

図1 肺がん術後地域連携クリティカルパスの流れ

に記載する。これらクリティカルパスに関する一連の書式はExcelにより作成されており、氏名や担当医は電子カルテから自動入力される。来院時より連携を始めること、説明内容が一貫して連携先まで共有されることが重要である。

がんの地域連携クリティカルパスは、最初は急性期病院に置かれる比重を、5年を目標に徐々にかかりつけ医に移行して行く、双方性から一方向性へ移行するパスであるといえる。ここで、クリティカルパスの責任は急性期病院側が持つが、治療の主体は連携医(=通常かかりつけ医)に移行していくことが明記されている。

当院で使用している肺がん術後地域連携クリティカルパスは3種類である。一つはstage I・IIで用いる標準のもの(図2a, b)、もう一つはstage III・IV用の観察期間をやや短くしたもの、さらに一つは野口A・B型でほとんど治癒が想定される患者用のものである。当院での観察回数は5年間にそれぞれ、10回、13回、7回で、標準的には術後1, 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60ヵ月目に観察することとし、その間は連携医に観察を依頼している。ただし、肺がん術後の推奨すべき観察期

間や定期検査の有用性は明らかでなく、専門医が家庭医に優れるとする報告もない<sup>1,2)</sup>。それで上記観察回数は、筆者が医療を行っている地域の患者と連携医、複数人から聴取し、筆者の考えを入れて結論したものである。地域連携クリティカルパスにはまだまだ未知数の部分が多く、使用後のfeasibility報告が重要である<sup>3)</sup>。

外来予約は、退院後最初の予約は入院中に行うが、3ヵ月目以降は連携医からFAXによる予約を依頼している。この場合、CT検査が即日できることになっており、患者に再来院の必要がなく、その日に所見とともに返書を持たせることができる。担当医にとっても外来予約に6ヵ月先の学会出張を気にせず済み、安心である。

来院時の検査項目は、胸部X線を診察ごと、胸腹部CTを3年目まで6ヵ月ごと、その後1年ごと、脳MRIを術後3年まで1年ごととしている。脳MRIの術後定期検査としての有用性はequivocalではあるが、 $\gamma$ ナイフやサイバーナイフなどの定位脳照射が可能となったため、脳転移巣を小さく見つけることで患者のQOLを保ち得る可能性が出てきた<sup>4)</sup>。脳MRIを定期検査化して約

a

肺癌患者さんの経過観察予定 徳島県立中央病院 外科

★患者さん用★

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

手術日 2007年2月24日

項目	退院後2~4週 外来予約票をお渡しします。	手術後2~3ヶ月 2007年5月頃
達成目標	術後障害を乗り越えられる。 気胸・無気肺・胸水増加などの合併症がない。	
症状	創痛が少なくなってきました。 坐剤の必要も徐々に少なくなります。	咳嗽が少なくなってきました。 痛みを忘れてよく寝られる様になってきます。
食事	特に制限はありません。体重が減少した方は元に戻るよう徐々に食事をアップしましょう。	
生活	腹式呼吸の練習しましょう。風邪に気を付けてうがい をしましょう。	術前の状態に戻る様に徐々に運動を増やしましょう。
服薬	抗癌剤を服用される方は開始します。	咳や痰などの症状がなければ服薬の必要はありません。
血液検査	血液検査はかかりつけ医の先生にお願します。	
レントゲン	受診時には胸部レントゲンを撮影します。	

【疼痛(いたみ)】

術後創痛、肋間神経痛として次の様な痛みや不快感、感覚異常が起こることがあります。

- 1) 手術創部に沿う肋骨
- 2) 手術を行った肋骨と椎体との間の関節
- 3) 手術を行った肋骨と胸骨との間の関節
- 4) 手術を行った肋間神経に沿うみぞおちから膈への痛み・不快感

【咳嗽(せき)】

術後1~3ヶ月の間、痰を伴わない咳が出る場合があります。痰を伴わない場合はおおむね無害で、気管支断端が粘膜で覆われる頃に消失します。痰が増加するようなら、必ず申し出て下さい。

2007/02/24

-1-

肺癌術後経過連携計画書1 ver.212

b

肺癌患者さんの経過観察予定 徳島県立中央病院 外科

★患者さん用★

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

項目	手術後6ヶ月	手術後1年	手術後1年6ヶ月	手術後2年	手術後2年6ヶ月	手術後3年
	2007年8月頃	2008年2月頃	2008年8月頃	2009年2月頃	2009年8月頃	2010年2月頃
達成目標	術前の生活に近づく。 再発がない。			安定した生活状況。 再発がない。		
症状	痰は少し息切れがするかもしれませんが。			肺気腫がなければ症状は殆どなくなります。		
生活	特に制限はありません。術前の生活リズムに戻ってきましたか?			安定期です。 再発の可能性も少なくなって来ました。安心して生活しましょう。		
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部BCT 脳MRI(〜12ヶ月目)	胸部レントゲン 胸腹部BCT	胸部レントゲン 胸腹部BCT	胸部レントゲン 胸腹部BCT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 胸腹部BCT	胸部レントゲン 胸腹部BCT 脳MRI(この頃)
呼吸細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。			扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		
項目	手術後4年	手術後5年	それ以降			
	2011年2月頃	2012年2月頃	それ以降			
達成目標	安定した生活状況。 再発がない。		安定した生活状況。 再発がない。			
症状	殆ど気になりません。		殆ど気になりません。			
生活	健診を受けましょう。		健診を受けましょう。			
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部BCT		胸部レントゲン 胸腹部BCT		腺癌の方は2年毎のCT検査をお勧めします。	
呼吸細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は毎年の検査をお勧めします。	

2007/02/24

-2-

肺癌術後経過連携計画書1 ver.212

図2 肺がん術後地域連携クリティカルパス(患者用)

5年になるが、この間に脳転移巣が病状悪化・死因の主病巣となった症例は1例しかなく、現在、脳MRIの術後検査としての有用性について症例を蓄積中である。

一方、骨シンチグラムとPET検査はevidenceが不十分なため、定期検査には含めていない。骨転移再発では脊椎が重要で、神経症状が出てしまうとQOLがきわめて低下する。経験的にも骨転移は定期検査よりも疼痛など症状のピックアップのほうが重要と考えるため、症状出現した場合には、早急に紹介してもらえるようにクリティカルパス説明書に記載している。

連携医に依頼する検査としては、胸部X線撮影があるが、とくに胸膜病変を有する症例では有症状時にチェックしてもらえるように依頼している。がん性胸膜炎による肺虚脱が進行すると、ドレーナージにても再膨張が得られずQOLが低下する場合があるからである。また、血液検査は基本

的に連携医にお願いし、術前の有意腫瘍マーカーを報告して年3~4回測定してもらっている。

そして、いよいよ5年を過ぎると健診を受けることを推奨する。肺がんの患者は一般に喫煙者が多いため、第2がんの発生も少なくない。多臓器がんの危険性を含めて説明し、健診を受けることが記載されている。

以上が基本的な地域連携クリティカルパスの概要であるが、最近術後補助化学療法を行うことが標準となったため、これに化学療法クリティカルパスが割り込む形となる。Stage IBでは内服治療を行うが、通常は血液検査を含めて連携医に依頼している。Stage II以上ではプラチナベースの化学療法を3~4サイクル行うが、基本的に一度目は入院にて行い、二度目以降を外来にて行う。この間はほとんど当院主体で観察を行い、連携医には経過報告を行う形で連携するが、可能な場合は血液検査とG-CSFの皮下注などを依頼している。

## IV 地域連携クリティカルパス導入の効果

地域連携クリティカルパスを導入して感じることは、まず患者の医療者に対する安心感の増大である。患者は治療前に病名や臨床病期、5年生存率そして合併症率などを提示された時点で、一度「死」を直面する。そして、病理病期を聞いた時点で、「生」と向かい合い、これからの自分の生活設計を立てる。地域連携クリティカルパスは、今後医療が患者の生活にとって、いかなる部分を占めるのかを知るための、一つの大切なツールでもある。

当地域の患者や家族と話をする、多くの人が手術を受けた病院から離れることを心配するが、その理由の一つは「見放される気がする」ことであり、ついで「手遅れにならないか心配」なことである。こうしたことは、患者の予後がほぼ病気の発見時点で決まっていること、助かるとしたらそれは手術よりも早い発見によること、術後の観察で

はQOLを低下させ得る事象について分担を決めて検査していくこと、情報は患者を中心に病院・診療所で共有することなどを知ってもらい、まさにこれらを三者で共有すれば解決される。患者には「予後は神のみご存じでわれわれには解らない、病院に来るよりも隣の神社のほうが靈驗あらたかだ」と、病院通いにevidenceがないことを冗談交じりに説明するが、患者は笑いながら納得してくれる。患者は必ずしもsafeでなくともsoundであることが必要なのだろう。不必要な心配を払拭することと、払拭に足る連携システム(=地域連携クリティカルパス)を作ることが重要だと感じている。

そのほか、患者のメリットとしては、待ち時間の減少がある。とくに紹介患者は予約時間帯の最初に診ることになっているため、担当医が予約し

た患者よりも待ち時間が少なく、前述のようにCT検査も即日可能である。もちろん、来院回数が少ないから、医療費も少なくなる。

医療者側としてのメリットは、連携施設では患者の確保があり、急性病院では連携による再来患者の減少がある。患者単価と紹介患者数は確実に

上昇する。ただし、外来患者数自体は減少しなかった。再来患者が減少した分、新患と外来化学療法・放射線治療などの外来治療患者数が増加したからであった。これは急性期病院外来として本来の姿というべきだろう。

## V 地域連携クリティカルパスの今後

地域連携クリティカルパスは先行する大腿骨頭部骨折や脳卒中クリティカルパスがそうであるように、一つの病院に留まらず、個々の地域でまわって同じクリティカルパスが使えたら、クライ

アントである患者や連携医に便利であり、わかりやすい。この点からも、いくつかのクリティカルパスが切磋琢磨して、地域性を持って共有化されるべきであると考えている。



### 参考文献

- 1) Virgo KS, McKernan LW, Caputo MC, et al : Post-treatment management options for patients with lung cancer. *Ann Surg*, 222 : 700-710, 1995.
- 2) Gilbert S, Reid KR, Lam MY, et al : Who should follow up lung cancer patients after operation? *Ann Thorac Surg*, 69 : 1696-1700, 2000.
- 3) 住友正幸, 待田政子, 藤島初子, 他 : 肺癌術後地域連携クリティカルパス. *日本医療マネジメント学会誌*, 17 (4) : 489-493, 2007.
- 4) Jawahar A, Matthew RE, Minagar A, et al : Gamma knife surgery in the management of brain metastases from lung carcinoma : a retrospective analysis of survival, local tumor control, and freedom from new brain metastasis. *J Neurosurg*, 100 : 842-847, 2004.

# 胃・大腸がんの地域連携クリティカルパス

佐藤靖郎

済生会若草病院外科 部長

## SUMMARY

胃・大腸がん地域連携クリティカルパスの導入・運用には院内医師相互の協力体制の構築が重要である。また地域において円滑な連携体制の構築には連携クリティカルパスの項目ごとの診療所医師との明確な役割分担が重要である。パス導入により患者側では待ち時間や自己負担金額の減少、診療所はコストメリット、病院としては外来総数の減少や手術件数の増加などの効果があると考えられる。今後は電子化などを通じて即時的な情報交換や疼痛緩和にも対応することが望まれる。

## はじめに

平成18年6月のがん対策基本法成立(平成19年4月施行)や翌年6月のがん対策推進基本計画により、がんに対する社会的関心が高まりつつある。がん対策推進基本計画のなかでは、術後の経過観察や在宅医療に関しても医療機能の分化連携や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掲げられ、国内の医療機関においてはより一層の具体的対応が求められる

ようになってきている。そのような社会的な状況のなかにおいて、地域医療を担う医師としてどのような対応を取ればよいのか不明瞭な点が多い。そこで本稿では、われわれがこれまで推進してきた胃・大腸がんに関するモデルを提示するとともに、病院医師(内科, 外科)および地域診療所相互の役割分担をそれぞれの視点から明確にしたい。

## I 胃・大腸がん地域連携クリティカルパスの概要

### 1 現在までの活用状況と広がりについて

胃・大腸がん地域連携クリティカルパスは神奈川県横浜市戸塚区にある国立病院機構横浜医療センターにおいて平成16年6月から開始した。平成19年4月に筆者が横浜市金沢区の済生会若草病院に異動すると同時に胃・大腸がんの地域連携クリティカルパスを導入・活用している。現在まで神奈川県をはじめ、全国各地のがん拠点病院を中心に横浜医療センターおよび済生会若草病院で使用しているクリティカルパスをモデルに導入が図られている。

### 2 術後フォローアップの基本方針

病理組織学的ステージが確定した胃・大腸がん術後患者のうち、ステージⅠ, Ⅱ, Ⅲについては地域連携クリティカルパスを用い、ステージⅣについては病院で治療・経過観察を行なう方針とした。ステージⅡ, Ⅲについては定期的検査だけではなく経口剤による予防的化学療法も合わせて行なっている。

### 3 クリティカルパスの構成要素

クリティカルパスには胃がん、大腸がんのス

胃がんステージⅠ術後長期連携パス(医療者用)

病院主治医 佐藤靖郎 (電話: )

様

診療所名: 主治医 (電話: )

項目	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
達成目標								
連携・連絡	再発等の場合、若草病院に連絡							
教育・指導	□患者用パス説明							
検査・測定	PS							
	血圧							
	体温							
	体重							
	身長							
	心電図							
	採血	1ヵ月毎						
	腫瘍マーカー	3ヵ月毎				6ヵ月毎		
	採尿	1ヵ月毎						
	検便							
腹部X線								
腹部超音波								
内視鏡								
CT								
MRI								

図1 胃がんステージⅠの地域連携クリティカルパス

ステージⅠ,Ⅱ,Ⅲそれぞれに医療者用のクリティカルパスが存在する。2004年6月の時点では胃がん、大腸がんのステージⅠ,Ⅱについては同一の項目であったが、平成17年7月には大腸癌研究会のガイドラインに準じて改訂を行っており、現在では胃がん、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。

a. ステージ別医療者用クリティカルパス

胃がん・大腸がんに共通する大項目として患者名、病院主治医名、診療所名(主治医名)を記載する欄があり、それに続いて術後の経過日と病院来院の時期、達成目標、また問題点があった場合の連携・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)。

1) 地域診療所の役割分担

① 経口での予防的抗がん剤投与、副作用チェッ

ク:ステージあるいは診療所により内容や開始時期が異なる。

- ② PS, 血圧, 体温, 体重測定, 心電図検査:すべての診療所。
- ③ 腫瘍マーカー(CEA, CA19-9)検査, 一般採血・尿検査, 検尿:すべての診療所。
- ④ 直腸指診(直腸がん), 一般X線検査:すべての診療所。
- ⑤ 腹部エコー, 内視鏡検査, CT検査:設備を有する診療所に限定, それ以外は病院またはほかの医療機関で実施することが可能。

2) 病院への患者の来院時期

- ① 胃がん:術後2年目までは半年に一度, 3年以降は1年に一度。
- ② 大腸がん:ステージごとに異なりⅠ,Ⅱで術後3年目まで半年に一度, 3年以降は1年に一度, ステージⅢで5年目まで半年に一度。

大腸がんステージⅡ術後長期連携パス(医療者用)

様

病院主治医 佐藤靖郎 (電話: )

診療所名: 主治医 (電話: )

		病院	診療所における日常診療								
		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 2年半後	病院外来 3年後	病院外来 4年後	病院外来 5年後	
項目	達成目標				化学療法 の完遂						
連携、連絡		再発等の場合、若草病院に連絡									
教育・指導		<input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者用パス説明 <input type="checkbox"/> 服薬指導									
投薬	チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input type="checkbox"/> UFT									
	処方	<input type="checkbox"/> 消化器症状 <input type="checkbox"/> 皮膚症状 <input type="checkbox"/> 全身症状 <input type="checkbox"/> 薬物処置									
	検査・測定	<input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 心電図									
	採血	2週毎 → 1ヵ月毎 → 6ヵ月毎									
	腫瘍マーカー	3ヵ月毎 → 6ヵ月毎									
採尿	1ヵ月毎										
検便	<input type="checkbox"/>										
直腸指診(※直腸癌)		<input type="checkbox"/>									
胸部X線		<input type="checkbox"/>									
腹部超音波		<input type="checkbox"/>									
腹部CT		<input type="checkbox"/>									
骨盤CT(※直腸癌)		<input type="checkbox"/>									
大腸内視鏡		<input type="checkbox"/> (必要に応じて)									

図2 大腸がんステージⅡの地域連携クリティカルパス

クリティカルパスに沿って来院する場合5年間で7回、8回、10回の来院回数となる。その間の検査や投薬を診療所で行うことにより、病院来院回数が減少、結果として総再来患者数の減少が期待できる。再発兆候、体調不良、薬の副作用発生の場合随時受け入れており、来院回数はいくまでも基本である。

b. EBM book, 文献集

胃がん、大腸がんのステージ別に術後治療、経過観察の方針を文献より検討し、冊子化したものであり、連携先の診療所と共有し、随時改定を行っている。また、患者に対して治療方針を説明する中心的なツールとしての役割を果たしている。

c. 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(図3)。

d. 病変説明ツール(患者、医療者共用)

胃・大腸がんの病変の位置、進行程度、術式を図解したもの。連携先の医療機関でも担当医が参照することができ、再度説明をする場合にも有用である。

術後の長期スケジュール(患者用)

病院	診療所						
	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	3年後	4年後	5年後
退院	/	/	/	/	/	/	/
治療の説明があります 生活指導があります	定期診断	定期診断	定期診断	定期診断	定期診断	定期診断	定期診断
採血, 採尿 諸検査があります		諸検査		諸検査	諸検査	諸検査	諸検査

済生会若草病院 診療所名: \_\_\_\_\_  
 主治医 連絡先: \_\_\_\_\_  
 主治医 主治医: \_\_\_\_\_

図3 患者用地域連携クリティカルパス

e. 高額医療費の申請ガイドブック(患者用)

高額医療費の申請および支払い手続きの理解を容易し、服薬コンプライアンスを高めることを目的とする。

f. 診療所マップ(患者用)

診療圏のなかで連携頻度が多い範囲を地図にして、患者の住所や職場の位置との関係を検討するのに用いる。

g. 医療者用コスト計算シート

医院初診および再診別、診療行為別の保険点数額が記されている。診療所は新患一人当たりの保険点数が容易に理解でき、コストメリットについて容易に把握できる。

h. 服薬法, 処方管理シート, 副作用の注意書など

薬剤別、服用パターン別の管理シートであり、診療所および患者が容易に服薬状況を確認でき得る。

剤の初期導入などを、診療所では予防的抗がん剤の継続などの治療や副作用の確認、臨床検査を含めた日常診療を行っている(図4)。

a. 病院主治医の対応

病院主治医間の緊密な連携が初期導入にとって重要となる。すなわち、がん診断時や周術期におけるクリティカルパスの説明を内科、外科相互で連携をとりながら複数回に分けて簡単に説明し、最終的にステージが確定した段階で、病状説明用紙とEBM book、文献集を用いて地域連携クリティカルパスに関するより詳細な説明を行い、導入が決定された段階において、ステージごとにクリティカルパスが発行される。また抗がん剤の予防投与を含む場合、患者に服薬スケジュール管理用紙、服薬コスト用紙、高額医療費申請ツールを用いて服薬の説明を行う。

b. 地域連携クリティカルパス協力医としての対応

地域診療所の医師は病院から患者を介して病院医師と地域診療所との2人主治医体制、病院来院間隔は半年あるいは年に一度、患者のステージに合わせたクリティカルパスなどが記された説明書を受け取る。協力の意思表示もまた基本的には患者を介して病院主治医に伝えられる。ついで、実際のクリティカルパスが患者を介して地域診療所に医

4 患者へのクリティカルパス導入の流れ

胃・大腸がん地域連携クリティカルパス導入においては、他疾患よりも医師の関与が大きいのが特徴である。病院においては内科医と外科医、地域では主に外科医と診療所医師との円滑な連携の確立が望ましい。病院と診療所との役割分担として、病院ではCT、MRI、内視鏡や予防的抗がん



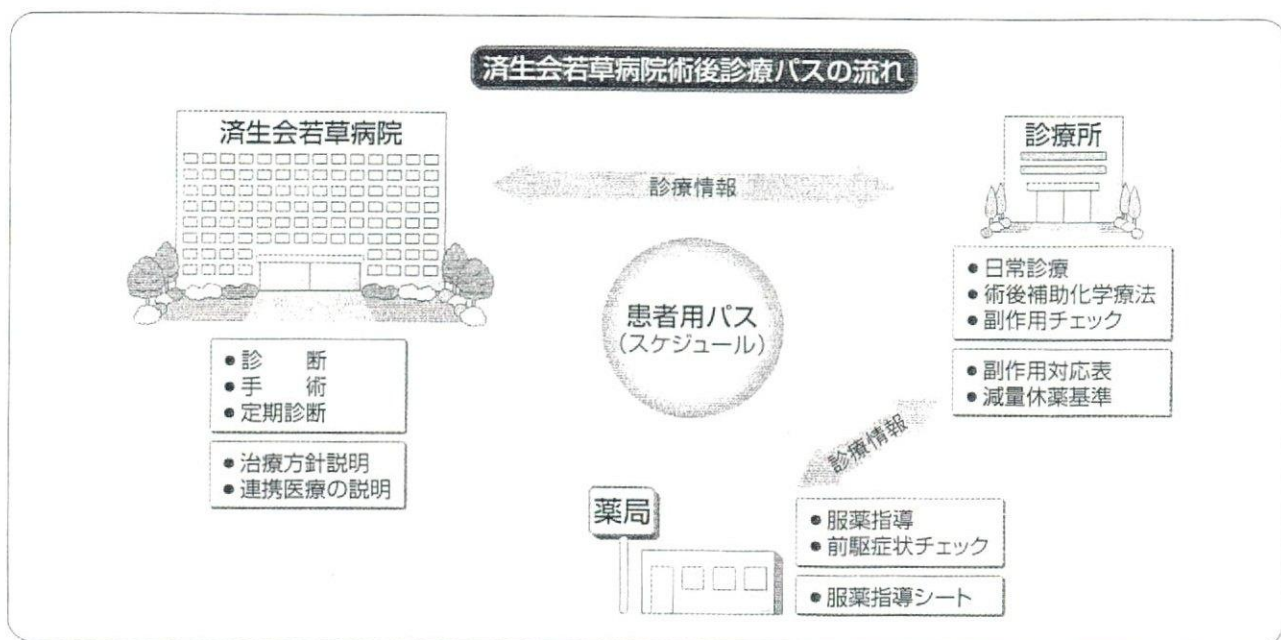


図4 地域連携クリティカルパスの流れ

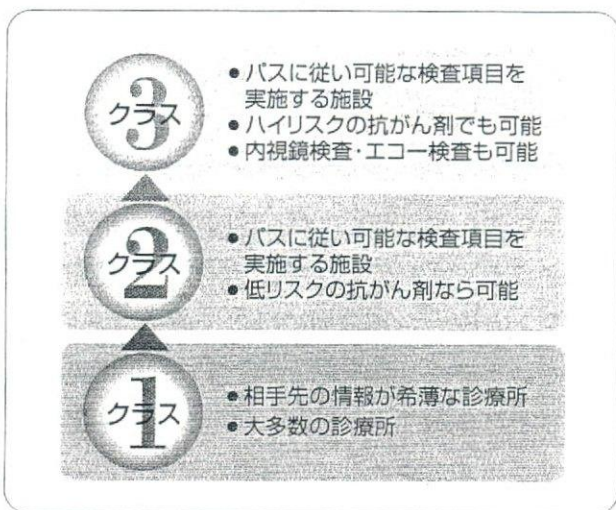


図5 地域診療所のクラス分類

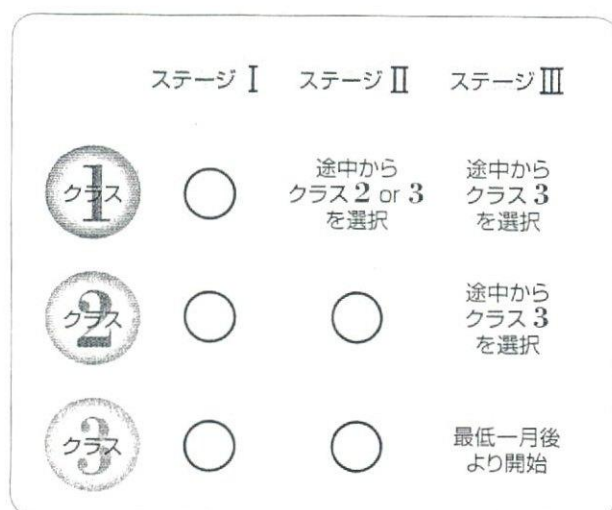


図6 患者振り分けの対応表

師に渡され、その時点ではじめて協力医となる。

協力医はクリティカルパスに沿った診療を定期的に行い、基本的に半年あるいは一年ごとに診療結果などを病院主治医に報告する。一方、病院では地域診療所での検査結果や病院での検査結果を総合的に判断し、今後の診療方針の継続や変更項目の有無や内容などを協力医に報告する。

以上述べたように協力医はクリティカルパスに沿った日常の経過観察や治療を行うこととしている。病院側の工夫として連携クリティカルパスの対応がよりスムーズとなることを目的として、再

発リスクや抗がん剤投与の有無を勘案して地域診療所のクラス分類(図5)と、がんのステージを統合することにより患者の振り分けを行っている。すなわち診療所を胃・大腸がんの予防的抗がん剤や検査などを含む習熟度によりクラス1~3を分類し、がんのステージとの対応表を作成して紹介元に戻す時期や逆紹介の時期や具体的な診療所の選定の基準としている(図6)。しかしながら、この分類はあくまで胃・大腸がんに限っており、今後、疾患別の地域連携が進展すればその分類も異なることを明記したい。

## II 胃・大腸がん地域連携クリティカルパス導入の効果

### 1 地域連携クリティカルパス導入前後の時間的变化

クリティカルパス導入前の病院(国立横浜医療センター)における待ち時間、総滞在時間(同病院における病院到着から病院出発時間)と導入後に地域診療所での待ち時間、総滞在時間を同一患者に直面調査を行った。その結果、病院での待ち時間、総滞在時間の平均がそれぞれ87分、163分であったのに対し、連携クリティカルパス導入後の診療所での待ち時間、総滞在時間の平均は58分であり、導入により待ち時間で平均58分、総滞在時間で105分の短縮効果が得られた。また通院時間についても平均31分の短縮が認められた。また、病院側(横浜医療センター)においての外来の状況を見ると外来での総患者数、再来患者数、新規患者数の推移で見ると再来患者数は2004年6月より徐々に減少傾向にあるが、新患者数は保たれている。したがって外来の待ち時間は減少し、診療実時間の増加が認められパスによる効果が認められたと判断される。

### 2 胃・大腸がん手術症例数の増加

胃・大腸がんの地域連携クリティカルパスを33施設と協力して153人の患者に継続して行ったところ平成18年度は平成17年度と比べて手術症例が胃がん1.2倍、大腸がん1.5倍となった。このことはクリティカルパス運用により、急性期病院における役割分担をより明確にする効果があると思われる。

### 3 診療所でのコストメリット・患者自己負担額減少の可能性

同一患者で地域連携クリティカルパス導入前の診療報酬と導入後の診療所での計算を行った。その結果クリティカルパス導入前において病院で月平均1,179点、導入後では診療所で1,931点であり、診療所でのコストメリットは明らかと思われる。一方、患者側としては待ち時間(1時間当たり1,500円と計算)、通院費用(往復3,000円)を勘案すると自己負担は病院9,537円、診療所5,793円となり、3,744円の患者の自己負担減少の可能性もあり、コスト面での有用性も示唆される。

## III 問題点と今後の展望

胃・大腸がんの地域連携クリティカルパスの現状の問題点としては第一に紙ベースであることから、診療情報の即時性としては十分とはいえないこと、第二に再発後の諸問題(疼痛緩和ケア)に対応していないなどがあげられる。それらの問題点

に対する対策として、インターネット上に術後治療・フォローアップに加え、疼痛緩和ケアを含めた電子地域連携クリティカルパスを開設し、そのなかで適宜情報交換や勉強会などを行うことを計画し、近日中にパイロットを行う予定である。

### おわりに

今後5大がんに関して地域連携クリティカルパスの導入が積極的に求められるようになるが、今回示した胃がん、大腸がんについては男女の別なく、かつ疾患の頻度が高く、比較的予後が良好な

消化器がんであり、初期導入に適していると思われる。ぜひ今回示したモデルを参考にして頂ければ幸いである。

# 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る」、 「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(2005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応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	還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 ・スキンケア ・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 ・スキンケア ・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 ・スキンケア ・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)  ※周径計測の部位は各施設で設定するが毎回同部位を測定する  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 スキンケア指導(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 スキンケア指導(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 スキンケア指導(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 ・スキンケア ・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 ・スキンケア(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(施設の設備状況に応じて) ・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 スキンケア指導(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 スキンケア指導(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かったこと、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気も必要である。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)		主治患者		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																
来院日 訪問日	年月日	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
診察・訪問施設名																				
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圧迫療法が理解できる 患肢のリンパ浮腫の悪化がない 患肢に傷や炎症がない																			
説明指導確認	スキンケアを理解し実行している																			
	セルフマッサージを理解し実行している																			
	圧迫ストッキングを適切に着用している バンデージを適切に着用している																			
患肢周径計測 上肢	腋窩																			
	上腕																			
	前腕																			
	手首																			
	手肘																			
	腕径																			
患肢周径計測 下肢	大腿																			
	下腿																			
	足首																			
	足脛																			
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																			
	皮膚硬化の有無																			
	皮膚乾燥の有無																			
	炎症症状(発赤・疼痛)の有無																			
	しびれ知覚鈍麻の有無																			
	水疱・リンパ漏の有無																			
	可動域障害の有無																			
	体重測定																			
	血圧測定																			
圧迫器材	ストッキング・スリーブの形式 サイズ																			
	バンデージの製品名の形式 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ヵ所しかなく、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、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍または腋窩部郭清を伴う乳癌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。この現状下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, ケアの選択. 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.

# がん患者の継続医療を保証する退院調整連携パス

船田千秋 菊内由貴 関木裕美 宮脇聡子 西岡順子 菊屋朋子  
谷水正人 河村 進

国立病院機構四国がんセンターがん相談支援・情報センター パス推進委員会

## SUMMARY

- ・クリニカルパスは、医療政策改革への対策や国民の価値観・ライフスタイルの変化への対応に迫られ、急性期病院を中心に広く普及している。
- ・「標準的な医療」を整備することで普及してきたクリニカルパスは、患者個々での対応が必要な在宅支援や緩和ケア領域では開発が遅れている。
- ・在宅移行や在宅支援を主眼に、将来的な地域医療連携を目指した連携パスとして、退院調整連携パスを作成・導入した。

## はじめに

わが国での国民の死亡原因の第一位が「がん」となって久しく、2人に一人はがんで死亡する時代を迎えようとしている。がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、平成19年6月にはがん対策推進基本計画<sup>1)</sup>が示された。「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指すことが掲げられた。平成14年度から、がんに特化した機能を持つ施設として指定されてきた「地域がん診療拠点病院」は、「都道府県がん診療連携拠点病院」と「地域がん診療連携拠点病院」へシフトし、さまざまな視点からがん医療に関する内容が強化拡充された。

当院は平成18年4月の新病院移転を機に、この「都道府県、地域がん診療連携拠点病院」の指定

要件である“相談支援業務”<sup>2)</sup>として「がん相談支援・情報センター」(以下、相談支援センター)を開設した。厚生労働省が示した“相談支援業務”のうち(イ)地域の医療機関や医療従事者に関する情報の収集・紹介、(エ)患者の療養上の相談、(カ)各地域における、かかりつけ医など各医療機関との連携事例に関する情報の収集・紹介、にかかる業務として、相談支援センターでの退院調整業務を開始した。当院での退院調整業務は、院内連携の強化を主眼に“退院”に対する院内の意識統一、システムの整理・統一、院内外の資源を集約的に活用できるツールとして、クリニカルパスの手法を導入することとした。この退院調整連携パスについて報告する。

## I 退院調整連携パス作成に至った経緯

当院は、四国ゆいいつのがん専門病院として広範な診療圏を持つ。退院後も患者・家族へ「安心を提供する」ためには、在宅支援や医療連携など入院早期から退院後を見据えた介入が必要と考える。しかし、“退院”に対する院内の意識統一、シ

ステムの整理・統一、院内外の資源の活用など、必要な介入がなされていない状況があった。

当院は、がん専門病院ではあるが、病床稼働率90%以上、在院日数約19日という急性期病院と変わらない運営と機能分化を余儀なくされてい

る。また、DPCへの参加も検討されており、ますますの在院日数短縮や効率的な医療の提供が課せられるであろう。がん専門病院として、患者・家族へ継続的な「安心を提供する」こと、すなわち、がん患者支援のための地域医療連携システムの構

築、がん患者支援ができる地域の医療機関の情報提供と連携の可視化が必要であると考えた。

また、スタッフが同じ意識で介入を行うために、必要な介入の明確化と目標管理の効果的なツールとして退院調整連携パスを作成した。

## II 退院調整連携パスの目的

退院調整連携パスは、院内外の人的・物的資源の活用と院内連携の充実をはかり各職種間での情報と目標が共有できることと、看護(医療)の継続性を考慮した入院中の援助・介入ができることを目的とした。また、医療機関としての当院の機能を患者・家族に伝え理解を得ること、医療が療養の場を変えて継続されることを可視化し患者・家

族へ安心を提供することを目的とした。

そのために、がん専門病院のスタッフである看護師が力量を発揮し、看護(医療)の継続性を考慮した入院中の援助・介入を通して、看護の専門性である「生活の援助」の質を向上させることを目指し、病棟を主体にした退院を支援、調整する部門として相談支援センターを位置づけている。

## III 退院調整連携パスのコンセプト

### 1 目標や調整の流れは個別性で変化しない

退院調整連携パスは、在宅移行や在宅支援を主眼に作成した。在宅移行や在宅支援は患者個々に介入方法が異なり一律的な介入が行えない。とくに、がん患者に対しての在宅療養は、がん病名での調整や介入を考えることは非現実的であり、現在、診療報酬が加算されている整形外科領域のような調整や連携パス作成は不可能である。しかし、考慮すべき病状や病態、家庭環境や介護力により調整に要する時間に長短はあっても、その時々目標や調整の流れが患者の個別性で変化するものではない。

### 2 入院早期から退院へ向けての介入を開始する。

退院調整連携パスは、調整の流れをフェーズ(段階)でとらえ、フェーズごとに目標を設定した。調整する項目をピックアップしていくシート式で

作成し、各フェーズでどの人的・物的資源との調整が必要か、調整後に実施される介入は何かなどをチェックしていく。フェーズは1~6の段階で設定し、フェーズ1で全患者に対し、退院調整介入が必要かどうか入院時アセスメントを行う。フェーズ1の特定の項目がチェックされたら、「退院調整連携パス適応」としてフェーズ2以降に進む。

### 3 各専門職の介入のコーディネートと院内連携のシステムを整備する。

フェーズ1ですべての患者をスクリーニングし、退院調整介入が必要なより多くの患者に、適切な時期に適切な介入がなされるよう相談支援センターを中心に情報と目標の共有のための院内連携システムの整備を行った。得られた退院調整に必要な介入項目の情報は、相談支援センターから各専門チームやエキスパートへ提供し、各専門チームやエキスパートが「介入要」と判断した場合、能動的にアクションを起こす。

# IV 退院調整連携パスの実際

退院調整連携パスは1~6のフェーズ(段階)で展開する。フェーズごとに目標を設定しており、調整する項目をピックアップしつつ各フェーズで必要な人的・物的資源の調整、調整後に実施される介入を明確にする、という作業を繰り返していく。

退院調整を効果的に行うには、医師の協力は不可欠である。このため、医師に対しての動機付けとして入院診療計画書に「退院の目標」の項を追加した(図1)

**フェーズ1** パスの適応をアセスメントする。入院時、全患者を対象にアセスメントし退院調整の必要な患者はパス適応としてフェーズ2以降に進む(図2)。フェーズ1の記載は、入院時、患者基礎情報記載、初期計画立案とともに実施する。

**フェーズ2** フェーズ1でスクリーニングされた患者に対し、退院後「どんな援助が必要か」を視

点に、ADL・家族環境・介護力・経済状態・治療・処置などについて情報収集を行う(図3)。フェーズ2は、初期計画立案後2、3日以内を目処に情報収集することを規定しているが、情報の内容によっては患者・家族との良好な関係がなければ収集が困難な情報もあると考え追記で対応するよう指導している。

**フェーズ3** フェーズ2で収集された情報をもとに、院内連携、院内カンファレンスを主眼にした情報の整理と共有を行う。各職種を「人的資源」として、退院に対する院内での意思統一を可視化する段階となる。退院後の療養についての患者・家族の希望や意思を確認し、退院時に必要なケア介入や資源を明確にする。相談支援センターはその情報を受けて、必要な連携や社会的資源について調整を開始する。病棟スタッフは、退院時に必

入院診療計画書 (患者さま用)

氏名 年齢 性別 病種 号室

退院の目標  
主治医にも、入院時に「何が達成できたら退院できるか」という視点が持てるように工夫。

図1 入院診療計画書

退院調整連携パス

介護保険の項目にチェックが入った場合は、保険証の中の「居宅介護保険事業者(ケアマネージャー)」を確認し、フェーズ2の「環境・家族」の欄に記載する。

入院日に記載

介護保険の項目にチェックが入った場合は、保険証の中の「居宅介護保険事業者(ケアマネージャー)」を確認し、フェーズ2の「環境・家族」の欄に記載する。

初期アセスメントのみ、各エキスパートへの連絡は支援センターを通じて。  
・支援センター内に連絡用BOXを設置。  
・エキスパートはそこから必要な情報を収集する。

図2 フェーズ1