

者間の繋がりを感ずることが出来る機会であり、また多くの医療者に囲まれ、安心して、次の医療環境への円滑な移行を促している。

#### D. 考察

当院のような緩和ケア病棟を持たないがんセンターで治療した患者が終末期に緩和ケアを受けている医療機関は現状から考えると、中小の民間病院である。したがって、こうした医療機関とのシームレスで、安心のできる連携を進めることが急務である。そこで今回緩和ケアについての合同で勉強会を行い、共通認識をもった上で、連携上の問題点について検討した。

近年、円滑な医療連携の要点として退院前カンファレンスで行われているように、適切な患者情報の提供と医療者間の顔の見える関係が強調されてきた。しかし、今回の検討では、患者家族の不安に関する意見が多く出された。これについての対策を考えてみると、患者及び家族に①病状、治療についての適切な説明と理解を得ること、②転院前に相手医療機関の情報を提供すること、また③医療機関が繋がっている事を示し、理解を得ることが重要であると思われる。

拠点病院の課題は2点ある。1点はコミュニケーションスキルの習得である。コミュニケーションスキルは研修対象を医師のみならず、看護師にまで広げ、適切な情報提供の仕方により、患者・家族の理解度を深める必要がある。もう1点は拠点病院スタッフの地域医療に関する知識が少ないことで、地域医療に関する研修会、実習などを行うことが必須である。一方、連携先医療機関も診療内容、スタッフに関する情報を拠点病院に提供すべきであろう。

連携先医療機関のすべきことは客観的指標で緩和ケアに関する質を示すことである。これらは単独ですべきものでなく、拠点病院も共同連携し質の維持に努めなくてはならない。そして、これらは何らかの形で保障する必要がある。現行の診療報酬における緩和ケア加算の算定は人的問題から、かかる病院での実現は困難であるので、実際的に緩和ケアを提供している病院の評価を新たに設け、緩和ケアを提供しやすい環境を誘導することが必要であろう。

グループワークで解決案として挙げられた退院前カンファレンスは病診連携のみならず、病病連携においても重要と考えられ、連携先医療機関医師が拠点病院を訪問する事を評価、促進するようなシステムが必要であると思われる。

最後に、連携パスの役割を考えてみる。連携パ

スは患者の今後を俯瞰するものであり、将来どのようになってしまうかの情報不足に因る不安の軽減に寄与するものであり、また連携パスはそのようなものでなくてはならないと思われる。今回実際に連携する医療機関との間でグループワークという方法で地域連携における現在の問題点を抽出することができた。今後、連携パスの作成、導入の際にもグループワークにより問題点を検討しながら進めていくことで、地域事情に即した連携先情報などが明確となりパス導入が円滑に行われるのではないかと思われる。したがって、グループワークでの討議自体をパス導入時あるいは導入後の調整のタスクとして標準化したほうがよいかも知れない。

#### E. 結論

医療連携には顔の見える関係のほかに、転院前の患者および家族への病状説明と連携先医療機関の情報提示および連携状態の可視化が重要と考えられた。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

伊藤由美子、長田正子、池垣淳一. 地域連携のための病院看護師たちの新たな試み ~電話インタビューと地域での体験研修~. 緩和ケア  
19 (2) :143-146, 2009

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

表 1. 患者・家族が抱える問題点

<p>病気に対する不安</p>	<p>治療ができなくなったということを告知されているための不安と告知されていないからの不安があり本人と家族間で葛藤がある 疾患に対する不安があると転院しにくい 病状が悪化していくのに何もしてもらえないという不安感が強い</p>
<p>連携先に対する不安</p>	<p>病院を変わったことによる不安 患者家族は連携する病院のようすがわからず不安がある 連携先医療機関でどんな治療が受けられるか不安 どんな医療スタッフがいるのかわからないので不安 患者家族の不安が強く信頼関係を築きにくい 患者、家族の病院に対する思いと噂の差</p>
<p>見捨てられ感</p>	<p>大病院志向で見放された、追い出されたと感じる 患者の心の準備ができていない場合が多い（見捨てられ感） がんセンターから見放されたという意識が強くなかなか希望を見出せない 治療を受けた病院に最期までいたいと思っている</p>
<p>積極的治療をあきらめきれない</p>	<p>積極的な治療を期待して転院してくる 病状に対する理解度の相違から緩和ケアに対する抵抗がある 治療法に対する思い、他の治療はないのかと 終末期でも緩和ケアより延命治療を望まれる家族がいる 転院後も治療が続けられると思っている 病状が悪化傾向になったのに治療が諦められず転院できない 患者が転院を納得しないままの転院 緩和ケア期にきていることを患者自身家族が受け入れられていない場合がある</p>
<p>現状に対する理解のズレ</p>	<p>予後不良と言われているが本人はいまひとつ納得理解していないような認識不足 前医からの情報と本人と家族の要望が違って困ることがある 医療者側は数日間の命だろうと思っているが家族はそう思わない場合が多い 病状認識について紹介状と実際の認識とずれがある 何のための転院か患者自身、家族が理解していないケースがある 医師同士で連携の話はできていても実践に患者、家族が理解できていない場合がある（転院目的） 患者、家族の病状の理解度 家族間での理解度の違い</p>

表2. 連携先医療機関が抱える問題点

<p>病院格差に対する不満</p>	<p>がんセンターと全く同じ処置や看護を患者や家族が要求する          がんセンターと転医後のギャップが大きく患者さんの信頼、要望にこたえられない          がんセンターとの治療方針の比較から、認識のずれ          がんセンターのように専門医がいる訳ではない          過大な期待をもってこられる”こんなところと思っていなかった”という言葉がきかれる</p>
<p>欲しい医療情報の不足</p>	<p>疼痛コントロールレスキューをどの程度使用していたのか曖昧          使用薬剤で必ず必要であるか代替可能なものが明確になっているとありがたい          看取りの場所についての合意なし          末期になったといわれてもどんな説明を受けたか不明          前医での病気の説明がわからなくて困ることがある          ICの内容についての情報不足（どこまで説明しているのか）          連携情報の取り扱い方が紙面から読み取りにくい          がんセンターでのICの内容はわかっても患者、家族がどのように受け          いれているのかすぐにはわからない          患者さん家族への病状説明状況</p>
<p>転院するタイミングの遅さ</p>	<p>転院後すぐに死亡する          転医後に様態が急変して困ったことがある          急変したケース          病病連携に対する思いや連携時期が異なるため話が進められないことが多い</p>

表3. がんセンターが抱える問題点

機械的な連携	がんセンターの医療者は連携先医療機関のことをあまり知らないで患者を送っているのが現状 患者さんにとっては単に病院のルールにのせられているだけのように感じています 転医先の病院の質方針サービスについて十分わかっていないまま送り出している 入院施設がある、自宅から近いという情報だけで転院先と決めてしまう 一般病院に関する情報が適切に患者に紹介されていない場合がある
低い地域への関心	退院調整をMSWや地域連携室に任せっぱなしな傾向がある
地域が欲しい情報がわからない	具体的なケアの方法についてどの程度まで看護サマリ連携表に書くのか 情報提供はどの程度もとめられているのか もっと早く転院してほしかったといわれるが具体的にどんな時期か
ICの難しさ	転院時の説明が難しい
連携後の経緯がわからない	連携した後の患者の様子がわからない がんセンターから地域の病院へおくりだしたあと、患者のその後についての情報収集が不十分で一方的におしつけてしまった、振り返りができない 転院してから患者がどんな経過をたどったか知らない 転院して困ったことはなかったか把握できない

表4. 解決策

病院を見学	転院前に病院見学する機会を作る
必要時の転院	ペインコントロール困難時に専門病院
退院前カンファレンスをする	患者は多くのスタッフに囲まれて安心 医療者間のつながりが見えて安心
地域からがんセンターへの要望	病棟NSが在宅は無理ではないかという思いがあるのではないか 入院時から退院を見据えたケアをするのはむずかしいのか 前医への信頼が非常に強く転医されてからの信頼関係を築きにくい

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)  
分担研究報告書

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な  
地域連携クリティカルパスモデルの開発に関する研究

研究分担者 奈良林 至 埼玉医科大学国際医療センター  
研究分担者 武藤 正樹 国際医療福祉大学三田病院  
研究協力者 下村裕見子 東京女子医科大学病院地域連携室

研究要旨

本研究の初年度調査にあたり、全国におけるがん地域連携パスの作成ならびに運用状況を把握した。平成20年12月末現在、胃がん14パス、大腸がん15パス、乳がん15パス、肺がん7、肝がん6パス、前立腺がん3パス、膀胱がん1パス、緩和1パス、子宮がん1パスが把握できた。全国で1320名ががん地域連携パスで医療を受けていることが確認できた。都道府県がん診療連携拠点病院が中心となり、県統一パスを目指す動きが活発化している。今後経時的に調査を実施し、がん診療連携拠点病院におけるがん地域連携パスの現状把握と地域連携パスによってがん連携の課題が解決されたかを検証していく。

A. 目的

がん地域連携パスの作成ならびに運用状況を把握する。

B. 方法

がん診療連携拠点病院351医療機関と東京都がん診療認定病院10医療機関の総数361医療機関の病院長宛に郵送にてアンケートを実施した。

(倫理面への配慮)

運用上の問題点を抽出しその解決策について検討を行うものであり、患者家族の個人情報などは特に扱っていない。倫理上、特に問題はない。

C. 結果と考察

郵送機関は平成21年1月5日～1月20日とした。郵送枚361通、回答213通(回収率59.

0%)であった。

平成20年12月末現在、胃がん14パス、大腸がん15パス、乳がん15パス、肺がん7、肝がん6パス、前立腺がん3パス、膀胱がん1パス、緩和1パス、子宮がん1パスが把握できた。全国で1320名ががん地域連携パスで医療を受けていることが確認できた。連携パス作成の単位は、県統一パス2、2次医療圏統一3、病院独自パス17、その他3であったが、都道府県がん診療連携拠点病院が中心となり、県統一パスを目指す動きが活発化している。

がん診療における連携の難しさでは『地域ネットワークの未成熟』『在宅医療の未成熟』『連携先データベースの未成熟』『ホスピス施設の不足』『患者家族に理解がない』との回答であった。

D. 考察

本年を起点とし、経時的に調査を実施し、が

ん診療連携拠点病院におけるがん地域連携パスの現状把握と地域連携パスによってがん連携の課題が解決されたかを検証していきたい。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Narabayashi M, et al. Opioid rotation from oral morphine to oral oxycodone in cancer patients with intolerable adverse effects: an open-label trial. Jpn J Clin Oncol 38(4) 296-304 2008
2. 奈良林 至 がん患者のせん妄の原因治療 看護技術 54(14) 1518-21 2008

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Q 1 : 連携室体制と配置職種、配置人数についてお尋ねします

例 : 地域連携室 (MSW 3名)、がん患者支援センター (看護師 2名)

がん患者支援センターのみ (看護師 2名、MSW 2名、事務 1名)

Q 2 : 医療機関向けの研修を実施している

はい ( 県単位  二次医療圏  自院開催)  いいえ

Q 3 : 一般市民向けがん講演会を実施している

はい (年 回)  いいえ  計画中

Q 4 : 地域との連携体制について

1) がん診療に対して、かかりつけ医との連携医療は活発ですか？

はい ( 全てのステージ  Low Risk のみ  化学療法あり  終末期医療)

いいえ (理由 : )

2) 地域のがん診療に関する社会資源情報は充分ですか？

はい  いいえ (不足 : 治療法別医師名 )

3) 逆紹介推進で行なっておられることは？

連携医パンフレット提示  連携啓蒙ポスター

その他 ( )

4) がん診療における連携の難しさは何だと思えますか？ (上位3つ)

紹介範囲の広さ  逆紹介連携の不足  患者家族に理解がない

連携先データベースの未成熟  地域ネットワークの未成熟

行政の関与の少なさ  在宅医療の未成熟  在宅看取りへの理解

緩和医療知識の未成熟  ホスピス施設の不足  がん診療均てん化

その他 ( )

Q 5 : 厚生労働省研究班における5大がん地域連携パスモデルの開発

1) 班会議で5大がん地域連携パス (雛形) 作成していること知っていますか？

知っている  知らない

2) 班会議に期待することは何ですか？

- 地域連携パス定義（要件） 5大がん地域連携パス（雛形）の提供  
その他（ ）

Q 6：5大がん地域連携パスが[無い]施設にお尋ねします

- 1) 5大がん地域連携パスの現状をお聞かせください  
作成中 今後取り組む予定（班会議の提示待ち）  
その他（ ）
- 2) 地域連携パスはどの単位で作成/運用して行く計画ですか？  
県統一パス二次医療圏統一パス自院独自パスその他（ ）

3) 5大がん院内パスはありますか？

- 胃がん 大腸がん 乳がん 肺がん 肝がん

Q 7：5大がん地域連携パスが[ある]施設にお尋ねします

- 1) 5大がん院内パスはありますか？  
胃がん 大腸がん 乳がん 肺がん 肝がん
- 2) 作成ならびに地域連携パス研究会等に[患者会]参加していますか？  
はい（がん種： ） いいえ
- 3) 地域連携パスはどの単位で作成/運用しておられますか？  
県統一パス二次医療圏統一パス自院独自パスその他（ ）

4) 適応患者数等についてお尋ねします

	開始日	適応患者数 (2008.12月末)	事務局 例：地域連携 室 保健所	IT（あり/無し） システム概要 例：あり/ASP
胃がん				
大腸がん				
乳がん				
肺がん				
肝がん				
終末期				
緩和パス				

がん地域連携パスを作成中の研究会、協議会等がありましたら、名称をお知らせください。





全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な  
地域連携クリティカルパスモデルの開発に関する研究  
大腸がんの地域連携クリティカルパス

研究分担者 望月 泉 岩手県立中央病院 副院長

### 研究要旨

大腸がんの地域連携クリティカルパスの基本形、具体的なひな型を示した。大腸がん術後の経過観察スケジュールを診療ガイドラインに従い作成した。また共同診療計画表を進行度別に作成した。この連携パスが有効に運用されるためには、地域におけるネットワーク作りが是非とも必要である。地域連携基盤はどう構築すべきか、がん診療連携協議会のようにがんに特定したネットワークの構築もありえるが、行政、医師会、看護協会、薬剤師会等の参加を促し、がん診療連携拠点病院が中心となり連携を構築する必要がある。今後は、切除不能大腸癌、緩和ケアにおける連携パスも作成する予定である。

### A. 研究目的

がん対策基本法が平成18年に成立したが、原則すべての2次医療圏に拠点病院を設置、5大がんの地域連携クリティカルパスを整備することが求められている。本研究班は5大がんの地域連携クリティカルパスの基本形(要件)を示し、具体的なひな型を公表し、連携のあり方も公表する。分担研究者(望月)は大腸がんを担当する。拠点病院向け講演会を開催し、一般向け啓蒙活動を進める(医療連携ポスターを公表する)。各地域での検証を踏まえて、地域連携クリティカルパスを提示し、連携パスの稼働を可能とする「調整する組織」、連携体制のあり方を提案することが最終の目的である。

### B. 研究方法

本研究班における5大がんの地域連携クリティカルパスモデル作成の大腸がん部門を担当した。地域連携クリティカルパスの目指すところは、第一に医療の質を保証し、第二に医療機関の機能分化、役割分担を進め、第三にそれを広く県民に明示することとした。連携クリティカルパスの作成指針として、診療ガイドラインに沿って作成し、医療機関の機能と役割分担を明記する。共同診療計画書を各疾患の治療法ごとに作成し、連携の意志がある地域の全医療機関が使えるものとする。緊急時対応の取り決めを明記し、連携医療機関と定期的に協議する場を設けることなどがポイントとして挙げられた。

### C. 研究結果

大腸がん術後の経過観察スケジュール、共同診療計画表を進行度別に作成した。大腸がん手術後のサーベイランスは大腸癌研究会編：大腸癌治療

ガイドライン医師用2005年版(金原出版)に従い作成した。

- 1) Stage 0: 切除断端に癌が陰性であればサーベイランスは不要である。しかし、切除断端の評価が困難な場合は、半年から1年後に大腸内視鏡検査を行い、局所再発の有無を調べる。
- 2) Stage I: sm 癌のサーベイランスは省略し得る。mp 癌のサーベイランスは Stage II に準ずる。サーベイランス期間は術後5年間をめやすとする。
- 3) Stage III: サーベイランス期間は術後5年間をめやすとする。術後3年以内はサーベイランス間隔を短めに設定する。
- 4) 直腸癌では肺転移再発と局所再発にも留意する。肺転移再発例の5%は術後5年以降に出現する。吻合部再発のサーベイランスは術後3年までをめやすとする。
- 5) 術後補助化学療法は、治癒切除の行われた症例に対して再発を抑制し予後を改善する目的で、術後に実施される全身化学療法である。大腸癌術後の補助化学療法の適応は Stage III 大腸癌(+ Stage II 大腸癌の再発ハイリスク群)と考えられ、5-Fu+Leucovorin(LV)の6ヶ月投与が標準レジメンとして確立している。また5-Fu+LV療法とu-FU+LV療法、カペシタビン療法の非劣勢が証明されている。以上をふまえて大腸がん術後の経過観察スケジュール表(図1, 2)、共同診療計画書(図3, 4)を作成した。

### D. 考察

今回、大腸がん術後の地域連携パスを作成した。地域連携クリティカルパスに関しては、自分だけは専門病院で継続してみたいという患者の願いは不当な要求なのか。医療提供側の都合の押

しつけになっていないか。医療機関は医療の質・安心・安全を保証し、どんな場合も支えるという姿勢が示しているか。再発その他でパスからはずれた患者に対して、きちっとケアができるかなど問題は山積している。

StageIV大腸がんは肝転移、肺転移、腹膜播種、遠隔リンパ節転移、その他（骨、脳、副腎、脾、等）以下のいずれかの同時性遠隔転移を伴っている。遠隔転移巣ならびに原発巣がともに切除可能な場合には、遠隔転移巣の切除を考慮する。その際、原発巣には根治切除を行うことは推奨されている。また肝転移の治療には、肝切除、化学療法および熱凝固療法があり、根治切除可能な肝転移には肝切除が推奨される。

切除不能大腸癌、再発大腸癌に対しては、化学療法が施行されることが多い。切除不能と判断された転移・再発大腸癌の予後は約8ヶ月と報告され、現状では治癒させることができない。化学療法の目標は腫瘍増大を遅延させて症状コントロールを行うことであり、PS 0~2の症例を対象とした第III相試験において、抗がん剤を用いない対症療法と比較し化学療法群に生存期間の有意な延長が検証されている。今後はStageIV症例、切除不能、再発大腸癌、緩和ケアも含めた地域連携パスの作成も必要になると考えられる。

#### E. 結論

今回、大腸がん術後の地域連携パスモデルを作成、明示した。このパスが有効に運用されるためには、地域におけるネットワーク作りが是非とも必要である。地域連携基盤はどう構築すべきか、4疾患5事業の地域医療連携ネットワークの構築を研修会、意見調整の場を用意し、参加医療機関を明示することは最低限必要と考える。がん診療連携協議会のようにがんに特定したネットワークの構築もありえるが、行政、医師会、看護協会、薬剤師会等の参加を促し、がん診療連携拠点病院が中心となり、連携を構築する必要がある。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

###### 1) 望月 泉

がん早期発見術 大腸(結腸・直腸)のがん治療、Vol.90, 1:25-30、2008

##### 2. 学会発表

- 1) 望月泉 中野達也 平野拓司 白田昌広 鈴木洋 村上和重 原康之  
膵頭十二指腸切除術における再建法の要点  
第20回日本肝胆膵外科学会・学術集会

山形市、2008. 5. 29

- 2) 望月泉 村上晶彦、三浦達也、高橋弘明、菅原教雄 舘野慎一 佐々木崇  
地域中核病院としての地域医療支援体制の現状と課題  
第58回日本病院学会  
山形市、2008. 7. 3
  - 3) 望月泉 中野達也 平野拓司 白田昌司 鈴木洋 村上和重 原康之  
膵頭十二指腸切除術における再建法の工夫  
第63回日本消化器外科学会総会  
札幌市、2008. 7. 16
  - 4) 望月 泉  
岩手県立中央病院における胃がんと大腸がん手術と他病院とのベンチマーキング  
2008-第15回多地点合同メディカルカンファランス 盛岡市、2008. 5. 8
  - 5) 望月 泉  
地域連携における病院の役割—岩手県立中央病院の取組み—  
第1回秋田県南がん化学療法病診連携プロジェクト 横手市、2008. 9. 11
  - 6) 望月 泉 手術室の効率的運用をめざして—施設間ベンチマーク分析を通じた手術室改善の試み—  
2008-第34回多地点合同メディカルカンファランス 2008. 10. 9
  - 7) 望月泉  
5大がんにおける地域連携クリティカルパス 北東北がん医療コンソーシアム岩手ブロック運営協議会 第1回地域連携パスWG  
盛岡市、2008. 10. 24
- #### 3. 学会司会・座長
- 1) 望月 泉  
第3回炎症性腸疾患研究会 盛岡市、2008. 1. 26
  - 2) 望月 泉  
平成19年度岩手県立病院医学会春季学術集  
盛岡市、2008. 2. 2
  - 3) 望月 泉  
第8回仙台GISTカンファランス  
仙台市、2008. 2. 9
  - 4) 望月 泉  
青森・岩手緩和ケア懇話会のご案内  
盛岡市、2008. 4. 6
  - 5) 望月 泉  
第7回東北臨床腫瘍セミナー 仙台市、  
2008. 4. 19
  - 6) 望月 泉  
2008-第15回多地点合同メディカルカンファラ

- ンス 盛岡市、2008. 5. 8
- 7) 望月 泉  
第 20 回日本肝胆膵外科学会・学術集会  
山形市、2008. 5. 29
- 8) 望月 泉  
2008-第 34 回多地点合同メディカルカンファ  
ンス 盛岡市、2008. 10. 9
- 9) 望月 泉  
第 40 回岩手県立病院医学会総会  
奥州市、2008. 9. 14
4. 地域医療活動・講演会
- 1) 望月 泉  
岩手県立中央病院市民健康講座  
「家族ががんになった時」  
盛岡市、2008. 1. 20
- 2) 望月 泉  
岩手県立中央病院市民健康講座  
「知ってもらいたい発達障がい」  
盛岡市、2008. 4. 5
- 3) 望月 泉  
岩手県立中央病院市民健康講座  
「あなたは大丈夫？メタボリック  
シンδροーム」盛岡市、2008. 9. 23
- 4) 望月 泉  
岩手県立中央病院市民健康講座  
「がんにお薬のはなし」  
盛岡市、2008. 11. 24
- 5) 望月 泉  
医療事故防止に対する現場の取組み  
日本医師会医療安全推進者養成講座  
東京都、2008. 11. 9
- 6) 望月 泉  
第 17 回すみれの会  
盛岡市、2008. 7. 1

### 大腸癌Stage IおよびStage II follow up schedule

術後経過年数	1年				2年				3年				4年				5年			
	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M
問診・診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
直腸指診(直腸癌)		○				○				○				○				○		
末梢血、生化学、CEA,CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Chest X-P		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
CT(胸部、腹部、骨盤部)				○				○				○				○				○
腹部超音波検査		○				○				○				○				○		
大腸内視鏡検査				○								○								○

- \* 再発リスクが高いStage II大腸癌には、適切なLCのもとに補助化学療法の適応を考慮する。
- \* 必要時に施行: MRI、注腸造影、GIF、骨シンチ、PET
- \* 6年後以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

(図 1)

### 大腸癌Stage III follow up schedule

術後経過年数	1年				2年				3年				4年				5年			
	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M	3M	6M	9M	12M
問診・診察	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
直腸指診(直腸癌)		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
末梢血、生化学、CEA,CA19-9	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Chest X-P		○		○		○		○		○		○		○		○		○		○
CT(胸部、腹部、骨盤部)				○				○				○				○				○
腹部超音波検査		○				○				○				○				○		
大腸内視鏡検査				○				○				○				○				○
補助化学療法	原則として術後6ヶ月																			

- \* 補助化学療法: 5-FU+LV,U-FT+LV、capecitabine療法。投与期間6か月を原則とする。
- \* 必要時に施行: MRI、注腸造影、GIF、骨シンチ、PET
- \* 6年以降は基本検診、職場検診や人間ドックを有効利用する

(図 2)

共同診療計画書(大腸癌StageI)

施設名		担当医	(電話: )	薬剤師名	(電話: )					
施設名		担当医	(電話: )	薬剤師名	(電話: )					
(施設名: )における日常診療										
項目	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)
達成目標	術後経過によるフォローアップ	手術後経過への対応	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見
選別・連絡	術後経過の説明 手術後経過、再発等発生時の連絡先確認	手術後経過、再発等発生時の場合、連絡 □患者様用バス説明								
教育・指導	服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後経過の確認 貧血 下痢 腹部膨満 腸閉塞症状 排便障害									
診察・検査	PS 全身状況 体温 体重 身長 胸 全身症状 腹部症状 視 顔面: 貧血、黄疸 触 腹部: 臍骨上窩リンパ節腫大 診 腹部 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA, CA19-9) 検査 胸部超音波検査 CT検査(胸、腹、骨盤) 胸部X線検査 大腸内視鏡検査 他臓器病に対する検査を勧める	3ヶ月毎 3ヶ月毎				6ヶ月毎				

(図3)

共同診療計画書(大腸癌StageIII)

施設名		担当医	(電話: )	薬剤師名	(電話: )					
施設名		担当医	(電話: )	薬剤師名	(電話: )					
(施設名: )における日常診療										
項目	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)	(施設名)
達成目標	術後経過によるフォローアップ	手術後経過への対応	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見	手術後経過、再発の早期発見
選別・連絡	術後経過の説明 手術後経過、再発等発生時の連絡先確認	手術後経過、副作用、再発等発生時の場合、連絡 □治療スケジュール説明 □患者様用バス説明								
教育・指導	服薬指導(保険薬局) 生活指導 手術後経過の確認 貧血 下痢 腹部膨満 腸閉塞症状 排便障害									
投薬	チェック 処方	□薬学チェック □併用薬子チェック □補助化学療法薬剤 □補助化学療法副作用チェック								
診察・検査	PS 全身状況 体温 体重 身長 胸 全身症状 腹部症状 視 顔面: 貧血、黄疸 触 腹部: 臍骨上窩リンパ節腫大 診 腹部 末梢血一般、生化学 腫瘍マーカー(CEA, CA19-9) 検査 胸部超音波検査 CT検査(胸、腹、骨盤) 胸部X線検査 大腸内視鏡検査 他臓器病に対する検査を勧める	2週間毎 3ヶ月毎	3ヶ月毎			6ヶ月毎				

\*補助化学療法: 5-FU+LV+FT+LV, capecitabine療法、投与期間6か月を原則とする。

(図4)

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な  
地域連携クリティカルパスモデルの開発に関する研究

研究分担者 佐藤靖郎 済生会若草病院 副診療部長兼外科部長

### 研究要旨

「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発（課題番号）H20-がん臨床一般-002」の班会議へを通して、共通認識を得、その結果、ひな形作成特に胃がんクリティカルパスのひな形作成にかかわった。また当院での胃がん・大腸がん地域連携クリティカルパスの実践より、一般病院における地域連携クリティカルパスの推進と今後必要となるかかりつけ医機能、急変時のクッション機能、がん専門病院からの中継地点としての役割分担の可能性を示した。今後は班会議や当院での実践を通して問題点を抽出し解決する必要がある。

### A. 研究目的

「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発（課題番号）H20-がん臨床一般-002」における全般的な協力およびかかりつけ医機能の検討

### B. 研究方法

班員相互のがん地域連携クリティカルパスの方向性への共通理解を得るために本研究班会議に出席・討論を行う。

（倫理面への配慮）

本分担研究は分担研究者として班会議での出席・討論を通じて地域連携クリティカルパスの方向性、ひな形開発への協力が主なる活動であるため倫理面の問題は無いと判断される

### C. 研究結果

1) 班研究に参加することで班員相互のがん地域連携クリティカルパスにおける一定の相互理解を得ることができた。また、個別的には2008年5月31日の第一回班会議において具体的に当院で使用しているがん地域連携クリティカルパス（胃がん・大腸がん）の患者および地域診療所のコンプライアンスを高めるための服薬スケジュール、副作用説明用紙、服薬コスト説明用紙、高額医療費申請ツール、診療所コスト分析シートなどの各種ツール群の紹介を行った。

2) 2008年9月3日の第三回班会議では、各癌腫のひな形について討論され、胃がん地域連携クリティカルパスの開発責任者梨本班員と共に具体的に検討する予定とされた。

3) 2008年10月12日新潟がんセンターにおいて梨本班員と意見交換を行い胃がん地域連携クリティカルパスひな形について基本的な討論と今後の方向性の合意が得られた。

4) 2009年3月8日 東京女子医科大学 弥生記念

講堂においてオープンカンファランス「がん地域連携クリティカルパス成立への道程」が開催され、基調報告として谷水班長ががん地域連携クリティカルパスモデルの現況について報告を行った。またシンポジウムとしてがん地域連携クリティカルパスモデル開発の課題が各班員から報告され、その中で当分担研究者はテーマ「医療機能別にみる課題の中で「一般病院、かかりつけ医の立場から」について発表をおこなった。その概要としてかかりつけ医機能を用いる医療機関としては地域診療所と一般病院であること。その中で一般病院における役割について地域における中核的な役割を担う病院とそれ以外の中小規模の病院の診療範囲の違いについて述べた。地域において中核的な役割を担う医療機関においては部分的にがん拠点病院の役割に準じ、地域連携クリティカルパスの受け手としては困難の可能性が大きい。併存症を持つ患者におけるサポートに関して大きな役割を担う必要があることを示した。また当院のような中小規模の病院においては①地域連携クリティカルパスの受けてとしてかかりつけ医機能②がん専門病院からの中継地点としての機能③自ら主体となり地域連携クリティカルパスを推進する立場（当院において実践を行っている）④急変時のクッション機能がありうることを示した。

さらに本シンポジウムの中degんクリティカルパスに関するひな形の提示も行われた。

### D. 考察

研究班会議において一定の共通認識が得られ、その指示の基、胃がん地域連携クリティカルパスひな形の基本的な検討を行いひな形提示へ関わる事ができた。また一般病院での役割分担の面で、当院で地域連携クリティカルパスを実際に運用することで中小規模の病院においても送り手としての立場も可能でありうると思われた。それと同時に今後は地域連携クリティカルパスの受け手としてかかりつけ

医機能やがん専門病院からの中継地点、急変時のクッション機能などとして積極的かつ実践的な関与をするなかで、問題点とその解決策について提示を行い、研究班での問題提起と共通認識の構築の必要があると思われた。

- 2 実用新案登録  
なし
- 3 その他  
なし

#### E. 結論

今後研究班で示された各癌腫のひな形について具体的に検討を行うことやがん拠点病院とかかりつけ医との関連や、かかりつけ医機能やその他の機能を果たす上での問題点を抽出し検討を研究班への参加において実行することが必要である。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1 論文発表

胃・大腸がんの地域連携クリティカルパス 佐藤靖郎 治療増刊号 764~769 Vol.90(2008)

胃癌術後地域連携パスと栄養管理 佐藤靖郎 栄養一評価と治療 31~34 vol.25.no5

著書 (分担執筆)

がん連携のポイント~2 施設における導入経験を通して~ 佐藤靖郎 20~23 新・医療連携別冊 エルゼビアジャパン

がんの地域連携クリティカルパス 佐藤靖郎 35~44 地域連携クリティカルパスの今後の展開 IV 地域連携クリティカルパスの意義と今後の展開 3 日本医療マネジメント学会監修

地域連携クリティカルパス 5 胃・大腸癌がん 佐藤靖郎 178~192 2008 クリティカルパス最近の進歩 日本医療マネジメント学会編集 じほう社発行

##### 2 学会発表

第 10 回 医療マネジメント学会 シンポジウム (2008.6.20) 佐藤靖郎

演題名 がんの地域連携クリティカルパスについて

第 63 回 日本大腸肛門病学会 ワークショップ 6 (2008.10.17) 佐藤靖郎他

演題名 大腸癌地域連携パスについて

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1 特許取得

なし



厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な  
地域連携クリティカルパスモデルの開発に関する研究

研究分担者 武藤 正樹 国際医療福祉大学三田病院副院長

研究要旨 東京都港区内の病院・診療所からなる「港区がん連携パス研究会」を形成し、胃がんステージⅠ、ステージⅡ～Ⅲの地域連携クリティカルパスについて以下の結果を得た。①港区内の診療所アンケート調査より胃がんの術後外来フォローの実施可能性が明らかとなった、②胃がん術後観察と経口抗がん剤（TS-1）の地域連携クリティカルパスのフォーマット・運用手順・準備すべき資料セットを検討し作成した、③胃がん連携パスのインターネットによる病診間の情報共有についても検討した。

A. 研究目的

東京都港区において、胃がん地域連携クリティカルパス（以下、胃がん連携パス）の作成と運用評価を行うことを目的とする。

B. 研究方法

「港区がん連携パス研究会」（代表幹事武藤）を東京都港区内の3病院7診療所をメンバーとして形成し、同研究会のワーキンググループにより以下の研究を行った。

①診療所アンケート調査実施

港区内の診療所に対して、がん患者の外来フォローに関するアンケート調査を実施。

②胃がん連携パスの検討

胃がんステージⅠ、Ⅱ～Ⅲの連携パスを検討。

③胃がん連携パスのIT化検討

インターネットによる胃がん連携パスのフォーマットの検討

（倫理面への配慮）

患者の個人情報保護に配慮して、患者名の匿名化、そのデータ保管について配慮。とくに連携パスのIT化における患者情報セキュリティについて配慮した。

C. 研究結果

①診療所アンケート調査結果

港区内の30診療所からの回答によれば、がん術後のフォローアップに関心のある診療所が全体の82%を占めていた。とくに「状態のよい術後経口抗がん剤療法の患者」、「術後観察のみの患者の外来フォロー」に関心が高かった。

②胃がん連携パスの検討

済生会若草病院外科の佐藤靖郎先生の開発した胃がんステージⅠ、Ⅱ～Ⅲの連携パス・フォーマットをもとに検討した。ステージⅡ～Ⅲの連携パスは経口抗がん剤TS-1のレジメを含む連携パスとした（図）。

また連携パスの運用にあたり、準備すべき資料セットについても谷水班の提示した以下の4点セットに基づいて検討した。①病院と診療所の役割分担表、②共同診療計画（連携パス）、③私のカルテ、④連携ポスター。

また実際に連携パスを運用するための手順についても検討した。

（胃がんステージⅡ～Ⅲの連携パス）

③胃がん連携パスのIT化の検討

（株）東計電算の地域連携クリティカルパスITソフト「Doctor network」のフォーマットについて実施可能性について検討した。

## D. 考察

### ①診療所アンケート調査

アンケート結果からみると、診療所におけるがんの術後外来観察や経口抗がん剤の外来フォローの可能性は、運用条件さえ整えば大いにあると考えられた。運用条件としては比較的状态のよい患者であること、緊急時の対応があらかじめ決められていることなどである。

### ②胃がん連携パスの検討

胃がんステージⅠの観察フォローのみの連携パスとステージⅡ～Ⅲの経口抗がん剤TS-1のレジメを含む連携パスについて検討した。とくにTS-1は服薬と休薬を繰り返す複雑なレジメであるため、患者の服薬アドヒアランスに問題を生じやすい。このため連携パスによるしっかりとしたフォローが必要と考えられた。またTS-1による白血球減少や消化器症状に対する対応として、患者によるセルフチェックやTS-1減量基準や緊急時の連絡方法等も盛り込むことが必要であることが明らかになった。

また谷水班の4点セットに準じて作成することで、作るべき資料が明確になった。

今後、胃がん連携パスの運用手順を作成し、来年度の実施する予定とした。

### ③胃がん連携パスのIT化の検討

(株)東計電算の連携パスITソフトの検討により、検査データの入力について、よりシステム改良の必要性があることが分かった。具体的には院内のデータを参照サーバーに落とし込み、それを(株)東計電算のソフトにより連携パスITソフトに自動転送する仕組みの実施可能性について検討した。

## E. 結論

がんステージⅠ、Ⅱ～Ⅲの連携パスについて、事前アンケート調査を実施した後、連携パスの様式、具体的内容、用意すべき資料、そしてそのIT化等について検討した。本年度はこれらの準備作業を行い、来年度より本格実施とその評価を行う予定である。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携  
クリティカルパスモデルの開発に関する研究

研究分担者 住友 正幸 徳島県立中央病院・外科総括部長

研究要旨

肺がん術後地域連携クリティカルパスを作成・導入して3年間の結果より、本連携パスの認容性と有効性が高いことが示された。また、この間の再発患者の治療内容と経過の分析から、緩和医療連携の一定の定式化が可能であると考えられた。現在、本連携パスを徳島県に導入しており、術後連携と、再発時の連携モデルを開発中である。

A. 研究目的

肺がん術後地域連携クリティカルパスの認容性・有効性を証明し、一般活用の可能性を探る。また、再発例の検討から地域における緩和連携の定式化を検討する。

B. 研究方法

2005年より本連携パスを適用した患者の臨床経過よりバリエーションと有害事象を求めるとともに、再発患者の治療、連携経過を検討してパターン分析を行う。（倫理面への配慮）

研究中のデータについては匿名化を計り、患者情報並びに連携病院情報の漏洩に配慮する。

C. 研究結果

バリエーションは軽微なもののみで、患者の予後・生活の質に関連する有害事象は発生しなかった。一方、検査の完遂度、連携完遂度は高かった（>90%）。再発例では化学療法、ガンマナイフ、放射線治療、胸水穿刺が殆どの治療であった。連携経過では、最終的に当院入院、他院入院、在宅のパターンが認められた。

D. 考察

以上の結果から、本連携パスは認容性に高く、有効であることが示された。また、再発例の検討から、緩和連携の定式化と連携のパターン化が可能と考えられた。

E. 結論

肺がん術後地域連携クリティカルパスは、方向性を持って進めることにより、次段階の緩和医療を含む「肺がん連携クリティカルパス」への前段階として有効であると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ①地域連携クリティカルパス—肺がん日本医療マネジメント学会 クリティカルパス最近の進歩2008 193-204
- ②肺癌の長期管理 日本医事新報 日本維 持信 奉 4396 43-45
- ③肺癌の地域連携とクリティカルパス 治 療 90 750-755

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記事項なし

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な  
地域連携クリティカルパスモデルの開発に関する研究

研究分担者 梨本 篤 新潟県立がんセンター新潟病院臨床部長

研究要旨

初発単発性治癒切除胃癌および残胃癌データを根拠に全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な胃癌術後の地域連携パス（Stage I および Stage II/III）の作成を試みた。この地域連携パスをたたき台として十分に活用していただくと共に問題点を指摘しフィードバックしていただきたい。今後はこの連携パスが実地臨床に適応しているかについて検証するとともに、術後サーベイランスが延命に寄与しているか否かについても科学的に検証していく必要がある。

A. 研究目的

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な治癒切除胃癌術後の地域連携パスモデルを開発する

B. 研究方法

当院で2006年までの17年間に経験した初発単発治癒切除胃癌3861例中、手術後再発を認めた307例（8.0%）を対象に術後の再発形式、再発時期と遠隔成績につき検討を加えた。また、胃癌術後の残胃癌52例についても検討した。

（倫理面への配慮）

当科における retrospective study である

C. 研究結果

I, 早期胃癌の再発

再発率は0.8%（血行性0.6%, リンパ行性0.1%）であった。再発率は初回手術時にリンパ節転移陰性例0.4%, 陽性例5.1%であり、リンパ節転移陰性例では殆ど再発しないことが確認された。

術後2年以内に50%, 術後3年以内に88.9%が再発している。しかし、Stage Iでは術後

5年経過後の再発も少なからず認められた。再発までの期間は、局所再発が最も長く、血行性再発が最も短かった。

II, 進行胃癌の再発

1, 再発形式

血行性再発が最も多く、以下腹膜再発、リンパ節再発、局所再発の順であった。諸家の報告では腹膜播種再発が多く、当科との乖離がみられる。その理由として、当科では腹膜播種が疑われる症例に対し積極的に術前審査腹腔鏡を施行しており、腹膜播種陽性例が適格に対象から除かれていることや血行性再発が定期検査で初発再発像として診断しやすく、腹膜再発の早期診断が困難であることを反映したものと考えている。組織型別では低分化型腺癌では腹膜再発が多く、分化型腺癌では血行性再発（肝転移が最も多い）が6割を占めた。

2, 再発時期

術後1年以内再発例が最も多いが、術後2年以内に79.2%, 3年以内に90.7%が再発している。血行性再発と腹膜再発は早期から