を行い、がん患者地域連携クリティカルパスの普及や有効活用を含めて、がん療養者とその家族のQOLの向上を目指したヘルスプロモーションの理念に基づいたシステムづくりが急務であると考えた。

本研究は、目白大学特別研究費（平成22年度）による助成を受けた。

本研究の一部は、第71回日本公衆衛生学会（2012年、山口市）で発表した。

## 謝辞

調査にご協力頂いた医師会、病院、診療所、訪問看護ステーションの皆様へ深謝致します。

## 【引用文献】

- 1) 厚生労働統計協会：国民衛生の動向・厚生 の指標増刊・第59巻第9号. 396, 厚生労働統計協会（2012）
- 2) 福井小紀子：がん末期患者の在宅移行の現状と医療保険・介護保険の活用法. 看護, 62(5), 70-74（2010）
- 3) 渡邊眞理：地域で今、看護師が果たすべき役割—がんの地域医療連携調査結果をもとに—. Nursing BUSINESS, 3(11), 24-28（2009）
- 4) 白髭 豊：在宅医療と緩和ケアネットワーク—長崎での地域医療連携の試み—. 緩和医療学, 11(3), 9-15（2011）
- 5) 下村裕見子他：がん診療連携拠点病院等におけるがん地域連携クリティカルパス稼働調査と連携体制の課題. 日本クリティカルパス学会誌, 13(2), 98-104（2011）
- 6) 厚生労働省：がん対策推進基本計画（第一期）.  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>（2012/10/18アクセス）
- 7) 厚生労働省：がん対策推進基本計画（第二期）.  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan\\_keikaku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html)（2013/8/10アクセス）
- 8) 埼玉県：埼玉県地域保健医療計画（第6次）  
<http://www.pref.saitama.lg.jp/site/iryuu-keikaku/keikakunaiyou.html>（2013/6/15アクセス）
- 9) 埼玉県立がんセンター：5大がんの地域医療連携について  
<http://www.saitama-cc.jp/cooperation/info.html>（2012/10/18アクセス）
- 10) 境 健爾他：熊本県「がん診療連携バス」の試みと課題. 癌と化学療法. 38(4), 621-625（2001）
- 11) 埴岡健一：日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011年度）の総括と第二期期間（2012～2016年度）への展望. 保健医療科学, 61(6), 524-542（2012）

（2013年10月17日受付、2013年12月2日受理）