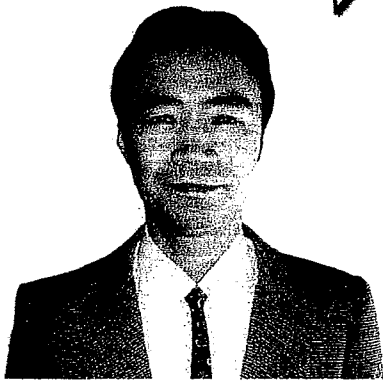


肺がんの 地域連携パス活用と 連携体制構築

徳島県立中央病院



住友正幸 徳島県立中央病院
外科総括部長
診療情報センター長
医療局次長

【すみとも・まさゆき】1981年徳島大学医学部卒業。第二外科入局後、大学院。助手を経て、1995年より徳島県立中央病院勤務。現在、外科総括部長、診療情報センター長、医療局次長を兼務。診療情報管理士、呼吸器外科専門医。

患者の要望から生まれた 連携パス

がん対策基本法の成立に伴い、地域連携パス（以下、連携パス）がにわかに脚光を浴びてきた。「がん診療連携拠点病院」の指定要件であり、都道府県の責務でもあるこの連携パスは、ようやく各地において整備が進みはじめた。しかし、連携パス本来の目的である「連携体制構築」となると、まだまだ問題が山積している。

その理由としては、連携における役割分担の線引きが必ずしも容易でないことが挙げられるが、それにも増して、病院・診療所と連携の中心であるべき患者との間で、連携に対する考えに若干のずれがあるからではないかと思われる。

連携パスは「がん対策推進協議会」において、「切れ目のない、見放さないがん医療」などを求める患者側からの要望により、「がん対策推進基本計画」に盛り込まれるようになったと聞き及んでいる。これは、がんの連携体制を考えていく上で忘れてはならない目的の一つであろう。すべてのがん患者が、常に切れ目なく、あるいは責任ある医療の中で完治し、緩和医療の中で看取られていく体制づくりが急務である。

しかし、そのためには、各々の地域で、各々の役割を果たせるリソースが存在することが前提になる。かつて、病院完結型の医療を行っていた時代とは異なり、地域完結型の医療提供をがんの分野でどのように構築していけばよいのだろうか。

本稿では、当院で導入・施行してきた肺がん術後の連携パスの変遷を踏まえ、現在の連携体制の実態と今後の方向性について述べたい。

肺がん術後連携パス導入の経緯

院内パスの時代

当院では、1999年に当院最初のパスとして、「肺切除術後パス」が看護研究の一環として作成された。その当時は、患者への「入院診療計画書」としての意義や、診療所への治療内容の連携といった考えはあまりなく、救急病院であるが故の多忙化の中で、治療の均質化と職種間（医師—看護師間）連携の緊密化に重きが置かれていた。

しかし、パスが成熟しはじめて病院にパスチームができるようになると、目的も病院内の問題を解決することから、次第に患者中心の観点に置き換えられるようになった。すなわち、患者用パスがより重きを成すようになってきた。また、パスを公開することで、紹介医に治療の内容を知ってもらう糸口にしようと考えられるようになった。

連携パスの導入と課題

このような中で、連携パスの構想を練りはじめたのが2001年頃であった。その目的は、院内パスの術後観察への延長、特に肺がん術後患者の肺気腫進展の予防や禁煙教育、第二癌の発見などにあった。

しかし、ちょうどこの頃、エビデンスの見いだされた術後化学療法の必要性や外来化学療法の導入など、外来では診断のみならず治療の要素が増えてきており、多忙化の一途をたどるの中で、術後外来観察の意義は再考の必要性に迫られていた。すなわち、再発のない患者の外来観察を定型化して、診療所などの連携医と役割分担することが大きな課題となった。

しかしながら、ただ役割分担といっても、

連携医側が必ずしも呼吸器疾患を得意とするとは限らない。そこで、しばらくは紹介医に返書にて術後患者の情報をできるだけフィードバックし、自分なりの連携スタンスを伝えつつ緊急対応などが可能か否か試してみた。これに数年を要した。

患者中心の連携パスへ

こうして2005年に「肺がん術後病診連携パス」が稼働しはじめたが、その目的は当初の役割分担という発想から、次第に患者中心の考え方に移行して、再発時にも生活の質（QOL）を良くすることが大きな柱となった。

このように、当院の連携パスの変遷を見ると、導入の動機は必ずしも患者中心というわけではない。そこには、多忙さや地域シェアなど、自己利益も多分に見え隠れしている。しかし、パスの改訂を続けているうちに、いつしか患者中心の考え方に移行し、パス導入で得られた余剰時間はバリエーションの解決や個別化に当てられるようになった。

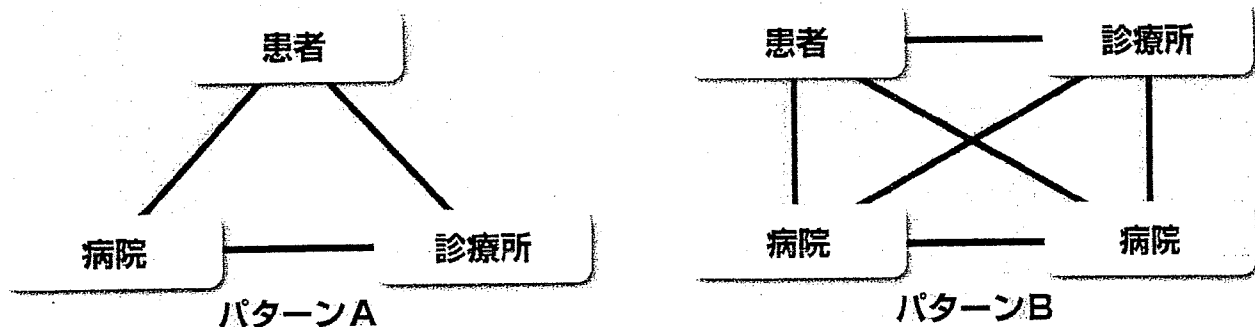
患者中心の立ち位置を見失わないためには、パスに設定された関心領域を他職種と討論しながら改訂していくことが大切である。考えを公開し、皆で改良できること、ここにパス導入の良さがある。

肺がん術後連携パス活用の実際

患者紹介時から始まるがん連携

当院における肺がん術後地域連携のイメージを図1に示す。緩和医療ががんの診断時から始まると言われるように、がんの連携も患者紹介時から始まらなければならない。

当院のデータによれば、来院時から患者に



パターンAは診療所より紹介される場合。パターンBは地域の病院を経由して紹介される場合。いずれの場合も診療所との連携が重要。

図2 肺がん術後連携のパターン

術後連携について説明する場合と、術後に初めて連携について説明する場合を比較すると、患者が連携を承諾する割合は前者の方が圧倒的に高い。これは、連携についての理解を深めるためには治療前からの説明と同意が必要であることを示している。それと同時に、治療前からの連携の説明が、患者の信頼の比重を病院から診療所（連携医）に移動させることを物語っている。連携は医療の分担であるため、信頼もまた分配される必要がある。

術後連携をスムーズに導入するための2つの流れ

術後連携をスムーズに導入するためには、術前・術後を通じて二つの流れが患者に明示されている必要がある。一つは周術期パスに代表される検査・治療の計画で、もう一つが術前・術後病状説明書に代表される病態説明である。

連携パスは、外来観察における検査の予定表であるから、患者にとっては周術期パスに連続していくものである。また、術前・術後の病態や病期・予後説明は、連携時における外来での結果説明へと、欠けることなく一連に行われることが望ましい。この二つの流れが常に齟齬なく明示され、確実に連携医へと

伝えられれば、患者の不安はかなり解消される。連携医としても、入院・外来を通じて検査・治療の予定、そして結果・説明内容、時には注意事項を添えて送られれば、役割分担も明確化し、負担も軽減すると考えられる。

当院では、肺がん術後連携の連携医は通常紹介医である。約7割の患者は、当院と紹介医である診療所と三角形の連携を取っている。しかし、中には図2で示すように、患者が診療所から直接当院へ紹介される場合のほかに、診療所から地域の病院へ紹介され、何らかの検査を受けてから当院へ紹介される場合もある。

後者の場合、当然紹介元の病院へは連携依頼を送るが、同時にその紹介元の診療所へも連携依頼を送っている。また、患者は高血圧などの慢性疾患で診療所に通院していることが多いから、診療所と連携を取って肺がんに関する重要な情報を伝えておくことが、日々の診療で重要と考えている。このことは、再発の発見の上からも重要な意義を持つと考えている。

連携の方法と患者、連携医への説明

当院の肺がん術後連携パスを資料1に示す。術後連携は、5年間で10回の来院を標

肺癌患者さんの経過観察予定

○○○○さん

徳島県立中央病院・外科
担当：住友正幸

手術日 2007年2月24日

項目	退院後2～4週	手術後2～3カ月
達成目標	術後障害を乗り越えられる。	
症状	気胸・無気肺・胸水増加などの合併症がない。 創痛が少なくなってきました。 坐薬の必要も徐々に少なくなりました。	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ようになってきます。
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	腹式呼吸の練習をしましょう。風邪に気を付けてうがいをしましょう。	
服薬	抗がん剤を服用される方は開始します。	
血液検査	血液検査は、かかりつけ医の先生にお願いします。	
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 (痛み)】

術後創痛、肋間神経痛として、次のような痛みや不快感、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手術を行った肋骨神経に沿うみぞちから臍への痛み・不快感

【咳嗽 (咳)】

術後1～3カ月の間、痰を伴わない咳が出ることもあります。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、必ず申し出てください。

肺癌患者さんの経過観察予定

徳島県立中央病院・外科
担当：住友正幸

〇〇〇〇さん

時期 項目	手術後6カ月 2007年8月頃	手術後1年 2008年2月頃	手術後1年6カ月 2008年8月頃	手術後2年 2009年2月頃	手術後2年6カ月 2009年8月頃	手術後3年 2010年2月頃
達成目標	術前の生活に近づく。 再発がない。					
症状	坂は少し息切れがするかもありません。					
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てきましたか？					
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(～12カ月目)	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(この頃)
喀痰細胞診		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提出します。
時期 項目	手術後4年 2011年2月頃		手術後5年 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。		毎年のがん検診を受ける。	
症状	ほとんど気になりません。		ほとんど気になりません。			
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CT		胸部レントゲン 胸腹部CT		腺癌の方は2年ごとのCT検診をお勧めします。	
喀痰細胞診	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。	

準としている。これに、点滴による術後化学療法を行う場合は、化学療法パスを重ねる。この間は、当院での入院または外来観察を主体として行い、結果を連携医に報告する部分連携としている（図1）。経口による化学療法や、腫瘍マーカーを含む血液検査は連携医に依頼している。

こうした連携の方法は、連携説明書（資料2）として、患者、連携医にほぼ同様の形で説明している。中でも重要なのは、緊急時の連携方法を確実にしておくことである。

当科の方針は、患者の状態が余裕ありと判断する場合は連携医を受診してもらい、連携医が緊急と考えれば当院救命救急センターで対応するが、連携医からの直接の電話連絡も受け付けている。患者の状態が余裕なしと判断した場合は、救命救急センターを直接受診してもらい、後日連携医に結果を報告することとしている。

日々の連携は、連携医からのFAXによる外来予約を基本としている。そして、毎回CTなどの検査結果や気付いたことを返書にしたためている。当院は、電子カルテを導入しているので返書は画面上で書くが、その間患者には診察室内で待ってもらう形をとっている。こうすると、多くの患者は返書に何が書かれるのかを注目することができ、書き終わると大変納得した面持ちとなる。そして、自分の確認した返書を連携医へ持ち帰ることで、一層安心するようである。

連携パスを核とした がん医療の地域連携体制の構築

徳島県では、当院が2005年より、隣に位置する徳島大学病院が2007年より、ほぼ同

様の肺がん術後連携パスを導入し使用してきた。その結果、この連携パスの認容性が高く、患者の不利益を来すことは少ないことが判明した。

そこで、2008年には徳島県肺がん部会において、肺がんの手術を主として行っている4病院（県内の80%以上の手術を行っていると推定されている）の肺がん術後連携パスを核として統一することが決定された。現在、筆者の手元を離れた肺がん術後連携パスは、徳島の諸賢の議論や知識を吸収しながら、より良いものに育っていくところである。

パスは多数の目、多数の職種に揉まれて成長していく。連携パスは病院の外来患者を少なくすることを目的とするものではない。限られたリソースの中で、最適な医療環境を地域完結型に構築する、必然的なツールであると考えている。

当県の肺がん部会には、健診機関、医師会、保健所、行政などからも担当者が参加しており、今後は患者の流れとしての連携情報が交換され議論されることとなっている。こうした中で、地域連携体制も徐々に固まっていだろう。今後、特に再発例における連携、連携本来の趣旨である緩和連携が進んでいくものと考えている。

がん医療の地域連携における 連携担当者の役割

当院の肺がん術後連携パスは、現在、医師主導で行われており、一定の連携担当者は置いていない。その理由は、肺がん術後の連携先は紹介医であることが多く、連携室を経由する必要性に乏しいためである。しかし、今後、再発例や切除不能例のように緩和が連携

肺癌術後の経過観察について

連携の仕方

【患者さんへの説明】

1. 病理病期 (別記) についてはお話ししてあります。
2. 術後はかかりつけ医の先生と一緒に連携して診させていただきたい旨を、説明させていただきました。

【観察時期】

1. ほぼ標準的な観察時期を示してありますが、病態によって多少の変更を致します。
2. 術後1カ月頃の再診予約はこちらで取らせていただきます。
3. それ以降の再診予約はご面倒ではございますが、FAXにてのご予約していただきますと、予約時間帯での診察が最初となり、即日CT検査を済ませてお返事申し上げますので、患者さんの再受診が少なく済みます。
4. 観察期間は、一応5年を目標と致します。
5. 再発時などには、病態・治療方法により、ただちに更改いたします。
6. 術後化学療法を行う場合は、別に報告申し上げます。

緊急時の対応

【緊急時など】

1. 緊急時・再発時などには、いつでも外来・救命救急センターにて対処致します。ご連絡ください。

【血液検査】

1. 基本的な血液検査はお願いできましたら幸いです。
2. stageⅡ以上ではUFTを服用することがあります。この場合は、1~3カ月で血液検査 (検血・肝機能・腎機能検査など) をお願いします。
3. 腫瘍マーカーもお願いできましたら幸いです。
術前陽性のマーカーは報告申し上げます。
腺癌 : CEA, SLX
扁平上皮癌 : CEA, SCC, Cyfra 21-1
大細胞癌 : CEA
小細胞癌 : NSE, pro-GRP, CEA
を標準とし、陽性なら3~6カ月、陰性なら12カ月位で検査しています。
4. 血液検査も当院で行った方が良い場合はご連絡ください。

お願いする検査

【喀痰検査】

1. 扁平上皮癌 (特に肺門部) の患者さんは、年1回の喀痰細胞診を提出します。
2. 高危険群 (高度喫煙歴・気管支形成術など) の患者さんは、気管支鏡を定期的に予定します。

【画像検査予定】

1. 胸部レントゲン : 1, 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60カ月目
2. 胸腹部CT : 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60カ月目
3. 脳MRI : 6~12, 24, 36カ月目頃
4. 骨シンチ : 症状がある場合に施行
5. 脊椎MRI : 症状がある場合に施行
6. PET-CT : (マーカーを含む) ほかの検査で異常の場合に施行

予定する間隔

上記にかかわらず、症状がある場合はいつでもご紹介いただきましたら、可及的速やかに検査を行い報告申し上げます。

徳島県立中央病院
胸部外科部門 : 住友正幸

の主体となる場合には、連携担当者の重要性が増すと考えられる。

現在、当院では再発に対する治療のパターン化と連携のパターン化から、連携構築のあり方を策定しているところである。連携構築のためには、まず院内での連携体制が確立していることが前提であるから、緩和グループと地域連携室とのコラボレーションを構築中である。そして、術後連携がそうであったように、緩和連携も県単位に拡大しようとする。肺がん部会のような公的な場での連携担当者を交えた情報交換や議論が必要となると考えている。

連携担当者間の連携は、連携実務者協議会などですでに各地で行われており、医療施設だけでなく介護施設との連携も進んでいる。地域単位での連携情報の統合を考えると、地域単位に特定の担当部署を想定するよりも、こうした草の根的な既存の組織との協働を先行させるのが近道ではないかと考えている。

肺がんの地域連携について、当院の術後連携パス策定の経緯と今後について述べた。「肺がん術後地域連携パス」導入の目的は、次の段階である緩和医療を含めた「肺がん地域連携パス」への橋渡しであると思っている。肺がんの地域連携はようやく緒に就いたばかりである。

参考文献

- 1) 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, Vol.17, No.4, P.489~493, 2007.
- 2) 住友正幸: シリーズ病診連携促進講座 逆紹介/返送の実際, 肺癌の長期管理, 日本医事新報, No.4396, P.43~45, 2008.
- 3) 住友正幸: 肺がんの地域連携とクリティカルパス, 治療, Vol.90 増刊号, P.750~755, 2008.
- 4) 瀬尾利加子: ようこそ! 連携何でも相談室へ, 地域連携network, Vol.1, No.6, P.66~72, 2009.

新教材発見シリーズ第1弾完成!

第2弾 栄養指導 第3弾 嚥下(ゴックン)
第4弾 NICU看護 第5弾 新生児集中ケア…続々発売!



定価 4900円(税込)
CD-ROM + B5判 48頁冊子

執筆・CD-ROM監修
医学博士 野口哲男
市立長浜病院 呼吸器科部長

解剖・読影手順・疾患別の特徴的画像所見トレーニング 読影トレーニングCD-ROM

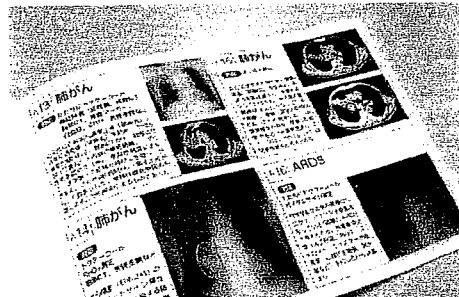
パソコン用CD-ROM Windows XP/Vista/MacOS X 対応

胸写と呼吸音を 大きく鮮明な画像! 本物に迫る
関連づけて理解!



頻発、緊急度の高いもの、胸部画像の読影トレーニング 読影トレーニング画像集60症例

持ち歩いて学ぶ大きな写真の画像集



▶ デモ版をご覧ください。
<http://www.nissoken.com/xp>

