

がん患者の在宅医療における がん診療連携拠点病院の役割

谷水正人
菊内由貴
船田千秋

がん診療連携拠点病院（以下拠点病院と略す）は、2008年3月現在、351医療機関が指定されている。拠点病院はがん医療再編の機軸であり、今後のがん診療連携をリードしていく責務がある。本章では拠点病院の果たすべき緩和ケア（本章では緩和ケアと緩和医療を同義語として緩和ケアを用いる）の役割を考え、がん患者の在宅医療を支える拠点病院の姿勢を明確にしたい。

1 医療政策に反映された緩和ケアの位置づけ

医療政策に反映された緩和ケアの位置づけとして、次のようなものがあげられる。

- ① がん対策基本法（2006年6月成立）では、「早期からの緩和ケア、在宅がん患者に関する連携協力体制、医療従事者に対する研修」が記載され、本法に基づいたがん対策推進基本計画では「治療の初期段階から充実」「拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進」「緩和ケアの体制」「卒前教育、普及啓発、研修」「拠点病院の緩和ケア体制の整備」「在宅緩和ケア支援センター」等の記述により、具体的な緩和ケアの整備計画が策定されている¹⁾。
- ② 拠点病院は2002年3月の指定開始以来、2次医療圏に一つの整備を目指して、2008年3月現在351医療機関が指定され、おおむ

ね完了している。最新の指定要件では、緩和ケアの提供体制として、医師（身体症状緩和に携わる専任・常勤医師，精神症状緩和に携わる医師（専任，常勤が望ましい））および専従・常勤の看護師，薬剤師および医療心理に携わる者等を構成員とする緩和ケアチームを整備することが求められ，外来緩和ケア，チームカンファレンス，緩和ケアチームに関する地域への情報提供，退院後の緩和ケア，相談窓口，地域の医療機関との連携協力，地域の医療者への緩和ケア研修の実施等について規定が強化されている。拠点病院への補助も年々徐々に増額されている。

- ③ 2008年4月の診療報酬改定では，拠点病院加算が増額され，がん性疼痛緩和管理料の新設，緩和ケア診療加算（緩和ケアチーム加算）の増額，チームに専任の薬剤師の追加，専任（専従）の医師の緩和ケア外来診療が許可され，緩和ケア病棟入院料算定条件も強化（地域の在宅医療を担う医療機関との連携，24時間365日体制の確保が必要とされ，在宅・外来患者に関する薬剤師の役割を記載）された。

がん対策は，がん対策基本法の成立にみるように，患者の声を反映する形で他疾患に比し一歩先んじて進展しているが，本来第五次医療制度改革の一環としての医療計画の見直しの方向性にのっとっている。医療制度改革の根本に流れる思想は「安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくり，住民・患者に分かりやすい保健医療提供体制の実現（住民や患者の視点を尊重した医療制度改革）」である²⁾。医療政策における緩和ケアの位置づけは「患者視点を重視した病院医療，在宅医療，終末期医療まで一貫した緩和ケアの保証」である。

2 四国がんセンターにおける緩和ケア支援体制

四国がんセンターは、入院患者のがん占有率が95%を超えるがん専門医療施設である。2002年3月に地域がん診療連携拠点病院、2007年3月に愛媛県拠点病院の指定を受けている。四国がんセンターは2006年4月に新築移転したが、拠点病院として果たすべき緩和ケア、在宅医療への役割を常に念頭において体制整備を進めてきた。四国がんセンターの取り組みを紹介しつつ、緩和ケア、在宅医療に果たすべき拠点病院としてのあり方を提示したい。

我々の緩和ケアの理念は、がんとともに生きる患者の人としての尊厳を尊重し、がん患者が安らかに生を全うできるように必要な緩和ケアを提供することである。第一にはがんに伴う身体的精神的症状緩和に努め、第二には患者とその家族を支援しそれぞれの患者および家族に適切な療養の場を支える。療養の場は緩和ケア病棟であり自宅であり、またはほかの(近くの)医療施設、介護療養施設である。また地域緩和ケア支援センターとして地域の医療者への研修の機会を提供し、地域の緩和ケアを保証していく責務を負う。

2-1 緩和ケアチーム

四国がんセンターの緩和ケアチーム(2003年4月始動、緩和ケア診療加算算定なし)の特徴は、院内における緩和ケアのレベルアップとチーム活動の実効性を最優先したことである³⁾⁴⁾⁵⁾。

緩和ケアチームメンバー

緩和ケアチームのメンバーは、医師3名(緩和ケア医、消化器内科医、麻酔科医)、緩和ケア認定看護師2名、がん性疼痛看護認定看護師1名、がん看護専門看護師1名、臨床心理士1名、薬剤師1名からなる。一時期、チーム専任看護師を確保できていたが、現在(2008年3

月)は全員併任である。

緩和ケアチーム活動の実際

◇情報収集

チーム回診に先立ちチームメンバー(看護師, 薬剤師)が曜日を決めて一般病棟をラウンドする。担当看護師から患者の症状コントロールについて情報収集し, 麻薬処方者のカルテチェックを行う。

◇チーム回診

事前情報に基づき毎週1回チーム全員で合同回診する。一般病棟の担当看護師とディスカッションし, チームとしてのコメントをカルテ記載する。服薬指導の依頼, チームへの正式な紹介を促すこともある。症状コントロールについて即時対応が望ましいと判断される場合は, カルテ回診時に主治医と連絡を取り, 患者診察も含めて対策をとる。場合により主治医の了解を得て(麻薬)処方を緩和ケアチーム医師が代行する。なお即時対応を可能とするための前提として, 当院ではチーム発足時に緩和ケアチームの介入について病院の方針として管理会議の了解を得た。またチーム回診の直前には病棟の担当看護師から主治医にチームへの相談について了解を得ておくなど, こまめな事前準備が行われている。

◇緩和ケア外来

医師3名(緩和ケア医, 消化器内科医, 麻酔科医)が分担し週3回の緩和ケア外来を運営している。入院中にチーム対応した患者を主にし, 他科からの紹介患者, 紹介なしの自発的な患者も受けている。原則予約制であるが, 患者の状態, 都合を優先している。

施設としての疼痛コントロール対応指針

主治医ごとに異なる特異な症状緩和方法を避け方針を統一するため, 疼痛コントロールマニュアル, 疼痛アセスメントシート, 患者

用説明用紙, 疼痛コントロールパスを作成した。当院としての指針, マニュアルに従うことを病院の方針として求めた⁶⁾。

退院・在宅移行, 在宅療養の支援

緩和ケア期の患者は, ほぼ在宅移行・退院困難例と一致する。チーム発足時には退院調整部門, 在宅サポート部門が整備されていなかったため, 緩和ケアチームの専任看護師(緩和ケア外来に常駐)がその役割を代行した。専任看護師が入院患者の退院調整に入り, 定期的に(1週間に一度程度)在宅患者の電話訪問を行い, 在宅における療養状況の把握と(主治医, 担当病棟に対して)その情報還元を行う。またチーム対応中の患者に関して緊急時の入院受け入れを保障した。退院・在宅移行, 在宅療養を支援する機能は2006年4月ががん相談支援・情報センターへ移管された。

緩和ケアチーム介入の効果

病院移転前(2003年4月から2006年3月)には, 対応患者数の伸び, 死亡場所の推移をみると症状コントロール以上に退院調整, 在宅サポートに需要があった(表10-1, 表10-2)。当院にて死亡する割合が減り, 近くの病院, 在宅に移行できる割合が増えていた。新病院

表10-1 緩和ケア病棟開設前のチーム対応の状況 (名)

	疼痛 対応	他の症 状対応	精神科 対応	転院サ ポート	在宅療 養支援	テレビ 電話対応	在宅酸素療法, 在宅中心静脈栄養法, 経皮経食道胃管ドレナージ	総計
2003年度	43	35	24	14	64	22	11	148
2004年度	58	33	98	34	71	8	26	267
2005年度	94	23	34	55	132	4	47	280

表10-2 緩和ケアチームが介入した患者の死亡場所 (件)

死亡場所	当院にて死亡	近くの病院にて死亡	在宅にて死亡
2003年度	49	15	7
2004年度	55	29	16
2005年度	76	60	29

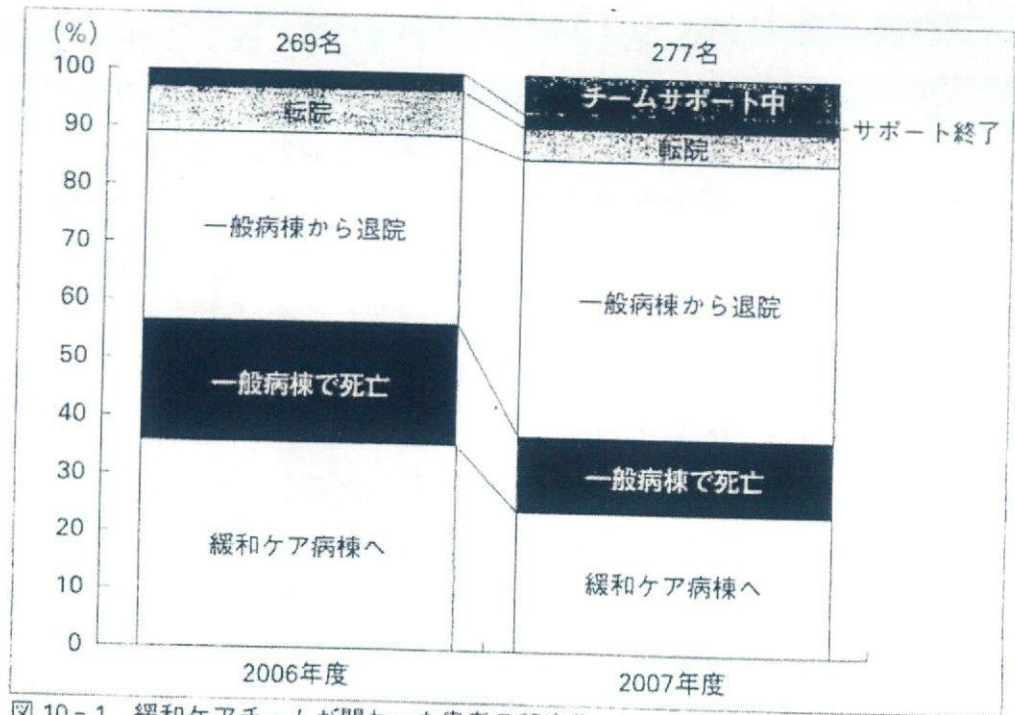


図 10-1 緩和ケアチームが関わった患者の転出先

移転後（2006年4月から2008年3月）では、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟、がん相談支援・情報センターの各部門の整備により、緩和ケアチームは本来の症状コントロールサポートに主軸をおいた活動が可能となった。チーム対応患者数は2006年度269名、2007年度277名であった（図10-1）。平常時は約30名の入院患者に対応している。緩和ケアチームが関わった入院患者の転出先をみると、いったんは一般病棟から在宅へ退院できる患者の割合が増加してきている。緩和ケアチーム、がん相談支援・情報センターの介入の効果である。

2-2 緩和ケア病棟

四国がんセンターの緩和ケア病棟（2006年4月開設、2006年9月から緩和ケア病棟入院料を算定）はベッド数25床、医師専任1名、併任2名（消化器内科医、麻酔科医各1名）、看護師20名（2007年3月現在）の体制

である。拠点病院における緩和ケア病棟の第一義の役割は、緩和ケアにおける Tumor Emergency（緊急時の対応）の保障である。

緩和ケア病棟は専門的緩和ケアの導入と適応、在宅移行までのワンクッション、在宅患者のバックアップベッドであり、在宅療養中の緩和ケア患者にとっては緊急時の受け入れベッドとして機能する。緩和ケア病棟から受けるイメージとしての「入ったら生きて出ることがないところ」ではなく、「緩和ケア病棟に入ったら近いうちに再び在宅での療養が可能となる」「緩和ケア病棟経由に帰ると在宅での緊急事態にいつでも対応してもらえる」という認識の共有化を目指した。緩和ケア病棟案内時の説明として、症状コントロール主体であることを了解してもらうように特に留意している。すなわち、

- ① 緩和ケア病棟は苦痛軽減等の症状緩和という治療が目的の病棟であること。
 - ② 症状コントロールの目標が達成され在宅療養が可能な場合は在宅移行を支援すること。
 - ③ 緩和ケア病棟で終末を迎えるという選択肢はあるが、ホテル暮らしを提供するところではないこと。
 - ④ （症状緩和のため）必要な検査、治療はきちんと行われること。
- を緩和ケア病棟登録時に説明し、同意書を取っている⁷⁾。

緩和ケア病棟の運営状況をみると、入院日数は2006年度中央値18日、2007年度中央値14日と、一般病棟と比しても長くない（表10-3に、他病棟からの転科の占める割合が高いので実際の緩和ケア病棟入院日数を示した。所定の平均在院日数は24.2日（2007年度））。終末に近い患者もいったんは退院し、在宅で頑張った後に臨死期を短期間入院で過ごすケースが多い。

緩和ケア病棟入院で症状コントロールについて在宅療養できる場合は、原則として在宅移行をサポートする。ただし地域医療、コミュ

第10章 がん患者の在宅医療におけるがん診療連携拠点病院の役割

表 10-3 四国がんセンター緩和ケア病棟の運営状況

	2006年度	2007年度
死亡退院数	179	200
在宅へ	48	42
転院	7	5
転棟	6	1
入院中	0	14
入退院総数	240	262
入院日数	(中央値)	18日
	(平均値)	26.7±28.1
		23.0±28.2

ニティが崩壊しているため画一的な対応は禁物である。緩和ケア外来にて在宅療養をサポートしている患者には24時間365日体制で受け入れている。しかし実際には休日夜間等の緊急入院は月に2.3件とあまり生じていない。緩和ケア外来看護師、がん相談支援・情報センターが共同して平素より在宅療養状況をチェックし早期対応を図っているためである。

緩和ケア外来患者対応は、2006年度207名、2007年度329名であった(表10-4)。入院対応が必要とされたにもかかわらず待機中に亡くならせてしまったという例は2年間で1例も発生させていない。逆に緊急入院を予期して緩和ケア病棟に登録していても在宅医の対応次第ではそのまま在宅で終末を迎えることができる患者も多い。

表 10-4 緩和ケア外来の状況

2006年度緩和ケア外来対応患者数	207
2007年度緩和ケア外来対応患者数(～2008年1月)	329
緩和ケア病棟受け入れ登録中の患者	257
緩和ケア病棟へ入院	173
緩和ケア病棟以外(在宅等)で死亡	44
外来観察中(在宅療養中)	40
疼痛緩和対応(他科で治療中)の患者	49
その他	11

2-3 相談支援体制，在宅緩和ケアのサポート

がん相談支援センターは拠点病院の指定要件に設置が義務づけられている。四国がんセンターがん相談支援・情報センター⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾では、2006年4月の新築移転を契機に従来院内各部署に分散していた複数の相談窓口を一本化し、場所と職員配置を統合した。がん看護専門看護師1名、看護師2名、医療ソーシャルワーカー1名(以上常勤職員)、事務職員2名、臨床心理士1名(週2日、6時間)(以上非常勤職員)を配置し、五つの業務、①医療相談、よろず相談(対面、電話相談)、②退院調整、③在宅療養支援、④医療連携(セカンドオピニオン、地域医療機関からのFAX紹介、外来診察・検査予約、訪問看護ステーション等との調整)、⑤情報発信・情報提供、を担当している。

相談支援センターの発足後、毎月の活動状況は、患者・家族との医療相談400件、よろず相談100～150件、セカンドオピニオン30～40件、医療連携業務600～800件である。

相談支援センターの役割は、直接の窓口相談だけではなく、関係する部門と調整し、解決への道筋を示し解決までサポートすることである。すなわち、①基本的な業務として患者の相談に対して医療資源や病院システムの利用法等を的確にアドバイスするが、それにとどまらず、②患者の訴えに耳を傾け、心情に沿った対応が求められる。例えば患者家族が医師との関係に悩んでいるときは関係の修復を図る必要があり、患者への指導だけでなく時には病院方針にのっとって医師の姿勢を正す必要も生じる。③入院患者の退院困難例には病態からみた療養支援だけでなく生活支援の視点も必要である。病棟の医師、看護師は在宅医療や社会資源をよく知らない。病棟看護師に対し在宅療養を含めたトータルな患者ケアの視点をもつように指導することは退院調整部門の重要な役割である。病棟医師が「こんな状態では退院は無理」と独善的に判断していたり、患者・家族も在宅療養できないものとあきらめていたりすることはよくあ

る。我々は退院調整連携パスを導入して全入院患者を対象に入院時からの退院調整に当たっている¹¹⁾¹²⁾。④在宅での安心・安全・質を確保するためには地域の医療機関、訪問看護ステーションと連携が欠かせない。特に退院前合同カンファレンスは重要である。

愛媛県では、拠点病院の集まりであるがん診療連携協議会が中心となり、2008年度に県拠点の四国がんセンターがん相談支援・情報センターに「緩和ケア推進センター」を立ち上げ、がん診療に関わる医師（特に在宅療養支援診療所の医師）の緩和ケア研修と緩和ケアコール（医療者からの緩和ケア相談ホットライン）に取り組む計画としている。

3 「在宅緩和ケア支援センター」の設立に向けて

緩和ケアチームは、拠点病院における施設としての緩和ケアの質を保証するものである。本来、緩和ケアチームはコンサルテーション型のチーム活動が期待されているととらえられがちであるが、拠点病院の規模、体制により柔軟な対応が求められる。組織横断的なチーム活動には（主治医からの紹介の有無にかかわらず）疼痛緩和が必要とされる症例を漏らすことなく把握し対応する臨機応変な対応が求められている。施設規模が大きく医療者数も充足されているような施設では、緩和ケアチーム加算も算定可能であろうし、コンサルテーション型が機能することも期待される。

しかし、各診療科の医療者が不足し、多忙を極めている施設で緩和ケアチーム活動がコンサルテーションに徹するというのは無理がある。直接の介入により、実効性をあげることから始めないと、疲弊している現場の医療者は変わっていけない。我々の場合でいえば、直接の症状緩和介入だけでなく、療養場所に関する問題にも関与することで、本来の目的である症状緩和にも結びつく結果となっ

てきた。緩和ケアチーム活動を遂行する上で専従、専任の医療者の配置は極めて重要な要件であるが、2008年3月に拠点病院の指定要件が強化され、2010年4月以降は配置が義務化されることになった（「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成20年健発第0301001号））。このとおり実行されるとすれば、緩和ケアチーム活動は大きく飛躍するであろう。

拠点病院における緩和ケア病棟の役割は、地域医療の一環であり、在宅療養を支える最後の砦「Tumor Emergency」として機能すべきである。現在、拠点病院で緩和ケア入院病床を有している施設が49施設（国立がんセンター東病院を加えて50施設、拠点病院の14%にしか緩和ケア病棟がない）というのは明らかに不足している。「Tumor Emergency」たる緩和ケア病棟の増設が求められる。他方、地域のコミュニティ、介護力が崩壊してきている状況下では、ある程度長期滞在が許され、安らかな終末の場を提供する存在としての緩和ケア入院施設も重要である。地域医療全体では在宅緩和ケアを王道として、緩和ケア入院施設は拠点病院が担う「Tumor Emergency」の施設と、長期滞在型の施設に二極化されていくことが必要であろう。

緩和ケア対応でしばしば困る問題は、主治医からの説明不足である。緩和ケア病棟案内時には、今後どの程度活動できるか、病態の推移に関する見通し、終末をどこで迎えるか、療養場所の希望、緩和ケア病棟への期待などについて、十分な話し合いがもたれる。最期まで積極的な治療を望む患者・家族は依然として多く、主治医からの曖昧な説明が患者家族を迷わせている。効果が期待されなくなった段階での抗がん剤治療継続の妥当性、今後の治療の見通しについては正しく説明されなければならない。状態が改善される見込みはないと分かっているのに「よくなったらまた治療しましょう」などの説明は許されない。無責任な慰めが、患者のよりよい療養の機会（最後になるだろう退院のチャンス（家族と水入らずで過ごす最後のチャ

ンス))を奪っている。「よくなったらまた治療しましょう」と励ますとしてもその可能性が果たして何%あるのか(ほとんどないということ)も正しく伝えられるべきである。患者の不安を受け止め、どういふ状態になっても苦痛を軽減する方法があるということこそ保障すべきである。医療者には悪い知らせを伝えるコミュニケーションスキルの向上が必要である。

相談支援センターは拠点病院の質にとどまらず、地域がん医療の質を保障するセンターとして機能する。相談支援センターには臨機応変な対応と権限、それに応えられる卓越した調整能力をもつスタッフが求められている。がん領域において地域連携クリティカルパスの導入が進められようとしているが、連携パスを稼働させる前提として、患者への丁寧な説明とサポートが必要である。相談員が座して待っていては始まらない。連携をコーディネートする存在として地域へと活動の場を広げていく必要があるであろう。がん対策推進基本計画に謳われた「在宅緩和ケア支援センター」の姿は、今後各都道府県で具体化されていくことになるが、相談支援部門と重複する機能が多く、拠点病院が「在宅緩和ケア支援センター」の核となっていくと予想される。

おわりに

医療政策における緩和ケアの位置づけ、方向性はすでに明確である。医療費適正化計画(医療費低減の圧力)に不満を抱くだけでなく、第五次医療制度改革に描かれる医療の将来像に注目したい。国民とともに歩む姿勢こそが今後の医療の危機を打開する道である。医療崩壊によりやく国民が気づきはじめている今をチャンスとして、目指すべきがん医療の将来像を見据え具現化していく作業こそが現場

の医療者に期待されている。緩和ケアの在宅医療を支える存在としての拠点病院の自覚を促したい。

引用文献

- 1) 加藤雅志, 武田泰久: わが国のがん対策の動向と緩和ケアの今後の方向性—「がん対策推進基本計画」の策定を踏まえて—, ホスピス・緩和ケア白書 2008 (財日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケア白書」編集委員会編), 6-13, (財日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2008).
- 2) 厚生労働省: 平成 18 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, 2005.
- 3) 谷水正人, 成木勝広, 藤井知美ほか: 四国がんセンター緩和ケアチームの立ち上げと活動, 緩和ケアチームの立ち上げ方・進め方 (森田達也, 木澤義之, 戸谷美紀編), 22-24, 青海社, 2008.
- 4) <http://www.gi-cancer.net/gi/gairai/repo7/index.html> 消化器癌治療の現場から (独立行政法人国立病院機構四国がんセンター [後編]) (アクセス: 2008. 7. 18)
- 5) <http://cancercare.lifescience.jp/entry/000552.html> レポート: がん医療最前線—緩和ケアを地域で展開することが重要 (アクセス: 2008. 7. 18)
- 6) <http://www.shikoku-cc.go.jp/index.html> (四国がんセンターホームページ→医療関係者及び研修医の皆さまへ→クリニカルパス→痛みの治療からダウンロード可能) (アクセス: 2008. 7. 18)
- 7) <http://www.shikoku-cc.go.jp/index.html> (四国がんセンターホームページ→医療関係者及び研修医の皆さまへ→緩和ケア病棟のご案内からダウンロード可能) (アクセス: 2008. 7. 18)
- 8) 谷水正人, 菊内由貴, 船田千秋ほか: がんセンターと医療連携 (地域連携), 癌と化学療法, 33(11), 1563-1567, 癌と化学療法社, 2006.
- 9) 谷水正人, 河村進, 成木勝広ほか: 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, 癌と化学療法社, 2007.
- 10) 菊内由貴: がん相談支援センターに期待される患者支援と医療連携, 治療, 90 (3月増刊号), 808-813, 南山堂, 2008.
- 11) 船田千秋, 谷水正人, 河村進ほか: がん患者の継続医療を保証する退院調整パス, 治療, 90 (3月増刊号), 800-807, 南山堂, 2008.
- 12) 船田千秋, 亀島貴久子, 菊内由貴ほか: 地域連携を目指した退院調整連携パス, 緩和医療学, 9(2), 139-146, 先端医学社, 2007.

2

先進事例から学ぶ疾患別連携の秘訣

がん連携のポイント

～2施設における導入経験を通して～

社会福祉法人 恩賜財団 済生会 若草病院 副診療部長兼 外科部長

佐藤靖郎

はじめに

2006年6月の「がん対策基本法」成立に続き、2007年6月には「がん対策推進基本計画」が閣議決定された。このなかで術後の経過観察や在宅医療の実施を通じて医療機能の分化・連携や5大がんに関する地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）の整備などが明記されていることから、がんの地域連携に対する関心は急速に高まっており、全国の医療機関には具体的な取り組みが求められつつある。我々は2004年より現在まで2施設において胃・大腸がんの地域連携パスを介して、積極的な地域連携に取り組んでいる。今回、その経験を踏まえ、効率良く、がんの地域連携体制を構築するためのポイントについて述べる。

“連携の三角形”への理解が成功の鍵

我々は地域連携において患者さん、診療所、病院の三者が最小単位でありこれを連携の三角形と定義して連携を行っている。

(図1)

この概念は、地域の研究会などの医療者間の人的交流とは若干異なり、臨床現場から生じた連携の形である。この連携の三角形と地域での会を相補的に利用することに

より相乗効果が生まれ、より有効な地域連携を行うことができると考えている。

連携の三角形は、がん患者が“紹介状・結果報告（返事）・地域連携パス”などを介して、複数の医療機関にかかったところで成立する。期間の長さによって、紹介状や報告のような一時的な連携から、地域連携パスを介した比較的長期的な連携に区分される。また、やりとりの回数により連携（結びつき）の強さが決定される。地域連携パスを介し継続的な治療や経過観察を長期間にわたり行うことで連携を強化することが可能となる。すなわち地域連携パスを用いることにより持続的な地域連携を形成するための戦略ツールとなりうる。

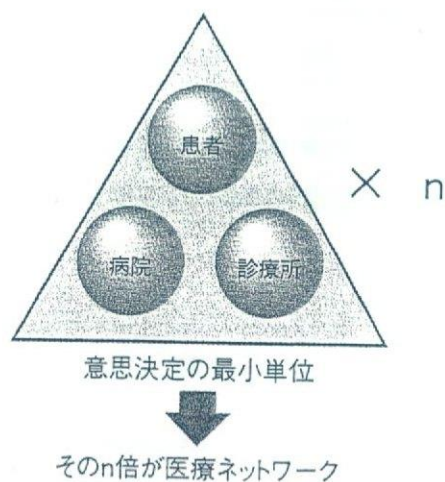


図1：連携の三角形

連携構築の問題点とその解決法

● Step 1 どのがんに重点をおくか

まず、どのがんに重点をおくかが最初のステップとなる。その際の選択基準として、疾患の比率やステージごとの生存率などが参考になる。我々は男女共通するがんであり、かつ外来にて多数を占め、かつ比較的生存率が高い、胃・大腸がんの Stage I からⅢまでを地域連携パス適用としてそれぞれのステージ別の地域連携パスを作成している。

● Step 2 連携先のクラス分け

胃・大腸がんのステージと連携する診療所との対応が重要である。我々は診療所をクラス別に分類し（図2）、逆紹介の基準や紹介元と連携する場合の基準表（図3）を作成することで患者さんの振り分けを行った。

また、予防的な抗がん剤投与を病院で数カ月行うことでリスクの管理を行っている。紹介元のレベルが患者さんのステージより低い場合、最低1年は病院の外来で抗がん剤投与を継続しながら、その時点までは再発がないことを確認して紹介元と連携を行う工夫もしている。このようにステージと診療所のレベルを勘案すること、診療所での抗がん剤の副作用のリスクを抑えること、ステージⅡ、Ⅲの場合には連携の開始時期を考慮することで安定した連携が可能となる。

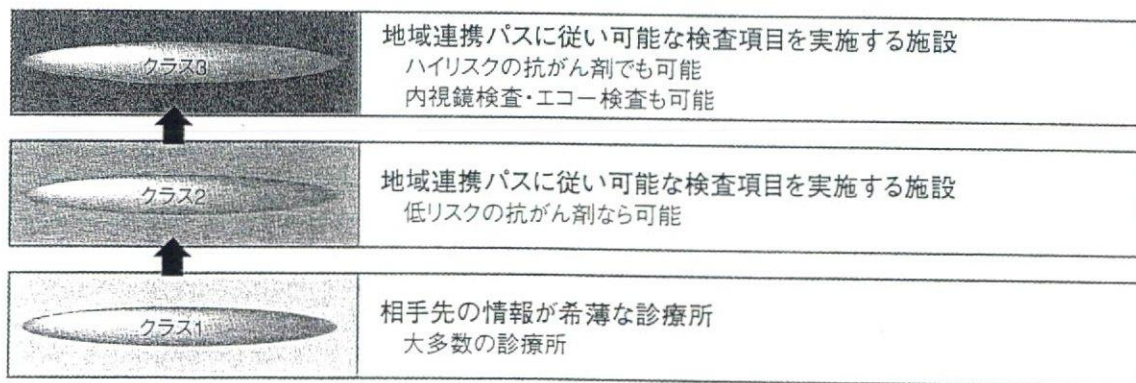


図2：診療所のクラス別分類

	Stage I	Stage II	Stage III
クラス3	○	途中から クラス2or3を選択	途中から クラス3を選択
クラス2	○	○	途中から クラス3を選択
クラス1	○	○	最低1カ月後より 開始

図3：患者さん振り分けの基準表

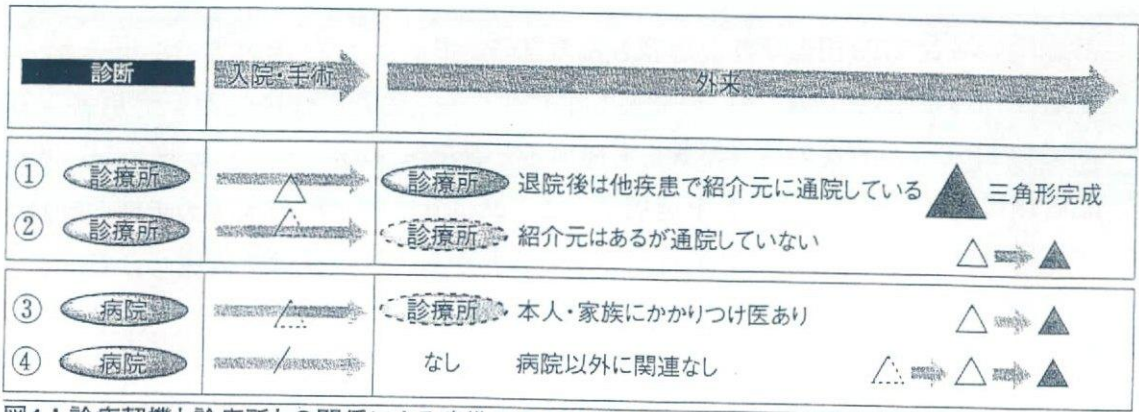


図4：診療契機と診療所との関係による連携三角形の形成

● Step 3 連携医との関係及び説明時期による連携構築法

連携の概要や承諾を患者さんに説明するタイミングとしては周術期と退院後があるが、特に周術期（術前、退院前）における説明はスムーズに承諾を得られやすい。しかしながら、退院後の導入は説明・理解に困難を伴うことが多い。このため当院では退院後に導入する場合の対策として4つのケースに分類し、対処を行っている。

- ① 紹介医を経て病院で治療、同時に診療所には他疾患で通院中
- ② 紹介医を経て病院で治療、診療所への通院なし
- ③ 発見契機が病院または検診であるが、かかりつけ医あり
- ④ 発見契機が病院または検診であり、かかりつけ医なし

これらを連携の三角形で検討すると、①および③のケースは患者さん、病院、紹介医の間に既ががん以外の連携が成立しており、地域連携パスによる連携は容易に可能である。②については、一時的にせよ連携の三角形は成立しており、患者さんに地域連携パスの説明を実行するとともに、紹介先に説明文を持参してもらうことで連携は再度成立することが多い。また、④については、患者さんに複数回説明を行った後に適切な診療所を選定することで、問題が解決することができる。いずれにしてもその結びつきの程度や形を見極めて連携の三角形を形成することが必須となる（図4）。

連携構築によって得られた効果・患者側の反応

がん連携構築により達成しうる効果としては、がんの術後外来における地域での再配分が起こり、病院において外来患者数の減少、その結果として待ち時間の減少、手術件数などの増加が起こる。また診療所に通院することにより、待ち時間や通院時間・手段の変化も認められた。

同一患者における地域連携パス導入前後の保険点数の比較では、導入前では病院で月平均1,179点、導入後では診療所で1,931点であり、患者さんの待ち時間（1時間あたり1,500円と計算）と通院費用（往復3,000円）を勘案すると患者さんの自己負担は病院の場合9,537円、

診療所の場合5,793円となり、患者さんの自己負担額に3,744円の差が発生するケースもあり、患者さんの自己負担の軽減の可能性も示唆される。また診療所において患者一人当たり5年間で約115,860点程度の診療報酬を考慮すると診療所側のメリットも大きいと推察される。

患者側にとって適切な連携医を選択することにより、病院への通院の手間が軽減できること、がん以外での日常疾患にも対応可能であることから、導入後はスムーズに行うことができた。

今後の課題

今後がんの地域連携は、術後の経過観察や治療だけに留まらず、再発後の疼痛緩和治療の要素も含んだ統合化の方向に向かうべきものと思われる。

また、がんの地域連携を通してがん拠点病院のみならず、地域で中核的な病院や中小の病院の経営戦略に対しての戦略も含めて検討する必要がある。

がんの地域連携クリティカルパス

社会福祉法人恩賜財団済生会若草病院 副診療部長兼外科部長 佐藤靖郎

はじめに

2006年6月のがん対策基本法の成立以来、がん医療に対する社会的関心が急速に高まっている。さらに、2007年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画において、全国の医療機関は術後の経過観察や緩和医療を含む在宅医療の面において、より具体的な取り組みを求められるようになってきている。また、地域がん拠点病院での5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳）に関する地域連携クリティカルパスの整備が5年以内に必要とされ、今後はがん拠点病院と地域の医療機関との間で地域連携クリティカルパスを用いて協力体制構築が必須となる。したがって、地域連携クリティカルパス作成・導入において、がん拠点病院のみならず、病院、診療所、行政などの多くの医療関係機関が関与すると考えられ、一層の理解と実践が必要となる。さらに、2008年度の診療報酬改定において、がん診療拠点病院への加算が引き上げられたことをはじめとして、外来化学療法や緩和医療の普及と充実に対する対応も求められるようになってきており、がん治療において地域での総合的・立体的な取り組みが必要となると考えられる。

しかしながら、がんの地域連携クリティカルパスへの取り組みは開始されたばかりであり、その円滑な導入・運用のためには多くの経験の蓄積が必要と考えられる。

我々は2004年から2カ所の病院において患者・診療所と適切な地域連携ネットワークを構築することにより、胃・大腸がんの地域連携ク

リティカルパス導入を図ってきた。今回、それらの経験を踏まえ、がんの地域連携クリティカルパスの導入の実際について紹介する。また、より効率的かつ容易に地域診療所と情報の共有を行うため、電子化も併せて行ったので報告する。

1. 作成のプロセス

がん地域連携クリティカルパス作成に共通する項目としては、疾患、ステージを選定し、ステージごとに治療・経過観察の方針を決定することが重要となる。

1. 対象疾患の選定

対象疾患の選定においては、最終的に5大がんすべてについて地域連携クリティカルパス導入を図ることが目標ではあるが、個々の施設の外来、手術の状況などからまず着手する疾患を決定する。

2. 適用ステージの確定

各施設、地域ごとの状況で、どの程度の生存率、ステージまで許容できるかを確定することが必要となる。つまり、地域診療所での受け入れやすさを考慮し、比較的予後（5年生存率）が良好なステージまでに限定する必要がある。我々の例では5年生存率でおよそ50%のラインで設定し、胃がん・大腸がんのステージⅠ、Ⅱ、Ⅲまでを地域連携クリティカルパス適応ステージとした。

3. 治療方針の確立

①薬剤の投与の有無、種類、②フォローアップの方針などの治療方針各疾患別のガイドライ

ン等を参考にして決定する。また、複数の病院で地域連携クリティカルパスを作成する場合、それぞれの病院の治療方針やフォローアップの相違点について、各がん種別の治療ガイドラインを参考にしつつ、地域単位で検討することで解決しうる。

2. 構成内容

がん地域連携クリティカルパスの構成要素として、①医療者用、患者用のクリティカルパス、②クリティカルパスの受け入れをサポートするツール群に分類される。以下に我々が推進している胃・大腸がん地域連携クリティカルパスの実例で解説する。

1. 医療者用、患者用地域連携クリティカルパス

1) 医療者用クリティカルパスと役割分担

胃がん、大腸がんそれぞれのステージごとに異なる計6種類のクリティカルパスが存在する。

胃がん・大腸がんに共通する項目として、患者名、病院主治医名、診療所名（主治医名）の記載する欄に続いて、術後の経過日と病院来院の時期、達成目標、また再発や抗がん剤副作用出現時の連携・連絡の項目（病院に連絡が原則）、教育・指導、投薬や副作用のチェック（ステージⅡ、Ⅲのみ）、検査・測定項目から構成されている（図1、2）。達成目標としては、予防的抗がん剤治療がある場合は、それらの治療の完遂と定期的な検査をクリティカルパスに沿って5年間受けることである。予防的抗がん剤の種類およびプロトコールについてはステージにより異なり、それらに対応した医療者用、患者用スケジュール管理用紙が存在する。

また、地域の役割分担として、診療所に共通する項目と特定の診療所のみが治療あるいは検査する項目、病院のみが行う項目があり、以下に例示する。

＜すべての診療所で行う診療、検査項目＞

- a. PS, 血圧, 体温, 体重測定, 心電図検査
 - b. 腫瘍マーカー (CEA, CA19-9) 検査, 一般採血・尿検査, 検尿
 - c. 直腸指診 (直腸がん), 一般レントゲン検査
- ＜特定のステージあるいは診療内容や開始時期が異なる診療項目, 設備を有する診療所に限定されるもの＞

a. 経口での予防的抗がん剤投与, 副作用チェック

b. 腹部エコー, 内視鏡検査

＜基本的に病院で行う診療項目＞

a. CT, MRI 検査

b. 抗がん剤初期導入時の投与量設定, 副作用の有無の確認

2) 患者用クリティカルパス

主に術後経過時期と来院時期を確認するためのツールである。医療者用と患者用をセットにして、患者本人が持ち、病院と診療所の主治医が双方に確認するため、医療者用クリティカルパスもいつでも患者本人が参照できる。現在では来院時期を忘れないようにカレンダーとして使用している。

2. その他支援ツール

診療所、患者に対して導入を容易にするツール群である。それらは以下のような構成になっている。

診療所、患者共通ツール；EBM book（文献集）、病変説明ツール

患者用ツール；高額医療費の申請ガイドブック、診療所マップ、副作用の注意書など

診療所用ツール；医療者用コスト計算シート

3. 導入・運用を円滑にするための工夫

がんの地域連携クリティカルパスを円滑に導入・運用するために、適切な地域連携ネットワークを構築することが重要である。我々は地

胃がんStageI 地域連携クリティカルパス (医療者用)

様

病院主治医 (電話:)

診療所名: 主治医 (電話:)

項目 達成目標	診療所における日常診療									
	病院 退院 /	病院外来 6ヵ月後 /	病院外来 1年後 /	病院外来 1年半後 /	病院外来 2年後 /	病院外来 3年後 /	病院外来 4年後 /	病院外来 5年後 /		
連携、連絡										
教育・指導										
検査・測定	再発等の場合、若草病院に連絡									
	<input type="checkbox"/> 患者様用パス説明									
	PS									
	血圧									
	体温									
	体重									
	身長									
	心電図									
	採血									
	腫瘍マーカー									
採尿										
検便										
腹部X線										
腹部超音波										
内視鏡										
CT										
MRI										

図1 胃がんstage I の地域連携クリティカルパス (医療者用)