

動き出した京都のがん地域連携

～京都府統一版地域連携手帳運用開始から半年を経て～

(文責 京都市立病院 外科 山本栄司)

都道府県単位で統一された5大がんの地域連携が昨年9月、京都でも始まった。具体的には京都府がん診療連携協議会(現在、京都府がん医療戦略推進会議)で作成された「京都府統一版地域連携手帳」が近畿厚生局に認可され、計画策定病院(手術病院)・連携医療機関(診療所)双方の届け出も完了して保険診療として運用が開始されたのである。病診連携あるいは病病連携というと、ややもすれば病院と診療所あるいは病院間の都合に患者さんが合わせなければならない現実があったが、今回のがんの地域連携は、あくまでも患者さんに中心にいてもらうために、自由度を確保し実情に合わせてアレンジできるものになっている。是非ともこの手帳が近隣の府県にも採り入れられて広がってくれればと願う次第である。運用開始から半年が経過し、次年度保険診療報酬改定を目前にした今、地域がん診療連携拠点病院の一外科医として所感を記す。

2年前の冬、京都府の担当職員とともに府医師会に説明に訪れた折に、3人の理事の先生方を前に「かかりつけの先生と頼ってくる患者さんが癌にかかって拠点病院で治療を受けたとしても、それで縁が切れるのではなくて、それまで診て頂いていた疾患について引き続きかかりつけ医としてかかわって頂きたい、そんな当たり前の共同診療を模索しています。がんの術後診療としては拠点病院が責任をもって行いますから。」と申し上げたところ、「趣旨はよくわかったがそれでは病院の先生たちが全然楽にならないんじゃないですか。」という返答が返ってきた。地域連携クリティカルパスとして先行していた大腿骨頸部骨折や脳梗塞では、急性期病院からリハビリ病院、そして在宅へと、患者さんにとってはシームレスに、治療の担い手にとってはスムーズに、一方向に移行していけることが望ましい結果であるのに比べたときには、そのような反応が出てくるのも当然だと思われる。

診断治療技術の進歩によりがんは少なからず治る病気となった。一方で高齢化社会を迎えて「治る」ことのない基礎疾患を有するがん患者さんが大半である今日、患者さんを取り囲むように近隣の病院や診療所・調剤薬局・ケアマネージャー・介護施設等のネットワークがすでにできあがっている場合が多い。そのネットワークをcancelして、がん術後のサーベイランスを主とするあらたなネットワークをreconstructしたり、病院が用意した別の病診連携の枠組みにenrollすることを、患者さんは決して望んでいるわけではない。元のネットワークに患者さんに戻して、そこにサーベイランスの期間中、手術病院が加わるという形で連携を構築維持できるように、地域連携手帳は作られている。日ごろは診療所で基礎疾患の制御に重点を置きつつ腫瘍マーカーの測定など比較的簡単な検査を追加してフォローして頂き、精度の高い機器を利用した節目節目の画像検査を手術病院が行う。そのようなスタイルはこれまでもやってきていることで、面倒な説明と事務作業が加わっただけのように思われるかもしれないが、システムとして普及させることによって、患者さ

んとのつながりを保ったまま、手術病院への無用な受診を減らすことができ、結果として患者さん・病院主治医双方の負担が軽減されることは間違いない。診療所での日常診療の中でがんの再発を示唆する変化が認められる場合は随時手術病院に連絡頂くのは当然として、加えてその患者さんにがん関連以外の急性期治療を要する病態が出現した場合でも、手術病院が救急病院としていつでも対応するという患者さん・診療所にとってのメリットがついている。

京都市立病院ではこれまでに、ご本人の同意が得られた21症例にこの手帳を用いた地域連携を開始してきた。その内訳は、胃がん6例、大腸がん6例、乳がん7例、肝がん2例である。肺がん症例への運用実績は今のところまだない。

制度上の問題点はいくつかあって、中でも実情に即していないために普及の足かせとなっている部分として、連携実施を手術病院入院中に決定し退院時に保険請求しなければならないという問題があった。病期を決める上で必須の病理診断結果が出ていない段階で退院していく患者さんに、年余にわたる診療計画を規定した手帳を渡すことにどうしても抵抗感があることは否めず、現にタイムオーバーで手帳の使用を見送った症例もあった。しかしながら、今回の診療報酬改定で4月以降は退院の日から30日以内に計画を策定すれば算定できるということに改められる。また連携施設(計画策定病院または連携医療機関)を追加する際には新規申請施設のみが届け出れば良いことにするなど、実務上の煩雑さも削減されるようである。

治る症例も増えた反面、発見が遅ればがんは不治の病である。地域連携手帳は比較的再発のリスクの少ない症例のサーベイランスを想定して作成されているが、術後もがんの診療が中心となるような病期の高い症例は、共同診療を行わず病院だけが診療を担うべきであろうか。それは本来のがん診療連携の意義から逸脱している。地域の診療所は終末期医療にも充分対応できる力をつけてきている。いやむしろ家庭医として、拠点病院よりもきめ細かな緩和ケアを行うことも可能であると思われる。したがって、高い病期の症例でも、術後早くから診療を共にすることによって、再発あるいは増悪してがんを克服できずに自宅に戻った患者さんの終末期、診療所主治医がよき理解者として緩和ケアと在宅での看取りを担っていただけるとしたら、患者さんにとって望ましい形で人生最期の時を過ごすことが可能になる。

今後、さまざまな職種の知恵を結集してこの手帳を改良進化させ、病期を問わず地域のがん診療連携ができるようになった行く末に、各種の医療資源ががん医療に積極的にかわりを持ち、患者さんが安心して病に立ち向かうことを支える京都の医療の将来像が見えてきたような感触をもっている。