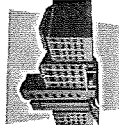


## がん拠点病院以外の医療機関

- 1 地域で中核的な医療を行う医療機関 (比較的大規模な総合病院)

総合的な急性期の医療: 地域医療支援病院



## がん拠点病院以外の医療機関

- 1 地域で中核的な医療を行う医療機関 (地域医療支援病院など)

- 2 中小規模の病院 (ケアミックス型の病院も含む)

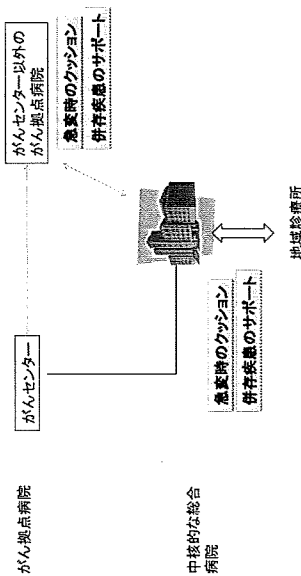
- 3 地域診療所

## がん地域連携における拠点病院以外の役割分担

当院での取り組みにおける考察と今後の展望

済生会荏苒章病院 佐藤靖郎

### 地域で中核的な一般病院の期待される役割



## がん拠点病院以外の医療機関

- 2 中小規模の病院 (ケアミックス型の病院も含む)

- 3 地域診療所

当院での取り組みを例示

## 中小規模の病院においては以下の4つの役割が考えられる

- 1 連携バスの受け手としてのかかりつけ医機能
- 2 がん専門病院からの中継地点としての機能
- 3 自らが主体となって地域連携バスを推進する立場
- 4 急変時のクッション機能 (拠点病院・地域診療所から)

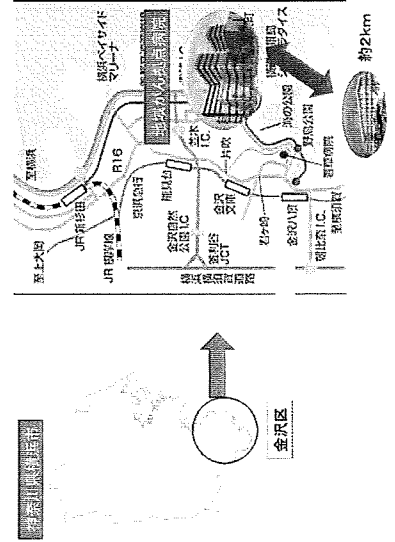
## 小括: 地域で中核的な役割を持つ非がん拠点病院の役割分担

- 1 地域で中核的な役割を担っている非がん拠点病院では、部分的にはがん拠点病院の役割に準じるものと思われる。

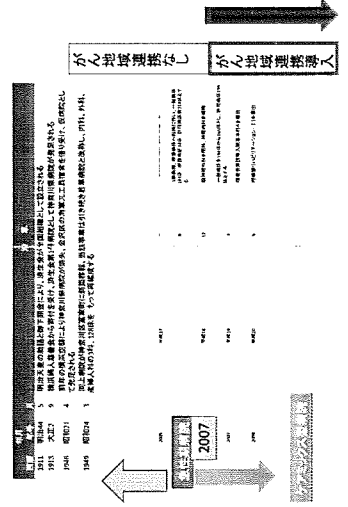
- 2 がん拠点病院からの受け手側としての役割は今後議論が必要と思われる。また必要によりがん専門病院へコンサルテーションをおこなう。

- 3 今後は併存症を持つがん地域連携クリティカルバス対象患者に対する診療を行うことで地域医療におけるサポート的役割を担うことができると考えられる。

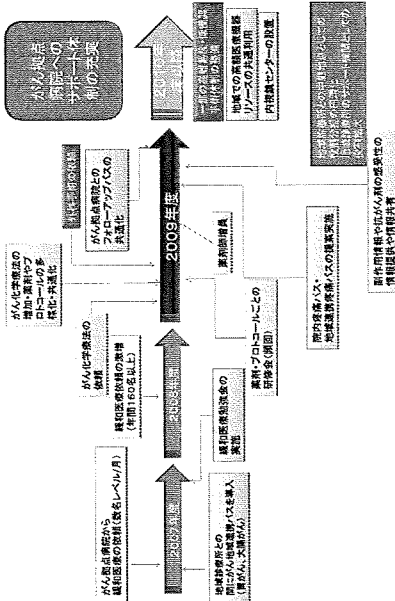
## 当院の地理的地位



## 当院の視点から見た横浜市金沢区でのがん地域連携における変遷



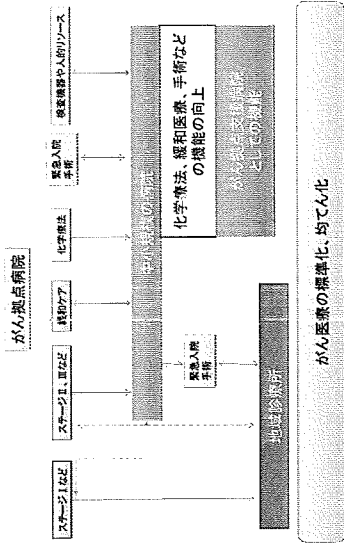
当院の拠点から見たがん地域連携の変遷



まとめ

- 1 がん診療拠点病院以外の一級病院も地域のがん医療連携の重要なメンバーであり、それぞれの機能に合わせてがん拠点病院と足並みを合わせて協力する必要がある
- 2 地域で中核的な医療を担う医療施設はがん拠点病院的な機能あるいは、併存症を持つがん地域連携クリニックやカルパス対象患者に対する診療を行うことで地域医療でのサポート的な役割を担うことができる
- 3 中小規模の施設においては、がん拠点病院と地域医療機関とのより密接な連携が必要とされ多様な役割を担うと考えられる

がん地域連携における中小規模の役割分担



がん地域連携を積極的に参加した結果わかること

- 1 がん疼痛緩和医療などへの参加に対応して、地域での貢献を行った。
- 2 緩和医療への参加に続き、化学療法への参加が求められ、その結果院内体制の充実や診療レベルの向上が図れた。
- 3 がん医療体制の充実に伴い、地域において化学療法や内視鏡、手術などにおける役割分担の割合の増大と質の変化がもたらされた。
- 4 がん地域医療において、拠点病院、地域診療所におけるサポート機能として重要であり、今後がん地域拠点支援病院としての役割が求められる。

## オープンカンファレンス がん地域連携フリティカルパス成立への道程2010

### がん「患者必携」

国立がんセンターがん対策情報センター  
がん情報・統計部

渡邊 清高

平成22年2月14日

国立がんセンターがん対策情報センター

### がん患者・家族にとって.....

適切に対処するための、  
がんについての病気の情報、  
治療の情報、  
支援についての情報、  
療養についての知識、  
経済的なこと、  
精神的なサポート、  
緩和ケアのこと、  
在宅支援や介護のこと、など

幅広い情報と解決策が求められています。

国立がんセンターがん対策情報センター

### がん対策推進基本計画から (つづき)

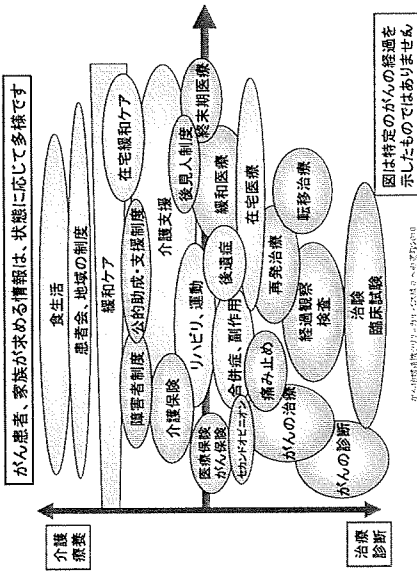
- インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があるので、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた**患者必携**を作成し、拠点病院等が診療を行っている医療機関に提供していく。
- 相談支援センターの相談員に対して研修を行う。
- がん患者本人はもとより家族に対する心のケアが行われる相談支援体制を構築していく。

国立がんセンターがん対策情報センター

### がん「患者必携」

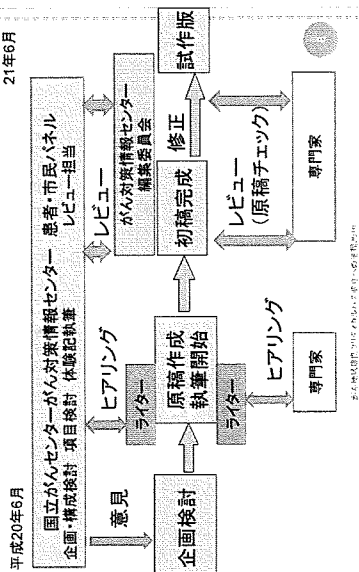
1. 患者必携のなりたち
2. 患者必携の役割と目指すもの
3. 患者必携とその活用方法の提案
4. 現状の進捗とこれからの課題について

国立がんセンターがん対策情報センター



国立がんセンターがん対策情報センター

### 試作版作成まで



国立がんセンターがん対策情報センター

### がん「患者必携」

1. 患者必携のなりたち
2. 患者必携の役割と目指すもの
3. 患者必携とその活用方法の提案
4. 現状の進捗とこれからの課題について

国立がんセンターがん対策情報センター

### がん対策推進基本計画から

(平成19年6月)

がん医療に関する相談支援及び情報提供  
(取り組むべき施策より抜粋)

- 国民が、がんをより身近なものとして捉えるとともに、がん患者となった場合でも適切に対処できるようにする必要がある。
- がん年齢に達する前からがんに関する知識を得られるようにすることに努める。
- 「がん情報サービス」の内容を充実するとともに、相談支援センターにおける電話やファックス、面接による相談等を着実に実施していく。

国立がんセンターがん対策情報センター

### がん患者必携の3本柱

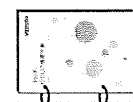
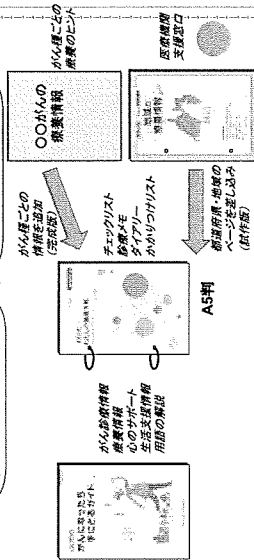
- がんの病状に応じた、がん医療・緩和ケア・在宅療養・介護支援等の情報
- 「参加型手帳」として自己の記録や情報に特化した部分
- 住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるべく、地域の特性に応じた情報

国立がんセンターがん対策情報センター

## 患者必携の全体構成

がんの冊子とセットで活用  
広く深く読める  
患者さんの病状  
親しみやすい、分かりやすい

認知決定を支える  
医療者との対話を促す  
情報収集と質問例  
いろいろな工夫を取り入れる



第1部 がん必携の活用

第1章 がん必携の活用	P.17
第2章 がん必携の活用	P.19-20
第3章 がん必携の活用	P.21-22
第4章 がん必携の活用	P.23-24
第5章 がん必携の活用	P.25-26
第6章 がん必携の活用	P.27
第7章 がん必携の活用	P.28
第8章 がん必携の活用	P.29-30
第9章 がん必携の活用	P.31

## がん「患者必携」

1. 患者必携のなりたち
2. 患者必携の役割と目指すもの
3. 患者必携の活用方法の提案
4. 現状の進捗とこれからの課題について

## 患者必携を使っていたらよかったとき

がんの診断が  
伝えられた直後

より詳しい情報を  
知りたいとき



相談支援センター



療養情報

医学情報

## 第1部

### "がん"と暮らしたとき

1. 診断を受けたらまず何をしたらいいか
2. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
3. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
4. 療養生活を送る時、何をしたらいいか
5. 相談支援センターを利用する時



## 第2部

### がんに向き合う

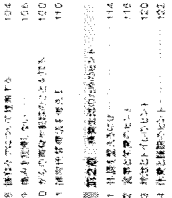
1. 診断を受けたらまず何をしたらいいか
2. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
3. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
4. 療養生活を送る時、何をしたらいいか
5. 相談支援センターを利用する時



## 第3部

### がんを知る

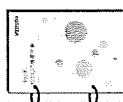
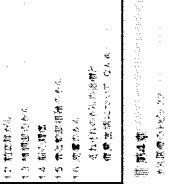
1. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
2. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
3. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
4. 療養生活を送る時、何をしたらいいか
5. 相談支援センターを利用する時



## 第4部

### がんの療養情報

1. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
2. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
3. がんの診断を受けたらまず何をしたらいいか
4. 療養生活を送る時、何をしたらいいか
5. 相談支援センターを利用する時



第1部 がん必携の活用

第1章 がん必携の活用	P.17
第2章 がん必携の活用	P.19-20
第3章 がん必携の活用	P.21-22
第4章 がん必携の活用	P.23-24
第5章 がん必携の活用	P.25-26
第6章 がん必携の活用	P.27
第7章 がん必携の活用	P.28
第8章 がん必携の活用	P.29-30
第9章 がん必携の活用	P.31

第2部 がんに向き合う

第1章 がんに向き合う	P.32
第2章 がんに向き合う	P.33-34
第3章 がんに向き合う	P.35-36
第4章 がんに向き合う	P.37-38
第5章 がんに向き合う	P.39-40
第6章 がんに向き合う	P.41
第7章 がんに向き合う	P.42-43
第8章 がんに向き合う	P.44
第9章 がんに向き合う	P.45

第3部 がんを知る

第1章 がんを知る	P.46
第2章 がんを知る	P.47-48
第3章 がんを知る	P.49-50
第4章 がんを知る	P.51-52
第5章 がんを知る	P.53-54
第6章 がんを知る	P.55
第7章 がんを知る	P.56
第8章 がんを知る	P.57
第9章 がんを知る	P.58

第4部 地域の療養情報

第1章 地域の療養情報	P.59
第2章 地域の療養情報	P.60
第3章 地域の療養情報	P.61
第4章 地域の療養情報	P.62
第5章 地域の療養情報	P.63
第6章 地域の療養情報	P.64
第7章 地域の療養情報	P.65
第8章 地域の療養情報	P.66
第9章 地域の療養情報	P.67
第10章 地域の療養情報	P.68



## がん医療における課題

- (1) 医師患者関係の移りかわり  
告知や病状説明、セカンドオピニオンなど  
知る権利、伝える責任、知らないでいくという選択、...
- (2) がん医療の体制整備  
医療者の研修と理解、医療や介護現場での状況  
医療・緩和ケア・在宅・介護との連携  
地域医療、費用負担  
がんの營養や、知識や理解の普及 など
- (3) 関係者が一体となった取り組み  
関係者(国、都道府県、市区町村、医師会、専門学会、医療機関、医療者、患者と家族、市民、など)による、  
患者さんを支える仕組み

## 患者必携の位置づけ

- (1) 患者さんと医療者の対話を促す取り組みが広がる治療や療養について信頼でき、役に立つ情報が広く伝わる
- (2) がん医療の体制整備  
普及啓発、地域発の情報提供モデル  
医療・緩和ケア・在宅・介護との連携 など  
自分らしい生き方ができるような支援の輪
- (3) 患者さん目線のがん対策の取り組み  
がん対策の取り組みを「みえる化」する  
先進的な良い事例を知ることができる

がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

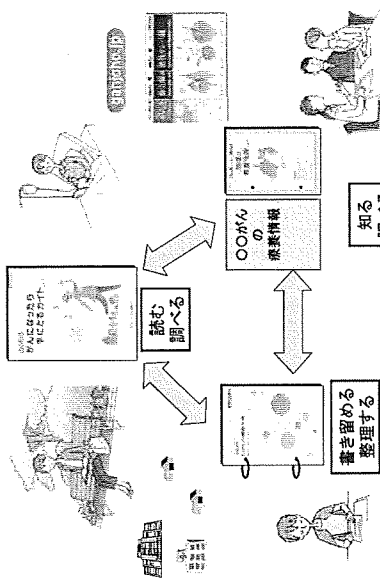


22

## 患者必携に現在含まれていない内容

- (1) 病状説明や告知にかかわるものではない医療者との対話が、まず大切
- (2) すべてのがん情報が含まれているわけではない(最新の治療・臨床試験・薬剤情報・支援制度など) インターネット、別冊による入手、直接の相談の方がよい場合も
- (3) 家族向け、地域向け、職場向けの必携情報  
在宅支援、介護、地域コミュニティ、休業支援、就労支援、

がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加



23

## 試作版公開以降の活動

- H21年 6月 試作版をがん情報サービスから公開  
Webアンケート(51件、12月まで)  
7月 全国がん対策関係主要議員会議、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会で紹介  
市民向けがん情報講演会(652名)  
普及方法について検討  
7月~ 推進協議会メンバー等にヒアリング(6名)  
9月 患者・市民ハネルに「内容と構成」普及の進め方に関するアンケートを実施(68名回答)  
10月 完成版におつけた患者市民ハネル検討会(46名参加)  
10~1月 6施設で試験配布(第3次対がん連携班(患者+医療者))  
茨城県立中央、栃木がん、四国がん、高知医療センター  
琉球大学  
(医療者のみ)静岡がん  
拠点病院に対するアンケート(同研究班)

平成22年 1月

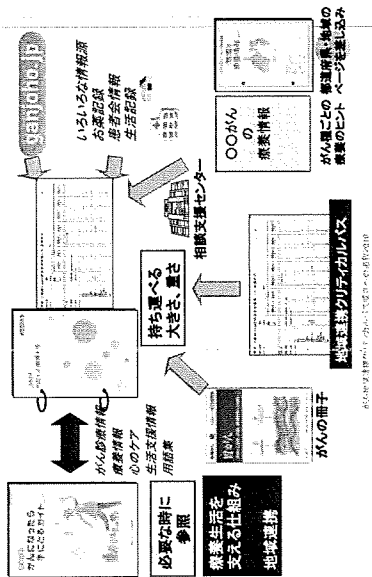
がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

## がん「患者必携」

1. 患者必携のなりたち
2. 患者必携の役割と目指すもの
3. 患者必携の活用方法の提案
4. 現状の進捗とこれからの課題について

がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

## 患者必携・連携パスを活用する



がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

## がん「患者必携」

1. 患者必携のなりたち
2. 患者必携の役割と目指すもの
3. 患者必携の活用方法の提案
4. 現状の進捗とこれからの課題について

がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

## ～平成21年12月 患者必携(試作版)へのご意見募集



- ・患者必携は、患者さんにとって役立ちそうですか。
- ・内容はわかりやすいですか。
- ・追加した方がよい項目はありますか。
- ・充実させた方がよい情報はありますか。
- ・がんの病気や療養のことで調べたいとき、参考にしますか。
- ・そのほか、ご意見、ご感想、ご提案をお寄せください。

がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

がん情報サービス 各種がんシリーズ 25冊 4年以内5種追加

平成21年10月～  
第3次対がん必携班・試験配布による評価検討

実施時期	実施地域	配布枚数	配布状況	返却率	回収率	評価	備考
21年10月	担当医師が 外業、病棟で あり	50名	終了	70%	2月以降	21年12月	担当医師が外業 により、担当 医師が外業で あり
21年10月	担当医師が 外業、病棟で あり	50名	終了	80%	2月以降	21年12月	担当医師が外業 により、担当 医師が外業で あり
21年10月	担当医師が 外業、病棟で あり	50名	終了	90%	2月以降予定	21年10月	担当医師が外業 により、担当 医師が外業で あり
21年10月	担当医師が 外業、病棟で あり	50名	終了	90%	2月以降予定	21年10月	担当医師が外業 により、担当 医師が外業で あり

22年1月現在

配布に向けた方針(案)

がんの診断が伝えられて間もない時期の患者に  
担当医師の指示により  
担当医師、看護師、相談員等医療機関スタッフから  
医療機関にて渡す



1. 都道府県拠点病院等、配布体制が整備された拠点病院から配布を開始する
2. 配布施設については、各都道府県で決めていただく(当初は、施設を限定し、段階的に増やしていく)
3. 受注・配達センターを準備し、配布施設からの連絡で配達する
4. 配布施設のためのマニュアル等の作成
5. 必須に関する問い合わせ窓口を用意する
6. 認知度向上のための広報を実施する

上記体制が整う平成22年度後半を配布開始を想定する。

第11回がん対策推進協議会資料より 平成21年12月

がん対策推進協議会

患者必携試作版に対する意見のまとめ

＜内容と構成について＞

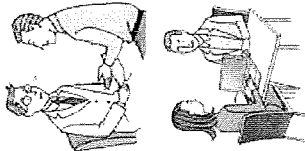
1. 各がん種別の部分を含める必要はないのでは
2. 用語集を充実させるべき
3. 「患者さんの手配」がもっとあった方が良い
4. 手にとるガイド(試作版はA4判)も、大きさを統一し、携帯できるようにした方がよい。
5. 地域情報の作成は、各地域で取り組むことが望ましい

＜配布方法、普及の進め方について＞

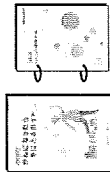
1. まずは、新たに診断された方を優先するべき
2. ただ、渡すだけでなく、医療者から使い方などについての説明が必要
3. 医療者についても、十分な説明が必要
4. しっかりと体制が整った施設から、配布を始める
5. すべての医療機関に配布をおこなうなど、広く存在を知らせることが必要
6. 配布施設について、まずは、拠点病院からということが良いが、地域の実況等踏まえ、各都道府県の推進協議会で検討するのが良いと考える。

がん対策推進協議会

ご清聴ありがとうございました



がんを知り  
がんと向き合い  
がんに負けない社会の実現をめざして

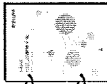


32

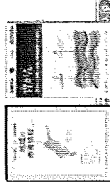
患者必携完成版に向けた方針

1. 「がんになったら手にとるガイド」のサイズ変更 (A4判→A5判) 文字サイズはそのまま
2. 各がん種の療養情報を〇〇がんの療養情報として分冊化  
胃がん、大腸がん、食道がん、乳がん、肝臓がん、肺がん、血液・リンパのがん、小児がん、食道がん、食道がん、胆道と膵臓のがん、子宮・卵巣がん、腎臓・尿管・膀胱のがん、前立腺がん、頭頸部のがん、皮膚のがん、脳のがん、骨と軟部組織のがん、皮膚のがん、頭頸部のがん、脳のがん、(16種類)
3. 用語の解説・「患者さんの手記」を追加
4. 地域情報について、ひな形を示すのみとし、各都道府県版の作成は都道府県に委ねる

必携セット



必携ファミリー



オーブンカンファレンス  
「がん地域連携クリティカルパス」の構築2010  
2010年2月14日 東京女子医科大学

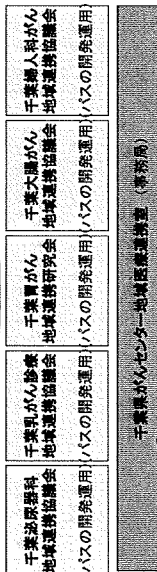
## 千葉県がんセンターにおける 地域連携クリティカルパスの 現況

千葉県がんセンター 地域医療連携室  
丹内智美



### 研究会方式による 地域連携パスの開発と運用

千葉市および周辺地域の医療機関  
(地域連携クリティカルパスに基づく連携診療)



### 地域連携パス開発・運用における 千葉県がんセンターの連携担当者

<b>地域連携コーディネーター</b> (院内呼称) 外来看護師 (地域連携パス担当)	地域医療連携室 看護師 ●地域連携システムのマネジメント ○地域連携パス開発・運用の管理 ○連携ネットワークの構築と管理 ○患者中心の地域連携パスの研究
<b>地域連携マネージャー</b> (院内呼称)	●個々の患者に対する連携支援 ○パス適用時のオリエンテーション ○連携先医療機関選定の助言 ○再受診(再発)時の介入

### 千葉県がんセンター 地域連携のビジョン

患者中心の「地域チーム医療」の推進

- がん患者を「地域の医療チーム」で診る
- 地域内での医療機関で診療を受けても、がん医療の質が保証される
- 患者が安心して連携診療を受けられる

以上を実現するためのツールとして、地域連携クリティカルパスを位置づける

### 地域連携パスの種類と開始

地域連携パスの名称	開始日
PSA経過観察	2007年11月
前立腺全摘後経過観察	2007年11月
放射線治療後経過観察	2008年12月
内分泌療法	2007年11月
TUR-Pt後経過観察	2008年7月
BCG注入療法	2008年7月
睾丸腫瘍内分泌療法あり	2008年7月
睾丸腫瘍内分泌療法なし	2008年7月
中リスク内分泌療法あり	2008年7月
中リスク内分泌療法なし	2008年7月
低リスク内分泌療法あり	2008年7月
低リスク内分泌療法なし	2008年7月
胃がんESD後経過観察	2008年11月
結腸癌Stage I・II術後経過観察	2008年10月

### 千葉県がんセンターにおける 地域連携マネージャーの役割①

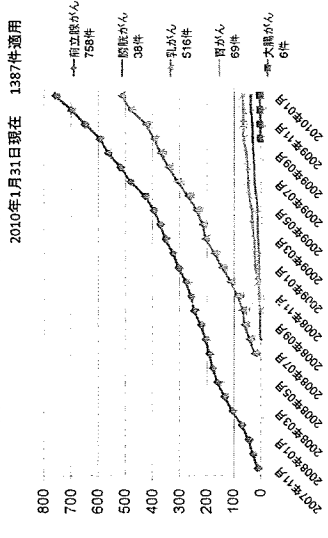
- 内容
- 地域医療機関のヒアリング(個別訪問)
  - 地域医療機関の合意形成の媒介
  - 地域連携パス基本設計原案の作成
  - 地域連携パス関連書類の作成
  - 地域連携パス運用状況のモニタリングと問題の解決

### 地域連携パス開発の経緯

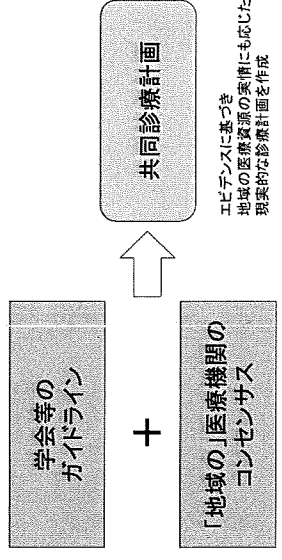
- 2007年より地域連携パスの開発に取り組み始めた。
  - 2007年11月 前立腺がんの地域連携パスの運用開始
  - 2008年7月 乳がん、膀胱がん
  - 2008年11月 胃がん
  - 2009年10月 大腸がん
- について15種類の地域連携パスを開発・運用
- 2010年3月 子宮頸がん 運用開始予定(5種類)

現在、在宅緩和ケアの地域連携パスを開発中

### 地域連携パス適応件数の推移



### 地域連携パス(共同診療計画)の作成



## 地域連携パス参加候補施設への説明と参加意思の確認

- 地域連携パス(診療役割分担)の設計
  - ・パス参加に必要なとなる知識・経験を「施設要件」として明記
- 個別訪問によるパスの説明
  - ・パスの概念、設計、運用方法等について説明
- パスへの参加は「手上げ方式」
  - ・施設要件を満たしているかは自己判断
  - ・どのパスに参加するかについても自己申告

## 地域内の医療資源の調査方法

- 千葉県がんセンター医師からの紹介
- 各科への紹介元医療機関
- 個別がん検診施設、検診精密検査施設
- 協議会、研究会の参加施設
- インターネット(ホームページ)

地域連携パスを使用した  
「患者中心の地域チーム医療の推進」  
(ラビジョンを共有するために医師を直接訪問  
「対面」を説明)

## 連携医療機関数

2010年1月31日現在

連携医療機関	連携診療担当施設	
	登録施設	パス運用施設
前立腺がん・膀胱がん	2	34
胃がん	1	26
乳がん	2	16
大腸がん	3	6

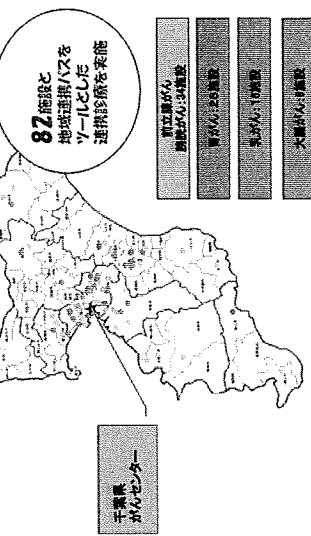
## 千葉県がんセンターにおける地域連携マネージャーの役割②

- 地域内の医療資源の調査
- パス参加候補施設のスクリーニング
- 候補施設へパスの説明と参加意思の確認(個別訪問)
- 連携参加施設数の継続的な拡大
- 院内運用フローの整備

### 連携ネットワークの構築と管理

## 連携医療機関の所在地

2010年1月31日 現在



## 泌尿器科領域がんの地域連携クリティカルパスにおけるバリアンスの分析

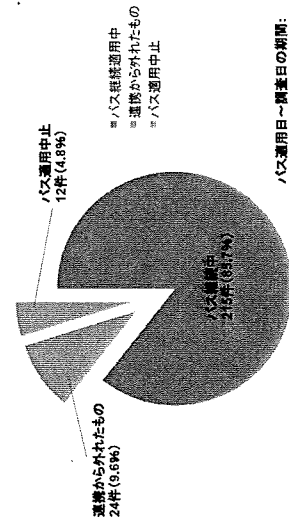
- 目的
  - ・泌尿器科領域がん地域連携クリティカルパスの運用状況を調査する
  - ・バリアンスの分析を行い、パス設計の妥当性について検討する。
- 方法
  - ・対象: 2007年11月から2008年10月までの1年間にパスを適用した251件
  - ・方法: 2009年1月末日時点の運用状況についての調査
    - ・連携医療機関13施設、郵送によるアンケート
    - ・当センター: 診療録より調査

## 連携から外れた24件の受診状況分析

- 診療の継続あり
  - ・他の医療機関を受診している 16件 (67%)
  - ・連携医療機関を受診している 9件
  - ・パス運用開始病院を受診している3件 4件
- 診療の継続なし
  - ・どこかの医療機関も受診していない 4件 7件 (29%)
  - ・一度は連携医療機関を受診したが継続的な受診をしていない 3件
- その他
  - ・連絡とれず 1件 (4%)
  - ・連絡とれず 1件

## 結果①

(2009.1.31時点)



パス運用日～調査日の期間:  
93～444日(中央値287日)



## バリエーション分析から……

- 連携ネットワークから外れてしまったものが全体の約1割あった
- 患者へのオリエンテーションの充実が必要であると考えられた
- 各がん種ごとに「地域連携コーディネーター(院内呼称)」を配置し、患者支援の質の向上を図った

## 千葉県がんセンターにおける地域連携コーディネーター

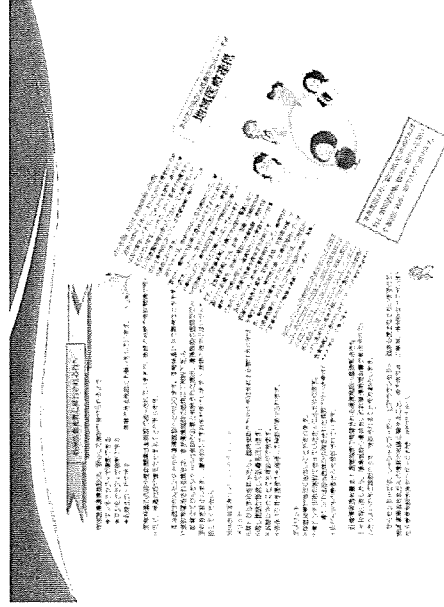
- 患者への支援の質を高める
- がん種ごとに1名任命し、外来に配置
- 個々の患者に対する連携支援

## 地域連携パス開発・運用における千葉県がんセンターの連携担当者

<b>地域連携コーディネーター</b> (院内呼称) 外来看護師 (地域連携パス担当)	<b>地域連携マネージャー</b> (院内呼称) 地域連携推進室 室長 地域連携推進室 看護師 地域連携推進室 事務員
● 個々の患者に対する連携支援 ○ パス適用時のオリエンテーション ○ 連携先医療機関選定の助言 ○ 再受診(再発)時の介入	● がん種別別、患者のニーズに応じた連携支援の提供 ● 連携先医療機関選定の助言 ● 連携先医療機関との関係構築

## 千葉県がんセンターにおける地域連携コーディネーターの役割

- パス適用時のオリエンテーション
  - 共同診療計画の説明
    - 連携後も計画に基づいた診療が継続されること
    - 再発時は迅速に当センターへ紹介されること
- 連携先医療機関選定の助言
- 再受診(再発)時の介入



## 千葉県がんセンターにおける乳がん地域連携コーディネーター

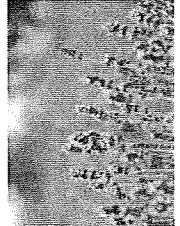
- 乳がん看護認定看護師が担っている
  - 適正な情報提供と精神的サポートにより患者やその家族が納得して治療を選択し、その人らしい生活送れるように支援

世のがんにおける地域連携コーディネーターのモデルとなっている

## まとめ

- 患者中心の地域医療連携を目指して
  - がん診療の質と安心を患者に保証し、患者中心の地域医療連携を実現するためのツールとして地域連携パスを開発
  - 外来看護師が「地域連携コーディネーター(院内呼称)」を担い、質の高い患者支援を提供(患者への直接的な安心の提供)
  - 地域医療連携室の看護師が「地域連携マネージャー(院内呼称)」を担い、地域連携システムのマネージメントを行って医療の質を保証した地域連携を推進

難病の連携調整 - 愛媛県難病医療連絡協議会の取り組み  
 ~ 保健所と共に 多職種チームカンファレンスを軸にしたネットワーク ~  
 「今後のがんの地域連携について (愛媛県)」



独立行政法人 愛媛病院 地域医療連携室 (愛媛県)  
 愛媛県 難病医療連絡協議会 難病コーディネーター  
 四国がんセンター がん相談支援 情報センター: 地域連携担当 保健師・看護師  
 愛媛県 緩和ケア推進センター 相談員 生駒

I. 難病の連携調整

在宅・医療機関・地域 (保健所) を軸にした  
 「多職種チームカンファレンス」による地域連携

- (POINT)
- 初回インフォームドコンセンスト〜グリーフケアまで
  - 多職種多事業所チームで地域で支え合う連携体制
  - 一番大事な事は  
 顔を含ませて、足を運んで、  
 手を繋いで、気持ちを含ませて

難病医療連絡協議会とは

- 愛媛は全国で13人目
- 現在、難病「デネカ」は全国で31都道府県、計41人
- ~ 事業内容 ~  
 難病研修会の開催 各種情報提供  
 患者相談 グリーフケア  
 病院・関係機関とのネットワークづくり  
 地域を主体にしたレスパイト受け入れ病棟の確保  
 その他・・・各保健所開催の難病連絡協議会への参加等

事業の実施内容は各県の自由裁量による  
 愛媛県の場合は、保健所を軸にした多職種カンファレンスで  
 地域からボトムアップする方式

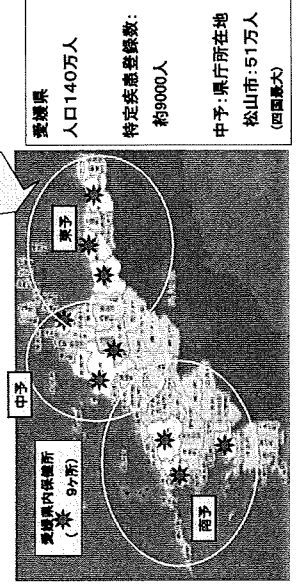
自己紹介  
 准看護師 → 看護師 → 保健師学校卒業後  
 ↓ 聖マリアンナ医科大学 → 腎臓外科・眼科・救急の病棟Ns  
 (27年経歴)

- ↓ 「滋賀県東部保健センター」 ⇒ 保健師
- ↓ 「松山市役所」 国民健康保険給付課 ⇒ 保健師・システム管理
- ↓ 愛媛県 「国民健康保険団体連合会」 介護保険課 ⇒ システムエンジニア
- ↓ 愛媛県 「難病医療連絡協議会」 (県庁内) ⇒ 難病「デネカ」・保健師
- ↓ 「北海道大学病院」 地域医療連携センター・・・主にがん・難病 ⇒ MSW・NS・診療情報管理士

平成 19年 愛媛県 「難病医療連絡協議会」 兼 「愛媛病院」 地域医療連携室 から ⇒ 難病コーディネーター、MSW・保健師、地域連携コーディネーター  
 平成 21年 四国がんセンター がん相談支援・情報センター  
 27年 7月 地域連携担当 保健師・看護師 地域連携アドバイザー から ⇒ 愛媛県 緩和ケア推進センター 相談員



愛媛県 難病医療連絡協議会  
 ● 神経内科認定医: 十数人(すべて松山市内)  
 ● 診察をつけるのは松山(中予)の総合病院・大学の医師のみ  
 ● 在宅は地域の神経内科でない医師がフォロー



難病における連携導入〜ネットワーク構築のながれ

1. 診断医から依頼: インフォームドコンセンスト同席  
 → Co・PHNは、患者家族の生活する地域の医療・介護体制の現状、療養時の経済面等説明
  2. 拠点病院(愛媛病院)や地域の医療機関のレスパイト入院時、必ず地域スタッフを交え定期カンファレンス  
 → 「空職種・多事業所チーム」「レスパイト入院先」を整えて退院
  3. コーディネーターと保健所保健師が中心になり  
 地域で「多職種多事業所チーム」を継続的に調整・フォロー  
 → 「自宅訪問」や「地域医療機関訪問」  
 「地域での多職種多事業所チームカンファレンス」で常にフォローアップ  
 ↓ 在宅を軸にしたレスパイト入院を繰り返しながら療養生活  
 \*ほとんどの方が自宅まで最期を迎える
- ぐくなった後は みんなんが自然と声を掛け合い自宅訪問し、  
 チームでのグリーフケア → 遺族、スタッフへのフォロー

今日のお話

I. 難病の連携調整

在宅・医療機関・地域 (保健所) を軸にした  
 「多職種チームカンファレンス」による地域連携

II. 今後のがんの地域連携について (愛媛県)

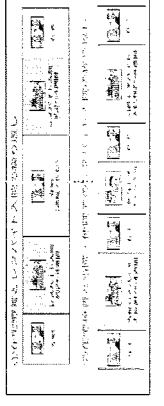
難病医療連絡協議会と愛媛病院(拠点病院)

近くは大学病院と同じ難病の四国がんセンターやリハビリ、一般病棟などがあり、連携している

難病医療連絡協議会 ~ 愛媛県 委託事業 ~ H13年2月に発足: 事務所は県庁健康増進課内(4年間) → 北大病院地域連携室へ OH19年5月から: 愛媛病院へ「拠点病院」の委託(3年目)	愛媛病院 地域連携室 <主に難病> ケースバイケースで難病以外も <難病以外> 内科・呼吸器科 消化器内科 整形外科など 産科・重心病棟 師長、専任Ns、MSW、事務、医師
---	--

レスパイト入院 (介護休暇目的) とは?

レスパイト=「一時休止」「休息」  
 「入院希望が多い中、貴重なベッドをみんなで分ける公平性の確保」★県からの補助金なし・利用手続き不要  
 「基本は地域の医療機関をレスパイト入院先上」で拠点病院はサブで  
 <入院中には>  
 本人... 全身体験・NIPPV・人工呼吸器のケア、集中リハ、  
 ITエビデンスの導入・計定、薬のOTD-ルなど  
 家族... 次の入院が決まっていることで自撮りでき、在宅でより良い介護・療養を継続



レスパイト先  
 1 力所と在宅

レスパイト先  
 2 力所と在宅

参考資料:  
 愛媛病院様本Dr

### インフォワードコンセンセント・カンファレンス時のポイント

○入院中に多職種カンファレンスを複数回開催  
～地域の受入れ病院・在宅ケアも同様。同じ場で聞くのが大善～  
★乗組の同意・コミュニケーション・人工呼吸器等も手に触れず

- ① 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居
- ② 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院
- ★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る
- 基本は地域で在宅療養(全国共通)
- 貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保
- 退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院



医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

### 難病におけるサービス導入のポイント

① 初回より同居  
本人家族増え取り付く  
状態をチームで確認

② 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居

③ 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院

★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る

○基本は地域で在宅療養(全国共通)

○貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保

○退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院

医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

主治医：拠点病院(愛媛病院)または、地域のレスパイト病院

① 初回より同居  
本人家族増え取り付く  
状態をチームで確認

② 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居

③ 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院

★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る

○基本は地域で在宅療養(全国共通)

○貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保

○退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院

医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

### 難病におけるサービス導入のバス

① 初回より同居  
本人家族増え取り付く  
状態をチームで確認

② 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居

③ 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院

★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る

○基本は地域で在宅療養(全国共通)

○貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保

○退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院

医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

主治医：拠点病院(愛媛病院)または、地域のレスパイト病院

### 難病におけるサービス導入のバス

① 初回より同居  
本人家族増え取り付く  
状態をチームで確認

② 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居

③ 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院

★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る

○基本は地域で在宅療養(全国共通)

○貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保

○退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院

医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

主治医：拠点病院(愛媛病院)または、地域のレスパイト病院

### グリーンケア数と内容

～グリーンケアは特別なことではない自然で当たり前のこと～

- ・がん、訪問、保健所など誰がということもな  
く声かけあい、関わって多職種ケアで訪問
- 遺族と故人を共に関係
- 「苦しかったことよりも楽しかった思い出を語り合い合うことが多い」
- 「今更には介護している時が楽しかった...」とち  
「これでよかった、これがかかった」とい  
う思いを共有
- 残された遺族へのフォロー  
例) 知居になった遺族へ介護保険料の開始  
チーム内の市町村保健師、がん等が
- 例) 社会活動への参加援助：難病医療連絡協議会  
や保健所協議会での講演をお願い

↓他のチームのスタッフ教育・意欲アップに

年度	件数
H14	2
H15	9
H16	9
H19	7
合計	27

### 難病コーディネーターの役割・活用方法

- 「第3者」の立場を最大限に生かして動きやすい状況を作る人  
(医療・看護・介護・福祉・行政側へ)
- 県内バックベック・レスパイトベッドの空き状況把握・コントロール
  - ケアマネ、訪問、訪問診療などの空き状況把握
  - 保健所に軸に多職種チーム・医師、入居施設との人間関係調整
  - 情報の共有化・フィードバックする媒体、通訳、緩和ケア、調整役
  - チームスタッフの介護度劣度チェック・カウンセリング
- (本人・家族側へ)
- 介護度劣度劣化リ・ケアリ、○家族内・スタッフとの人間関係調整
  - チームカンファレンスを通して
  - ★多職種チームによる患者家族教育、  
関わるメンバー構成によるコーディネーター・スタッフ教育
  - 多職種チームで、一緒に動いている中から、自然にみんなの中に役割  
分担ができていき、最後に今になって「難病のバス」が出来上がった

### 「足で移さず」顔を合わせた地域を主体にした連携チームへの支援・調整

① 初回より同居  
本人家族増え取り付く  
状態をチームで確認

② 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居

③ 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院

★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る

○基本は地域で在宅療養(全国共通)

○貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保

○退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院

医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

主治医：拠点病院(愛媛病院)または、地域のレスパイト病院

① 初回より同居  
本人家族増え取り付く  
状態をチームで確認

② 在宅調整の主治はがん、訪問、NPI、等明確。必ず同居

③ 訪問診療医・がんの決定、地域でのレスパイト入院先を確保し退院

★あくまで現時点で「どこまで対処療法・延命を止めるか決めて」(選択した内容については変更可能である旨を伝える)から退院  
→地域は今後の方向性を決まっていけない事が懸念を覚えていく上で一番困る

○基本は地域で在宅療養(全国共通)

○貴重なベッドをシェアする為に  
長期入院は原則X 地域にもレスパイト入院必ず確保

○退院時は、次のレスパイト入院退院日(目標)を決めて退院

医療者や地域が「できる事、出来ない事」を明確にし、提示しながら、どんな選択をしても、何が起きても、起きなくても、歩んでいる  
長期まで「チームで一緒に支えていく事」を本人家族に伝え、歩んでいる

### 平成20年度 難病医療連絡協議会 相談内容詳細 (継続ケース：219件)★対象者は愛媛病院内の有無を問わず

件数	件数
院内ケース	72
院外ケース	122
院内ケース	342
院外ケース	264
院内ケース	5
院外ケース	10
TEL・面談相談	2,400
メール手紙	1,140
医療機関接携	104
松山市内	45
市外	110
合計	4,612

白旗  
足踏も各々  
定時にしつかり願  
を込に願ひ合ひ、  
あめに進めし合つて  
いさめて  
患者家族調わるみん  
なのペクトルが同じ  
方向に

### II. 今後のがんの地域連携について (愛媛県)

難病の地域連携ネットワークを →がんのネットワークにも

難病	がん
愛媛病院	四国がんセンター
地域連携室(難病)	がん相談支援 情報センター
愛媛県	愛媛県
難病医療連絡協議会	緩和ケア推進センター

拠点病院からの退院支援は・・・今後ますます・・・  
 ① 転院・・・地域の受け入れ病院が減ってくる  
 ② 在宅・施設等・・・行き先がなく「独居で在宅も増加」  
 \*退院できないケースが増える(難病はレスパイト入院確保でなんとか)

これからの連携支援のキーワードは  
 患者さんやご家族、院内外スタッフと  
 ★しっかりと顔を合わせて、足を選んで  
 「行政や多職種と連携して信頼し合い支え合えるチーム」を作っておく事



多職種チームを通して連携体制を整えることで  
 生きていくこと、死んでいくことの意味を共に考える場作りとなる

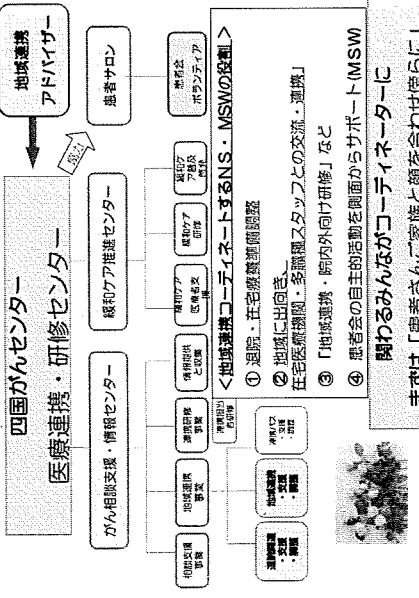
- \* 老後、地方への県外からの流入も増加。家族問題も複雑化
- ケースを受け止める「勇気、元気」を保つ為に
- 家族もスタッフも一人で抱え込まない協力体制づくり
- 力い・ほ・れが基本→その人らしさを地域で支えあう意識



☆関わってチームのみんなは、ケースの後の事もずっと気にしている。  
 「以心伝いで、分かってくれているはず。」はありえない。  
 →「少しのことでも、まめに報告連絡し合うこと」が、形を整える事より大事!!  
 関係構築の信頼関係作りが良い連携をしていく事が、本人・家族にも良い影響を与える

難病を病種に、人と人のつながりで各地域で格差した  
 「多職種・多事業所のネットワーク」が、いつの間にか  
 がんや他疾患にも生きつき、スタッフ・家族間のリスク緩和に繋がります  
 ご本人ご家族のより良い療養継続の一助になり始めています

これからのキーワードは・・・地域力アップのための「地育地



～患者さんに家族が将来困らない為に、今からしておく大事なことは～  
 「職種・所属・キャリア等」に関わらず、現場に足を運び  
 ・顔を合わせ・耳を傾げ・ゆずり合い・ゆるし合い  
 良い人脈づくりと連携をしっかりと行うこと。  
 ・お互いが信頼しあひながら良いケア  
 を継続していくことが、患者さんご家族のために



- 1) 患者さんご家族が、安心するため  
 ① 行政とのつながりも大事：本人・家族も安心  
 ② 市販の地図で「地域連携マップ」作成。連携に生かす  
 \*院内スタッフも本人・家族も地域で生活していくイメージを持つために
- 2) 院内外スタッフが、良い状態で今後も良いケアをし続けるために  
 \*愛媛の例：オフで各事業所で難しの会（アロマ・パソコン教室）

2010年2月14日

合水班 オーブンカンファレンス

# 肝がんの地域連携パス

一三鷹・武蔵野地区医療連携の取り組みー

武蔵野赤十字病院  
朝比奈靖浩

## 4者による地域医療連携会議

2008年10月～

- ✓ 武蔵野市医師会
- ✓ 三鷹市医師会
- ✓ 杏林大学
- ✓ 武蔵野赤十字病院

## 武蔵野消化器・肝疾患医療連携懇談会

2007年9月～

- ✓ 胃がん
- ✓ 大腸がん
- ✓ C型肝炎
- ✓ 肝臓がん

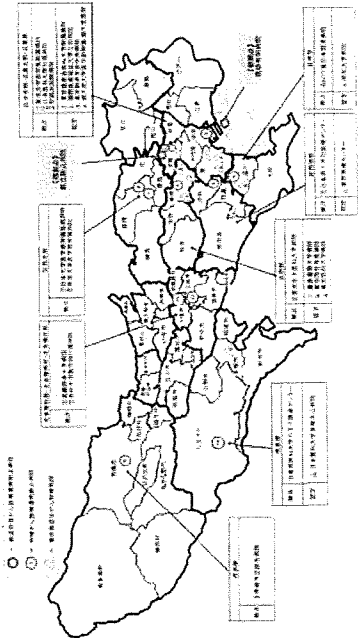


## 肝がんスクリーニング用の連携パス(画像3・6M毎)

ID	氏名	性別	年齢	住所	担当医師	備考
1	田中 太郎	男	65	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
2	佐藤 花子	女	72	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
3	鈴木 一郎	男	58	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
4	高橋 美穂	女	68	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
5	山本 健二	男	75	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
6	中村 由美	女	62	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
7	小林 大輔	男	70	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
8	渡辺 真理	女	60	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
9	伊藤 隆夫	男	78	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
10	清水 千恵	女	63	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	

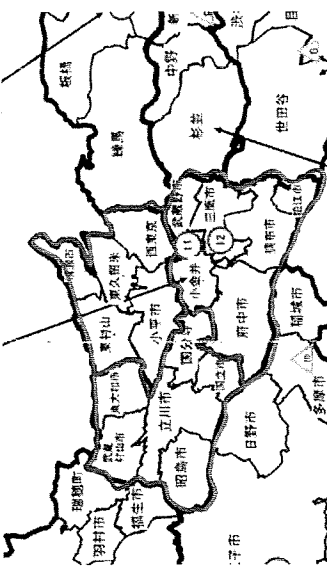
## 東京都におけるがん診療連携拠点病院および東京都認定がん診療病院整備状況

平成20年2月



## 東京都におけるがん診療連携拠点病院および東京都認定がん診療病院整備状況

平成20年2月



武蔵野赤十字病院・杏林大学病院；多摩南部・北部・西部を担当する地域がん診療連携拠点病院の指定を受ける。

## わが国の肝細胞癌の特徴

- 癌による死亡の多くを占める
  - 緊急の対策が必要
- 原因がはっきりしている
  - ハイリスク群の囲い込みが可能
  - 原因治療による予防が可能
- 肝硬変に合併することが多い
  - 腫瘍因子のみならず
  - 肝予備能が生命予後に強く関与
- 再発が多い
  - 反復可能な低浸襲治療が必要
  - 再発予防が必要

## 肝がんにおける連携パス

- ① 肝がんスクリーニング用連携パス
  - 主に、ウイルス性肝炎を対象
- ② 肝がん治療後の再発早期発見・防止のための連携パス
  - ラジオ波焼灼術・肝切除・肝動脈塞栓術を対象
  - Stage I~II, Child A~Bが対象

## 肝がんスクリーニング用の連携パス(画像4M毎)

ID	氏名	性別	年齢	住所	担当医師	備考
1	田中 太郎	男	65	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
2	佐藤 花子	女	72	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
3	鈴木 一郎	男	58	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
4	高橋 美穂	女	68	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
5	山本 健二	男	75	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
6	中村 由美	女	62	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
7	小林 大輔	男	70	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
8	渡辺 真理	女	60	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
9	伊藤 隆夫	男	78	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	
10	清水 千恵	女	63	東京都武蔵野市	朝比奈 靖浩	

① 肝がんスクリーニング用連携パス

1. 対象となる患者

2. 実施方法

3. 実施時期

4. 実施場所

5. 実施費用

6. 実施結果

7. 実施評価

8. 実施課題

9. 実施効果

10. 実施展望

② 肝がん治療後の再発早期発見・防止のための連携パス

1. 対象となる患者

2. 実施方法

3. 実施時期

4. 実施場所

5. 実施費用

6. 実施結果

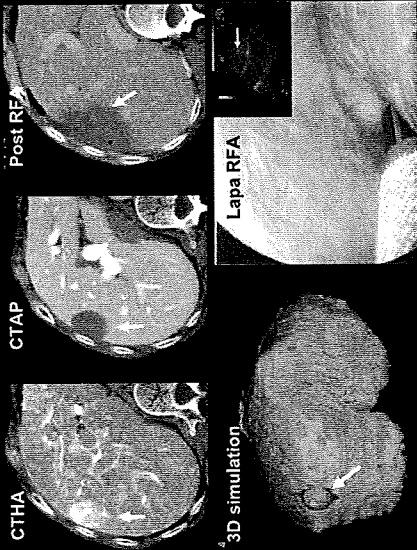
7. 実施評価

8. 実施課題

9. 実施効果

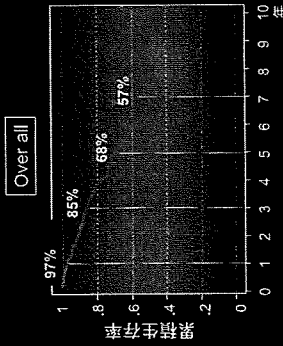
10. 実施展望

### 肝がんに対するラジオ波焼灼療法

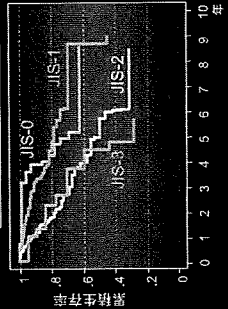


Y. Asahina et al. Digestive Endoscopy 2009

### RFAの累積生存率 (n=555)

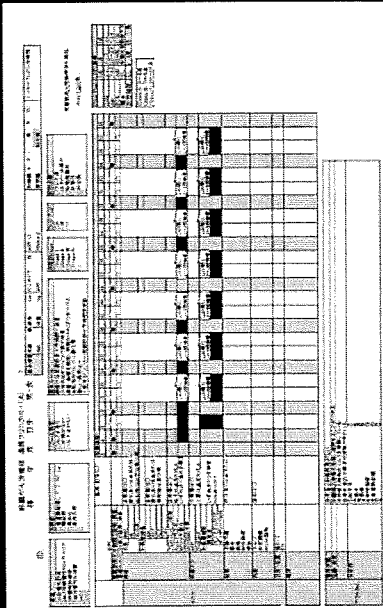


### JIS score別層別解析

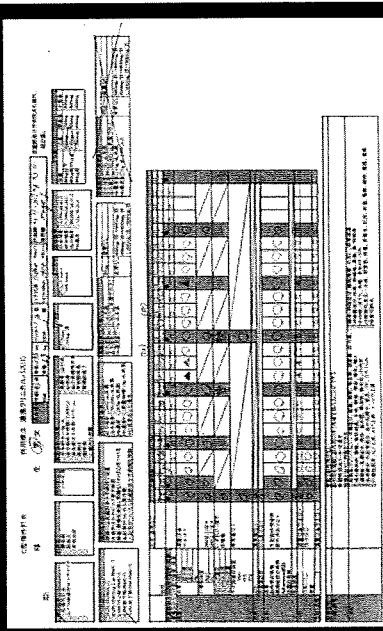


JIS score	n	1年	3年	5年
JIS0	163	99%	99%	70%
JIS1	217	98%	91%	79%
JIS2	128	92%	68%	51%
JIS3	211	95%	71%	30%

### 肝がん治療後の連携パス

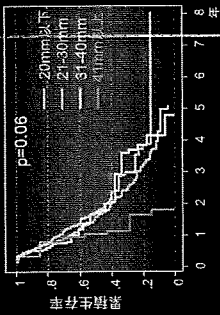


### 肝炎治療連携パスの運用例の実際



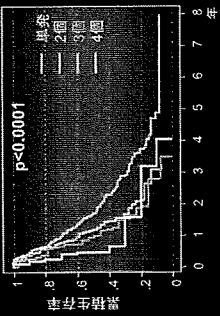
### RFA後の累積他部位無再発生存率

#### 腫瘍径別層別解析



腫瘍径	n	1年	3年	5年
20mm以下	118	70%	25%	15%
21-30mm	170	61%	22%	4%
31-40mm	59	60%	34%	-
41mm以上	108	43%	-	-

#### 腫瘍個数別層別解析



腫瘍個数	n	1年	3年	5年
1個	379	69%	28%	8%
2個	161	59%	13%	-
3個	11	49%	8%	-
4個	111	30%	20%	-

# 愛媛県のがん連携パス 運用マニュアル

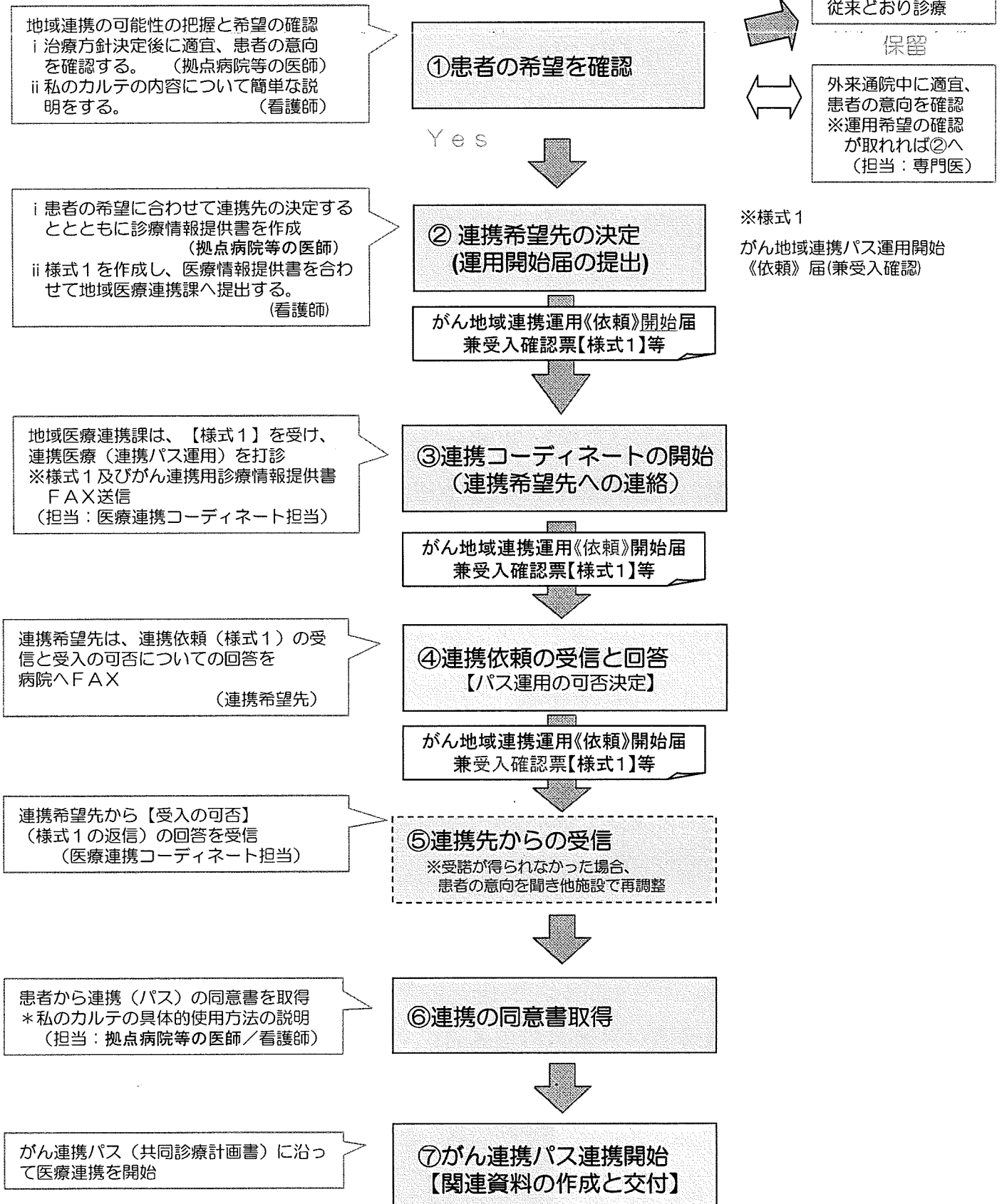
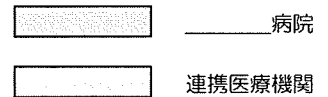
愛媛県がん診療連携拠点病院統一版

平成 22 年 3 月

- (A) 地域連携パス運用のフローチャート
- (B) 運用開始（連携医療機関決定後）の流れの図
- (C) 地域連携パスのフローチャート（逸脱）の図
- (D) 運用マニュアル記載事項
  - 1. 目的、2. 対象医療機関、3. 連携パス運用(適応)開始時期、4. 対象患者《適応規準》、5. 実施（運用）手順について、6. バリエーション対処方法。
- (E) 連携医療機関の連絡票書式
  - 1. がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）、2. 地域連携がん診療経過報告書、3. がん地域連携パス逸脱届、4. 連携パス説明同意書
- (F) がん診療連携パス導入のQ&A
  - 1. 連携パス管理と運営のQ&A、2. 患者・家族向けQ&A

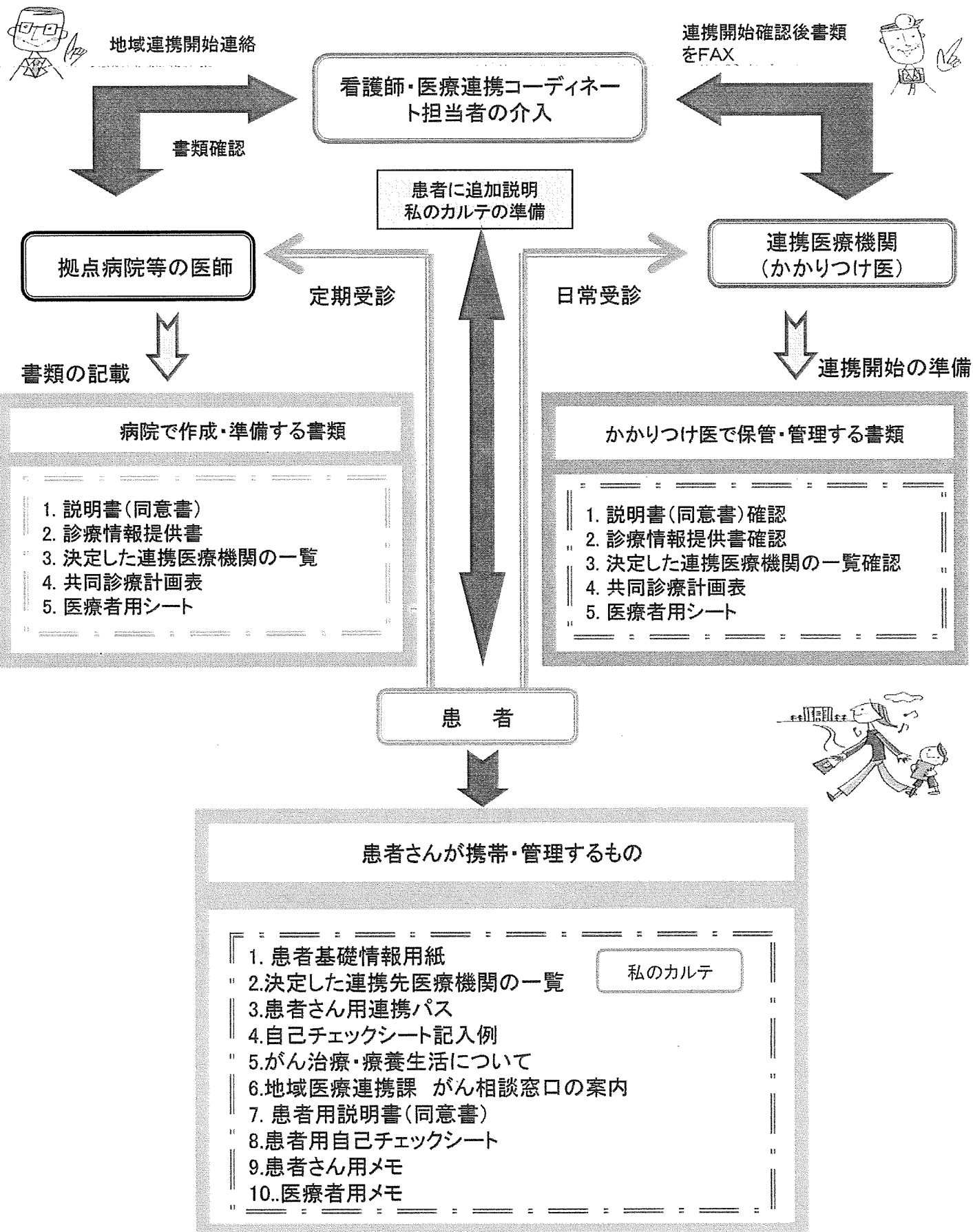
# 地域連携パス運用のフローチャート

## 《外来にて治療方針決定後》

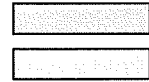




# がん地域連携パス運用開始(連携医療機関決定後)の流れ



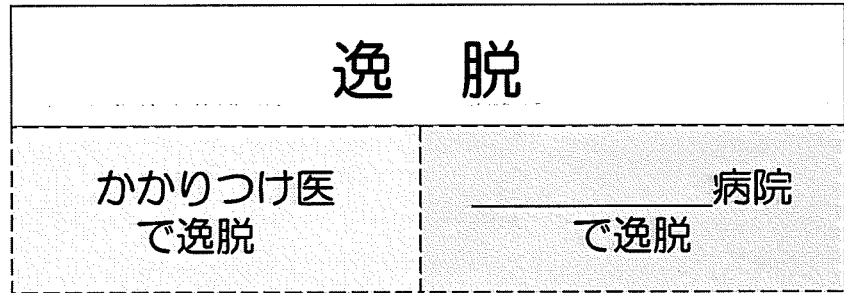
# 地域連携パスのフローチャート《逸脱》



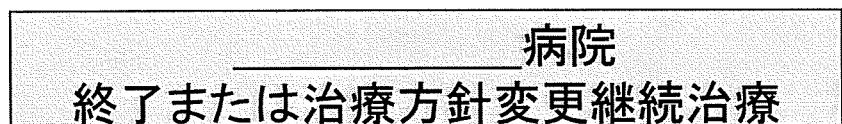
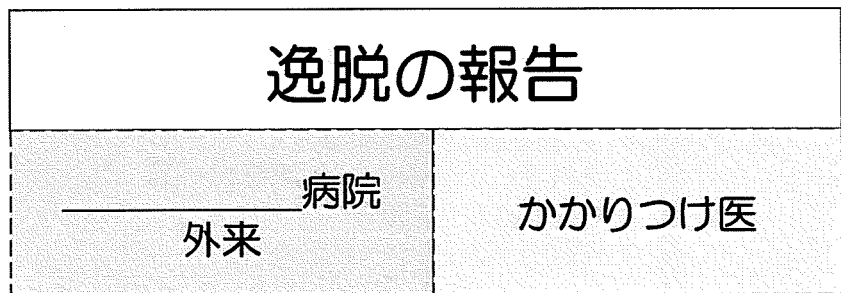
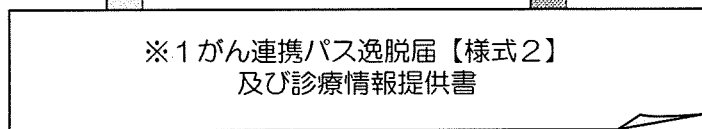
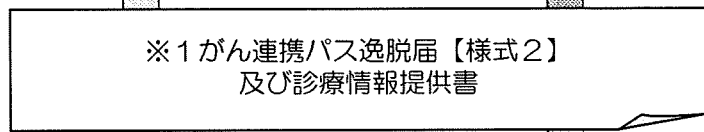
病院

連携医療機関

- ※逸脱があった場合
1. 再発、再燃による治療方針の変更
  2. 転出
  3. 死亡
  4. 本人希望
  5. その他



※がん連携パス運用の逸脱が発生した場合は、がん地域連携パス逸脱届【様式2】を作成する。  
 なお、必要に応じ診療情報提供書を併せて作成する。



# がんの地域医療連携クリティカルパス運用マニュアル

## 1. 目的

がんの地域連携クリティカルパス（以下、「連携パス」という。）は、患者に安心で質の高い医療を提供するため、連携医療機関（かかりつけ医）とがん診療拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の医師（専門医）が、患者の治療経過を共有するためのツールとして活用されることを目的とする。

## 2. 対象医療機関

連携パスを共有し、パスによるがん連携医療を希望される連携医療機関を対象とする。但し、拠点病院等における連携パスの運用、各がん治療等に関する説明会を受講（ビデオ講習含）した連携医療機関であることが望まれる。

## 3. 連携パス運用（適応）開始時期

個別の患者に対する連携パスの適応開始は専門医が判断するが、概ね下記に掲げる《適応規準》を充たした状態の安定した症例であり、かつ連携医療機関での治療が可能な患者さんを想定する。

## 4. 対象患者《適応規準》

連携パスの対象患者は、原則として以下を満たす者とする。

- ①がん治療切除術後
- ②告知済み
- ③放射線治療終了
- ④点滴化学療法終了
- ⑤直近の検査で異常なし

当面はがん治療後、症状の安定した再発の危険が少ない患者を対象として連携パスを開発する。

## 5. 実施（運用）手順について

《 運用の手順 》 ※連携パス運用のフローチャート参照

### ◆ 拠点病院等の医師（専門医） ◆

《 運用決定まで 》

- (1) 患者の希望を確認・決定と運用開始の届出・・・・・・・・・・フローチャート①②
  - ①治療方針決定後に適宜、地域連携の可能性の把握と希望の確認をする。  
（担当：専門医）
  - ②患者に連携（パス）私のカルテの内容について説明し、連携医療を内諾した場合、（外来の）看護師（連携パス担当看護師）は、がん地域連携パス運用開始（依頼）届《様式1》（以下、「様式1」という。）を作成し、連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等拠点病院ごとに担当部署を決定しておく）へ提出する。  
  
（担当：看護師）
- (2) 連携コーディネートの開始・・・・・・・・・・フローチャート③⑤  
《様式1》及び診療情報提供書をFAX送信し、医療連携機関に連携パスによる運用を打診し、受諾（受入の可否と初回受診日）を得る。

※受諾が得られなかった場合は、看護師と協働し患者の意向を聞き他施設との再調整を図る

(担当：(連携担当部署の)医療連携コーディネータ担当)

(3) 連携の同意書を取得・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・フローチャート⑥

①患者に連携希望先の連携受諾報告と連携の同意書を取得する。

※私のカルテの具体的な使用方法等の説明する。

②同意書は2部コピーし、拠点病院等・連携医療機関・患者がそれぞれ保管する。

※原本は患者(私のカルテ)が保管し、写しを拠点病院等(の診療録)に保管する。写しを連携医療機関(かかりつけ医)へも送付する。

(担当：拠点病院等の医師/看護師)

(4) 連携パス運用開始《関連資料の作成と送付(交付)》・・フローチャート⑦

①医療者用の連携パス一式の準備と連携医療機関への送付

(担当：(連携担当部署の)医療連携コーディネータ担当)

《運用開始後》

(1) 連携パス運用開始《関連資料の作成と送付(交付)》・・フローチャート⑦

①医療者用の連携パス一式の準備と連携医療機関への送付

ア 連携パスの作成

拠点病院等(の医師)は治療方針に従い共同診療計画書を決定し、共同診療計画書(写し)を保管します。

イ 連携医療機関(かかりつけ医)への連携パスの送付

拠点病院等は、患者の退院時に、診療情報提供書とともに、共同診療計画書(原本)を連携医療機関(かかりつけ医)へ送付します。連携医療機関(かかりつけ医)へは原則として当該書類を患者が持参することを想定していますが、医療機関ごとに連携担当者が「患者に手渡しする」、「連携医療機関(かかりつけ医)へ直接届ける・郵送する」など送付方法を確定しておくこととします。

ウ 連携医療機関(かかりつけ医)への連絡【定期受診時】

拠点病院等は定期受診時、「地域連携がん診療経過報告書」《必要に応じ、検査データ、所見、医療者シート(写し)等》を患者に託します。連携医療機関(かかりつけ医)への報告は、患者が当該報告書を持参することを想定していますが、状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。

エ 患者への連携パスの交付

拠点病院等は、患者へ「私のカルテ」を交付します。

※その他、患者保管用として必要に応じて共同診療計画書(写し)を別途交付することも可能です。