

表2 転院後 再発がん患者 病病連携役割表

		転院後						
1	達成目標	患者家族のこれまで、 これからの思いの確認	今後の症状変化の理解	日常安定した 症状の維持	著しい状態の対応	療養の場再確認		
2	患者・家族	患者						
3		家族						
4	患者・家族	自分の思いを担当看護 師に伝える	パンフレットでの説明 をうける					
5		医師			転院受入れ (基準あり)			
6	がんセンター	病棟看護師						
7		地域連携室						
8	地域病院	緩和ケア チーム (P CT)		電話・mail・住診サ ポート	転院受入れ (基準あり)			
9		医師		共通マニュアルの使用 PCTへ連絡	共通マニュアルの使用 PCTへ連絡			
10	地域病院	看護師	<input type="checkbox"/> 患者家族の理解を確 認しゴールの話し合い	<input type="checkbox"/> パンフレットで説明				
11		地域連携室						
12	準備物		今後の症状の説明用紙	共通マニュアル	共通マニュアル			
13		N	O	P	Q	R	S	T

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

研究分担者 望月 泉 岩手県立中央病院 副院長

研究要旨

5大がんのなかで、大腸がんの地域連携クリティカルパスの作成に取り組んだ。地域医療圏で共通な仕様で作成し、どこの病院、診療所でも共通に使用できる様式を作り、使用できることを目標にした。今後は地域における連携システム構築を行い、切れ目のない医療提供体制を目指す予定である。

A. 研究目的

がんの病診連携とは地域の医療機関が各々の特性を生かして円滑な連携を図り、役割分担を進めて機能を有効活用することによって、安全で質の高い効率的な医療を地域全体に提供することであり、地域連携クリティカルパスはがん診療において、診断、治療、在宅、緩和ケアまでを診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画といえる。医療者同士が顔の見える連携、しっかりとした情報の共有を行えない限り、患者を紙1枚で送る冷たい医療となりがねず、個別に丁寧な説明が必要である。連携パスを作ることが目的ではなく、連携パスを用いたシステム・連携ネットワークを構築し、患者中心の医療連携を図ることが目的である。連携パスはあくまでもツールである以上、連携構築のためのネットワーク作りがきわめて重要となり、連携の成果（アウトカム）を国民や住民に広く提示していく必要がある。この連携パスに関しては、患者会からの切れ目のないがん治療継続の要望が強く出され、がん対策基本計画に盛り込まれた経緯があり、医療機関の都合ではなく、患者目線での作成、運用が望まれる。大腸がん治療においては、再発を早期に発見し、治療可能であれば治癒を得ることができる可能性があり、再発の早期発見のために、適切なサーベイランス計画をたてることは意義のあることと思われる。大腸がんの地域連携クリティカルパスの作成、運用、ネットワーク作りについて研究し、大腸がん診療における病診連携のあり方を考える。

B. 研究方法

連携パスには大腿骨頸部骨折、脳卒中などの一方向型とがん、糖尿病、心筋梗塞に代表される双方向型（循環型）、在宅に帰った患者を地域で支える在宅支援型連携がある。一方向型連携は急性期病院から回復期病院、そして維持期リハビリ病院や在宅へと一方向性に進む。双方向型（循環型）連携においては患者は病院の専門医と診療所の医師の間を双方向に動き、患者にとっては病院と診療所の主治医が二人出来るので、二人主治医制とも呼ばれている。がん診療に関しては普段の検査・経過観察は診療所で行い、定期的ながん治療専門病院に通院し、精密検査をうける必要があり、情報の共有が図られる。連携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、第三にそれを広く国民に明示することである。作成するものは4つを想定。(1)医療機関の機能・役割分担表。(2)共同診療計画表。(3)医療連携手帳。(4)医療連携のポスターである。連携パスの作成指針としては、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。診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまでを包括し、拠点病院、一般病院、診療所、訪問看護ステーション、在宅支援、薬局を包含する。

C. 研究結果

(1) 医療機関の役割分担表： 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、患者の視点から見たときわかりやすいのは、「医療計画の見直し等に関する検討会」の提案をベースとする。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。がん診療の機能分担に関しては、医療計画の中にがん診療における連携のイメージが示されている。かかりつけ医が継続的な管理指導を行い、専門的ながん治療を行う医療機関と緩和ケアを行う医療機関を利用、在宅療養をサポートする図として描かれており、患者の視点に立ち「調整する組織」があらゆる場面で患者の納得の医療を調整する、患者の個別性に対応するというイメージで考えることが可能である。施設の機能・役割を一つに限定するものではないが、利用者の側から機能・役割がみえることが重要である。役割分担表は共同診療計画表ごとに作成され、専門的ながん診療を行う病院、かかりつけ医、緩和ケア、居宅などの機能別に役割分担を明確にする。さらに大腸がんの進行度、診療所の機能のどちらも層別化することが必要である。ステージごとに治療成績、治療内容などが異なるのは明らかで、またかかりつけ医を大腸がん術後の経過観察のみは行えるが、補助化学療法として抗がん剤の投与は出来ないといったように機能を明確にしていく必要がある。つまり Stage I のみの患者は診れるが、Stage II はパスに従い可能な検査項目を実施できる施設で場合によっては低リスクの抗がん剤投与も必要になることもある。Stage III はパスに従い可能な検査項目を実施すると同時にハイリスクの抗がん剤も可能であるとか内視鏡検査・エコー検査も可能であるとか診療所の持つ機能を層別化して連携を構築する必要がある。

(2) 共同診療計画表：

1) 大腸がん術後のサーベイランス

共同診療計画表に盛り込む経過観察計画の内容、検査項目、頻度はきわめて重要で、大腸がん手術後の適切なフォローアップにより予後が延長したという明確なエビデンスは存在しないが、再発しても、とくに肝・肺転移に関しては、切除出来れば予後の改善につながることは明らかである。したがって、多数例の綿密なフォローアップを行った結果から欧米、日本でフォローアップ

のガイドラインが策定されている。代表的なガイドラインは ASCO 2005、ESMO 2009、大腸癌治療ガイドライン医師用 2009 年版（金原出版）がある。欧米のガイドラインでは CEA を含めた血液検査の重要性、CT 検査についてもあまり推奨されておらず、日本のガイドラインは欧米に比して、フォローアップ計画において緊密性が優れていると思われる。したがって、共同診療計画書の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、2009 年版（金原出版）に従い作成した。このガイドラインは日本全国の高施設から集積した多数例を、stage 別の再発時期や再発形式別の再発の特徴について分析し、再発を効率よく、早期にみつけるためにはどのようにすべきかが詳細に検討され出版された。大腸癌の再発形式としては肝転移が最も頻度が高いが、直腸癌に関しては肺転移と局所再発も多いので留意すべきであるとしている。肺転移は他の再発に比べ遅れてでる傾向があり、肺転移の 5% は術後 5 年以後に起こることがあり、念頭に置くべきとしている。一方、局所再発である吻合部再発は術後 3 年以内に起こることが多く、3 年までを目安にサーベイランスを行うべきであるとしている。大腸癌治療ガイドライン医師用 2005 年版では、大腸がんのフォローアップ計画は stage 別に記載されており、表 4 は Stage I の mp 癌および Stage II 大腸癌に対するサーベイランススケジュールで、表 5 に Stage III 大腸癌に対するサーベイランススケジュールを示す。MRI 検査は必要に応じてとなっている。2009 年 7 月に出版された大腸癌治療ガイドラインのフォローアップ計画をまとめたもので、骨子は 2005 年版と同じであるが、結腸（直腸 RS 部を含む）と直腸とを分けたものになり、より実践的でわかりやすいものとなっている。2005 年版と異なり、Stage I ～ Stage III 大腸癌に対するサーベイランスが基本的に同一となり、Stage III のみ CT 検査が術後 3 年を経過しても 6 カ月ごとに施行予定となっている。胸部の画像診断は CT 検査が望ましいが、胸部単純 X 線検査でもよく、腹部の画像診断も CT 検査が望ましいが、腹部超音波検査でもよいとのただし書きがついた。

2) 大腸がん術後補助化学療法
補助化学療法に関しては、大腸癌治療ガイドライン医師用 2009 年版では、術後補助化学療法は、R0 切除（根治切除）が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と定義している。適応の原則は、以下の 1~6 を挙げている。

(1) R0 切除が行われた Stage III 大腸癌（結腸癌・直腸癌）。

(2) 主要臓器機能が保たれている。

・骨髄：白血球 $>4,000/\text{mm}^3$ ，血小板 $>100,000/\text{mm}^3$

・肝機能：総ビリルビン $<2.0 \text{ mg/dL}$ ，AST/ALT $<100 \text{ IU/L}$

・腎機能：血清クレアチニン：施設基準値上限以下

(3) performance status (PS) が 0~1 である。

(4) 術後合併症から回復している。

(5) 適切なインフォームド・コンセントに基づき患者から文書による同意が得られている。

(6) 重篤な合併症（特に、腸閉塞、下痢、発熱）がない。

再発リスクが高い Stage II 大腸癌には、適切なインフォームド・コンセントのもとに、補助化学療法の適応を考慮する。推奨される療法は、5-FU/LV 療法、UFT/LV 療法、capecitabine 療法でいずれも経口抗がん剤で、投与期間 6 カ月を原則とする。R0 切除（根治切除）が行われた Stage III 大腸癌（結腸癌、直腸癌）には補助化学療法の施行をパスに盛り込み、経口での抗がん剤投与を可能ならば診療所で行えるように作成することも必要と考える。あるいは、最初からあまり無理をせず、経口抗がん剤の投与は病院で行い、抗がん剤投与が終了してから診療所と地域連携をしていく方法も考えられる。

3) 共同診療計画表

共同診療計画表の作成指針は、オーバービュー形式の共同診療計画表とし、専門病院、診療所、患者と 3 者にそれぞれ持ってもらい、作成した大腸癌術後の共同診療計画書を提示する。A3 版に印刷し、見開きで使うと見やすいと思う。左欄の項目には、

達成目標—術後連携によるフォローアップ、連携・連絡—術後連携の説明、手術後遺症・再発等発生時の連絡先確認を入れた。さらに、教育・指導として服薬指導（保険薬局）、生活指導、手術後遺症の確認として、貧血、下痢、腹部膨満、腸閉塞症状、とくに直腸癌の場合だが排尿障害を掲げた。診察・検査の項目は全身状態、問診、視触診を挙げそれぞれ細項目を挙げ、チェック式とした。検査は先に述べた大腸がん術後のサーベイランスに準拠し、項目、頻度を定義した。末梢血一般・生化学は 1~3 か月ごと、腫瘍マーカー（CEA, CA19-9）は術後 3 年間は 3 か月ごとに、3 年以降は 6 か月ごとに測定とした。日常診療欄がかかりつけ医が担当する部分で、病院とかかりつけ医の機能を明確に分担した。注意点として、
i) かかりつけ医との連携開始は患者の状態が落ち着いたと判断されてから開始する。術後 1 ヶ月以後を基本とすることにした。
ii) かかりつけ医での診察間隔は、患者の状況に応じてより変更可能であるとした。
iii) 5 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ように指導する。また大腸内視鏡検査はかかりつけ医でも可能とした。骨シンチ、PET-CT、上部内視鏡検査は必要時に施行とした。

共同診療計画表は大まかな予定表であり、実際に運用するには医療者用、患者用とそれぞれシートを用意する。医療者用シートは 1 年間で 1 ページとし、縦軸には全身状態（Performance status、体重、血圧、体温など）をチェック、書き込めるようにする。視触診、問診は腹部症状・所見として腫瘍の触知、腹水の有無などをチェックする。消化器症状としては膨満感、嘔気などを問診し、排便状態は便秘、下痢などをチェックする。とくに直腸癌術後では排尿状態もチェックし、貧血、黄疸にも注意を払う。検査は血液検査（末梢血一般、生化学、腫瘍マーカーなど）、CT 検査、大腸内視鏡検査など専門的ながん診療を行う医療機関で行う精密検査と間隔、かかりつけ医で押さえるポイントと間隔を明示する。投薬管理は補助化学療法として必要な抗がん剤の服用も含め、服用薬の確認を行う。説明、支援の欄も設け、必要に応じて他臓器癌の検診、服薬指導は保険薬局からの指導、副作

用対策もお願いする。必要に応じて生活支援を行う欄も設けた。横軸はおよそ2週間ごとにチェックし、記載できる形にし、使いやすく見やすくした。この医療者用シートは連携する医療機関がそれぞれ診療録の中に挟み込み、治療計画書となる。患者用シートは患者に持ってもらい、診察、検査、投薬、説明が経時的に一目でわかるものとして作成した。1年間を1ページとし、字を大きく見やすくし、自分が次にどのような検査が予定されているか、専門的ながん診療を行う医療機関で行う精密検査と間隔、かかりつけ医で押さえるポイントと間隔、精査、対応（紹介、移動）が必要と判断されるチェックポイントを示している。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重要である。

(3) 医療連携手帳：患者さんに持ってもらうために、内容がわかりやすく、シンプルに記載する。共有する情報としては、①病歴情報、診療情報提供書、訪問看護管理表をわかりやすく記載したもの。②インフォームドコンセント（連携の必要性、メリット等を説明）の用紙。③検査情報、画像診断情報、服薬指導、栄養管理指導。④自己管理データ記録表。⑤情報伝達用の記入用紙などである。さらに、支援ツールとして患者用支援ツール（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などを用意すると良い。大腸癌術後補助化学療法で抗がん剤を内服する場合は、薬の効能、副作用をわかりやすく記したパンフレットも必要である。また、サイズは統一する必要があり、携帯に便利のようにA5サイズを考えている。

(4) 医療連携のポスター：作成の方針は、患者、一般の人の理解を促すための啓発活動であり、医療機関外来等に連携ポスターの掲示を行い、丁寧な説明、きめ細かな相談対応が必要と考える。パンフレットの作成、私のカルテの準備もする。医師会もしくはがん診療連携拠点病院が主催となる地域での住民向け講演会も開催すると良いと

思う。

3. 連携ネットワークの構築

最も大切なことは連携パスは紙でしかなく、重要なのは連携ネットワークの構築である。拠点病院は、「かかりつけ医」側（主として地域医師会）との交流を通じてネットワークを構築していく必要がある。地域連携会議、連携先医療機関との会議等、連携する医療機関同士の交流は重要であり、連携に積極的な医療機関と連携意思確認を行い医療連携を開始することが出発点である。医師会員にアンケート調査を依頼し、自分の診療所はどういった疾患にどのように対応できるか手を挙げていただくのも良い方法である。しかし連携パスを特定の医療機関の囲い込みに使用するのではなく地域連携として成立させるためには、その地域の拠点病院、専門病院が同じテーブルで、歩調を同じくして共通のパスを作り、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を作る必要がある。ネットワーク構築の母体となり得るのは、行政、医師会、あるいは連携のための新しい共同体の組織化、がん診療連携協議会のようのがんに特定したネットワークのワーキンググループとして構築していく方法もある。連携パスが基幹病院毎に異なるような愚は避けなければならない。さらに将来はがん診療連携協議会等「がんのネットワーク」にとどまることなく、4疾患5事業のネットワーク化に繋がれば理想的と考える。4疾患5事業を包括した地域の医療連携ネットワークの構築のためには、地域の実情にあわせて医師会、行政等が主導した公的な枠組みでの模索が求められる。

D. 考察

がん医療において地域連携パス・病診連携は地域住民に受け入れられるだろうか。病院に対する依存意識はかなり強いものがあり、自分のがん専門病院ですつと診てもらいたいという患者の願いがあつた場合、かなえられないことであろうか。医療者側の都合、ひいては急性期病院の在院日数短縮などの医療制度のために連携を強要されてはいないか。ここで確認しておかなければならないことは、病診連携は患者の望む最高の医療の提供をどこでも受けれること

を保証するものではなく、妥当性のある医療を必要に応じて共同して提供することである。患者にはその違いを十分に説明し、理解してもらって初めて連携が成立する。日頃から患者と医療者とのコミュニケーション不足が問題視されている中で、われわれ医療者は新しい仕組みをどこまで説明し患者が納得できるのかは大きな課題である。国の医療政策だから連携を進めますといった説明は患者には受け入れがたい。一方患者側も身近な診療施設の情報を正確に知り、医療者側と良いコミュニケーションが取れるよう努力することも必要であると考え。今回提示した大腸がん連携パスは、紙ベースを基本としている。情報の共有や整理には紙ベースであるどうしても限界があり、タイムリーな情報の共有、整理は出来ない。とくにがんの地域連携パスは双方向型（循環型）であり、患者の診療に関する日常かつ双方向的なリアルタイムでの情報交換が絶対条件となる。連携パスにデータベースソフトを付加し、電子メールシステムの構成が必要と思われる。IT化すればすべてが解決できるというものではないが、電子連携パス導入の必要性はあり、病院、診療所がネットワークで結ばれ、セキュリティが担保され、情報の共有・整理がなされれば、よりタイムリーで患者にメリットがある連携が構築できると考える。

術後、再発・転移などにより診療計画書通りにいかずパスからはずれた患者の場合、落ちこぼれた感じ、悲嘆の気持ちにできるだけにならないように、たとえば肝・肺転移の治療計画書、化学療法、放射線治療の計画書なども準備し、事前に十分説明していくことが大事である。緩和ケアに関して連携パスの整備を望む声は多い。全人的痛み（トータルペイン）を網羅するクリティカルパスは、患者の個別性、多面性からみて一元的にパス化することは難しい。そこで、治療指針が比較的確立しているがん性疼痛コントロールを中心とした連携パスは、病院での疼痛治療を引き続いて地域で継続、在宅でも行えるよう作成され、運用されている例もある。疼痛緩和のパス作成方針はかかりつけ医と病院の連携を目指す、どちらが主導するかという問題ではなく、入院、外来（在宅療養）に依らず使用するも

のである。アセスメントと疼痛治療指針（マニュアル）をナビゲータとし、経過記録を調整の判断指標とする。患者用パスと医療者用パスを用意し、患者用パスは問診票、経過記録表、痛みの治療ノート、フローチャートなどで、患者自身による記載または診察時に医療者が聴取して記載する。医療者用パスはアセスメントシート、経過記録表、疼痛コントロールフローマニュアル、経過表の記入が運用の中心となる。入院中は毎日チェックし、外来は来院時に経過記録表をチェックする。アウトカム評価は計画管理病院への緊急受診回数、痛みコントロールの相談回数の推移を指標とし、連携する症例数、患者の安全、安心、満足度調査を行い評価とするというものである。

在宅緩和ケア移行後の問題点としては、退院前の疼痛・症状コントロールは医師、看護師が関わりうまくいっていても、在宅では自己管理が中心となるため疼痛コントロール不十分になるケースがある。また、患者・家族の病状や予後の理解が不十分で、在宅で療養しながら過度な期待をもっていることがある。在宅移行時に十分に説明はしていても、急変時や介護疲れなどの在宅療養困難時にすぐに入院できるか不安が大きいケースもある。在宅、病院と二人の主治医になっているが、両者の間に緩和ケア、終末期医療に対するスタンスの相違が表に出てくることもある。服薬管理に必要な患者情報の把握、在宅中の変動情報がリアルタイムに把握できないなどの情報の共有、整理という部門がなかなかむずかしい。今後は他疾患や化学療法、疼痛緩和との繋がりを考慮する連携を推進する必要がある。

E. 結論

がん診療における病診連携の成立にはまだしばらく時間を要すると考えられる。医療者側の都合で進めるのではなく、患者を中心とし、患者目線で無理強いすることなく十分な説明のもとに切れ目のない医療として進めていく必要がある。地域連携はまさに今日の医療そのものであるといえる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 望月 泉

がんの病診連携 治療、

Vol. 91, 10 : 2382-2388, 2009

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 宮澤恒持 植松智美

櫻庭伸吾 伊藤千絵

当科における膵癌治療の現況

第 43 回東北膵臓研究会 仙台市、

2009. 2. 13

2) 望月 泉

大腸がんの地域連携クリティカルパスの

開発 発状況 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

東京都、2009. 3. 8

3) 望月泉 中野達也 平野拓司 白田昌広

鈴木洋 村上和重 宮澤恒持 植松智美

櫻庭伸吾 伊藤千絵

膵・消化管吻合の leak をなくす吻合法の

工夫と治療成績

第 31 回日本肝胆膵外科学会・学術集会

名古屋市、2009. 6. 11

4) 望月泉 中野達也 平野拓司 白田昌広

鈴木洋 村上和重 宮澤恒持 植松智美

櫻庭伸吾 伊藤千絵

安全確実な膵消化管吻合手技—膵管チューブ

を用いた完全外瘻術式を中心に—

第 36 回膵切研究会 和歌山市、

2009. 8. 29

5) 望月泉 中野達也 平野拓司 白田昌広

鈴木洋 村上和重 宮澤恒持 植松智美

櫻庭伸吾 伊藤千絵

安全確実な膵消化管吻合手技

第 71 回日本臨床外科学会総会 京都市、

2009. 11. 21

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

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

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

当院とがん拠点病院との間で胃・大腸癌地域連携クリティカルパスの検討が行われ、同時に神奈川県全体でも統一パスモデル作成の動きが開始されている。

また、がん拠点病院以外の役割を中小病院である当院をモデルに検討した。その結果、緩和ケア連携のニーズに対応することで院内体制の整備が行われ、続いてがん化学療法への対応が求められるようになった。今後は緩和ケア、化学療法のさらなる充実に加え、5大がんのうち一部の癌、たとえば胃・大腸癌の手術に関する地域連携の役割分担を検討する予定である。

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） H21-がん臨床-一般-002」における全般的な協力およびがん拠点病院以外の役割の検討

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導入に関する問題の検討や協力が主なる活動であるため倫理面の問題はないと判断される

C. 研究結果

がん地域連携クリティカルパスに関わる医療機関として、がん拠点病院以外の医療機関の役割分担の検討も今後必要となる。昨年度は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いての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手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。

以上報告した昨年度の研究を踏まえて、当院周辺の2次医療圏において当院で運用済みの胃、大腸癌地域連携クリティカルパスをモデルに横浜市立大学附属病院（地域がん拠点病院） 臨床腫瘍科・乳腺外科と地域連携パスの検討を行い、胃癌・大腸癌（stage I）について地域連携パス（案）を作成した。

それに基づいて当該2次医療圏における診療所に対し、地域連携パスの協力を募った。結果、114か所の診療所から了解を得、がん地域連携医療機関の登録医療機関として、今後運用を検討する予定である。

また受け側（かかりつけ医機能）としての取り組みとして横浜市大病院との間で緩和ケアを中心に2007年から行っている。2008年には当院内科・外科で年間100名を

超え、2009年度には緩和ケアに加え癌化学療法に関する依頼も増加した。

2010年2月14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レンスが開催された。当分担研究者は「がん拠点病院以外の役割分担」について当院での取り組み例を発表した。その要旨は地域の中でがん地域連携に取り組む中でがん拠点病院以外特に中小規模の病院に求められるものの一つとして緩和ケアが重要であること。緩和ケアの受け入れ側として、拠点病院に通院あるいは入院していた患者（家族）のニーズやギャップを埋めることの重要性や拠点病院との医療者間のすり合わせ、受けて側の医療者の意識改革や勉強会、体制の構築が必要となること。次いで、化学療法の依頼が増加し、結果、化学療法に対する院内での理解が図られつつある。また、それに加え、さらに一部のがん、たとえば胃、大腸癌の手術機能の充実が図られつつある。結論として、当院での実例から、がん地域連携に積極的に参加することで、今後の拠点病院以外の医療機関の一つの方向性を示すものと期待されると述べた。

また、神奈川県全体でもがん地域連携クリティカルパスの検討を開始している。2010年3月下旬に神奈川県がん診療連携協議会共通パス部会が設置され、パスの目的や方向性、部位を超えて共通する課題を調整する。また、部会の下に肺・胃・肝・大腸及び乳の各部位のパスを作成する5つのワーキング（分科会）を設置し、各部位のパスを作成する。今後は以下のタイムスケジュールにより実行される予定であり、当該研究班員として来年度にその進捗状況を報告する予定である。

2010年	3月下旬	共通パス部会発足
	4月	モデル事業委託契約締結、部会開催・ワーキング開始、パス作成作業
	8月末	試行前のパス完成、部会開催
	9月	パスの試行的運用(2か月以上)
	10月以降	パスの修正、普及啓発資料作成

11月	普及啓発の実施
11月末	パス完成、委託契約終了・完了報告
12月以降	部会開催、モデルパスの普及啓発、パスの修正

D. 考察

昨年度施行したかかりつけ医機能の検討に関連し、本年度はがん拠点病院以外の医療機関の役割分担について検討した。当院は地域の中小病院でありながら、2007年より胃・大腸癌地域連携クリティカルパスを運用している。その実績と当班研究の情報を基に、がん拠点病院に対して運用モデルを提示できたことは活用経験の因子と班研究のモデル事例の分析が有効であることを示していると考えられる。また、神奈川県の取り組み計画に当該班員が参加する予定であり、地域での取り組みや班研究での活動が影響し、今後同様の活動を継続することが重要であると思われる。また、当院での取り組みを通じてフォローアップ目的の地域連携クリティカルパスと同様に、緩和ケアの依頼数が激増したことはがん拠点病院の現状の問題が浮き彫りになり、今後ますます緩和ケア地域連携の取り組みを検討する必要となりうる。当院では当初、患者（家族）はもとより、医療者相互の認識の違いが浮き彫りになったが、その原因を探り対応策を考えることにより、早期に問題解決を図れるようになった。そして多くの患者を受け入れることで、当院の医療者（医師、看護師、薬剤師）が緩和ケアに習熟する結果となり、まず緩和ケア患者を受け入れることが、医療者の学習に繋がること示唆される。次いで拠点病院側から化学療法の依頼が増加し、そのための勉強会や人員増員を含めた院内体制作りが必要となった。その結果、がん地域連携医療に積極的に関わることでがんに対する理解度やチーム医療が進むものと考えられ、均てん化のための有効な方策と考えられる。今後は緩和ケア、化学療法のさらなる充実に加え、5大がんのうち一部の癌、たとえば胃・大腸癌の手術に関する地域連携の役割分担を検討する必要があると考えられる。

E. 結論

地域の中小病院ががん地域連携に積極的に参加することで、がんに対する習熟度の上昇や院内体制の充実が図ることができ、今後それらの医療機関にとって一つの方向性を示しうるものである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

地域連携クリティカルパスの事例報告
(1) 胃がん、大腸がん p19~27、クリティカルパスの新たな展開 V がんの地域連携クリティカルパス 日本医療マネジメント学会

胃がん・大腸がんの地域連携パス活用と連携体制構築 p108~117、地域連携 network Vol.2 No2

地域連携クリティカルパスの IT 化 地域連携パスの IT 化はどのようにしたらよいですか? P40~41、一歩進んだ医療連携実践 Q&A、じほう

がんの地域連携クリティカルパスの実際 p58~68、地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント、中央法規出版

ドイツにおける疼痛治療の現状と強オピオイドの使用、p150~155、Pharma Medica Vol.27 No.4 2009

がん診療における地域連携パス 胃がん、p45~56 がん医療の地域連携と患者サポート 医学書院

2. 学会発表

胃がん術後地域連携クリティカルパス チーム医療 — コメディカルとともに 2) 術後フォローアップと地域連携パス 基調講演—第82回日本胃癌学会総会

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

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

研究分担者 武藤正樹 国際医療福祉大学大学院教授

研究要旨

前年度に引き続き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」において、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、運用マニュアル、「わたしのカルテ」を検討・作成し、これを「港区版胃がん連携パス」としてまとめた、②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。③胃がん連携パスに関する診療所インタビュー、薬局における抗がん剤取り扱い状況の調査を行った。

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

東京都港区内の3病院（国際医療福祉三田病院、東京都済生会中央病院、山王病院）7診療所（鈴木胃腸消化器クリニック等）をメンバーとする「港区がん連携パス研究会」（代表幹事武藤）のワーキンググループを中心として、以下の検討を行った。

①「胃がん連携パス」の検討・作成

胃がんステージⅠ、Ⅱ～Ⅲの連携パスについてフォーマット、運用マニュアル、「わたしのカルテ」について谷水班の前年度研究報告およびワーキンググループにおける討議により検討した。

②胃がん連携パスのIT化検討

ASP方式によるインターネットを通じた胃がん連携パスの実施可能性について、ワーキンググループに属する医療機関において検討した。

③診療所・薬局調査

作成した「港区版胃がん連携パス」の診療所インタビュー調査、港区の保険薬局における抗がん剤（TS-1）取り扱い状況を製薬メーカーを通じて調査を行った。

（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・フォーマット、運用マニュアル、「わたしのカルテ」について検討した。これを「港区版胃がん連携パス」としてまとめた（図1）。

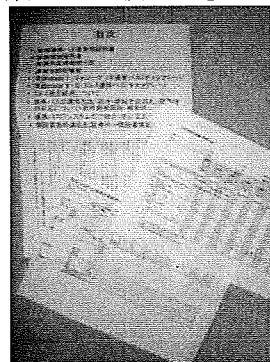


図1 港区版胃がん連携パス

②胃がん連携パスのIT化検討

（株）東計電算の連携パスITソフト「Doctor network」の検討を前年度に引き続き行った。検査データの入力について前年度にシステム改良の必要性があることが分かったため、本年度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を行った。

以下の図2に入力画面を示す。

図2 「Doctor network」の連携パス入力画面

③診療所・薬局調査

港区を中心とした3カ所の診療所インタビュー調査の結果、ステージⅠ、Ⅱの胃がんの術後観察パスの需要が多いことが明らかになった。また港区内薬局におけるTS-1の取り扱い状況については港区内の56カ所の保険薬局でTS-1が取り扱われていることが分かった。

D. 考察

①「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・フォーマット、運用マニュアル、「わたしのカルテ」を作成したが、その過程で前年度の谷水班の研究成果が大いに役立った。とくに医療機関の役割分担表や、「わたしのカルテ」に盛り込むべき内容等が役だった。この結果、医療者用連携パスと患者用連携パスを統合した「港区版胃がん連携パス」を作成することができた。

②胃がん連携パスのIT化検討

(株)東計電算の連携パスITソフト「Doctor network」の検討を前年度に引き続き行ったが、検査データの入力について診療現場からは、入力負荷や誤入力等の問題点が指摘された。このため本年度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を行ったが、結果的に予算的制約により実施することはできず、課題を残した。

③診療所インタビュー、薬局調査

作成した「港区版胃がん連携パス」について港区および周辺区の3カ所の診療所インタビューを行った。インタビュー結果からみると、診療所においてはまず術後観察パスから導入して、順次、経口抗がん剤療

法に移行するのが現実的であることがわかった。また診療所において今のところ連携パス使用のメリットが見えにくいことも判明した。やはり連携パスを普及するにあたっては、診療所に対して診療報酬上のインセンティブ等の何らかの誘導策が必要であると考えられた。

また港区内の56カ所の保険薬局においてTS-1が取り扱われていることが分かった。今後、保険薬局をも含めた連携パス構築の必要性が伺えた。

E. 結論

胃がんステージⅠ、Ⅱ～Ⅲの連携パスについて、本年度は「港区版胃がん連携パス」として紙ベースではまとめることができた。しかしIT化については運用面での課題を残した。また薬局調査により今後は保険薬局をも巻き込んだ地域連携パスの必要性が伺えた。

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

がん領域における地域連携 日本臨床外科学会 (2009.11.19 京都)
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

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

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
(肺がん)

研究分担者 住友正幸 徳島県立中央病院 医療局次長

研究要旨

肺がんの地域連携クリティカルパスは、導入約 5 年間に於いて生活の質や予後に関連する重大な有害事象の発生は認められず、安全かつ認容性が高いと考えられた。また導入後、脳転移による死亡例は認められておらず、脳 MRI 定期化による予後改善の可能性が示唆された。また再発時緩和連携クリティカルパスの作成も可能であり、今後、手術から看取りまでの総合的な連携が期待される。

A. 研究目的

肺がん術後地域連携クリティカルパスの導入による効果を検討し、再発時緩和連携までの総合的連携の可能性を検討する。

B. 研究方法

2005 年より肺がん術後連携を行った患者について、有害事象ならびに効果を検討した。また、術後再発患者の看取りまでを検討し、再発時連携クリティカルパス化を検討した。

(倫理面への配慮)

連携患者には研究の趣旨を説明すると共に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した。

C. 研究結果

約 200 名の連携患者において、16%のバリエーションが発生したが、殆どは軽微なものであり、特に術後再発形式において生活の質に関連するような有害事象の発生は認めなかった。一方、再発例の約 3 割に脳転移を認めたが、殆どの症例に於いて高精度放射線療法によりコントロールがなされ、脳転移が原因で死亡した症例は認めなかった。

再発により緩和連携に入った患者の検討では、患者毎にまちまちであるものは、①病態説明の内容・時期、②化学療法の内容、③看取りの場の説明の内容・時期、④鎮痛薬や補助薬の使用方法であった。

D. 考察

現在の術後連携クリティカルパスは安全で認容性が高く、脳転移例では生活の質改善に寄与する可能性がある。また、再発時連携は拠点病院での治療方法、説明内容と時期の統一（パス）化と看護師・薬剤師・MSW などのチーム化により可能であり、患者の生活の質改善に寄与しうると考えられる。現在、再発時連携パスの試用版を作成・使用しており、医師会と共同で問題点を検討予定である。

E. 結論

肺がん地域連携クリティカルパスは、術後連携から再発時緩和連携まで使用が可能であり、質改善に寄与しうると考えられる。

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

(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
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

胃がん領域における地域連携クリティカルパスの作成と
その運用に関する研究

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

当研究班で作成した胃がんの地域連携パス（早期胃がんは10年間、進行胃がんは5年間経過観察）を用いて実臨床に應用を開始した。当院の連携病院は9つの病院および診療所であるが、パスが適用されたのは5例のみであった。また、TS-1服薬症例の連携はまだ1例も経験していない。しかし、かかりつけ医には、外科医としての経験が生かせる満足感があり、病院医師には外来診療の負担が軽減されるとの好感触が得られた。第82回日本胃癌学会総会でのコンセンサスマーケティングの結果を受けて、早期胃がん、進行胃がんともに5年間の観察スケジュールも考慮する必要性が生じてきた。地域連携パスを円滑に運用する前提として、胃癌治療ガイドラインと連動するとともに逆紹介を制度化する必要がある。地域連携パスの書式や病診間の連絡方法には検討の余地があるものの、診療報酬の改訂により地域連携の促進が期待される。

A. 研究目的

胃がん領域におけるコンセンサスの得られた地域連携クリティカルパスを作成し、円滑に運用できる制度を確立する。

患者の個人情報には研究対象としておらず、個人情報なしのデータを用いて検証を試みた。

B. 研究方法

当研究班で作成した胃がんの地域連携パス（早期胃がんは10年間、進行胃がんは5年間経過観察）を用いて、運用を開始した。診療所で胃がんの告知を行い、病院の病診連携室に受診申込をする。当院では1名の連携コーディネーター（1名しかいない）が対応した。連絡には、連携室と医師間のメール連絡が有用であった。また、かかりつけ医が手術や退院前カンファレンスに実際に参加した。退院後はパスに基づいて、術後1、6、12か月目の診察を病院が行い、その他の毎月診察を診療所が担当した。診療所では、胃切除後愁訴の相談、創処置、処方、血液検査などを行った。地域連携パスは、コピーを患者に持参してもらう形で、病院に提供された。

（倫理面への配慮）

C. 研究結果

連携病院は9つの病院および診療所であり、パスが適用されたのは5例のみであった。胃がんの地域連携パスは作成されたものの、運用面での準備が不十分であることが原因と考えられた。抗癌剤投与例に対しては当日検査結果を早急に知る必要があり、時間的な問題が解決されていないため、TS-1服薬症例の連携はまだ1例も経験していない。かかりつけ医の手術への参加は、2例のみであり、かかりつけ医が忙しい合間を縫って手術に参加することは難しいといわざるを得ない。カンファレンスに参加することも時間的に難しいことがあり、さらなる工夫が必要である。患者からはかかりつけ医が手術に参加したことや、地元で継続して診療を受けられることに対して感謝された。かかりつけ医には、外科医としての経験が生かせる満足感があり、病院医

師は外来診療の負担が軽減されるというメリットがあった。

D. 考察

初発単発性治癒切除胃がんデータを根拠として胃がんの地域連携パス(Stage IおよびStage II, III)を作成し運用を試みたが、未だ軌道にのるには至らず、期待する結果は得られなかった。今後は運用面で地域連携パスを軌道にのせる工夫をし、実臨床の一環として認知されるように努力するとともに、定期的な術後フォローアップが延命に寄与しているか否かについて科学的に検証していく必要がある。

第82回日本胃癌学会総会において350名の外科医を対象にアンサーパッドを用いてコンセンサスミーティングを行った結果、胃がん術後の経過観察期間に関する質問に対しては「早期胃がん、進行胃がんともに5年間の観察が良い」との意見が69%と最も多く、「早期胃がん、進行胃がんともに10年間の観察が良い」が26%、「早期胃がんは10年間、進行胃がんは5年間の観察が良い」は予想に反して5%のみであった。この問題に関しては未だに議論中であり、胃癌治療ガイドラインの作成が遅れているのが現状である。いずれ胃癌治療ガイドラインと足並みを揃えて、胃がん地域連携パスも改訂していく予定である。

E. 結論

第82回日本胃癌学会総会でのコンセンサスミーティングの結果を真摯に受けとめて、「早期胃がん、進行胃がんともに5年間の観察スケジュールも考慮する必要が生じた。地域連携パスの書式や病診間の連絡方法には検討の余地があるが、診療報酬改定により地域連携パスの促進が期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

梨本篤：胃がんの適切なフォローアップ計画. 癌と化学療法 36(9):1402-1407, 2009
藪崎裕、梨本篤：最新癌治療-エビデン

スで示す治療効果とコスト-早期胃癌. 外科 71(5):481-486, 2009

2. 学会発表

柏木夕香、梨本篤：当院における胃がん術後地域連携パスの今後の展開. 第82回日本胃癌学会総会(新潟)

2010/3/5

丸山美香、梨本篤：切除胃癌に対するクリニカルパス. 第82回日本胃癌学会総会(新潟) 2010/3/5

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

特になし

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

研究分担者	田城孝雄	順天堂大学医学部公衆衛生学講座	准教授
研究協力者	杉田尚史	板橋区医師会	会長
	天木 聡	板橋区医師会	副会長
	長澤義久	板橋区医師会	副会長
	水野重樹	板橋区医師会	理事
	佐藤 恵	板橋区医師会	理事
	小川勝由	板橋区医師会	
	池田 正	帝京大学医学部附属病院乳腺外科	教授
	天野定雄	日本大学板橋病院乳腺内分泌外科	准教授

研究要旨

板橋区と板橋区医師会は、平成18年12月に、共同で行政と板橋区医師会副会長・理事（検診担当・病診連携担当など）と大学病院・都立病院の専門医および医療連携専門家（有識者）からなる「乳がんの地域連携パスを考える会」を設置し、検診から、医療連携、生活支援、福祉制度の利用まで含めた乳がんの保健・医療・福祉の幅広い連携を支援することとした。

同時に、「乳がんの地域連携パスを考える会」のメンバーに、医師会の会長・副会長・理事・会員病院代表・医師会病院代表が加わった「板橋区の乳がんを考える会」を設置し、乳がんの検診から、治療、術後の経過観察、一般医療、在宅医療、介護・福祉まで、医療機関間の機能分担や連携の仕組みの構築を図った。

乳がんの治療を行った患者さんで、高血圧症、高脂血症などの疾患を持っている人の生活管理・療養管理を補助するためのツールとして、板橋区私のブレストケア手帳を作成した。地区医師会主導で、地区医師会主体の乳がん検診体制から、がん診療支援病院へ患者を照会して、手術などの専門治療を行い、その後かかりつけ医が、がん以外の診療を含めた経過観察を行い、医療連携、生活支援、福祉制度の利用まで含めた乳がんの保健・医療・福祉の幅広い連携を支援するために、乳がん地域連携クリティカルパスを補完する『ブレストケア手帳』を作成し、平成22年度改正の診療報酬にて、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うために認められた「がん治療連携計画策定料（計画策定病院）」と「がん治療連携指導料（連携医療機関）」の算定を行うために、板橋区医師会と、板橋区内のがん診療連携拠点病院を計画策定病院として、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料算定のためのネットワークを構築する。

A. 研究目的

平成19年3月28日の「がん対策の推進に関する意見交換会」の提言には、標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施及び集約的な臨床研究の実施など、医療機能の分化・連携を推進する必要があること、また、がん診療を行

う医療機関は、地域連携クリティカルパスの整備など、医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現すべきであること、さらにその際には、医師会など関係団体等と協力していくことが望ましいことなどが挙げられている。

先進事例を通して、連携パスを動かすた

めに必要な仕組み、地域医療ネットワークの構築のあり方を検討し、5大がん地域連携クリティカルパスの運用上の課題、有効性、普及促進方策を明らかにし、効果的運用システムを確立するために、がん診療連携拠点病院と郡市区医師会および地域の医療機関との連携体制の在り方を提示することを目的とする。

板橋区は 我が国のがん対策基本法案を受けて、地域の乳がん患者を地域かかりつけ医と地域専門病院が途切れのない連携体制を持って見守る。板橋区医師会、板橋区の行政（保健所、女性健康支援センター）および、区内のがん専門病院が三位一体となって、乳がん患者の支援に携わるための指針として、連携クリティカルパスを設定する。

B. 研究方法

板橋区と板橋区医師会は、平成18年12月に、共同で行政と板橋区医師会副会長・理事（検診担当・病診連携担当など）と大学病院・都立病院の専門医および医療連携専門家（有識者）からなる「乳がんの地域連携パスを考える会」を設置し、検診から、医療連携、生活支援、福祉制度の利用まで含めた乳がんの保健・医療・福祉の幅広い連携を支援することとした。

同時に、「乳がんの地域連携パスを考える会」のメンバーに、医師会の会長・副会長・理事・会員病院代表・医師会病院代表が加わった「板橋区の乳がんを考える会」を設置し、乳がんの検診から、治療、術後の経過観察、一般医療、在宅医療、介護・福祉まで、医療機関間の機能分担や連携の仕組みの構築を図った。

「乳がんの地域連携パスを考える会」は、医師会の会員に対して、勉強会・研修会を繰り返し行った。

C. 研究結果

①板橋区の乳がんを考える会の開催記録
平成18年12月19日
平成19年 7月13日
平成19年 9月13日
平成19年10月30日
（医療連携パス作業班会議）
平成19年11月 7日

平成20年 7月31日

平成20年12月16日

②板橋区の乳がんを考える会・板橋区医師会主催 乳がん講演会開催記録

平成20年 1月23日 「術後患者さんのフォローアップ」（65名参加）帝京大学医学部附属病院乳腺外科 池田 正 教授

平成20年10月16日 「地域連携クリティカルパスと診療報酬」（32名参加）板橋区医師会保険部 石川 徹 理事

「具体的な連携パスの利用方法と乳癌術後フォローにあたっての実践のポイント」

日本大学板橋病院乳腺内分泌外科 坂本明子 講師

平成21年 1月20日 板橋区における乳がん地域連携パス説明会（40名参加）

平成21年 2月24日 「がん緩和治療におけるかかりつけ医の関わり方」（56名参加）帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科 江口研二 教授 高野利実 講師

平成21年 3月 4日 「乳癌術後補助療法の功罪」（48名参加）帝京大学医学部附属病院乳腺外科 池田 正 教授

③乳がん検診研修会（年2回開催）

平成18年 2月20日 日本大学板橋病院乳腺内分泌外科 天野定雄准教授

平成18年 3月14日 日本大学板橋病院乳腺内分泌外科 天野定雄准教授

平成19年 2月15日 日本大学板橋病院乳腺内分泌外科 天野定雄准教授

平成19年 3月 6日 日本大学板橋病院乳腺内分泌外科 天野定雄准教授

平成20年 1月23日「術後患者のフォローアップ」* 帝京大学医学部附属病院外科 池田 正 教授

平成20年 2月21日「術後患者のフォローアップ」 日本大学板橋病院乳腺内分泌外科 坂本明子 外来医長

平成21年 2月24日「がん緩和治療におけるかかりつけ医の関わり方」* 帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科 江口研二 教授 高野利実 講師

平成21年 3月4日 「乳癌術後補助療法の功罪」* 帝京大学医学部附属病院外科 池田 正 教授

*:板橋区の乳がんを考える会と同時実施

板橋区の乳がんを考える会として、病院機能調査を行うと共に、勉強会・研修会時に、各種のアンケートを行い、意向調査や情報交換を行った。これにより、医療連携クリティカルパス参加メンバーの調査を行い、また医師会員の共通認識を高め、乳がんの医療連携体制構築の意識を醸成した。

当初は、がん診療連携拠点病院の専門医が中心となり、胃がん・大腸がんの連携クリティカルパスの先行事例を参考に、乳がん連携パスの開発を行った。

診療所医師および民間病院の医師会員より、より簡便で、また患者が扱い易く、記入が容易な連携クリティカルパスの要望が強く、小川勝由医師が中心となり、『板橋区私のブレストケア手帳』を作成した。

(倫理面への配慮)

患者の個人情報等に関する情報は扱わず、倫理面に配慮した。

D. 考察

『板橋区私のブレストケア手帳』は、乳がんの治療を行った患者さんで、高血圧症、高脂血症などの疾患を持っている人の生活管理・療養管理を補助するためのツールである。

がん診療連携拠点病院で手術、放射線治療、化学療法などの乳がんの治療を行った後、地域で患者のフォローアップや療養支援を行うかかりつけ医（板橋区医師会員診療所）と、がん診療連携拠点病院と連携を行うために開発された。板橋区医師会と板橋区内複数がん診療連携拠点病院（2大学病院）および公立・公的病院、行政（板橋区・保健所）との3年余の議論による成果物である。

今後、平成22年度改正の診療報酬にて、①がん治療連携計画策定料（計画策定病院）750点（退院時）、②がん治療連携指導料（連携医療機関）300点（情報提供時）が認められ、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価された。これにより、5大がんの地域連携クリティカルパスの運用は、

診療報酬の算定が可能となるので、板橋区医師会と、板橋区内のがん診療連携拠点病院を計画策定病院として、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料算定のためのネットワークを構築する。

がん診療連携拠点病院では、がんと診断された患者で、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する準備を開始する。

かかりつけ医である板橋区医師会会員診療所は、がん治療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院であるがん診療連携拠点病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。この際の診療情報提供のツールとして、『板橋区私のブレストケア手帳』を活用する。

なお、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画として、東京都・東京都医師会で作成した乳がん連携クリティカルパスを利用する予定である。

E. 結論

板橋区私のブレストケア手帳の開発に際し、様々な議論が行われ、この議論により、意思疎通が行われ、既に医師会・地域中核病院・行政の医療連携ネットワークが醸成、構築された。

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

(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