

要なケアに関して、患者・家族への指導や援助を開始する。フェーズ3は、治療方針が確定する。入院後一週間程度の時期に院内カンファレンスを開催することを規定している(図4)。

**フェーズ4** このフェーズは、連携先との合同カンファレンスを想定しており、患者・家族、連携先との情報と目標の共有、退院後についての意識統一を行うフェーズとしている。入院の目的であった当院での治療・処置終了の日処がたち「そろそろ退院」という時期に、患者・家族が参加できる日程で調整し、合同カンファレンスを開催する。病棟スタッフは、フェーズ3以降の連携先を含めた人的・社会的資源の調整内容とケア介入について評価を行う。この段階で整理された合同カンファレンス前の患者情報として診療情報提供書

とともに連携先に提供し、合同カンファレンス開催後は、内容を整理・明記する(図5)。現在、このフェーズは「地域連携退院共同指導書」としての運用を前提に利用し、検討を進めている。

**フェーズ5・6** 退院後の目標・計画を共有、可視化するフェーズとなる。フェーズ5では、退院療養計画書・看護サマリーの一部として、今後のケアや資源の利用方法を明記する(図6)。フェーズ6には連携先でのケア提供や資源利用の方法についてを明記する。現状では、退院時、フェーズ6は空白のまま終了している。このパスが連携パスとして機能し、患者・家族へ安心を提供するツールとなるためには、フェーズ6が記載されケア・調整の継続性を可視化できるよう働きかけていく必要がある。

## V 退院調整連携パスのバリエーション—達成日—

在宅移行や在宅支援は、患者個々で介入方法が異なり一律的な介入が行えない。退院調整連携パスでの「標準化」は、医療処置やケア介入を「標準化」するのではなく「院内外の人的、物的資源の調整や情報共有・情報提供のあり方について「標準化」したもの」と考えている。このため、当院で規定している「詳細にアウトカム(患者目標)を設定し、運用するアウトカム志向パス」<sup>3)</sup>の形式で作成することができず、バリエーションシートの利用もできない。しかし、パスとして目標を持ち評価・管理していくことで退院調整に関する質の担保ができると考え、「目標が達成できると予測される日(カンファレンス開催日、退院日など)」を設定し、その設定日に達成できたかどうかをバリエーションとして判断することとした(図7)。

がん相談支援センター		退院調整連携パス		患者も	
<退院調整パス>のバリエーション名 フェーズ終了時にフェーズの達成期を設定 設定日までに、フェーズ内の内容を達成できない場合は、バリエーションとし、その理由をバリエーション内容欄に記載する。パスの終了は、患者の死亡時・転院直前に実施する。状態の変化、パスの修正・再開始の場合は新たに達成期を設定し、バリエーション内容に記録を記録。		達成期 達成期日		達成期 達成期日	
フェーズ1	...	達成期	達成期日	達成期	達成期日
フェーズ2	退院調整に関する情報共有	達成期	達成期日	達成期	達成期日
フェーズ3	カンファレンス、退院調整	達成期	達成期日	達成期	達成期日
フェーズ4	(合同カンファレンス)	達成期	達成期日	達成期	達成期日
フェーズ5	退院後の目標・計画	達成期	達成期日	達成期	達成期日
フェーズ6	退院後の目標・計画	達成期	達成期日	達成期	達成期日

この達成日は、患者の経過や状況により、アウトカム・ゴール達成日と異なり、達成日と達成期日→達成バリエーションとなります。

達成期日(患者)が事前に設定された達成期日より前または後で達成された場合は、達成期日(患者)と達成期日(医師)の両方を記載し、達成期日(患者)と達成期日(医師)の両方を記載していただきます。

2008.10.22 改訂 がんセンター がん相談支援センター(内)

図7 バリエーションシート

## VI 退院調整連携パス導入の結果

退院調整連携パスは、相談支援センターが開設された平成18年4月から作成を開始し、半年の準備期間を経て平成18年10月から全病棟での導入を開始した。1つのパスを全病棟一斉に導入するため、パス導入直前には、院内パス大会でのプレゼンテーションと、看護単位(病棟単位)を対象に「退院調整とは」、「退院調整連携パスのコンセプト、使用方法」について勉強会を開催した。また、病棟での退院調整の推進力となるリンクナースを募り、毎月退院調整検討会を開催している。

これらは、パス導入の目的の一つとした「看護(医療)の継続性を考慮した入院中の援助、介入ができる」ために、病棟看護師が主体になる退院調

整のあり方やパス使用の方法を検討し実践につなげるためであったが、導入後、病棟看護師から「パス記載の業務が増えた」、「全入院患者をアセスメントする必要があるのか」、「入院時から退院のことを考える必要があるのか」、「患者・家族に対して、治療も終了しないうちから退院後について考えるように言えない」など、退院調整に関しての多くの否定的な意見がでた。

導入後1年半を経過した現在、徐々にではあるが退院に関する意識統一が図れている。平成19年4月から10月の期間で退院調整を実施した患者割合と、その転記を病棟別に示す(図8)。

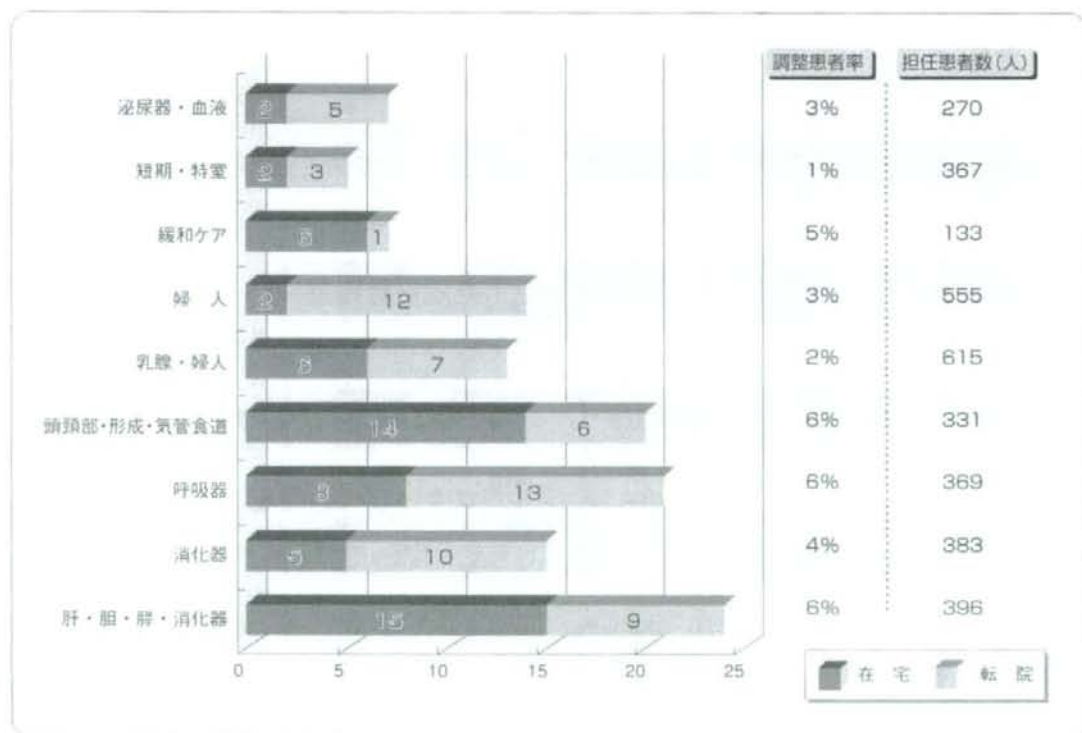


図8 退院調整患者転記

“退院調整”という援助は、いかに看護師がかかわるかで援助の内容や質、患者・家族の満足度が変化するものとする。また、入院の時点から退院で問題となるかもしれない事項を把握し、医療、社会資源を円滑に活用できるよう準備、サポート、調整することである。入院時から準備を始める病棟の重要な業務として、患者の療養生活をトータルにサポートする看護の重要な役割であろう。しかし、退院調整連携バス導入後の発言が表すように、今まで診療の補助を中心にトレーニングを受けてきた看護師が多いためか「患者の療養生活をトータルにサポート」することが看護の役割という意識が希薄であると考えられる。

また、昨今やっと「緩和ケア」の重要性が認識され始めたが、緩和ケアを主体とする在宅医療や緊急時の対処などに不安を感じる患者・家族が多いのも現状である。依然として日本国民の間では「緩和ケア」というと“もう治療の手だてがなく医師から見放された”と認識されていることは否めない。メディアなどの影響から、終末期をいかに自分らしく過ごすか、よりもQOLを考慮しない治療を目指した治療が重要視され治療を行うことができる医療機関への入院が当然のような印象を受ける。

在宅（地域での）医療に不安を感じる事がなければ、自分らしく過ごす場所としての在宅療養は可能なはずである。しかし、療養の場としての“在宅”は、現実的な選択肢となりえていない。これは、患者の状態に応じたがん医療に対する的確な情報提供や精神的な援助が、十分に行われてこなかったことの裏返しであろう。また、先進諸外国に比して圧倒的に多いわが国の病床数と、病床数に対する医師・看護師の少なさから、医療職は多忙をきわめ“終末期をいかに自分らしく過ごすか”を援助するケア介入が不足してきたのではないかと、多忙な業務のなかで、看護（医療）の継続性を

考慮した入院中からの援助・介入を意識的に実践しなければ、患者・家族への安心の提供が実現しない状況であり、そのためには退院調整バスの活用は効果的であると考えている。

今後、当院での退院調整連携バスには以下の事項を期待している。

### 1 患者満足維持、「安心」の提供と「安心」の可視化

退院調整連携バスをツールとして、早期に退院調整を開始することにより、患者・家族、医療者は「退院の目標」を共有することができる。また、患者の「入院の目的」を達成した後の受療、療養を考慮することができ、患者、家族の意向に沿った調整が行われ「見放された」という思いを与えない。

5年以内の整備が推進されることになった“がんの連携バス”のなかに組み込み、連携を可視化し、患者・家族に病院機能分化と役割分担を理解していただく、そのうえで連携による継続的な安心を提供する。

### 2 在院日数短縮

患者・家族が「入院の目的、退院の目標」を受容することで、コントロール可能な症状・病状、不安などによる退院遅延を抑制できる。

### 3 スタッフへの効果

患者・家族と各職種が「入院の目的、退院の目標」を共有でき、「退院の目標」を意識したインフォームド・コンセントが行えるようになり、入院早期から退院後の受療、療養について必要な介入を意識することができる。

看護師は、退院後の受療、療養に関する資源や支援の方法を知ることにより、看護の（医療）の継続性を意識し、看護の（医療）の継続性を考慮し

た入院中の援助、介入ができる。

#### 4 連携強化

がん相談支援・情報センターを、院内・院外(地域)の連携窓口とすることにより、連携の方法

を統一することができる。窓口が統一されることで、地域連携先の情報把握が一元化され院内外への連携が迅速になる。また、連携先の情報をデータベース化できれば、施設としての貴重な資源となり得る。

#### おわりに

クリニカルパスの手法は、情報共有効果を発揮する手段として周知されているが、連携する各医療機関でのクリニカルパスの理解に温度差があることも否めない。連携後、施設間のコミュニケーション不足などが患者の不安を誘発することもあり、同じ目標と情報を共有できるツールとして、連携先との退院調整連携パスの共同利用は、患者への安心の提供を可視化する手段としても有効であると考えられる。また、患者を中心に、入院早期から連携先と情報交換ができることで、双方で提供されるケアの質の向上も期待できるであろう。

当院では「退院調整業務は病棟主体」という姿勢を維持している。今回の診療報酬改訂案(中央社会保険医療協議会総会—第123回—資料)<sup>4)</sup>では、がん領域に特化した改訂ではないものの退院

調整加算が新設された。ここでは、「病院では、入院患者の退院にかかる調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること」とされている。

患者の状況・状態により個別的な対応が必要な退院調整業務は、専従者を何人配置すれば患者・家族へ「安心」を提供できるのだろうか。当院でも、退院調整連携業務を行うスタッフの拡充が急務であるが、独立行政法人化したとはいえ拡充を簡単に実行できない現状がある。まずは、リンクナースの活動により、病棟を主体とした退院調整が充実し、患者・家族を中心にした「療養生活をトータルにサポートする退院調整」が実践されることを願っている。



#### 参考文献

- 1) がん対策推進基本計画 ([http://www.ncc.go.jp/jp/cis/admin\\_council/pdf/3nd\\_reif01.pdf](http://www.ncc.go.jp/jp/cis/admin_council/pdf/3nd_reif01.pdf))
- 2) がん診療連携拠点病院の整備について (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>)
- 3) 船田千秋: 患者の視点に立った腸切除の患者用クリニカルパス、消火器がん・内視鏡ケア, 11, (4): 102-107, 2006.
- 4) 平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について(案) (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0201-5b.pdf>)
- 5) 近森栄子, 他: 特定機能病院における医療相談と退院支援(第一報) A 大学医学部付属病院の現状, 大阪市立大学看護学雑誌, 2: 21-28, 2006.
- 6) 植村康子: 看護相談室専任者と各病棟の連絡委員の連携による退院調整(特集退院調整看護師の専任化の意義, 看護展望, 29 (9): 991-997, 2004.
- 7) 大津陽子: 看護相談係が患者と家族をサポート, 看護, 53 (5): 053-056, 2001.
- 8) 竹内孝仁, 今野孝彦: 在宅ケアのクリニカルパスと問診表 竹内式アセスメントによる, 2005.
- 9) 山崎麻耶: 患者とともに創める退院調整ガイドブック, 2005.

# がん診療連携拠点病院に期待される 5大がんの地域連携クリティカルパス

谷水正人<sup>1, 2)\*</sup> 河村 進<sup>3, 4)</sup> 成木勝広<sup>2)</sup> 藤井知美<sup>3, 5)</sup> 高岡聖子<sup>2)</sup>  
 那須淳一郎<sup>1)</sup> 菊内由貴<sup>6)</sup> 宮脇聡子<sup>6)</sup> 西岡順子<sup>6)</sup> 船田千秋<sup>6)</sup> 関木裕美<sup>6)</sup>  
 小暮友毅<sup>7)</sup> 松久哲章<sup>7)</sup>

国立病院機構四国がんセンター 1) 消化器内科 \*外来部長 2) 緩和ケア科 3) リンパ浮腫外来 4) 形成外科  
 5) 麻酔科 6) がん相談支援・情報センター 7) 薬剤科

## SUMMARY

がん診療連携拠点病院に課された5大がんの地域連携クリティカルパスについては、医療現場に混乱が生じている。本稿では、

- ①行政は「地域連携クリティカルパス」に何を期待しているか、
- ②地域連携クリティカルパスに寄せる同床異夢、
- ③地域連携クリティカルパスの全体像を整理する、
- ④連携パスを動かすために必要な仕組みとは、

上記4点に分けて整理を試みた。がんの地域連携クリティカルパスが成立するには医療体制の試行錯誤と大胆な見直しが必要であろう。厚労省の掛け声が質の向上と安心・安全を確保したがん対策の推進につながることを期待したい。

## I 行政は「地域連携クリティカルパス」に何を期待しているか

がん診療連携拠点病院の指定要件(平成18年2月)<sup>1)</sup>として、診療体制に地域の医療機関への診療支援や病棟連携・病診連携の体制の整備が求められ、「地域連携クリティカルパスの整備が望ましい」と明記された。またがん対策推進基本計画(平成19年6月)<sup>2)</sup>では医療機関の整備において取り組むべき施策として個別目標に「すべての拠点病院において5年以内に5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする」とされた。加えて第5次医療法改正の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」(平成18年法律第84号(改正法)平成18年6月21日交付)に基づく「疾病また5事業ごとの医療体制についての医政局指導課長通知」(医政指発0720001号平成19年7月20日)<sup>3)</sup>では「地域連携クリティカルパスの整備状況」が医療資源・連携等に関する情報として収集されることが記されている。

国として行政が期待する地域連携クリティカルパスは「地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画(急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの)」とあり<sup>1)</sup>、専門的ながん診療機能、標準的ながん診療機能、在宅療養支援機能をもつ医療機関が相互に診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること(退院後の緩和ケアを含む)を求めている<sup>3)</sup>。

がん対策推進の観点から医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。非がん領域を中心にすでに一部の先進的な地域では地域医療ネットワークを構築しつつ、質の高さを追求した地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)は稼働し始めており、先進モデルとして医療連携推進の起爆剤となる可能性を秘めている。

## II 地域連携クリティカルパスに寄せる同床異夢

しかし現在のがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携協議会をみると具体的な連携パスのイメージが描けていない。その原因は2つある。

第一には従来からクリティカルパスの導入に遅れている大学病院が都道府県がん診療連携拠点病院として多く指定されたことである。大学病院は地域医療を超えて教育研究機関として独立した存在であるが、地域行政の展望と指導力の欠如、大学病院の経営努力に迫られた拙速な判断ミスと思わざるを得ない。本来がん医療体制は国立がんセンターを中心とした地方がんセンター群(全国がん(成人病)センター協議会)を軸に再編されるべきであった。まさにがん医療体制再構築の前途多難を体現している。

第二には全国的には現段階では行政の思惑に反して医療機関経営者、現場の医療者それぞれの思惑が必ずしも一致していないことである。行政と

しては「診療規模とレベルに合わせて機能分化、役割分担してほしい」と期待するが、医療機関の経営者としては「がん診療連携拠点病院ががん医療の再編のため機動力を持って地域医療の質を支える」というより、地域連携という美名の下に「困り込み、美味しいところ取りで業績、収益を上げたい」という目先の利益に惹かれてしまっており、他方現場で働く医療者は「院内パスと同レベルで自分たちの業務に専念し、または専門性を発揮し医療の安全と質の理想を追求したい」という思いを夢見ながら疲弊している。投資とマンパワーが不足しているなかでそれぞれの思いを追求するには無理がある。これらは連携パスの定義と準備が不十分なまま「地域連携クリティカルパス」という響きのよい言葉を拙速に国の指針として入れてしまったことが根本的な問題であったといえる。

## III 地域連携クリティカルパスの全体像を整理する

クリティカルパスとは標準化された診断治療体系に基づいて疾患管理の全体像を可視化、構造化することであり、連携クリティカルパスを平たくいえば医療機能に応じた役割分担の明示である。すなわちその目的は、

第一には医療の質を保証すること、

第二には医療機関の機能分化、役割分担を進めること、

第三にはそれを広く国民に明示することである。

がん診療連携拠点病院はがん医療体制再構築の拠点であり、まずは「標準的治療ガイドラインなどに示された医療について医療機関の機能、規模に応じた役割分担を明示し、連携を調整する」役割がある。医療連携の推進のために筆者が提案したい連携パスの作成指針案は次の通りである(表1)。

すなわち各拠点病院は①医療機関の役割分担表(図1)、②共同診療計画表(図2)、③私のカルテ(図3)、④地域住民に示す医療連携のポスターの4つを作成する。最初は⑤から始め、次に②、③を個別の疾患テーマごとに作成し、各拠点病院が持つ診療ネットワークで運用する。②は連携パスの本

表1 作成の方針

- 診療ガイドラインに沿って作成する
- 診断・治療施設の役割を明示
- 術後の経過観察を各疾患の病期ごとに作成
- 診断、治療、外来、在宅、看取りまで
- 掲一病一診一看一在一案一すべての連携を視野に
- 地域の全医療機関が使えるもの(特定の連携先に限定されない形式を)

拠点病院	一般病院	かかりつけ医	訪問看護ステーション	居宅介護支援センター	介護療養施設
<ul style="list-style-type: none"> <li>●精密診断</li> <li>●手術</li> <li>●高度な化学療法</li> <li>●臨床試験</li> <li>●放射線治療</li> <li>●定期画像検査</li> <li>●特殊検査</li> <li>●専門的全人的緩和ケア</li> <li>●集学的治療</li> <li>●セカンドオピニオン</li> <li>●禁煙外来</li> <li>●院内がん登録</li> <li>●がん医療の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●定期健診</li> <li>●定期検査</li> <li>●定期画像検査</li> <li>●麻酔の導入と継続</li> <li>●レスパイト入院</li> <li>●緊急入院対応</li> <li>●終末期入院対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●初期診断</li> <li>●画像スクリーニング</li> <li>●症状管理</li> <li>●術後補助化学療法</li> <li>●住 診</li> <li>●在宅ケア</li> <li>●緩和療法</li> <li>●看取り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院、かかりつけ医との連携</li> <li>●訪問介護</li> <li>●通所介護</li> <li>●介護保険対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●生活療養支援</li> <li>●介護保険対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●療養、身取りの場の提供</li> </ul>

図1 施設の規模・機能による役割分担(内容は試みに例示したもの)

がん種	拠点病院	一般病院	かかりつけ医	訪問看護ステーション	居宅介護支援センター	介護療養施設
肺癌	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ
胃癌	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ
大腸癌	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ
乳がん	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ
膵臓がん	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ	診断・検査 治療 経過観察 対応: オペ

「\*〇△のときは拠点病院の誰それと連絡して対応する」というような安全と質保証のポイントを決めておく

図2 役割分担表

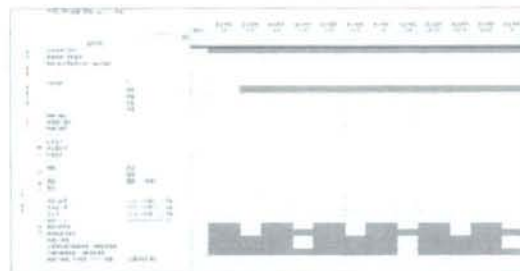


図3 共同診療計画表(医療者用)  
術後バスであれば最低限必要な診察や検査、化学療法バスであれば投与計画(間隔など)、標準的な診療計画を提示する。



図4 5大がんの連携バス「私のカルテ」  
セルフマネジメント用バスと連携して利用、患者がいつも持参することによりどの施設でも治療経過がわかる。

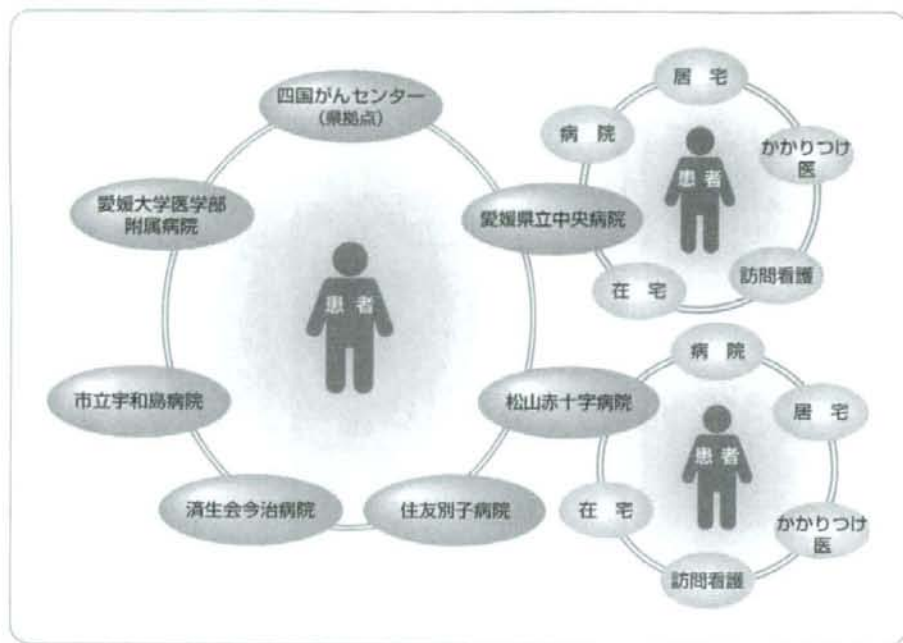


図5 2つのネットワーク構築(愛媛県の場合)  
がん診療連携拠点病院間のネットワーク(左)と各拠点病院が持つ診療ネットワーク(右)。

体に相当し「術後フォローアップ診療計画表」,「化学療法スケジュール表」などがあげられる。③は連携の情報共有ツールとして欠かせない。④は医療連携を広く国民に明示するという意味で患者の受療行動を是正する重要なポイントである。さらに都道府県がん診療連携協議会などで整合性を図

りつつ地域の医療整備状況に合わせていく作業が必要である(図5)。仮にこの指針に則ればまず国全体としてプロトタイプとなる医療規模、機能別役割分担表の提示が求められるであろう。筆者としては今後早い時期にそのプロトタイプを提示したいと考えている。

## Ⅳ 連携パスを動かすために必要な仕組みとは

### 1 地域連携会議、連携先医療機関との会議

連携する医療機関同士の交流は重要であり、問題意識の高い医療機関との直接の意見交換から医療連携を開始することが出発点である。連携パスの稼動に成功している大腿骨頸部骨折、脳卒中パスなどの先進事例などにその重要性は示されている。しかし連携パスを特定の医療機関間の開き込みではなく地域連携として成立させるためには直接の医療機関間交流には左右されない地域医療と

してのシステムアップを視野に入れなければならない。拠点病院としての地域医療への責任が問われるべき課題である。

### 2 医療連携室の拡充

医療連携室は外部医療機関との連携の窓口になるだけでなく、医療連携の調整機能を発揮する必要がある<sup>4-6)</sup>。四国がんセンターの「がん相談支援・情報センター」では医療連携室とがん相談支援・情報部門が統合されており、患者の相談対応、



退院支援から医療連携まで広く対応している<sup>7,8)</sup>。  
 がん診療連携拠点病院の指定要件に示された「がん相談支援センター」<sup>1)</sup>が地域がん医療のquality managementを担う必要がある。地域連携クリティカルパスの実働を保証する存在として「連携コーディネーター」の確立と育成を図る必要がある。ここで提案する「連携コーディネーター」はある場合には患者に対して医療者の通訳となり、ある場合には患者の代弁者となり、医療連携の質と安心・安全を保証する存在である。いわば介護保険におけるケアマネジャーに相当する。今後地域

連携クリティカルパスを稼働させるためにはとくに個々の患者ごとの連携を丁寧にコーディネートすることが重要となってくる。現在の医療連携室の枠組みを越えなければならないであろう。職種としての「連携コーディネーター」は看護職をベースとし、日常的に外部にも出向いて活動する。われわれは愛媛医療圏をフィールドとする地域連携モデル実験として「連携コーディネーター」の可能性とあり方を模索し、今後発言していきたいと考えている。

## おわりに

医療機関におけるマンパワーの不足は決定的であり、今は医療現場に多大の負担を強いている。地域連携クリティカルパスは医療現場の必要から発生したものであり、厚生行政の方針として示された医療提供体制の再構築について方向性は正しい。しかし地域連携クリティカルパスの成立にはすこし時間を要する。現場がその解決を図り、工

夫を凝らすにはまだ院内の体制は不備であり、たとえば病棟中心の看護体制などの規制も障害となっている。医療機関の体制に関する試行錯誤と大胆な見直しが必要であろう。今の医療界は変革の時代である「劇的に破壊しつつ大胆に構築する」ことができるかどうか、医療行政、拠点病院の姿勢が問われている。



## 参考文献

- 1) がん診療連携拠点病院の指定要件。平成18年2月。(http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html)
- 2) がん対策推進基本計画。平成19年6月。(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf)
- 3) 医政局指導課長通知 医政指発 0720001号 平成19年7月20日。(http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf)
- 4) 谷水正人, 他: がんセンターと医療連携(地域連携)。癌と化学療法, 33: 1563-1567, 2006。
- 5) 谷水正人, 他: がん患者の継続医療を可能とする地域連携システム。癌と化学療法, 34 (Suppl II): 170-174, 2007。
- 6) 谷水正人, 他: 世界からみた日本のがん医療。一がん対策基本法にみる日本のがん医療の課題。総合臨床, 56: 3233-3236, 2007。
- 7) 船田千秋, 谷水正人, 他: 地域連携を目指した退院調整連携パス。緩和医療学, 9: 139-146, 2007。
- 8) 田所かおり, 谷水正人, 他: 医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因。癌と化学療法, 33 (Suppl II): 338-340, 2006。

# リンパ浮腫診療の地域連携とその必要性

河村 進<sup>1)</sup> 横山 隆<sup>2)</sup> 谷水正人<sup>3)</sup> 大西ゆかり<sup>4)</sup> 西岡久美<sup>5)</sup> 杉本はるみ<sup>6)</sup>  
船田千秋<sup>7)</sup>

国立病院機構四国がんセンター 1) 第二病棟部長 2) 婦人科医師 3) 外来部長 4) 医療リンパドレナージセラピスト  
5) がん性疼痛看護認定看護師 6) 皮膚排泄ケア認定看護師 7) がん相談支援・情報センター看護師

## SUMMARY

リンパ浮腫は疾患としての認識が医療者・患者ともに低い。そのため、リンパ浮腫治療ががん治療の影に隠れてしまう傾向にある。またリンパ浮腫診療を専門的に行っている施設も医療者も少ない。このような状況下では専門的な治療を行える施設間での密な連携と地域への標準的リンパ浮腫診療の啓発が重要となってくる。愛媛県内のリンパ浮腫診療連携の取り組みは数年前から行われており、地域への標準的リンパ浮腫診療の啓発を目的とした講演会や研修会を連携施設が中心となり積極的に開催している。昨年からは四国4県での連携も開始した。

## はじめに

リンパ浮腫治療への関心は一部の献身的な医療者以外にはないといっても過言ではない。筆者も14年前に愛媛県松山市の四国がんセンターへ赴任してリンパ浮腫治療にかかわることになるまでは関心がなかった。驚いたことにがん専門病院であるにもかかわらずリンパ節郭清術後にリンパ浮腫が発生するリスクさえ説明されていなかった。外来を受診したリンパ浮腫患者からは手術時になぜ説明してくれなかったのかと不満の声も聞かれた。当初は形成外科診療のなかでリンパ浮腫患者の診療を行っていたが、初診患者の診察にはかなりの時間を要するため診療時間が圧迫されてきた。必要性にかられて平成16年4月からリンパ浮

腫外来を週一回の専門外来として皮膚排泄ケア認定看護師(WOCN)の協力のもとに開始した。その後リンパドレナージセラピストの資格を取得した看護師と疼痛看護認定看護師の協力を得てリンパドレナージ手技の指導と圧迫ストッキングの選定・着用指導を十分に行うことができるようになった。平成18年12月からは婦人科医師の協力で週2回のリンパ浮腫外来を行っている。開設当初は「リンパ浮腫は治療してもよくならない」、「がんを治すためにはしかたがない」などと患者に不適切な発言をする医師も見られていた。リンパ浮腫診療の底上げに関してはこのような考えをもつ医療者の啓発がまず重要と考える。

## I がん診療連携拠点病院におけるリンパ浮腫診療の現状

がん診療連携拠点病院(平成18年6月179施設)を対象にリンパ浮腫診療の現状調査アンケートを行った(表1)。アンケート結果のまとめは以下である。

① 外来診療を行っている施設、とくに専門外来

として診療を行っている施設は少なかった。そのなかで専任の医師、認定看護師、セラピストが診療を行っている施設は1施設のみで、ほとんどの施設は医師、理学療法士、看護師、セラピストが兼任で診療を行っていた。

②入院診療を行っている施設も少なく、診療を行っているすべての施設で医師、看護師、理学療法士、セラピストが兼任で診療を行っていた。

③外来診察での診療報酬請求は1施設が私費での請求を行っている以外、すべて再診料のみの請求であった。リンパマッサージを施行した場合の請求を、「する」が半数、「しない」が半数であった。請求する場合の内容は消炎鎮痛処置料(マッサージ等の手技による療法35点)と運動器リハビリテーション料[(1)180点(2)80点1患者1日6単位まで、150日限度]での請求であった。

がん専門病院であってもリンパ浮腫の専門診療を行う施設は少なく、診療報酬請求に関しては消炎鎮痛処置料での請求が主であり、リハビリ設備がある場合には運動器リハビリテーション料として点数を請求していた。

表1 がん診療連携拠点病院(2006年6月179施設)へのリンパ浮腫治療の現状調査アンケート結果抜粋  
(回答数116 回答率64.8%)

①リンパ浮腫外来診療について

リンパ浮腫外来診療を行っている24/116施設  
リンパ浮腫専門外来あり15/116施設  
診療1回/週7施設、2回/週6施設、その他2施設  
専任医師、認定看護師、認定セラピストが診療を行っている各1施設。  
兼任医師24施設、理学療法士8施設、看護師16施設、認定セラピスト6施設、ホスピス認定看護師2施設、がん性疼痛看護師3施設、WOCNが3施設で診療を行っている。

②入院治療について

入院治療を行っている19/116施設  
兼任医師19施設、兼任看護師12施設、兼任理学療法士7施設、兼任セラピスト3施設が診療を行なっている。

③診療報酬について

外来診察費を再診料のみ請求23/24施設、私費1/24施設  
リンパマッサージ手技料を徴収する8施設、徴収しない9施設  
徴収した場合の算定料は消炎鎮痛等処置料(マッサージ等の手技)3施設、運動器リハビリテーション料6施設、私費1施設であった。

## Ⅱ リンパ浮腫治療標準化への全国的な取り組みと在宅連携パスによる地域のリンパ浮腫ケア向上への期待

リンパ浮腫診療に関しては多くの書籍や論文報告が見られるが、ガイドラインとなるものは見られなかった。昨年の11月に「リンパ浮腫診療の手引き」が全国的な組織であるリンパ浮腫治療研究会のメンバーによって作成・刊行された。この手引きの内容に準じた標準リンパ浮腫治療クリニカルパス作成(表2)もこの研究会メンバーを中心に厚生労働科学研究費補助金による「がんクリニカルパスデータベース構築に関する研究」の研究班として行っている。今後は標準的リンパ浮腫治療の地域連携パスを作成する予定としているが、作成に際してはこの手引きと標準クリニカルパスが

もとなるであろう。作成された標準的地域連携クリニカルパスが全国的に利用されることが実現すれば手引きの内容が普及することになり、地域でのリンパ浮腫診療の均てん化・底上げが目指せる。連携を行う施設間の統一された治療方針が重要であることはいうまでもないが、その前に根拠のある標準的な治療を提示できなければ連携に依じてくれる施設を納得させることができない。標準治療の啓発と標準リンパ浮腫診療連携クリニカルパスの使用を推進することで地域での統一された診療が行えることを期待したい。

## Ⅲ 機能分担と連携が必要な理由

医療施設によってはリンパ浮腫の外来治療のみを行う施設、入院診療のみを行う施設、両方行う

施設など対応がまちまちである。

連携を行うにはまず各自の施設が備える機能を

表2 Stage別症状・治療・ケア(標準クリニカルパスから抜粋)

	0期	1期	2期早期
症状・理学所見	遠流障害はあるがまだリンパ浮腫が顕在化していない	夕方になるとむくむ程度。睡眠時患肢挙上でも浮腫改善。圧迫痕が残る。皮膚がつまみあげられる。表在静脈が確認できる	安静臥床や患肢挙上でも浮腫改善しない。皮膚は硬くなるが圧迫痕は残る。皮膚がつまみあげにくくなる。表在静脈が見えにくくなる
治療・ケア	複合的理学療法 ・スキんケア ・負担のない用手的リンパ誘導マッサージ(セルフ) (石鹸をつけてなでる程度)	複合的理学療法 ・スキんケア ・圧迫療法(弾性着衣) ・圧迫下の運動療法 ・負担のない用手的リンパ誘導マッサージ(セルフ) (石鹸をつけてなでる程度)	複合的理学療法 ・スキんケア ・圧迫療法(①弾性着衣 ②必要に応じてバンデージ) ・圧迫下の運動療法 ・用手的リンパ誘導マッサージ(セルフ)可能であればセラピストによる施術
薬物治療	リンパ浮腫(単独)に対する効果的な薬剤はない		
観察項目	浮腫の有無  周径計測(左右) 上肢 (腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢 (鼠径、大腿、下腿、足首、足部)  体重測定	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢 (腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢 (鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無  体重測定	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢 (腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢 (鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無 皮膚硬化の有無 体重測定
食事	塩分水分の過剰摂取を控える 肥満を予防する		
指導・説明	リンパ浮腫の病態の説明(リスクの説明) 日常生活の注意点の説明 スキんケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防)	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキんケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防)	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキんケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防) 医療用具の公的費用申請
	2期晩期		3期
症状・理学所見	安静臥床や患肢挙上でも浮腫改善しない。硬化があり圧迫痕が残りにくくなる。皮膚がつまみあげにくくなる。表在静脈が見えにくくなる		皮膚が硬化して圧迫痕は残らない。乳頭腫、リンパ小胞、リンパ漏、象皮症などを呈する。皮膚がつまみあげられない。表在静脈が見えない
治療・ケア	複合的理学療法 ・スキんケア ・圧迫療法(①バンデージ ②弾性着衣) ・圧迫下の運動療法 ・用手的リンパ誘導マッサージ 間歇的空気圧迫法(セルフマッサージや家族によるマッサージの協力が得られないときのみ)		複合的理学療法 ・スキんケア(象皮症には皮膚軟化剤を使用) ・圧迫療法(①バンデージ ②弾性着衣) ・圧迫下の運動療法 ・用手的リンパ誘導マッサージ 間歇的空気圧迫法(セルフマッサージや家族によるマッサージの協力が得られないときのみ) 合併症に対する補助的外科処置(施設設備状況に応じて) ・乳頭腫(切除) ・リンパ小胞(電気凝固) ・リンパ漏(①圧迫 ②必要に応じて電気凝固)
薬物治療	リンパ浮腫(単独)に対する効果的な薬剤はない		
観察項目	皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢(腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢(鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無 皮膚硬化の有無 体重測定		皮膚を指で10秒間圧迫することによる圧迫痕の有無 皮膚がつまみあげられるかの確認 皮膚乾燥の有無 表在静脈の観察 周径計測(左右) 上肢(腋窩、上腕、前腕、手首、手部) 下肢(鼠径、大腿、下腿、足首、足部) 炎症症状の有無 皮膚硬化の有無 体重測定
食事	塩分水分の過剰摂取を控える 肥満を予防する		
指導・説明	リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキんケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防) 医療用具の公的費用申請		リンパ浮腫の病態の説明 日常生活の注意点の説明 スキんケア指導(浮腫と蜂窩織炎誘発の予防) 医療用具の公的費用申請

確認・明示し、お互いの施設の対応状況を知ることが必要である。行えることを明確にすることで連携や紹介が行いやすくなる。国内のリンパ浮腫患者数は数万人と推定されるが、その数に比して、入院治療が必要となる重症患者を受け入れる専門施設は人的要件や施設要件の制限により非常に少

ない。リンパ浮腫の入院診療が行える施設は比較的先進地域である四国であっても4県で2施設しかないのが現状である。これではすべての重症患者に対して満足の行く治療ケアを行うことは不可能である。この不足をカバーするにはリンパ浮腫診療を行っている施設間の密な連携が必要となる。

## IV リンパ浮腫治療の問題点と理想

リンパ浮腫はがん治療を行った結果生ずるため、主たるがん治療を行う医師には関心の低い疾患となる。そのため発症しても仕方がないなどといった言葉で患者は納得させられていた。リンパ浮腫診療が遅れている理由としては根拠のある治療法が示されていないことが、リンパ浮腫を治療対象となる疾患として捉える医療者が少ないこと、行政がリンパ浮腫治療に対して長年耳を傾けなかったことがあげられる。

治療法に関しては、外科的治療でのリンパ浮腫の根治は現時点で期待しづらく、保存的治療法である複合的理学療法<sup>注1)</sup>の普及が今後の課題となる。複合的理学療法は経済的負担が大きく、継続するにはかなりの根拠も必要である。治療を継続できるように経済面、精神面ともサポートすることが必要である。

現在、保存的治療を専門に行うリンパドレナージセラピストは国家資格として認められていない。そのため医師の診断と指示のもとに治療を行うことが原則となる。セラピストの活躍する場には必然的にリンパ浮腫を的確に診断できる専門医師との連携が必要となる。セラピストが単独で治療を行うことは危険であり避けるべきである。セラピストの養成

施設は筆者が知るところで2施設(NPO日本医療リンパドレナージ協会、フランシラナチュラルセラピストスクール)であるがそれぞれ独自のカリキュラムで研修や実習を行い認定している。セラピストの育成については先進国のドイツでは国家資格保有者が約3万人いる。しかし、日本ではセラピストの国家資格制度がないため、これらのスクールの卒業生たちの活躍の場はかなりの制限を受けている。日本での医療リンパドレナージセラピストの数は、スクールの一つであるNPO日本医療リンパドレナージ協会の調べでは359人である(平成19年12月までに協会が認定した中級以上のセラピスト数)。そのうち医療機関に勤務しているセラピストは273人であり、まだまだ少ない現状である。

リンパ浮腫の専門知識を持った専任医師の指示の下にリンパドレナージセラピストの資格を持つ看護師、理学療法士、作業療法士、あん摩・鍼灸・マッサージ・指圧師などが治療を行うことが理想と考える。

注1) 複合的理学療法とは  
スキンケア、手動的リンパ誘導マッサージ、圧迫療法、圧迫下の運動療法の4療法を組み合わせることで、うっ滞した皮下のリンパ液を移動させて浮腫を軽減する保存的治療法。

## V 連携の具体例と現状

### ① 在宅連携

在宅でのリンパ浮腫治療では治療方針の統一が

重要となるため、在宅治療が必要なリンパ浮腫患者の在宅ケア担当者会議をがん相談支援・情報セ

ンターが時間調整と場所の設定を行い、リンパ浮腫外来担当医師、リンパ浮腫外来担当看護師兼セラピスト、かかりつけ医、訪問看護師、MSW、ケアマネージャー、ヘルパーなどが一同して行っている。会議ではリンパ浮腫外来担当医とリンパ浮腫外来担当看護師兼セラピストが専門外来で使用する説明用のパンフレットを用いて方針を説明し対応を検討している。在宅治療が必要なリンパ浮腫患者のケアは、現在かかりつけ医2人と数カ所の訪問看護施設との連携で行っている。在宅連携ではリンパ浮腫外来で利用している記録用紙に多少の変更を加えて連携パス(図1)として利用している。パスには訪問時に行うケア項目と観察項目を設定してあるが、とくに四肢の蜂巣織炎の症状が見られた場合にはかかりつけ医または主治医へ連絡し、早めに治療を開始することをクリ

ティカルインディケーターとして設定している。迅速な対応が行えるようにパスを用いての連携を推進している。

## 2 愛媛県内の病院間連携

県内ではがん診療連携拠点病院(7施設)であっても、四国がんセンター以外で専門的なリンパ浮腫外来診療を行っている医療機関はない。そのため当院へのリンパ浮腫患者の紹介が連携室を介して年々増加してきている。

入院診療に関して、当院ではリンパ浮腫治療の要となる看護師兼セラピストの活動時間に制限があり、不満足な治療となるため行っていない。そのため入院治療の必要な重症患者は専門診療が行える施設へ紹介して治療を行っている。当院のリンパ浮腫外来は重症患者の振り分けを行う窓口と

リンパ浮腫ケア 連携パス (右 左 両 上肢 下肢)		患者番号		蜂巣織炎の症状がみられた場合はかかりつけ医または主治医に連絡し早めに治療を開始する																
実施日・訪問日	年月日	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	
診療-訪問実施日																				
到達目標	リンパ浮腫のケアが理解できる リンパ浮腫に対する正確な治療法が理解できる 患部のリンパ浮腫の悪化がない 患部に痛みがない																			
実施指導事項	スキンケアを継続し実行している セルフマッサージを指導し実行している 圧迫ストッキングを適切に着用している パンダーズを適切に着用している																			
治療方針	腫瘍																			
	上肢																			
観察項目	腫瘍																			
	上肢																			
観察項目	下肢																			
	両脚																			
観察項目	患部を覆って閉鎖圧することによる圧迫感の有無																			
	患部が腫らみあげられるかの確認																			
観察項目	皮膚温度の有無																			
	皮膚色の変化の有無																			
観察項目	患部皮膚(発赤・硬塊)の有無																			
	しびれ知覚減弱の有無																			
観察項目	圧痛・リンパ腫の有無																			
	可動域障害の有無																			
観察項目	体重測定																			
	血圧測定																			
圧迫帯付	ストッキング・スリーブの形・サイズ																			
圧迫帯付	パンダーズの製品名・サイズ																			
その他の記録																				

図1 在宅連携に利用している外来記録用紙

われわれの施設ではリンパ浮腫外来専用の記録用紙を使用している。この記録用紙を連携用に改訂したものを患者と連携先の医療機関に提示して在宅診療記録として利用してもらっている。訪問看護師は記録用紙の必要観察項目を訪問時にチェックし、合併症として最も重要な蜂巣織炎による全身発熱と四肢の感染徴候が見られた場合には早急にかかりつけ医もしくは当院へ連絡を入れ、外来での処置を、必要なら入院治療を行う体制としている。

しての役割も担っている。愛媛県内にはリンパ浮腫患者を専門的に入院治療できる施設は1カ所しかなく、この施設でもセラピストが1人しかいないため1度に何人もの入院は不可能である。紹介を行い治療を継続する場合には病院間での患者への説明が異ならないように医師の方針とセラピストの方針・施術方法の統一を心がけている。

### 3 四国圏内での連携

四国4県で入院リンパ浮腫治療が行える施設は愛媛県と徳島県に各1施設しかない。四国圏内での

リンパ浮腫診療連携を密にするために昨年の12月に四国リンパ浮腫懇話会(代表世話人加藤逸夫徳島大学名誉教授)の立ち上げを行った。医療者に対する啓発と連携強化を目的に活動を始めた。四国がんセンターのリンパ浮腫外来で経過を見ている患者の数は徳島県の入院施設で約2週間の複合的理学療法とセルフケアの指導を受けた後に当院の外来で経過を観察している。専門診療施設が少ない現状で四国圏内のより広い地域での特殊な地域診療連携が行われている。

## VI 診療報酬改定と療養費の給付について

この2月13日の第125回中医協総会議事資料によると、リンパ浮腫に関する指導の評価としてリンパ浮腫指導管理料100点(入院中1回)が新設されこの4月1日より施行される。算定要件として、保険医療機関に入院中の患者であって、子宮悪性腫瘍、子宮付属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍または腋窩部郭清を伴う乳腺悪性腫瘍に対する手術を行ったものに対して、医師または医師の指示に基づき看護師など(准看護師を除く)が当該手術を行った日の属する月または当該手術を行った日の属する月の前月もしくはその翌日のいずれかにリンパ浮腫の重症化などを抑制するための指導を実施した場合に、入院中1回に限り算定する。とある。しかし、入院中で術後の予防的指導のみに

限られているため、すでに発症して重症化した患者への処置の評価や診る頻度の多い外来診療での処置の評価はなされていない。また、新規医療技術の保険導入で四肢リンパ浮腫の重篤化予防を目的とした弾性着衣(ストッキングなど)の購入費用については、医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、保険導入(療養費払い)の対象とする。とある。現状では圧迫療法材料(弾性圧迫着衣や圧迫包帯)は治療材料として認められないため患者の経済的負担は大きい。その面では大きな前進といえる。

今後は複合的理学療法の保険適応拡大と外来診療への適正な診療報酬整備が期待される。

## VII 今後の期待

がんを専門に扱うがん診療連携拠点病院のリンパ浮腫診療体制の遅れは大きな問題である。自らが行った治療で生じたリンパ浮腫に対するケアを自院で早期から開始することはもちろんのことであり、重症化した患者を積極的に受け入れることも当然のことと考える。しかし現状では重症化し

たリンパ浮腫患者の治療は専門的入院治療が可能な施設に委ねられている。この現状でよりよいリンパ浮腫診療を提供するには、リンパ浮腫をあまり知らない医療者に対する定期的な講習会を各地域で行うことが必要である。リンパ浮腫診療の小さなネットワークを大きなネットワークとする

にはリンパ浮腫の専門知識をもつ献身的な医療者の努力が必要である。幸い四国にはその基盤があり、四国リンパ浮腫懇話会の活動による普及推進力が連携施設を増やしてくれるであろう。

医療者の教育推進、リンパドレナージセラピストの育成推進により、発症早期から適正な専門治

療を行える施設の増加が望まれる。

謝 辞：稿を終えるに当たりセラピストに関する貴重な資料を提供していただいた学校法人後藤学園附属リンパ浮腫治療研究所佐藤佳代子氏、尾形美奈子氏に感謝する。



#### 参考文献

- 1) 廣田彰男, 他:リンパ浮腫の理解とケア, 学習研究社, 東京, 2004.
- 2) 小川佳宏:リンパ浮腫に対する治療, ケアを選択, ターミナルケア, 14: 87-93, 2004.
- 3) 加藤逸夫, 松尾 汎, 光嶋 勲, 他:リンパ浮腫診療の実際—現状と展望, 第2版, 文光堂, 東京, 2003.
- 4) 平井正文:リンパ浮腫の治療, 日血外会誌, 16: 717-723, 2007.
- 5) 佐藤佳代子:リンパ浮腫治療のセルフケア, 第2版, 文光堂, 東京, 2006.
- 6) リンパ浮腫治療研究会:リンパ浮腫診療の手引き, メディカ出版, 大阪, 2007.



2006(平成18)年2月に出されたがん診療連携拠点病院の指定要件<sup>1)</sup>に続き、2007(平成19)年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画<sup>2)</sup>の中に、「5年以内に5大がんの地域連携クリティカルバス(以下、連携バス)を整備すること」がすべての拠点病院の目標として定められた。

がん対策推進の観点から、この目標は、医療連携、機能分化の前進につながるなければならない。

すでに一部の先進的な地域では、地域医療ネットワークを構築しつつ、質の高さを追求した連携バスが稼働しはじめており、先進モデルとして医療連携推進の起爆剤となる可能性を秘めている。

### 交錯するそれぞれの思惑

しかし全国的には、現段階では行政、医療機関経営者、現場の医療者それぞれの思惑が交錯している。すなわち、行政：医療機関の診療規模とレベルに合わせて機能分化、役割分担してほしい。

医療機関の経営者：患者を囲い込み、おいしいとこ取りで業績、収益を上げたい。

現場で働く医療者：(院内バスと同じレベルで)自分たちの業務に専念し、または専門性を発揮し、医療の安全と質の理想を追求したい。

という異なる思いがそれぞれにある。しかし、特定の医療機関間でしか使

えない囲い込みバスになっては医療連携そのものに行き止まりであろうし、院内バスの延長として精緻な連携バス作成をめざすには、現場のマニパワーが決定的に不足している。

翻って現在のがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携協議会の動きをみると、従来からクリティカルバスに熱心に取り組んでいる医療機関が少ない(都道府県がん診療連携拠点病院として、クリティカルバスの導入に遅れている大学病院が多く指定された)ことも災いし、具体的な連携バスのイメージが描けていない。

これらは連携バスの定義が曖昧なまま「連携バス」という響きのよい言葉を国の指針として使用してしまったために生じた混乱といえる。

### 連携バスの当面の目標

連携バスの概念と全体像を整理してみよう。本来「クリティカルバス」とは、標準化された診断治療体系にもとづいて疾患管理の全体像を可視化、構造化することであり、連携バスを半たく言えは医療機能に応じた役割分担の明示である。

その目的は、第1には医療の質を保証すること、第2には医療機関の機能分化と役割分担を進めること、第3にはそれを広く国民に明示することである。各拠点病院が中心となり、「標準的治療ガイドライン等」に示された医療について、医療機関の機能、規模に応

じた役割分担を一覧表に明示すること」が当面の目標となるであろう。

医療連携の推進をキーワードとして私が提案したい連携バスの方針案は次のとおりである。すなわち各拠点病院は、1)医療機関の役割分担表、2)共同診療計画表、3)私のカルテ、4)地域住民に示す医療連携のポスターの4つを作成する。最初は1)から始め、次に2)3)を個別の疾患テーマごとに作成し、各拠点病院が持つ診療ネットワークで運用する。

2)は連携バスの本体に相当し、「術後フォローアップ診療計画表」「化学療法スケジュール表」などがあげられる。3)は連携の情報共有ツールとして欠かせない。4)は医療連携を広く国民に明示するという意味で、患者の受療行動を促す重要なポイントである。

さらに都道府県がん診療連携協議会等で整合性を図りつつ、地域の医療整備状況に合わせていく作業が必要である。

仮にこの指針案に則れば、まず国全体としてプロトタイプとなる医療機関の規模別、機能別役割分担表の提示が求められるであろう。私としてはまずは早急にそのプロトタイプを提示してみようと思っている。

\*1: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp02012.html>(accessed 2007/12/20)

\*2: <http://www.bm.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>(accessed 2007/12/20)

# 5大がんの地域連携バスに 寄せる同床異夢をひもとく

谷水正人 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 外務部長

one  
page  
one  
theme  
提言

## 特集 地域連携パス ～現況と今後の課題～

# 7. がん領域における地域連携 クリティカルパス開発への道程

谷水正人\*<sup>1)</sup>・河村 進\*<sup>2)</sup>・菊内由貴\*<sup>3)</sup>  
船田千秋\*<sup>4)</sup>・小暮友毅\*<sup>5)</sup>・松久哲章\*<sup>6)</sup>

がん対策基本法に基づく、がん対策推進基本計画およびがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しに伴い、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がん）の地域連携クリティカルパスの整備が求められている。しかし、がんの地域医療連携体制自体の構築が必要な段階であり、がんの地域連携クリティカルパスが成立するには、しばらく時間を要するであろう。本稿では、多職種チーム医療を本領とする「地域連携クリティカルパス」に必要な要件を考察した。がんの地域連携クリティカルパスが、質の向上と安心・安全を確保したがん医療の推進につながることを期待したい。

### 1. がん診療における 地域連携クリティカルパスの政策

がん対策推進基本計画（2007年6月）<sup>1)</sup>では、医療機関の整備において取り組むべき施策の個別目標に「すべての拠点病院において5年以内に5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする」ことがあげられた。第5次医療法改正の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（2006年6月21日交付）に基づく「疾病または5事業ごとの医療体制についての医政局指導課長通知」<sup>2)</sup>では、「地域連携クリティカルパスの整備状況が医療資源・連携等に関する情報として収集されることになった。がん診療連携拠点病院の指定要件<sup>3)</sup>として、診療機能として病病連携・病診連携の協力体制について「地域連携クリティカル

パスを（2012年3月31日までに）整備すること」が明記された。都道府県がん診療連携拠点病院には、さらに「当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること」が求められ、5大がん以外にも「地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい」とされた。

国として行政が期待する地域連携クリティカルパスは、「地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）」とあり<sup>4)</sup>、専門的ながん診療機能、標準的ながん診療機能、在宅療養支援機能を持つ医療機関が相互に診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること（退院後の緩和ケアを含む）を求めている<sup>5)</sup>。

\*独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター緩和ケア外来

<sup>1)</sup>内視鏡科医長（たにみず・まさひと） <sup>2)</sup>（かわむら・すすむ） <sup>3)</sup>（きくうち・ゆき） <sup>4)</sup>（ふなだ・ちあき）

<sup>5)</sup>（こぐれ・ゆうき） <sup>6)</sup>（まつひさ・てつあき）

——特集・地域連携バス～現況と今後の課題——

一部の先進的な地域では、非がん領域において地域医療ネットワークを構築しつつ、質の高さを追求した地域連携クリティカルバス（以下、連携バス）が稼働し始めている。がん領域においても、連携バスの導入を梃子として医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。

## 2. がんにおける地域連携クリティカルバスの必要条件

しかし、現在のがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携協議会を見ると具体的な連携バスのイメージと、導入・稼働に至る道程が描けていない。連携バスの定義と準備が不十分なまま「地域連携クリティカルバス」という響きの良い言葉が拙速に国の指針に入ってしまったところに原因がある。しかし、非がん領域で急速に連携バスの導入が開始されている中で今のタイミングを外すことはできない。

がん診療における医療機関の役割分担を進め、がん医療の質の保証と安全・安心の確保を図ることが必要である。我々は5大がんの地域連携クリティカルバスモデルの開発を念頭に、がんにおける地域連携クリティカルバスの全体像を概括することを試みた。5大がんの地域連携クリティカルバス成立のための要件の洗い出し作業の進捗状況を報告したい。

### 1) がん診療における

#### 地域連携クリティカルバスの目的

クリティカルバスとは、標準化された診断治療体系に基づいて疾患管理の全体像を可視化、構造化することであり、連携クリティカルバスは医療機能に応じた役割分担の明示である。すなわちその目的は、

第一には医療の質を保証すること、

第二には医療機関の機能分化、役割分担を進めること、

第三にはそれを広く国民に明示すること——である。

がん診療連携拠点病院は、がん医療における体制再構築の拠点であり、まずは「標準的治療ガイドライン等」に示された医療について医療機関の機能、規模に応じた役割分担を明示し、連携を調整する役割を担っている。

### 2) 5大がんの地域連携クリティカルバスの定義づけ

がん診療連携拠点病院の指定要件では「がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう<sup>3)</sup>とされているが、それだけでは不足である。我々は定義として「がん医療の質と安全・安心を保証しかつ均てん化に資する地域医療連携のツールであり、信頼関係に基づく地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる」ことを追加した。単に診療計画表だけを準備して患者の転医を促すことがあつては、連携診療の質と安全を損なうことになりかねないという危惧を抱いている。

### 3) 5大がんの地域連携クリティカルバスの作成指針

定義に基づき、目的を達成するために下記のごとく作成方針を定めた。

- ・診療ガイドラインに沿って作成する
- ・医療機関の役割分担を明記する
- ・拠-病-診-看-在-薬-連携を包含する
- ・診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまで
- ・共同診療計画を各疾患の治療法ごとに作成する
- ・連携を説明し同意を得る
- ・緊急時対応の取り決めを明記する
- ・連携医療機関と定期的に協議する場を設ける
- ・連携の意志がある地域の全医療機関が使えるもの
- ・将来的には電子化を見据える。まずは紙面上のひな型を提示する

診療情報提供書の交換をベースとした従来の医療連携は、医師・医師間連携の枠を出ることができていなかった。多職種共同のチーム医療を本領とするクリティカルバスの利点を生かすためには、医師だけでなく拠点病院の看護師、薬剤師、調剤薬局薬剤師、訪問看護師、居宅介護支援事業所の参加を念頭に入れた連携体制を構築する必要がある。

### 4) 連携バスとして用意するもの

連携バスとして必要な準備は次の4つである。

## 7. がん領域における地域連携クリティカルパス開発への道程

表1 医療機関の役割分担表

医療機関の役割分担を診断、検査、治療、経過観察・対応・ケアに分けて明示した。他に調剤薬局、訪問看護、居宅介護支援の役割も明示する必要がある。

機能	専門的ながん診療	かかりつけ医	緩和ケア	居宅
診断	確定診断、精密診断(ステージ診断)、再発時の診断	初期診断、再発時の診断、精査の必要性の判断		
検査	精密(画像、血液)検査、経過観察のための(画像、血液)検査	スクリーニング検査、経過観察のための検査	経過観察のための検査	
治療	縮小手術、内視鏡手術、定型手術、拡大手術、化学療法、術後補助化学療法、術前化学療法、放射線療法、臨床試験、症状緩和治療	術後症状コントロール、専門施設と連携した化学療法、術後補助化学療法の継続、症状緩和治療	症状緩和治療(疼痛、食思不振、倦怠感、呼吸困難感等)	担当医による症状コントロール、症状緩和治療の継続
経過観察、対応、ケア	定期観察、かかりつけ医と連携した副作用・合併症の対応	日常の指導・管理、専門施設と連携した副作用・合併症の対応、レスパイト入院、ショートステイ	ホスピスケア、デイホスピス、レスパイト入院	療養の場の提供、デイケア、ショートステイ、レスパイト入院

(筆者ら作成)

すなわち各拠点病院は、①医療機関の役割分担表(表1)、②共同診療計画表、③私のカルテ、④地域住民に示す医療連携のポスター、の4つを作成する。

## (1) 医療機関の役割分担表

がんのあるべき医療体制から見て各種医療機関が医療機能をどう分担していくかについて整理を試みた。がんのあるべき医療体制は必ずしも確定されていないが、患者視点から見たとき現段階で最も受け入れられやすいと考えられたのは、「平成18年(2006年)の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性」<sup>1)</sup>に示されている。これをベースに我々が妥当と考える医療機関の役割分担を示す。(図1, 2)。我々としては「何でもできます(施設内完結)」の主張は排除したいという考えに基づいている。拠点病院およびそれに相当する病院、緩和医療を担う機関は明確である。一般病院は、「医療機関自身の選択」と「患者の信頼」により専門特化されたがん診療機能を有する病院、かかりつけ医としての一般病院、緩和ケアを提供する医療施設、療養病床、介護療養型老人保健施設等患者から選ばれる病院に進化していくべき存在である。ただし、これはまだ討議段階で

あり、合意には至っていない。

## (2) 共同診療計画表

オーバービューの共同診療計画表は連携パスの本体に当たり、個別の疾患、治療のテーマごとに作成する必要がある。(図3)。「術後フォローアップ診療計画表」、「化学療法スケジュール表」などがあげられる。

## (3) 私のカルテ

患者が携帯し、連携の情報共有ツールとして欠かせない。

「共同診療計画表」、「私のカルテ」に共通して、各種連携の支援ツールが関係者間で共有されることになる。患者用支援ツールとして「服薬スケジュール」、「副作用説明」、「セルフアセスメントツール(患者用シート、自己チェックシート)」、「コスト説明」、「高額医療申請ツール」、医療者用支援ツールとして、「抗がん剤の副作用と対策」、「術後対応支援ツール」、「診療所コスト分析シート」などがあげられる。現在、調剤薬局から配布され利用されている「おくすり手帳」は「私のカルテ」の中で情報の整理が必要であり、サイズ、項目等について薬剤師会等関係者との相談が必要である。