



## 慶應義塾大学ビジネス・スクール

# 静岡県立静岡がんセンター

### —多職種チーム医療の院内連携から地域医療連携の構築まで—

「国立がんセンター時代に重視していた研究指向とは異なり、地域に根ざした患者さんの視点を重視したがんセンターを作り上げようと考えていました。cure（治療）は、世界でトップレベルの国立がんセンターの設備・技術を導入しました。また、care（ケア）の実践のための多職種チーム医療は、海外の事例を参考にして、日本に馴染むように工夫しました。」（静岡県立静岡がんセンター 山口建総長<sup>[1]</sup>）

静岡県立静岡がんセンター（以下、静岡がんセンター）は、静岡県東部の駿東郡長泉町、富士山麓の東名高速道路沿いの丘陵にある<sup>[2]</sup>。静岡県が1995年度から計画を進め、2002年に開設した高度がん専門医療機関である。北に富士山、南に天城連山、東に箱根・十国峠、西に駿河湾を望む131,048 m<sup>2</sup>の広大な敷地に、地上11階・地下1階の病院本棟、緩和ケア病棟があり、38診療科、615床のベッド、最新の放射線治療である陽子線治療装置を擁している。病院本棟と緩和ケア病棟の前庭には、「患者さんの心」を大事にするという目標を意味した大きなハート形の池、池に通じる川、イングリッシュガーデン、1,600本のバラ園が配置され、自然、緑と水と光に囲まれたガーデンホスピタルである。

静岡がんセンターは、各種メディアで「全国病院ランキング」など企画があると、がん治療の分野で常に上位に名を連ねている<sup>[3]</sup>。地方都市でありながら、東京、大阪といった大都市の病

<sup>[1]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[2]</sup> 連合総研レポート（2004）「現代福祉国家の再構築シリーズII」。2004年9月号。p26。

<sup>[3]</sup> もっといい日編集部（2008）「治療最前線 高い評価となって現れ始めた医療実績—富士山麓から世界レベルのがん治療を発信 vol.138」週刊がん（日本医療情報出版）HP。【2010年2月アクセス】

本ケースは慶應義塾大学大学院経営管理研究科 中村 洋教授指導の下、末吉総一郎（M31）が作成した。本ケースは経営管理に関する稚拙を記述したものではない。ケース作成に当たってご協力頂いた静岡県立静岡がんセンター 山口建総長、大田洋二郎医師、丸茂江以子総長補佐官に感謝と御礼を申し上げたい。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール（〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4丁目1番1号、電話045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp）。また、注文は<http://www.kbs.keio.ac.jp/>へ。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法（電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない）による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 末吉総一郎、中村 洋（2011年7月作成）

院と対等に渡り合う医療水準の高さは、地域の患者はもとより、日本中のがん治療医が注目している。

医療機関において、今でこそ、どこの病院でもチーム医療という院内連携に取り組むようになっているが、静岡がんセンターは、看板だけでなく真の意味で医師、看護師、コ・メディカル<sup>[4]</sup>による多職種チーム医療を迫及している。

同様に、注目されているのが静岡がんセンターと静岡県東部歯科医師会によって構築された院外の医科・歯科連携である。2002年、静岡がんセンター歯科口腔外科部長の大田洋二郎医師は、がん手術前後の口腔ケアが合併症の軽減に最も有効との研究成果を発表した<sup>[5]</sup>。その後、2006年から、がん患者の口腔合併症予防の地域医療連携を構築している<sup>[6]</sup>。

10

## 静岡がんセンター設立の構想

静岡県知事の石川嘉延氏（当時）は、「県民の健康を考える上で、まずはがんを何とかしたい」と考えていた<sup>[7]</sup>。浜松医科大学医学部付属病院や聖隷三方原病院、聖隷浜松病院などがある県西部に比べ、県東部は優れた病院が少なく、医療格差が大きかった。県東部の住民は、がんの専門医療を受けるため、県外の病院に通っているケースが少なくなかった。石川氏にとって、がん患者の治療の身体的・経済的負担を解消することが喫緊の課題であった。

1995年、これまで静岡県に無かったがんセンターの設立案が浮上した。準備期間を経て、静岡県立静岡がんセンターは2002年に開設され、石川氏の意向により、国立がんセンター研究所副所長であった山口建氏が総長に赴任した。石川氏と山口氏による静岡がんセンターの構想は、単に、これまでになかったがん専門病院を設立することにとどまらなかった。静岡県は、世界レベルの健康都市を形成する構想を計画していた。そのため、国内最高水準の全人的医療を可能にする病院を実現していくことを目標に掲げた。

病院の構想において、最初の段階では医師は山口氏のみが加わった<sup>[8]</sup>。主に看護師と県庁の職員が、病院組織や施設の設計などの細部を詰めた。このメンバーによって、「患者さんの視点の重視」した医療を目指す方向性が決められた。国立がんセンターと大きく違う点は、国立がん

[4] コ・メディカル:「医師、看護師以外の診療を補助・支援する薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、臨床工学技士などの総称」。静岡県立静岡がんセンター年報第1号(2008) 静岡がんセンター基本計画, p.1.

[5] 厚生労働省がん研究助成金による研究報告集(2004)「がん治療による口腔内合併症の実態調査及びその予防法の確立に関する研究」, p.1.

[6] 大田氏へのインタビューから(2009年11月実施)。

[7] もっといい日編集部(2008)「治療最前線 高い評価となって現れ始めた医療実績—富士山麓から世界レベルのがん治療を発信 vol.138 週刊がん(株式会社日本医療情報出版) HP.【2010年2月アクセス】

[8] 山口氏へのインタビューから(2009年11月実施)。

センターがリサーチ・オリエンテッド（研究指向型）なのに対し、静岡がんセンターではペイシェント・オリエンテッド（患者指向型）に重点を置いたことである<sup>[9]</sup>。基本理念は「患者さんの視点の重視」とし、患者満足度向上を追求した。

次に、「患者さんへの約束（理念）」を3つ掲げた【付属資料1】<sup>[10]</sup>。1つ目は「上手に治す」ことである。ただ治すのではなく、患者への負担をできるだけ少なく「上手に」治すことを目指している。2つ目は、「支援する」ことである。よろず相談所や患者図書館（あすなろ図書館）を設けて、患者や家族のさまざまな不安や悩みをできるだけ軽くすることに力を注いでいる。3つ目は、「成長と進化を継続する」ことである。スタッフがたゆまなく成長と進化を遂げていくことで、常にベストの医療を提供することを掲げている。さらに、基本方針10項目を実践することを明示している【付属資料1】。

## 院内連携： 多職種チーム医療

### 多職種チーム医療を取り入れた背景

山口氏は、多職種チーム医療に取り組んだきっかけを次のように述べている<sup>[11]</sup>。

「きっかけは、医師があまりにも忙しくなりすぎて、医師をトップとしたピラミッド型組織を維持することが困難であると思ったからです。1990年代後半あたりから、医師は非常に忙しくなってきました。まず、医療の進歩の結果、在院日数が短縮されたり、手術などが増えたりして、医師一人当りの仕事量が増加しました。つまり、『診療そのものや在院日数が減ったという実質的な忙しさ』です。2つ目は、『手続きの煩雑さ、インフォームド・コンセント<sup>[12]</sup>などの患者管理に伴う忙しさ』です。」

「そのため、医師は看護師、コ・メディカルに一つずつ指示をしている時間がなくなってきました。診療報酬の9割は、医師が指示を出すことで医療機関が医療収入を得てい

<sup>[9]</sup> サンプルフロント談話会 21 静岡県東部地域の活性化を考える（2002）「患者の視点重視したがんセンター『心のオアシス』目指し、構想推進」HP. 【2010年2月にアクセス】

<sup>[10]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[11]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[12]</sup> インフォームド・コンセントとは、『説明と同意』『知らされた上での同意』と訳され、患者さんに診療の目的・内容を十分に説明し、患者の了解を得て治療すること。静岡県立静岡がんセンター年報第1号（2008）静岡がんセンター基本計画. p. 2.

るため、医師が指示するというピラミッド型の組織体制はおかしいとは思いません。この体制で進められるのであれば変更する必要はないと思います。しかし、このままだと医師が看護師、コ・メディカルに指示する時間を要するため、非効率が生じます。」

5 また、山口氏は次のように述べている<sup>[13]</sup>。

「看護師、コ・メディカルは、医師の指示を待つという『指示待ち族』ではなく、Aという患者さんに対して、医師と対等の立場から自らの権限の中で、医師からの指示なく行う必要があると考えました。」

10

山口氏は、医師がピラミッド型組織のトップに立ち看護師やコ・メディカルに命令するというスタイルを変え、多職種チーム医療を実践することが目標であった<sup>[14]</sup>。開院に向けて医師を確保するにあたり、特定の大学とのパイプに頼るのではなく、完全な公募で集めた。そして医師にはまず「患者さんの視点の重視」を認知させ、医師と看護師、コ・メディカルが対等の関係であるという多職種チーム医療を目指すことを動機付けた。そうして理解のある医師だけが参加しスタートした。

15

山口氏は次のように述べている<sup>[15]</sup>。

「結果的に、国立がんセンター出身者あるいは一時的にでも所属した医師が多く集まりました。リサーチ・オリエンテッド（研究指向型）の国立がんセンターでは実現できなかった、『ペイシエント・オリエンテッド（患者指向型）の理想の病院をつくる』という点で一致した同志が集まったと思っています。このことが病院の医療のレベルを上げることにもつながっています。」

20

山口氏は、多職種チーム医療のアイデアをスウェーデンのカロリンスカ大学附属病院やハワイのリハビリセンターから得た。そして、世界の代表的な病院を訪れ、情報を集めた。アメリカのMD アンダーソンがんセンター（テキサス州）やメイヨー・クリニック（ミネソタ州）で行われているシステムも参考にした。これらの病院では、がんという病気自体の経過に合わせて患者が最善な cure（治療）と care（ケア）を受ける体制を整えていた。特に、メイヨー・クリニック

25  
30

<sup>[13]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[14]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[15]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。



では、「すべての職員が私のために働いてくれていると感じる」ことを重視した体制づくりが進められていた<sup>[16]</sup>。

実際に、多職種チーム医療を実践するには、それぞれの職種の自覚も大切である。静岡がんセンターでは、多職種チーム医療の定着を図るために3つの組織図を構成した。1つ目は、cure(治療)を中心に考えた組織で、医師をトップとした組織である。2つ目は、care(ケア)の組織図で病棟での多職種チーム医療を実践させるために考えられた組織である。最後は、人事管理の組織図で、各職種が縦割りに構成される一般的な組織である。

これまでの病院組織では、患者と医師がいて、医師の先にその他の職種のメンバーがいる。一方、多職種チーム医療では、医師、看護師、コ・メディカルの多職種は患者と家族を等距離にしている<sup>[17]</sup>【付属資料2】。看護師、コ・メディカルは、常に患者の傍にいるため、患者の気持ちや悩みを最もよく知っている<sup>[18]</sup>。そこで、cureは医師、careは看護師とコ・メディカルという具合に、それぞれが自らの役割を果たすために、医師、看護師、コ・メディカルを対等の関係とした。

### 多職種チーム医療と研修体制

多職種チーム医療を実践するにあたり、初期に発生した問題について、山口氏は次のように述べている<sup>[19]</sup>。

「一番の阻害要因は、看護師の力不足でした。ピラミッド型組織とは違い、医師が他の職種を支配できないことで、文句を言う医師がいるというイメージがあるかもしれません。しかし、公募の段階で多職種チーム医療に理解のある医師だけを採用したため、そのようなトラブルはありませんでした。むしろ、看護師の方から『医師に対して指示することはできない』と言ってきました。これまで、そういう経験がなかったためです。しかし、病棟では24時間、患者さんの傍にいるのは看護師ですから、それだけ責任を担ってもらわなければいけません。」

山口氏は、開院前から看護師に自信をつけさせる機会を図った。静岡がんセンターに勤務予定であった約100名の看護師は、静岡県職員として在籍し続けた上で、国立がんセンター中央病院、

<sup>[16]</sup> 山口氏へのインタビューから(2009年11月実施)。

<sup>[17]</sup> 医療科学通信2004年3月号(2004) レポート「電子カルテが支える心通う対話と多職種チーム医療」HP。【2010年2月にアクセス】

<sup>[18]</sup> 山口氏へのインタビューから(2009年11月実施)。

<sup>[19]</sup> 山口氏へのインタビューから(2009年11月実施)。

聖路加国際病院、虎ノ門病院、静岡県立総合病院、聖隷三方原病院、愛知がんセンターへ研修に出向させた。その研修の経験は、明らかに自信につながっていた。山口氏は次のように述べている<sup>[20]</sup>。

5 「自信をつけさせるためには、優れた病院勤務を体験させることが一番良い方法だと思います。元々、看護師としての能力のレベルは大して違いがないはずですが、ブランドで負けている部分があります。そうであれば、超一流のブランドに勤務すれば実態が分かり、自信をつけるだろうと思いました。」

10 「看護師が多職種チーム医療についての不安を言ったら、『静岡県庁の公認を得た組織体制であるのだからやりなさい』と言い続けてきました。ここが一番の問題でした。しかし、8年が経ち、今や看護師の力量は格段に上がりました。最近入ってきた医師にヒアリングすると、『看護師が診療やケアについて積極的に発言し、また適切なので、うかうかしてられない』と大体同じようなコメントが返ってきます。」

15

### 多職種チーム医療の取り組み

20 静岡がんセンターでは、スタッフの意識を統一するために「患者さんの心を大事する」ことを掲げている<sup>[21]</sup>。センターのシンボルマークは漢字の「心」で、庭の池もハート型に造られ、「スタッフが患者の心を大事にする」というメッセージが込められた。さらに、「心」には職員のファイティング・スピリットの意味も重ね合わせている。

25 多職種チーム医療における care（ケア）の部分では、患者のおかれた状況に応じて病棟看護師長が必要なメンバーを集め、チームをコーディネートしている。メンバーは、それぞれの専門職の立場から患者に関わった情報を電子カルテに入力し、メンバー全体でリアルタイムに情報が共有された。そして、多職種のカンファレンスなどにより「患者さんや家族にとって、ベストな治療は何か、今、その患者さんにとって、一番大切なことは何か？」について検討される。医師が、ベストを尽くしてがんという病気を治そうとすることはもちろんのこと、精神的な care や生活面でのサポートを含めた医療が受けられる体制を整えている<sup>[22]</sup>。山口氏は、care の重要性について次のように述べている<sup>[23]</sup>。

30

<sup>[20]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[21]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[22]</sup> 日経 BP がんナビ（2006）「多職種によるチーム医療 総力戦でケアする時代に」HP。【2010年2月にアクセス】

<sup>[23]</sup> 日経 BP がんナビ（2006）「多職種によるチーム医療 総力戦でケアする時代に」HP。【2010年2月にアクセス】

「患者さんは、がん告知や状態の悪化のために精神的なダメージを受けることが多く、また、高齢者であるためがんの cure（治療）以外にさまざまな care が必要な方がたくさんいらっしゃいます。医師による cure だけでなく、看護師、コ・メディカルによる精神的な care や生活面でのサポートが非常に重要です。」

5

患者が、がんの経過に合わせた最善な cure と care を受けるためには、患者・家族を中心に医師、看護師、コ・メディカルがリアルタイムで情報を共有する必要がある。専門性を活かした情報が電子カルテに書き込まれ、各職種がそれらの情報を共有し、さらに新たに専門的な見解が書き込まれることを繰り返すことで、職種間の信頼が高まっていく。

10

患者はさまざまな生き方や価値観を持っている。スタッフは、それを捉えようすると患者と話しをしなければならない<sup>[24]</sup>。そこに心通う対話が生まれ、患者にとって一番大切なものは「これかな」と探っていく。例えば、「治るよう努力をすることを最優先している」、「結婚式に参加することを最優先している」など、さまざまである。山口氏は、次のように述べている<sup>[25]</sup>。

15

「医療の世界では、今や、インフォームド・コンセントで患者さんが治療法を選択することが原則です。現実には、医師による患者さんへの告知後、治療方針の選択に当たって、医師では判断ができず、患者さんの決定を仰ぐしかない状況も増えてきています。例えば、乳がんの場合がそうです。温存するか全摘出かという選択があります。温存した場合は再発する可能性が少し、高まります。何を優先されるかは、患者さんの生き方次第です。」

20

「しかし、がんにおいて、医師の選択と患者さんの選択がそうぶれることはありません。静岡がんセンターの各診療科では、症例の一例一例について必ず後から反省をしてその経験を徐々に蓄積しています。……インフォームド・コンセントが普及した時代に静岡がんセンター設立の計画をしていたので、斬新に見えるのはそれが影響しているかもしれません。」

25

多職種チーム医療は、患者・家族を中心に考えているため、患者が何を望んでいるかを理解し、望むことを実現させていくことが可能である。例えば多職種チーム医療に所属する各サポートチームは、一つひとつの小さな成功体験の積み重ねにより、チームの中での感情的な信頼を

30

<sup>[24]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[25]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

相互に構築する機会を得ている。

さらに、山口氏は、多職種チーム医療について次のように述べている<sup>[26]</sup>。

5 「患者さんは、どうしても医師に頼りがちです。『私の先生』という感覚です。それは大切なことなのですが、医師が患者さんに care を行い、家庭の事情にまで関わって

10 は医師の診療そのものに支障が出ます。それでは時間的に追い込まれて、心身が持ちません。看護師にも同じ状況があり、本来の業務である患者さんの care を十分に行うことができません。」

15 「一方で、一人の主治医に何もかも任せるという従来の医療に慣れている患者さんにとっては、『私の先生』がいないことや、看護師を中心としたサポート体制が組まれることもある多職種チーム医療に違和感を覚えるかもしれません。また、チーム医療では、いろいろな職種が関わりますから責任の所在があいまいになる危険性もあります。」

## 電子カルテの活用

山口氏は、電子カルテ<sup>[27]</sup>の利用について次のように述べている<sup>[28]</sup>。

20 「多職種チーム医療の可否は、各職種がリアルタイムで患者さんの臨床情報を共有できるかどうかにかかっているため、電子カルテが必須のツールとなります。例えば、紙カルテの場合、栄養士は病棟まで行かないとカルテを読めません。そうすると、リアルタイムでなくなり、時間もかかります。ところが、電子カルテであれば、栄養科のオフィスで確認ができます。A という患者さんが、抗がん剤治療で食欲が落ちているのであれば、

25 『今日はシャーベットをつけよう』とすぐに対応できるようになります。ただ、デメリットとしてスタッフは電子カルテに慣れるまでに時間がかかります。新卒の看護師の場合、入力のため深夜までかかることもあるようです。そのことで、ここに勤務することを躊躇する学生がいるとも聞いています。」

30 <sup>[26]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

<sup>[27]</sup> 電子カルテ：「診療録（カルテ）を紙に替わり、電子的に記録し保存したもの」。静岡県立静岡がんセンター年報第1号（2008） 静岡がんセンター基本計画。p. 2.

<sup>[28]</sup> 山口氏へのインタビューから（2009年11月実施）。



## Quality Improvement (QI 活動) の継続

静岡がんセンターは、開院当初から、患者や家族の声を積極的に集めている。患者の声は、病院幹部に届くように6通りの仕組みを用意している<sup>[29]</sup>。

- (1) スタッフが患者さんや家族の不満を察知したら RM・QC (リスクマネジメント、クオリティコントロール) 室へ報告
- (2) 直接的にスタッフが言われた苦情を RM・QC 室へ報告
- (3) 館内に設置されている投書箱へ投函された内容を報告
- (4) 電子メールから送られた内容を報告
- (5) 手紙で投書された内容を報告
- (6) よろず相談から得られた内容を報告、その一部は、患者代弁者として対応

これら6通りの仕組みから、患者や家族の声は毎日5件から10件ほど上がっている<sup>[30]</sup>。毎朝、病院幹部は病院長から事務局長まで集合し、30分近くかけてその日に対応できることを議論している。また、これらの報告に基づき、病院幹部から職員に対し、「この点に気がつけたほうが良い」と患者の苦情を告げることもある。山口氏は、これまで行ってきた患者からの声に対応してきたことを振り返り、次のように述べている<sup>[31]</sup>。

「約8年間、毎年1,000件以上の『患者さんの声』から学びながら、病院の改善に努めてきました。そのため、病院の質は大きく向上したと思います。それにつれて、最近では『患者さんの声』の質は変わっています。しかし、数の上ではなかなか減りません。苦情については、すべてにおいて、スタッフが悪いということは少ないのですが、1～2割は、問題となる対応があったと判断せざるを得ないことがあったように思います。キーワードは、『患者さんに学ぶ』です。しっかり学んで、Quality Improvement(QI 活動)を継続しています。……また、苦情対応に必要なことは、初期の段階で丁寧に対応する姿勢や、職員間のコミュニケーションに積極的に取り組む姿勢です。」

<sup>[29]</sup> 山口氏へのインタビューから (2009年11月実施)。

<sup>[30]</sup> 山口氏へのインタビューから (2009年11月実施)。

<sup>[31]</sup> 山口氏へのインタビューから (2009年11月実施)。

## スタッフの人事評価と労働環境

スタッフの人事評価は、医師、看護師、コ・メディカルも実力第一主義としている<sup>[32]</sup>。その上で、スタッフは、患者満足度を考える姿勢が重視されている。

5 また、看護師の労働環境について、山口氏はその課題を以下のように述べている<sup>[33]</sup>。

「第一の課題は、この地域の特性、土地柄の問題です。都会で学んだ若い看護師にとっては、気晴らしをする場所がなく、職場と家までの繰り返しとなります。音楽を聞きに行きたくても行く場所がなく、デパートすらないと言います。第二に、電子カルテなどで業務が忙しいことです。常に緊張を強いられていると言えます。第三に、看護師のエンパワーメント(裁量権の拡大)を魅力的ではないと考える看護師もいます。一部ですが、のんびりと医師の指示通りに行きたいという要望も聞きます。」

15 多職種チーム医療の成果は「患者満足度の向上」、「医師の負担減」、「すべての職種のやりがい」

多職種チーム医療の成果について、山口氏は次のように語っている<sup>[34]</sup>。

「静岡がんセンターの多職種チーム医療によるメリットは、「患者満足度の向上」、「医師の負担減」、「すべての職種でモチベーションが高まること」の三点だと思います。医師の負担軽減については、最近入ってきた医師にヒアリングすると、『寂しい』と言ってきます。『ここに来たら診療だけで、その他のことは他の職種が対応してくれる』とコメントしています。医師が本来の診療に専念できる体制ができ上がりつつあります。」

## 25 患者満足度

静岡がんセンターは、2006年から患者満足度調査を行っている。「治療やケア」、「設備や環境」、「職員の対応」、「患者さんへの支援」などを調査している【付属資料3】。

30

<sup>[32]</sup> 山口氏へのインタビューから (2009年11月実施)。

<sup>[33]</sup> 山口氏へのインタビューから (2009年11月実施)。

<sup>[34]</sup> 山口氏へのインタビューから (2009年11月実施)。

## 院外連携： 医科・歯科連携

### 口腔ケア治療

静岡がんセンターの歯科口腔外科は、患者に生じる口腔トラブルすべてに対応し、各診療科のがん治療を横断的にサポートする体制をとっている<sup>[35]</sup>。がん専門病院の中で、歯科口腔外科がこのような支持療法的な役割を全面的に押し出している施設は国内にほとんどない。

2002年、静岡がんセンターの大田洋二郎医師はがん手術前後の口腔ケアが口腔内の合併症（口内炎を初めとする口の中や歯のトラブル）の軽減に最も有効との研究成果を発表した【付属資料4】。がん支持療法において口腔ケアや歯科治療などの歯科の専門的介入が必須となってきた。

### 地域歯科診療所の連携体制までの経緯

開院当初から、静岡がんセンターでの口腔ケアは、入院中または治療後の通院の経過観察までをカバーする院内完結型システムをとっていた<sup>[36]</sup>。

ただ、患者の中には、入院から治療開始までの時間が短いため、術前に口腔ケアができないことがあった。また、がん治療後、地元で歯科診療や口腔ケア指導を継続して行うことができない状況がしばしばあった。患者が自宅近くの歯科で受診し、がん治療中であることを話すと、「治療に関するデータがなく安全に歯科治療ができない」などの理由で診療を断られることや、病院歯科の受診を勧められたりすることがあったためである。ところが、静岡がんセンターの歯科医師は2人、歯科衛生士1人であったため、ケアが必要ながん患者のすべてに口腔ケアを継続することは困難であった。

もともと大田氏は、地域で完結する連携を図らなければ、患者の多くが歯科治療を安心して受けられず、また地域の歯科医にとっても患者を安心して診療することができないと考えていた。大田氏は、次のように述べている<sup>[37]</sup>。

「静岡がんセンターに来る以前、国立がんセンター中央病院に15年いました。国立がんセンターは、基幹病院であるため全国から患者さんが来ます。がん手術後、抗がん剤や放射線治療をすることに伴い、口腔ケアを行う必要がありました。」

<sup>[35]</sup> 大田洋二郎（2009）「がん患者を地域で支える医科・歯科連携の実際」、医療連携 network vol2 No. 5, p. 113.

<sup>[36]</sup> 大田洋二郎（2009）、前掲書、p. 115.

<sup>[37]</sup> 大田氏へのインタビューから（2009年11月実施）。

「患者さんは、月1回から3か月に1回のペースで、全国から飛行機や新幹線に乗って来られていました。というのも、『地元の歯科医だと断られるかもしれない』という心配や、『地元の歯科医から、データがないので診察できないと断られた』という理由で、国立がんセンターまで来られていたわけです。その時から、『一般的な歯科診療で地元の歯科医院で治療が可能なのに』と考えていましたし、患者さんがわざわざ東京まで来ることにも矛盾を感じていました。」

さらに、大田氏は次のように述べている<sup>[38]</sup>。

「一方で、地元の歯科医師は、『がん患者』ということでも神経質になります。『これまで、がん患者を治療したことがない』、『大学病院で教育されていない』、『どのように対応すれば良いかわからない』などの意見が多くありました。がん治療が終われば、約半分の患者さんは社会復帰します。しかし、そういうインフォメーションや大学でのカリキュラムがありませんでした。そのため、『がん患者の地元を受け皿がない現状を何とかしなければいけない』と危機意識を持っていました。」

## 静岡県東部地区の9つの歯科医師会との連携

静岡県歯科医師会は、老人ホーム、介護施設などにおける口腔ケア介入を全国に先駆けて行っていた。そのため、口腔ケアに理解があり、連携しやすい土壌ができていた<sup>[39]</sup>。

しかし、大田氏は、最初から静岡県全体の歯科医をカバーすることは考えなかった。開院から2年間の歯科・口腔外科新患者1,576人の住所を調査した際、患者の1,445人(92%)が静岡県内だった。さらに、1,309人(83%)が静岡県東部地区に絞られていた。そのため、大田氏は、静岡県東部地区の9つの歯科医師会と静岡がんセンターの連携が構築されれば、8割の患者をカバーし、安全でかつスムーズな連携ができると考えた。

## 医科・歯科連携開始前に確認された問題点

2004年3月、大田氏は連携を開始する前に、がん患者の医療連携の概要を解説した文書を作成した<sup>[40]</sup>。そして、静岡県東部地区の9つの歯科医師会を対象に、連携に関するアンケート調

<sup>[38]</sup> 大田氏へのインタビューから(2009年11月実施)。

<sup>[39]</sup> 大田洋二郎(2009)、前掲書、p.115。

<sup>[40]</sup> 大田洋二郎(2009) 大田洋二郎(2009)、前掲書、p.116。



査を行った。その際、静岡がんセンターと連携する上での問題点、懸念事項を聞き出し、どのような条件、どのようなインフラを整えば連携の開始が可能になるのかを調査した。地元の歯科医が「がん患者歯科医療連携医」となる場合、主な問題点は3点あった<sup>[41]</sup>。

- (1) がん患者の病態に応じた歯科治療の知識（口腔外科的知識も含む）不足の問題
- (2) 連携時の医療情報交換に関する問題
- (3) 連携患者の診療時のプライバシー配慮への問題

これらの問題を解決するために、大田氏は次の対策をとった。

- (1) 歯科治療の知識（口腔外科的な知識も含む）不足

- 「がん患者の口腔合併症と歯科治療」に関する講習会に参加する。
- テキスト、マニュアルを作成し、連携をサポートするツールを整備した。

これらは、連携医登録のために、がん患者の病態、治療を理解することが重要と考えたからであった。

- (2) 連携時の医療情報交換

- 連携の医療情報交換に関して、あらかじめ静岡がんセンター内の地域医療連携室を通じて、事前に電話またはファックスを使い、連携医へ患者の病態を詳しく伝えるようにした。

- (3) 連携患者の診療時のプライバシー配慮

- 一般歯科、開業歯科医院は、個室ではない診療室が一般的であるため、特に初診時においてプライバシーが確保できるように、他の患者の診療と重ならない時間帯で予約・診療をお願いした。
- 診療スタッフ全員に、患者情報に関する守秘義務を徹底した。

## がん患者のための医科・歯科連携講習会の実施

2006年1月～4月、大田氏は静岡県東部地区の9歯科医師会の月例会に参加することからスタートした<sup>[42]</sup>。医療連携について準備説明会を行い、歯科医に「患者さんの視点の重視」を認知させて、医療連携の必要性を動機付けた。大田氏は、次のように述べている<sup>[43]</sup>。

<sup>[41]</sup> 大田洋二郎（2009）大田洋二郎（2009）、前掲書、p. 116.

<sup>[42]</sup> 大田洋二郎（2009）、前掲書、p. 116.

<sup>[43]</sup> 大田氏へのインタビューから（2009年11月実施）

「まず、歯科医師会に連携の意図を伝えて、『患者さんの視点の重視』を理解してもらうことに注力しました。そのため、静岡県東部地区9つの歯科医師会に、一つずつアポイントをとりました。各月例会に参加して、医療連携は『患者さんのため』に必要であると訴えました。」

「また、こちらから出向くことで非常に喜ばれました。このことがその後に協力してもらうきっかけになったと思います。」

2006年6月、静岡がんセンター内で行われている口腔ケアチーム医療を、県歯科医師会会員である県内開業医と連携し、地域ぐるみでがん患者の口腔のトラブルをサポートする医療連携システムの構築が始まった。医療連携講習会「がん患者の口腔合併症と歯科治療」を開催し、受講者を医療連携歯科医師として登録し連携を行った。講習会に関して、大田氏は次のように述べている<sup>[44]</sup>。

「連携の講習会への参加は、こちらから強制できるものではありませんから、手上げ方式で行いたいと伝えました。講習会は、静岡県東部地区の歯科医師に対して行いました。当初は、20%くらい来れば良いと思っていました。ところが、実際に5カ所で講習会を開きましたが、日曜日に開催したにも関わらず東部地区郡市歯科医師会会員567人のうち、266人(46.9%)が連携医として登録されました。」

講習会では、がん患者の病態、歯科治療の方法を解説したテキスト<sup>[45]</sup>を使って、がん患者の口腔ケアに関する情報を共有する機会を設けた【付属資料5】。直接会うことで、関係の構築の深化がはかれるようになった。また、診療所に連携歯科医であることを証明するステッカーを配布した。連携歯科医は、診療所にステッカーを貼ることで、「静岡がんセンターと連携している」ことが可視化される。これは、来院する患者から信頼度を高める要素となった。

<sup>[44]</sup> 大田氏へのインタビューから（2009年11月実施）

<sup>[45]</sup> 大田洋二郎（2009）、前掲書、p. 117.

## 医科・歯科連携の対象患者と連携の流れ

医科・歯科連携の基本の流れは、がん治療を開始してから退院後まで、包括的に患者の口腔トラブル、歯科治療に対応できる体制を考え、シンプルな形とした<sup>[46]</sup>。対象は、医科・歯科連携の説明を受け、連携に同意した患者である。

医療連携の対象となる患者は、2通りのケースがある。1つ目は、手術などのがん治療が開始される前の待機期間を利用して、静岡がんセンターの歯科口腔外科を経ずに地元の連携歯科医が直接対応するケース（前連携）である。2つ目は、がん治療中に歯科口腔外科で口腔ケア治療を受け、がん治療が一旦終了すると地元の連携歯科医で口腔ケア治療を継続するケースである。最初に後者のケース、その後に前者のケースが運用されている。

## がん患者歯科医療連携の成果と今後の展望

医科・歯科連携の最初の取り組みは講習会を開催したことに加え、静岡県歯科医師会と連携医マップを作成することからでも始まった<sup>[47]</sup>。講習会の開催で連携医との接触も増え、安心して地元の歯科医へ紹介できるようになり、連携医が引き受ける患者数も増加している。そして、がん治療開始前に地元の連携歯科医が対応するという2つ目の連携方法を開始できる段階にまでたどり着くことができた。これまでの連携による成果について、大田氏は次のように述べている<sup>[48]</sup>。

「これまでの連携において、連携の成果が出た一例があります。ある連携医からがん終末期の患者さんの歯科診療について、静岡がんセンターへ問い合わせた件がありました。静岡がんセンターは、すぐに全身状態と歯科治療の可否、薬の投与についての返事をファックスで対応しました。すると、連携医はファックスに記載された内容を患者さんに見せながら治療の説明をし処置を行った結果、診療が非常にうまくいったそうです。連携医は、患者さんに大変感謝されたそうです。その連携医から連絡があった際、『この連携が役に立つことが分かり、本当に感謝している』というコメントが返ってきました。」

明確な成果によって得られた成功体験は、講習会で可視化している。EBM(evidence-based medicine：根拠に基づいた医療)の蓄積から、成功体験を定期的に可視化し続けることは、連

<sup>[46]</sup> 大田洋二郎 (2009)、前掲書、p. 116.

<sup>[47]</sup> 大田洋二郎 (2009)、前掲書、p. 118.

<sup>[48]</sup> 大田氏へのインタビューから (2009年11月実施).

携医のモチベーションを維持することにつながっている。

医科・歯科連携を進めることは、患者の数を急速に増やして経営にすぐにプラスになるというわけではない<sup>[49]</sup>。大田氏は、次のように述べている<sup>[50]</sup>。

5 「いま、男性の2人に1人、女性の3人に1人ががんになるという時代です。連携を図ることで、これまで地域で診療を断られることが多かったがん患者さんが、安心して地域の歯科医師の治療を受けられることとなります。このことで歯科医師は、『口から食事をする』という、人が生きていくための基本的な営みを支援しているという社会的貢献を感じるができます。」

10

さらに、医科・歯科連携の最も重要な点について、大田氏は次のように述べている<sup>[51]</sup>。

「まず、相手は人であるということです。また、相手は人を見て判断します。『同じ目線』と分かってもらえないと連携は構築できません。私は、病院の口腔外科の先生と開業医の先生を同じ対等の立場であると考えています。私は、学閥関係なしに視線を同じくして接しています。」

15

## 20 今後に向けて

大田氏は、静岡がんセンターと静岡県東部歯科医師会による歯科医療連携をひな形にして、今後は前述の前連携を静岡県全体に広げようとしている。

大田氏は、地域医療連携の構築について、次のように述べている<sup>[52]</sup>。

25

「口腔ケアを通して口腔内の環境改善を継続するだけで、医療経済的な効果があることを伝えていくことを考えています。連携を図るには、直接会って説明する。長期戦ですが、一步一步、徐々に広げられたらいいなと思っています。」

30

<sup>[49]</sup> 大田洋二郎 (2009)、前掲書、p. 118.

<sup>[50]</sup> 大田氏へのインタビューから (2009年11月実施).

<sup>[51]</sup> 大田氏へのインタビューから (2009年11月実施).

<sup>[52]</sup> 大田氏へのインタビューから (2009年11月実施).

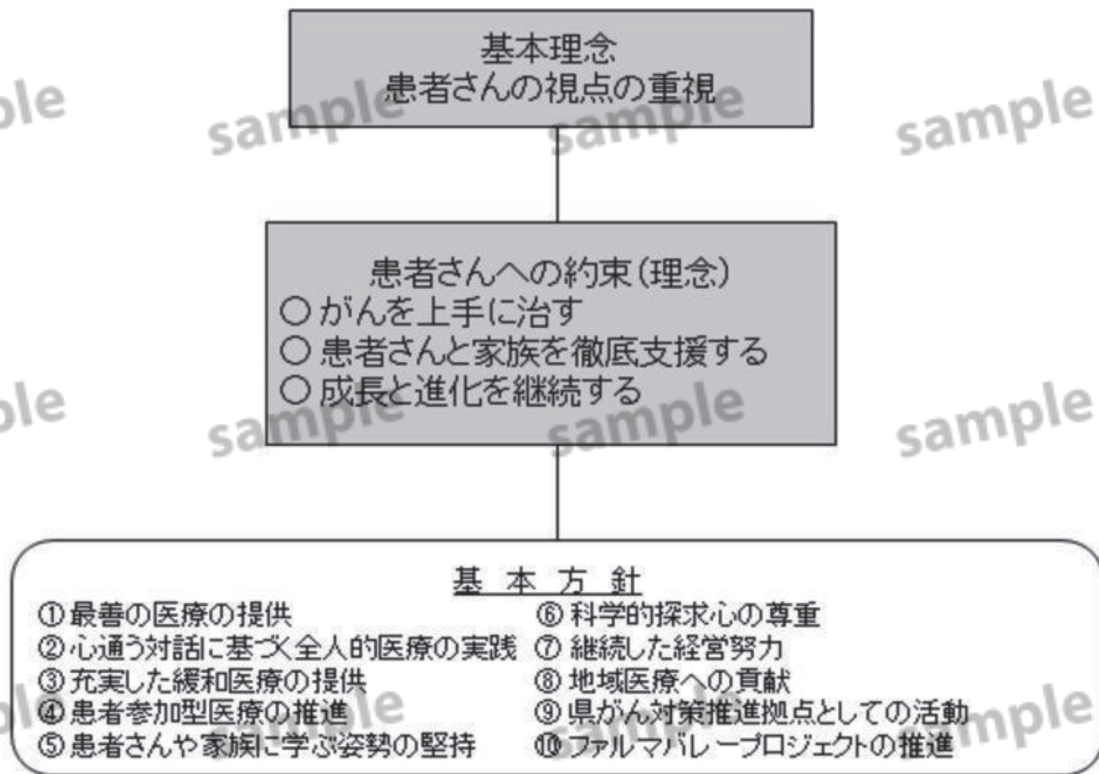


院内連携、地域医療連携の構築のために、参加者は、『患者さんの視点の重視』という同じ目標に向いている。がん患者の地元を受皿がないという危機的状況が共有された際、なんとか改善したいというモチベーションの高い医療者が集まり、臨床現場の情報提供を通じてがん患者の治療を引き受けられる自信につながる。そして、このような学習を積み重ねることが重要であるという風土が形成される。このことから、地域医療連携構築の取り組みは、連携関係が築き上げられた医師が、患者に対し同一の治療方針で治療に臨むことで双方に win-win な関係が構築される。このような連携の取り組みが、全国のがん診療拠点病院と地域歯科医師会で始まろうとしている<sup>[53]</sup>。

---

<sup>[53]</sup> 大田洋二郎 (2009)、前掲書、p. 118.

【付属資料 1】 静岡がんセンター 「基本理念」、「理念」及び「基本方針」



出所：静岡県立静岡がんセンター HP. → (2010年2月アクセス).

【付属資料 2】 「多職種チーム医療」のイメージ



出所：日経 BP がんナビ (2006) 「多職種によるチーム医療 総力戦でケアする時代に」 HP.

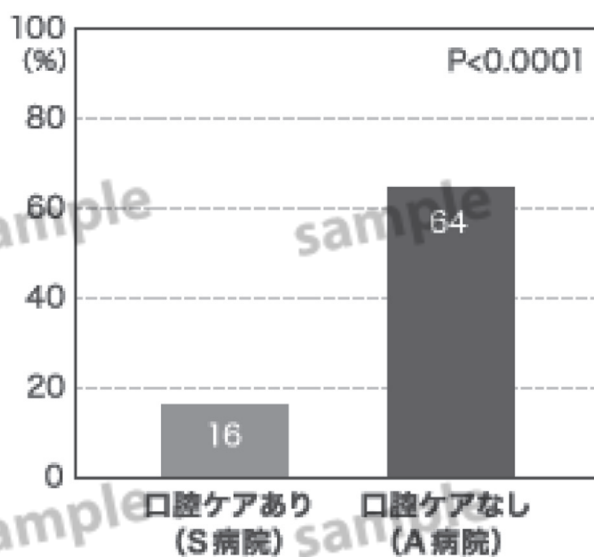
【付属資料 3】患者満足度調査結果 経年実績

			2004	2005	2006	2007	2008	2009
治療やケア	「満足」「まあ満足」の合計 (%)	外来	95.4	94.6	96.1	97.0	96.1	96.7
		入院	98.6	98.9	97.0	98.7	97.0	97.8
設備や環境	「満足」「まあ満足」の合計 (%)	外来	99.3	99.5	98.8	100.0	98.8	99.3
		入院	99.3	99.3	99.0	99.3	99.0	99.3
職員の対応	「満足」「まあ満足」の合計 (%)	外来	98.6	98.9	99.0	99.4	99.0	97.9
		入院	99.4	99.3	99.4	98.7	99.4	99.3
患者さんへの支援	「満足」「まあ満足」の合計 (%)	外来	96.2	96.4	97.3	97.8	97.3	95.5
		入院	98.3	99.3	97.9	98.9	97.9	98.5

出所：平成 23 年 2 月 静岡がんセンター局 行政資料

【付属資料 4】頭頸部がん周術期の口腔ケアによる効果

S 病院は A 病院と比べ術後合併症率が有意に低かった



出所：口腔ケア介入は頭頸部進行癌における再建手術の術後合併症率を減少させる  
 歯界展望 . 106 (4) : 766-772, 2005 静岡県立静岡がんセンター 大田洋二郎医師  
 ※ S 病院 = 静岡がんセンター

【付属資料 5】 県歯科医師会とのがん患者の歯科医療連携 実績

所属歯科医師会	2006. 7	2006. 12	2007. 12	2010. 7	2010. 11
東部	243	266	276	284	297
賀 茂	18	19	21	22	22
熱 海 市	14	14	14	14	14
伊 東 市	22	22	22	22	22
駿 東	42	42	45	47	48
田 方	23	28	28	29	29
沼 津 市	55	60	60	62	74
三 島 市	28	35	38	40	40
富 士 市	28	32	32	32	32
富士宮市	13	14	16	16	16
中部	1	1	1	69	69
静岡市清水	1	1	1	15	15
静 岡 市				23	23
焼 津 市				6	6
藤 枝				5	5
島 田 市				11	11
榛 原				9	9
西部	0	0	0	58	58
浜 松 市				22	22
小 笠 掛 川				14	14
磐 周				9	9
浜 名				13	13
計	244	267	277	411	424
2006年6月～7月	県東部地域5箇所、医療連携講習会開催。講習会参加者で、希望する歯科医師を連携歯科医師として登録。				
2006年12月	追加講習会を開催(がんセンターにて開催)				
2007年12月	2007年1月～12月の間の追加登録(登録希望者に、2006年度講習会のビデオを視聴していただくことにより、随時登録)				
2010年6月～7月	県中部地域2箇所、西部地域2箇所、医療連携講習会開催。講習会参加者で、希望する歯科医師を連携歯科医師として登録。				
2010年11月	2010年8月～11月の間の追加登録(登録希望者に、2006年度講習会のビデオを視聴していただくことにより、随時登録)				



sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

---

不 許 複 製

---

慶應義塾大学ビジネス・スクール

---

共立 2011.7 PDF