

がん診療連携拠点病院における地域連携クリティカルパス現状調査と地域連携室の役割

東京女子医科大学病院 地域連携室

下村 裕見子

【はじめに】

2007年施行された第5次医療法改正を受けて、都道府県単位での医療計画の見直しがなされた。そして地域における疾患別ネットワーク構築と地域完結型医療を効率よく提供する為に、地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）が注目されている。地域連携パスとは、疾患別に疾病の発生から診断、治療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である。地域連携パスの目指すところは、医療連携の円滑な展開にあり、医療の質の向上に寄与することを証明せねばならない。

【目的】

がん地域連携パスの作成運用状況を把握することを第一義の目的として調査を行なった。

【方法】

がん診療連携拠点病院ら361（がん診療連携拠点病院351、東京都がん診療認定病院10）の病院長宛に郵送にてアンケートを実施した。郵送機関は平成21年1月5日～1月20日とした。郵送枚361通、回答213通（回収率59.0%）であった。

【結果】

平成20年12月末現在、胃がん14パス、大腸がん15パス、乳がん15パス、肺がん7、肝がん6パス、前立腺がん3パス、膀胱がん1パス、緩和1パス、子宮がん1パスが把握できた。全国で1320名ががん地域連携パスで医療を受けていた。都道府県がん診療連携拠点病院が中心となり、県統一パスを目指す動きが活発化している。がん診療における連携の難しさでは『地域ネットワークの未成熟』『在宅医療の未成熟』『連携先データベースの未成熟』『ホスピス施設の不足』『患者家族に理解がない』との回答であった。アンケート結果を供覧する。

【地域連携室の役割】

地域連携室は、入口（前方連携：紹介）と出口（後方連携：退院支援、転院、在宅医療）を職能を活かしながら様々な職種が活動している。病態に応じて多様なサービスが複数の医療機関、介護保険施設により提供される必要があり、実効性のある疾患別ネットワークが必要である。院内外の手順整備と土台作りを支える責務がある。今後、地域連携室は地域連携パス事務局の業務が加わることになる。地域連携パスは、構築された連携体制を運営するためのツールであり、地域における疾患別患者データベースとして集学的医療マネジメントツールとして期待されている。地域連携室の人材育成が急務である。

看護師の立場から

独立行政法人国立病院機構四国がんセンター

宮内一恵

愛媛県医師会アンケート調査結果からみるがん地域連携クリティカルパス（以下連携パス）成立の可能性と、連携をコーディネートする看護師の役割について考察する。

平成 20 年 11 月に、愛媛県医師会の全会員を対象に行ったアンケート調査の結果（配布 2883 通、回収 1055 通、回収率 37%）によると、70% の医師は連携に協力の意志を表しており、診療所の医師の 50-60% が在宅診療、往診に対応し、在宅看取りの経験がある。術後フォローの患者は診療所でも受け入れやすいが、化学療法（注射による抗がん剤投与）や進行再発癌の化学療法は受け入れられにくい傾向がある。またがん患者を受け入れた場合、緊急時の対応、化学療法の副作用への対応、患者のメンタルケアに不安を抱いている。以上の調査から連携医療機関の経験と希望を反映し、密な医療者支援の体制が準備されれば連携医療は十分成立しえと考えられる。連携には関係する地域の病院や診療所が同じ医療方針で安全で質の高い医療を提供するという姿勢を共有することが重要であり、研究班ではそのためには連携をコーディネートする役割の存在が必要であると考ええる。

すなわち「連携コーディネーター」とは、

1. 患者・家族のサポート

愛媛県医師会のアンケート結果と同じように患者もまた、急変時の対応や副作用出現時の対応、今後の治療について等の不安を抱えて退院をする。対応は、どの医療機関が行ってくれるのか。診察は、いつでもしてくれるのか。入院はできるのか・・・本当に質は保証されるのか。患者の不安を聞き患者を支えるサポートを行う。

2. 患者・医療者間の架け橋と医師の負担軽減

患者は忙しそうな医師（医療者）に、自分の治療の疑問や不安を十分聞くことができない。患者が尋ねられないことや疑問など患者の気持ちや思いを医師（医療者）に伝える等、患者と医師（医療者）の架け橋が必要である。また多忙な医師には地域連携や連携パスについて患者に説明し十分納得していただけるまで時間を取ることが難しい。医師からの説明が患者に理解できるように補足し、場合によっては医師に代わって予め説明を行うことが重要である。医師の負担の軽減をする連携のあり方を提唱する必要がある。

3. 医療者間の調整

医療機関同士が、お互いの思いや都合で患者を押しつけあうことがないようにその患者にとって適切な医療を受ける事ができる医療機関を選択し紹介することや、受け入れ先病院へ患者の受け入れを依頼するなど医療者間の密な情報交換を行う必要がある。

連携コーディネーターには、疾患の知識、患者ケア能力、コミュニケーションスキル等に高い能力が求められるためその役割を担うのは看護師が最適であろう。研究班では連携医療における新しい職能としての「連携コーディネーター」の確立を目指したい。

患者の視点からみる医療連携

愛媛がん患者・家族会 おれんじの会

代表 松本陽子

愛媛がん患者・家族会 おれんじの会（全部位の患者・家族・遺族を対象 会員数 100）では、今年1月～2月にかけて『病診連携』に関する意識調査を実施した。

その結果をもとに、患者・家族が望む連携について報告する。

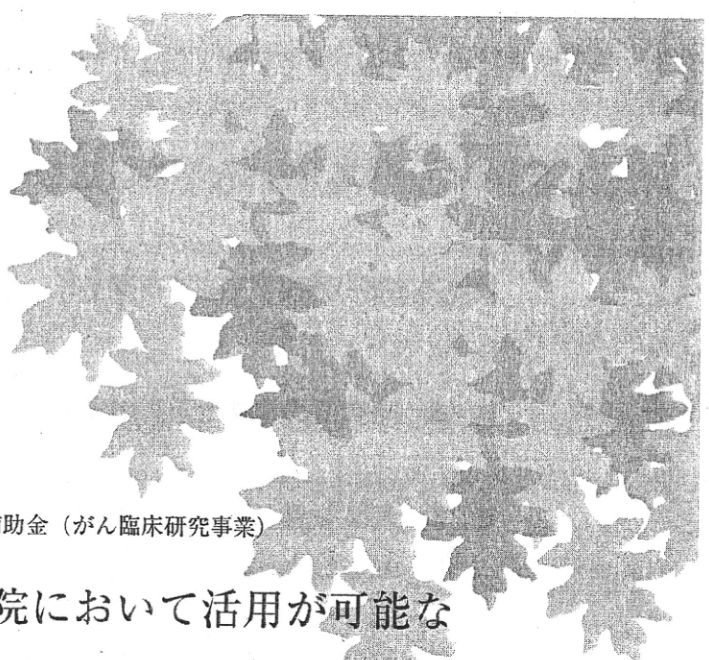
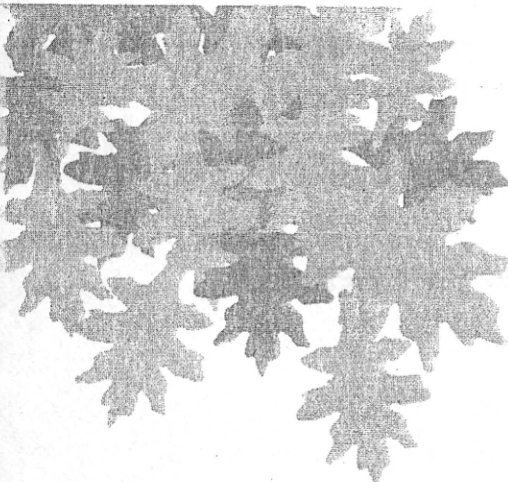
「医療者同士が顔の見える連携をしっかりと強化しないと、患者を紙1枚で送る『冷たい医療』となりがねない。個別に丁寧な説明が必要」 40代の乳がん患者の意見である。

回答者の多くが『病診連携』について「良いと思う」と回答し「十分に説明を受け納得できれば受け入れる」としているが、同時に不安を訴える声も多い。「『診』がしっかりと確保されてから連携をすすめてください」、「診療所に何が出来るのか、詳細な役割分担が明確でない」という指摘もある。現状では、患者・家族への情報提供があまりにも少ない。

また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、新しい仕組みをどこまで説明し納得できるのかは極めて難しい課題である。「ケアマネのようなコーディネータ役が必要?」、「患者側も身近な診療施設の情報を正確に知り、よいコミュニケーションが取れるよう努める必要もあるのでは」といった意見なども踏まえ、よりよい連携のために何が必要かを提言したい。

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
(H20-がん臨床-一般-002) H20 年度研究分担者、研究協力者一覧

	研究者名	所 属 専 門
研究代表者	谷水正人	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 消化器内科・緩和ケア科
研究分担者	河村 進	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 形成外科
研究分担者	藤 也寸志	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 消化器外科
研究分担者	池垣淳一	兵庫県立がんセンター 麻酔科
研究分担者	奈良林至	埼玉医科大学国際医療センター 緩和医療科
研究分担者	望月 泉	岩手県立中央病院 外科
研究分担者	佐藤靖郎	社会福祉法人恩賜財団済生会若草病院 外科
研究分担者	武藤正樹	国際医療福祉大学 三田病院
研究分担者	住友正幸	徳島県立中央病院 外科
研究分担者	梨本 篤	新潟県立がんセンター新潟病院 外科
研究分担者	林 昇甫	市立豊中病院 肝胆膵外科・緩和医療科
研究分担者	田城孝雄	順天堂大学 公衆衛生学
研究協力者	愛媛県がん診療連携協議会	四国がんセンター 愛媛大学医学部附属病院 松山赤十字病院 愛媛県立中央病院 済生会今治病院 住友別子病院 市立宇和島病院
研究協力者	下村裕見子	東京女子医科大学病院 地域連携室
研究協力者	池谷俊郎、池田文広	前橋赤十字病院 外科
研究協力者	里井壯平	関西医科大学付属病院 外科
研究協力者	泉 並木*、朝比奈靖浩*、 田中良典**	武蔵野赤十字病院 内科* 泌尿器科**
研究協力者	若尾文彦	国立がんセンターがん対策情報センター



平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「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」班

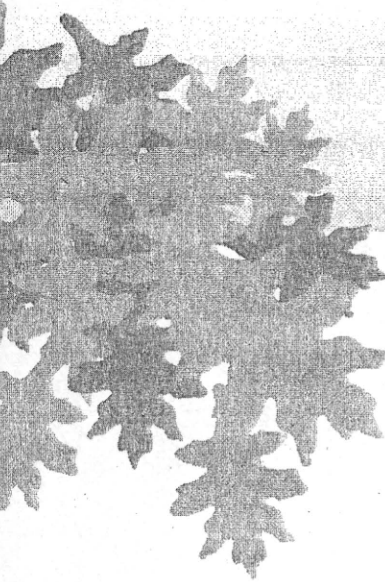
研究代表者：谷水正人

オープンカンファレンス

テーマ「がん地域連携クリティカルパス成立への道程 2010」

日時：平成22年2月14日（日）午後1時～午後4時30分

場所：東京女子医科大学 弥生記念講堂
〒162-8666 東京都新宿区河田町8-1

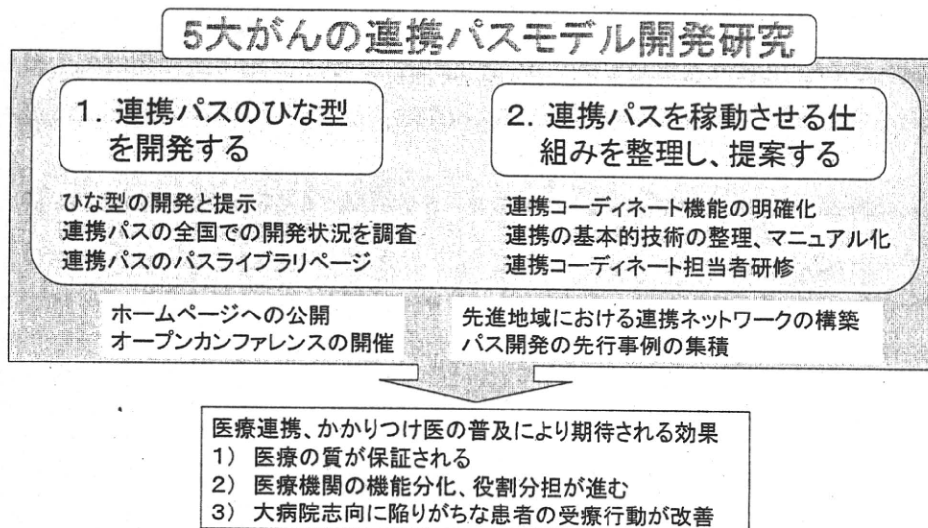


***** 目次 *****

■1■ 研究班の構成と研究の概要	2
■2■ 基調報告 がん地域連携クリティカルパスモデル開発の現況 谷水 正人 国立病院機構四国がんセンター	3
■3■ シンポジウム がん地域連携クリティカルパス成立のための課題	
1. がん診療連携拠点病院らにおける連携体制と がん地域連携クリティカルパス現状アンケート 下村 裕見子 東京女子医科大学病院地域連携室	8
2. 愛媛県における開発状況 河村 進 国立病院機構四国がんセンター	14
3. 東京都のがん診療連携クリティカルパス 鶴田 耕二 都立駒込病院	15
4. がん患者必携 渡邊 清高 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	16
5. 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 丹内 智美 千葉県がんセンター 地域医療連携室	20
6. 難病の連携調整 ー愛媛県難病医療連絡協議会の取り組みー 生駒 真由美 四国がんセンターがん相談支援・情報センター	21
■4■ 連携パスのサンプル資料提供	
1. 肝がんの連携パス 朝比奈靖浩 武蔵野赤十字病院 消化器科	24
2. 乳がん low risk の術後連携パス 愛媛県がん診療連携協議会	28
■5■ ディスカッション 連携のネットワークとコーディネート機能を整備するには	

研究者氏名	所属
谷水正人(研究代表者)	四国がんセンター
池垣淳一	兵庫県立がんセンター
河村進	四国がんセンター
佐藤靖郎	済生会若草病院
住友正幸	徳島県立中央病院
田城孝雄	順天堂大学医学部付属病院
藤也寸志	九州がんセンター
梨本篤	新潟県立がんセンター
林昇甫	市立豊中病院
武藤正樹	国際医療福祉大学
望月泉	岩手県立中央病院
池田文広	前橋赤十字病院
里井壮平	関西医科大学付属病院
朝比奈靖浩	武蔵野赤十字病院
班長協力者	
船田千秋、新海 哲 他	愛媛県の7拠点病院がん診療連携協議会メンバー
池谷俊郎	前橋赤十字病院
田中良典、泉 並木	武蔵野赤十字病院
奈良林至	埼玉医科大学国際医療センター
若尾文彦	国立がんセンター

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 (H20-がん臨床-一般-002)



がん医療の均てん化への方法論として有望

従来型の医療連携との違い: 診療計画の共有とチーム医療を基本とした医療連携である
 (PDCAサイクルによる) 連携システムの改善を想定している

基調講演:5 大がんの地域連携クリティカルパス開発の現況

谷水正人 国立病院機構四国がんセンター

厚生労働科学研究補助金がん臨床研究事業「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」でまとめた地域連携クリティカルパス(以下連携パス)を概括した。

【連携パスのひな型開発】

1) 連携パスの要件整理:がんにおける連携パスの必要条件を整理した。

(A) 連携パスの開発指針:連携パス開発の基本方針をまとめ(表1)、がん医療の連携体制は「医療計画の見直し等に関する検討会」の提案をベースとした(図1)。

(B) 連携パスに関連して準備するものを下記の4つとした。

1. 医療機関の役割分担表
2. 共同診療計画表(医療者用、患者用)
3. 私のカルテ(患者が携帯する情報共有ツール)
4. 地域住民に示す医療連携のポスター、パンフレット

(C) 医療者が共有すべき情報および「私のカルテ」(患者が携帯し、管理保管する診療情報共有ツール)をまとめた(表2)。

(D) がんの地域医療連携の開始にいたる流れを整理した(図3)。

2) 連携パスのひな型

連携パスにチーム医療の視点を強調して原型となる医療者用共同診療計画書のひな型(図2)を提示した。愛媛県統一版として落とし込んだ「乳がん low risk の術後連携パス」を巻末に掲載した(H22年2月段階では試作版である)。5大がんについて診療ガイドラインには治療後のフォローアップ項目(血液検査、画像検査等)が必ずしも言及されていないため、当面は現場での日常診療を落とし込むことになる。共同診療計画のフォローアップ項目の妥当性は今後検証される必要がある。

班員から提供された連携パスは四国がんセンターのホームページからリンクし公開し、適宜更新されている(<http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html>、google で「5大がんの地域連携クリティカルパス」と入力して検索)。H21年3月公開からH22年1月31日までに3219件のアクセスと1687件のダウンロードがあった。

本研究班としては、全国の連携パス開発状況について毎年調査し、公表していく。

【連携パスが成立するために必要な連携ネットワーク構築】

1) 地域連携基盤の整備

連携パスによる医療連携は従来型の診療情報提供書を介した医療連携と異なり診療計画の共有とチーム医療による医療の進化の仕組み(PDCA サイクル)を備えることが特徴である。そのためより精緻な連携ネットワークの整備が要求される。連携ネットワーク構築の際に留意すべき点をまとめた。

(A) 連携パス開発段階から拠点病院、地域医療機関が共同すること。

- (B) 多職種チーム連携を目指すこと。
- (C) 緊急時の対応を決めること。
- (D) 入院パスと連携パスを整備すること。
- (E) 連携の事務局、教育研修の場を設けること(病院の医療連携室、医師会の事務局等)。

2) 愛媛県での連携体制の例

- (A) 医師会、行政との共同: 医師会(都道府県医師会)との共同体制を組む必要がある。医師会の組織率が低い場合は行政(保健所)のネットワークとの共同が有望となろう。
- (B) 研究会の立ち上げ: 愛媛県では愛媛大学医学部が主催する医療連携室の研究会(愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会)が立ち上がっている。県下のほぼ全ての病院の管理者、医療連携室が参加する。総会が3回/年開催され、医療連携室間の情報共有、意見交換の場となる。
- (C) がんの連携パス開発は愛媛がん診療連携協議会(愛媛県下の7がん診療連携拠点病院、県医師会、歯科医師会、看護協会、病院薬剤師会、県行政担当部局で構成)が担当する。5大がんの地域連携パス作成に関する委員会(分科会)が設けられ、さらに各がん種別に検討会が開催されている。
- (D) 愛媛クリニカルパス研究会(愛媛県下の主な21病院が参加する院内パスの研究会、全国のがんの基準パス開発とも連携している)が活動している。前記分科会にも参加している。

【連携ネットワーク構築のための課題】

- 1) 現場の医師をサポート: 医師への負担を軽減するサポートする役割、人材が必要
 - (A) 医療者への圧迫感、作業量の増加: 連携医療により外来診察回数は減少し、1回の外来診察にかかる責任と負担は大きくなる。連携相手から常に評価され続けることはストレスである。連携先の医療者への情報提供等の作業も付加される。
 - (B) 医療者が抱く変革への抵抗感: 本来医師の頭の中には連携パスより遙かに緻密な診療計画が存在する。診療科の長は自己流の診療スタイルに周囲が従っている限り、連携パス作成作業には関わりたくなし、その余裕もない。しかし今や診療計画は評価可能な形で明示され、共有されることが求められている。自ら変革できないのはリスクである。
- 2) 患者・家族をサポート: 患者・家族の不安を払拭し、医療者への通訳となる役割、人材が必要
 - (A) 医療者の意図を患者・家族にきちんと説明する役割、人材が必要: 自分だけは専門病院で継続してみてほしいという患者の願い、最初に治療を受けた専門医に継続して診て欲しいと願う患者の心情は決して不自然ではない。しかし高度化、専門分化した医療を最適な形で提供できるためには連携医療が必須である。がん医療のいろいろな時期において、中心となる専門医は異なる(図3)。連携パスは1つの治療計画(フォローアップ計画)を規定するものであり、診断、治療、再発、進行、終末と一連の流れの中では専門医の分業は必然である。患者には専門医が門外漢の診療を継続することによる医療のミスリーディングのリスク、かかりつけ医機能を果たせない医療の現実等を丁寧に説明する必要がある。
 - (B) 患者・家族の思いを医療者に伝え、患者・家族を支える存在が必要: 患者は元来医師に対して自分の状態をうまく伝えられない。患者にとっても「専門医から遠ざかる不安」、「緊急時の対応の不安」、「かかりつけ医の対応力への不安」がある(がん患者・家族の会おれんじの

会アンケート調査)。

3) 連携調整機能の強化

必要な連携調整とは具体化には、

(A) 医療連携の必要性と方法をかかりつけ医に説明し、調整すること。

(B) 医療連携の必要性と方法を患者・家族に説明し、調整すること。

(C) 患者の訴え、症状等の情報を医療者に伝え、身近な相談役として患者を支えること。

の3点である。そのためには外来、連携室、連携パス開発の部門・体制の強化が図られねばならない。すなわち、

(A) 医療連携室が担う連携調整の強化

連携ネットワークの構築、地域連携パスの事務局業務、地域の医師に対する説明・啓発活動を行う。担当するのはソーシャルワーカー、事務職員、看護師、医師である。

(B) 外来に配置する連携調整の強化

パス適用時のオリエンテーション、個々の患者に対する連携支援、再受診時の介入を行う。

担当するのは看護師、メディカルクラークである。

(C) 連携パスを開発する医療者

担当するのは医師、看護師、薬剤師、事務職であり、今以上のボランティア作業を強いることなく、ある程度専任で開発に取り組める工夫、環境整備が求められる。

の3者による医療連携支援体制を構築することを提唱したい。組織の改変と人材の確保は避けて通れない。ちなみに四国がんセンターでは連携構築の核となる「がん医療連携・研修センター」の建設(平成23年度末竣工)を計画し、連携担当員の増員(看護師2名、ソーシャルワーカー2名の専従配置)を予定している。

4) 医療連携室機能の整理、連携担当者研修

医療連携は現場の必要に応じて自然発生的に発展した経緯があり、医療機関ごとに医療連携室の機能と守備範囲が微妙に異なっている。連携パスの観点からその機能を再整理することが必要である。拠点病院を対象とした連携担当者研修の企画・開催も求められる。

【今後に向けて】

がん医療の診療体制に大きく影響を与えることになる以上、がんの地域連携クリティカルパスの診療報酬化は必須である。しかし連携パスは進化することが特徴であり、特に現在は開発者の創意工夫が求められている。現時点で診療報酬化について言及することは避けておきたい。連携パス開発に要する労力が多大であることを勘案すれば、当面は拠点病院(の連携パス開発)への資金的な支援の拡充が望まれる。

がん対策推進基本計画に連携パスが取り上げられたのは患者さんの声からであったと聞く。「がんの拠点病院だけでなく近くの医療機関でもレベルの高いがん医療が受けられるなら連携を進めて欲しい」という声が出発点であったとすれば、それに応えるためには今後まだ多くの議論と試行が必要である。がんの連携パスはかかりつけ医制度の普及推進に繋がるものでありたいが、患者・家族の納得と現場の医療者の負担軽減、それを可能とする人材の育成と部門の拡充が連携パスの成否を握るであろう。

1. 診療ガイドラインに沿って作成する
2. 医療機関の機能と役割分担を明記する
3. 共同診療計画を各疾患の治療法ごとで作成する
4. 診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまで
5. 病院、診療所、薬剤師、看護師、看護師（訪問看護師）との連携を包含する
6. 連携の意志がある地域の全医療機関が使えるもの
7. 連携を説明し同意を得る（試験運用のために同意書も用意）
8. 緊急時対応の取り決めを明記する
9. 紙のひな型を提示する。将来的には電子化を見据える
10. 連携医療機関と定期的に協議する場を設ける

表1) 連携パスの開発指針

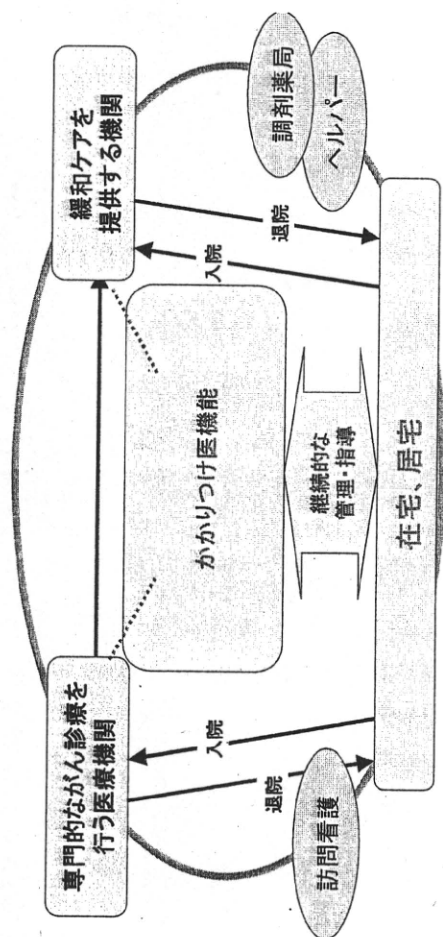


図1) がんの医療連携体制:

<http://www.mhlw.go.jp/shingij/2005/07/s0711-7b.html>を改変

[illegible]

図2) 共同診療計画表(医療者用):多職種連携(于一ム医療)の視点をいれた計画表

1. 連携する医療者が共有する情報
 2. 患者が携帯する情報(いわゆる「私のカルテ」)
 3. 診療情報提供書
 4. 共同診療計画表
 5. 診療書用チェックシート
 6. 説明書および同意書(試験運用のため同意書も用意)
 7. 連携する医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションの一覧
- 患者が携帯する情報(いわゆる「私のカルテ」)
1. 患者用共同診療計画表
 2. 知っておきたい私の診療情報
 3. 自己チェックシート、私の状況・経過(検査データ等も添付)
 4. おくすり手帳、副作用の説明
 5. 地域連携クリティカルパスの説明
 6. 連携する医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーションの一覧
 7. その他: 個別のコスト説明、高額医療申請などの説明(「がん患者必携」に集約される?)

表2)医療者、患者が共有する情報

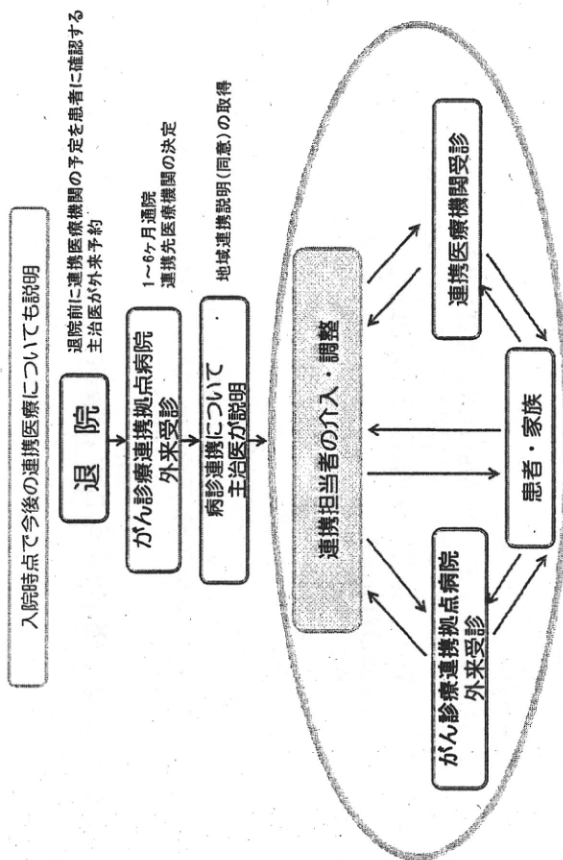


図3) がんの地域医療連携の開始にいたる流れ

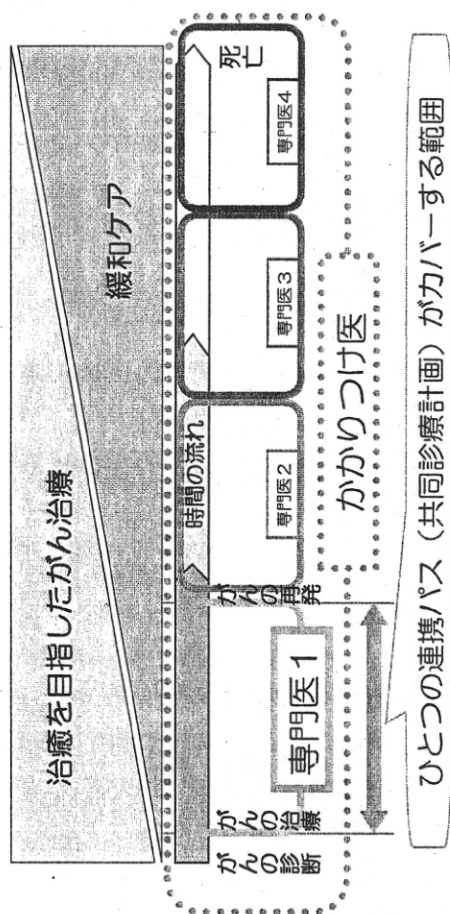
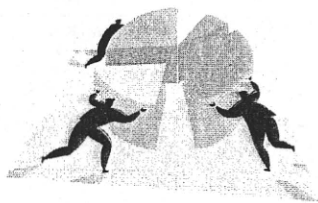


図4) がん医療における連携パスの位置づけを明確化：
専門医はがん医療の時期において交代していく。
かかりつけ医は終始一貫してサポートする。

がん診療連携拠点病院らにおける連携体制と
がん地域連携クリティカルパス現状アンケート



東京女子医科大学病院 地域連携室
下村 裕見子

2010.2.14

【方 法】

がん診療連携拠点病院ら410

(がん診療連携拠点病院375、東京都認定がん診療病院10、大阪府がん診療拠点認定病院 23)

病院長宛に郵送にてアンケートを実施。

回収期間:平成21年12月5日～12月29日

郵送数:410通

回答数:196通(回収率47.8%)

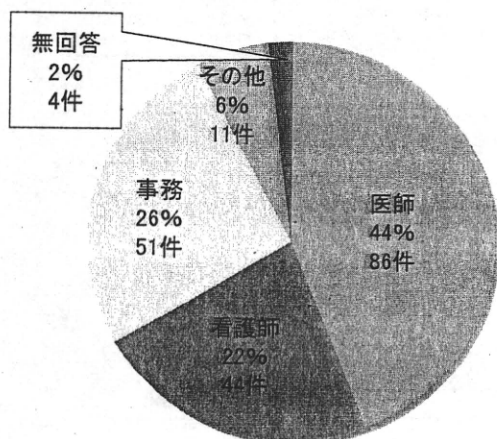
(1月回収の12通は集計対象外とした)

対 象:平成21年1月～平成21年11月末

がん地域連携クリティカルパス数

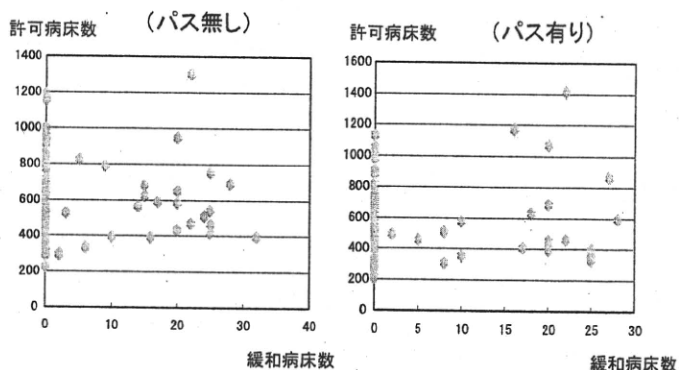
がん地域連携クリティカルパス適応患者数

Q1.回答者の方の職種をお答え下さい

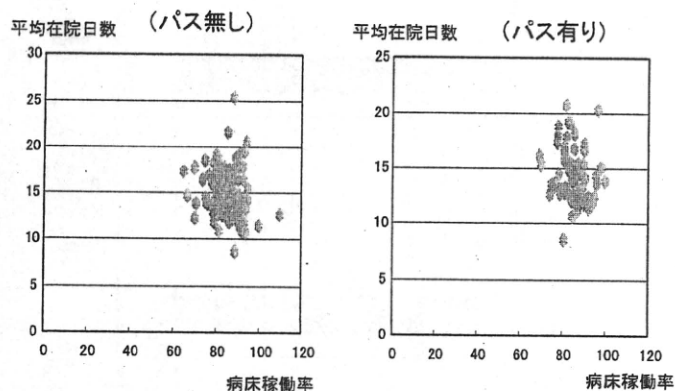


N=196

Q2.許可病床の中で緩和病床はどれくらいありますか？

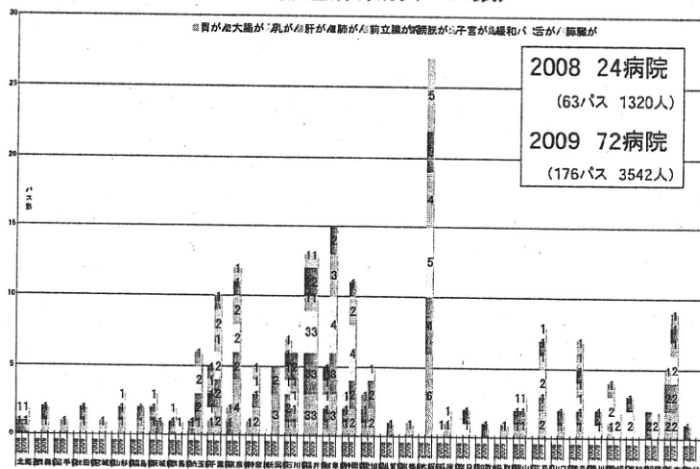


Q3.平均在院日数/病床稼働率をお答え下さい



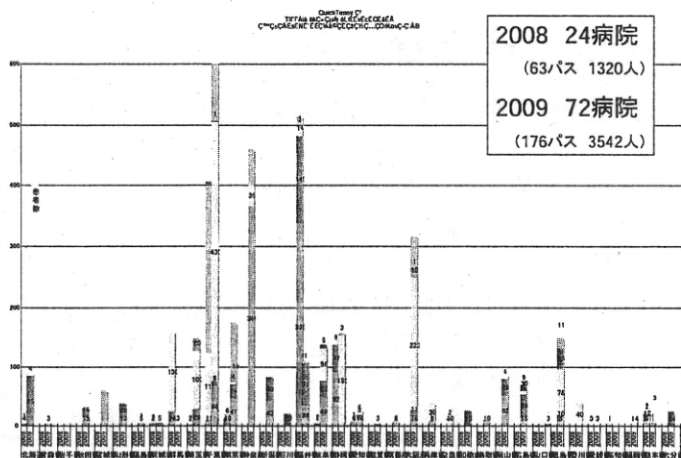
がん地域連携クリティカルパスが【ある】施設にお尋ねします。

Q4-1:都道府県別(パス数)



都道府県別(適応患者数)

※胃がんと大腸がん、乳がんが肝臓がん、前立腺がん、子宮がん、卵巣がん、舌がん、咽頭がん

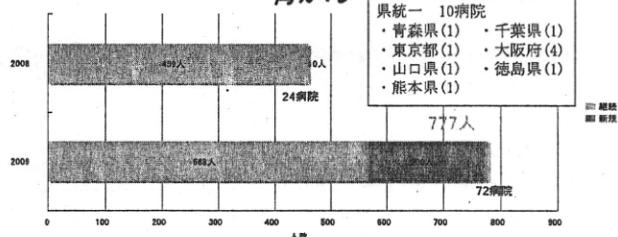


がん種別がん地域連携クリティカルパス稼働状況

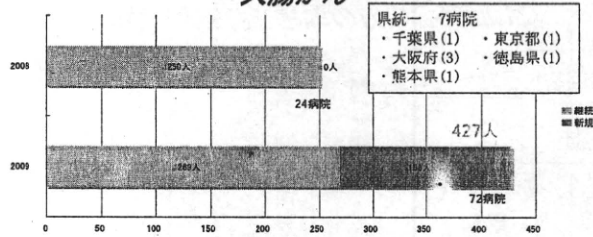
	～2008.12月末 (24病院)	2009.1～11月末 (72病院)		～2008.12月末 (24病院)	2009.1～11月末 (72病院)
胃	14/バス 459人	43/バス 777人	膀胱	1/バス 7人	1/バス 32人
大腸	16/バス 250人	35/バス 427人	子宮	1/バス 0人	1/バス 11人
乳	15/バス 276人	41/バス 1204人	緩和	1/バス 0人	3/バス 23人
肝	6/バス 11人	17/バス 40人	舌		1/バス 1人
肺	7/バス 28人	21/バス 103人	膵臓		1/バス 9人
前立腺	2/バス 289人	12/バス 915人	合計	63/バス1320人	176/バス 3542人

IT活用...6病院(北海道、千葉県、岐阜県、大阪府、徳島県、熊本県)

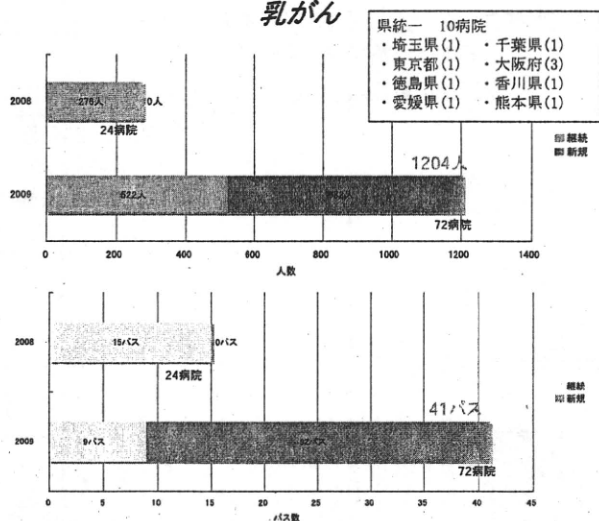
胃がん



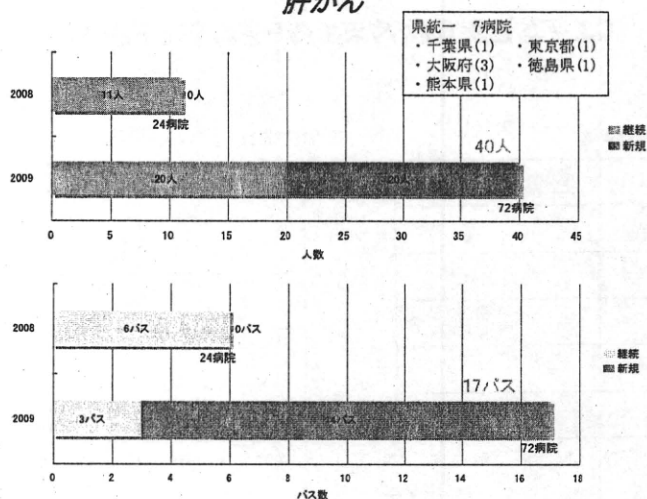
大腸がん



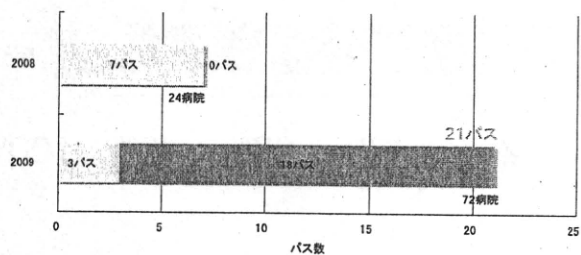
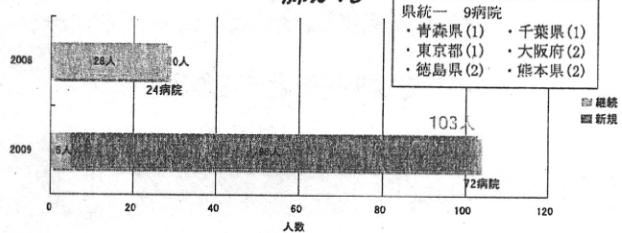
乳がん



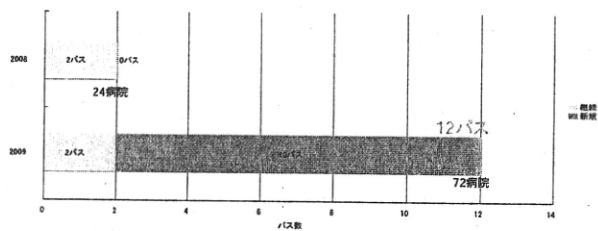
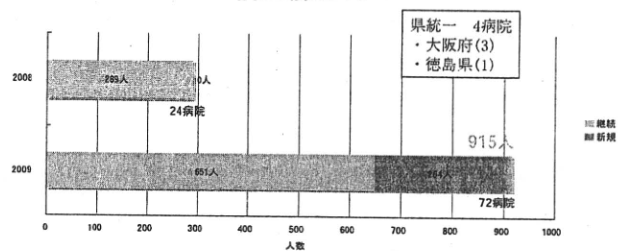
肝がん



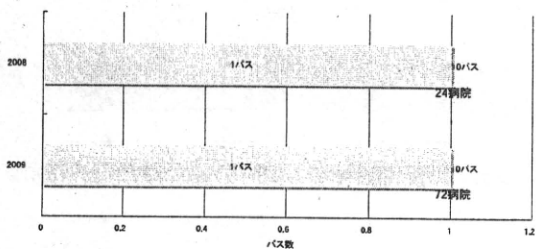
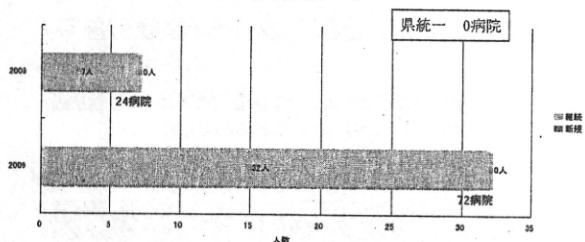
肺がん



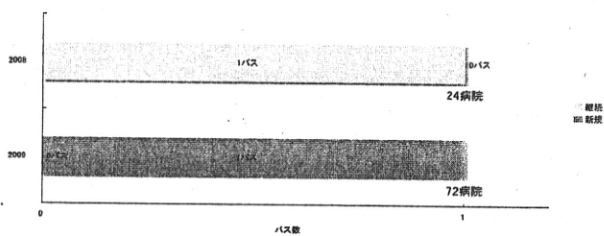
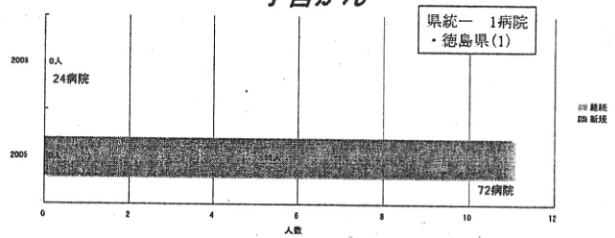
前立腺がん



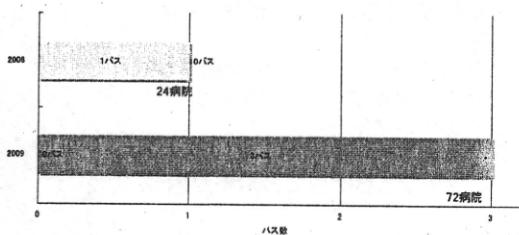
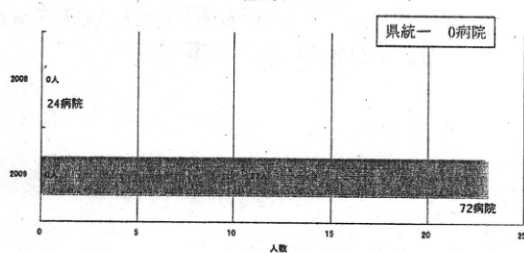
膀胱がん



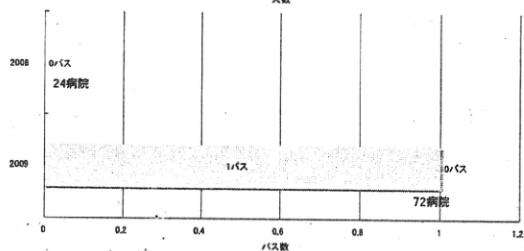
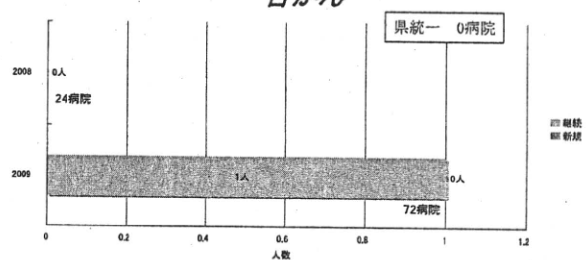
子宮がん



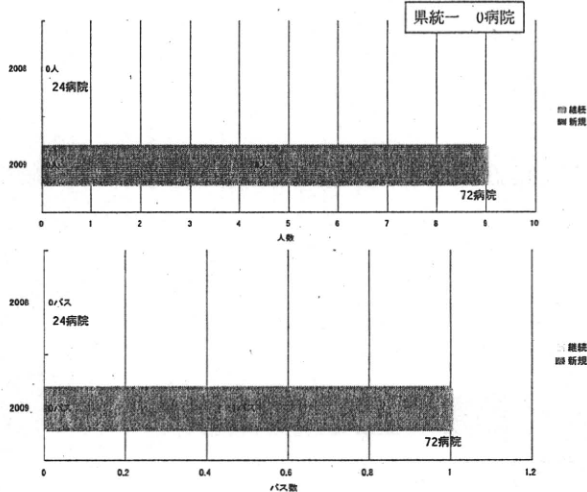
緩和バス



舌がん

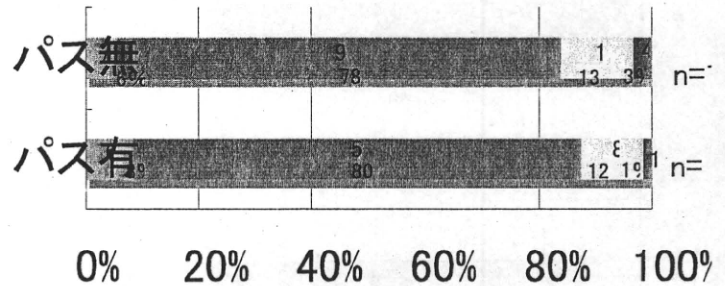


膵臓がん



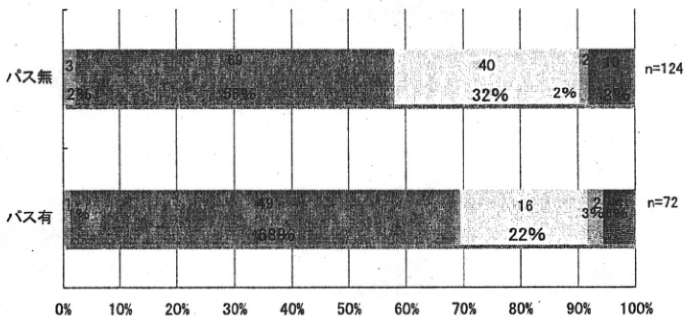
Q5.「がん患者」の診病連携(紹介)はスムーズですか？

とてもよい 悪い とても悪い



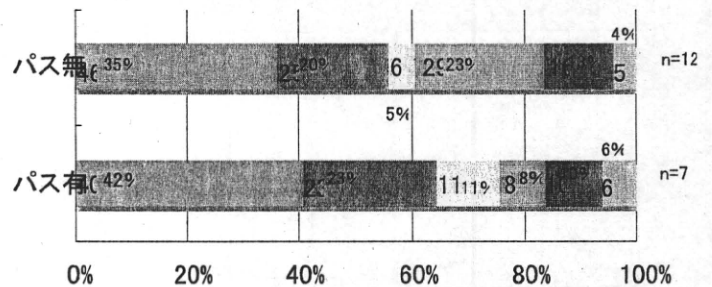
Q6.「がん患者」の外来フォローにおける病診連携(逆紹介)はスムーズですか？

とてもよい よい 悪い とても悪い 無回答



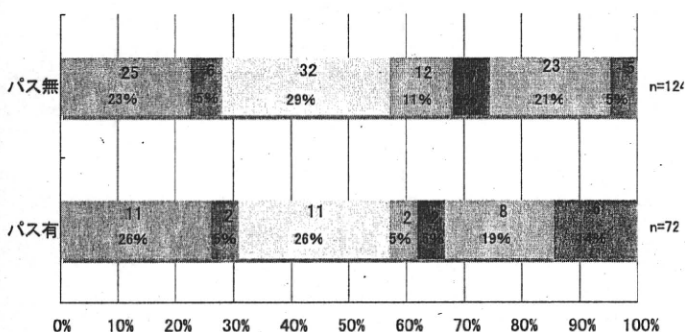
Q6で、とてもよい、よいと記入の方へ(複数回答可)

状態のよい経過観察の癌のよい経口抗癌剤の患者のよい注射抗癌剤のどのステージでも かかりつけの患者のその他



Q6.で、悪い、とても悪いと記入の方へ(上位3つまで)

がんのフォローアップを受けてくれる診療所がないがんのフォローアップを受けてくれる診療所があるがん診療におけるネットワークが構築されていないがん診療における勉強会の不足
紹介範囲が広い(ネットワーク外) 病診連携における患者家族の理解が得られない
その他



Q6.逆紹介(病診連携):悪い、とても悪いと記入の方への設問のその他の内容

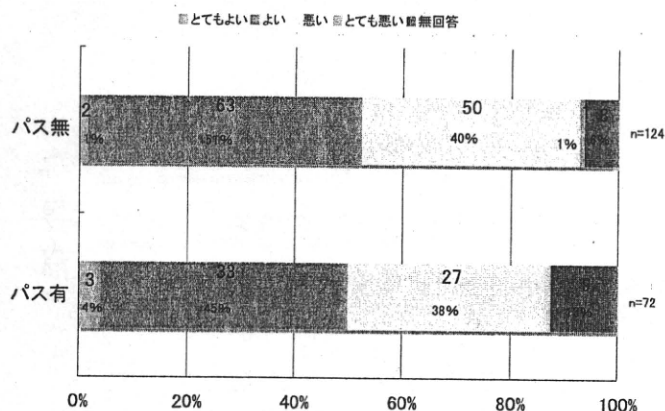
<パス無>

- ・主治医が紹介をしない
- ・早期がん以外は逆紹介が難しい
- ・複数の疾患を持っていて、総合的管理が必要、進行がんで紹介できない
- ・CT検査などの設備が診療所がない
- ・地域の緩和医療に対する意識が低い

<パス有>

- ・自院でのフォローを病院医師が希望する
- ・もともと当院がかかりつけ医の場合が多い
- ・患者が当院への通院を希望されるため
- ・逆紹介を希望する方のみに限っている
- ・抗がん剤治療など診療所での治療が困難

Q7.「がん患者」の在宅移行はスムーズですか？



Q7.在宅/よい理由の主な内容

<パス無>

～よい理由～

- ・訪問看護や、訪問診療に対しての意識が変わりつつある為
- ・在宅療養支援診療所と訪問看護との連携が上手くいっている、退院支援チームの役割が院内に周知されている
- ・緩和ケアチームのコーディネイトが順調
- ・在宅、緩和ケアに関する地域の協力がある
- ・在宅を受け持つ診療所が比較的充実している
- ・緩和ケアが充実している
- ・悪化時は当院に相談(入院も含む)可能との文言をつけて安心して頂いている
- ・地域医療ネットワークシステムの活用でスムーズである
- ・MSWの退院調整が効果的に機能している

<パス有>

～よい理由～

- ・従前から、医療連携に力を入れており、研修会の開催などを通じて地域の先生方と顔の見える関係が築けていた。また、地域にとても協力的な先生方がいる
- ・入院時にパスを利用しているため
- ・退院調整部門、医療相談室、地域医療連絡室が入院当初より介入し、連携しながら業務を行っている
- ・退院調整システムがあるため
- ・すべての地域ではないが、受けて下さる往診医がいる
- ・依頼を受けた患者については、退院前合同カンファレンスをほとんど実施している
- ・在宅への訪問看護が充実している

Q7.在宅/悪い理由の主な内容

<パス無>

～悪い理由～

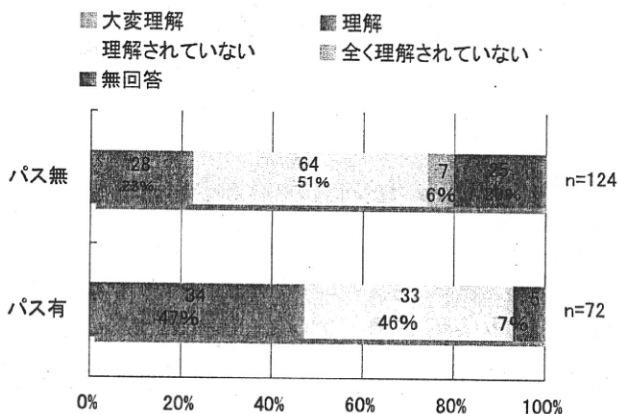
- ・医療者、患者、家族共にギアチェンジが難しくタイミングが遅くなる
- ・患者と家族が在宅に不安を持っており、理解も足りない
- ・緩和ケアの診療所やがんターミナル期患者の在宅医となる診療所など、受け入れ先が少ない
- ・パスが完成しておらず、広報や研修で周知されていないため
- ・介護をする人間がいない

<パス有>

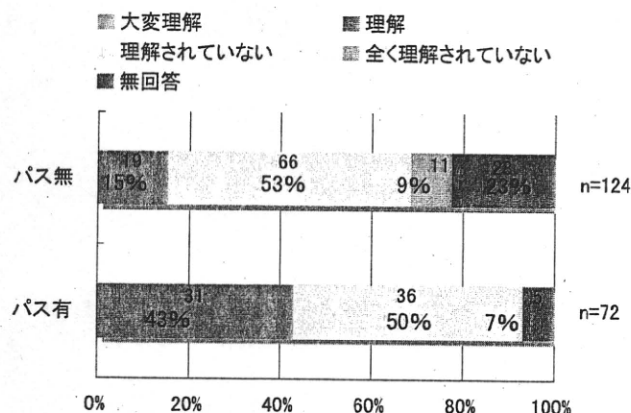
～悪い理由～

- ・家族の介護力不足と理解不足
- ・病状の重傷度が高く、在宅に結びつかない事が多い
- ・ターミナル期の訪問診療や、24時間訪問診療を積極的に行う医師が少ない
- ・当院での入院を長く希望する患者が多いため
- ・在宅ケアにまつわる連携力不足
- ・地域の在宅医との連携も不十分であるが、院内における在宅に移行させる体制がまだ確立されていない

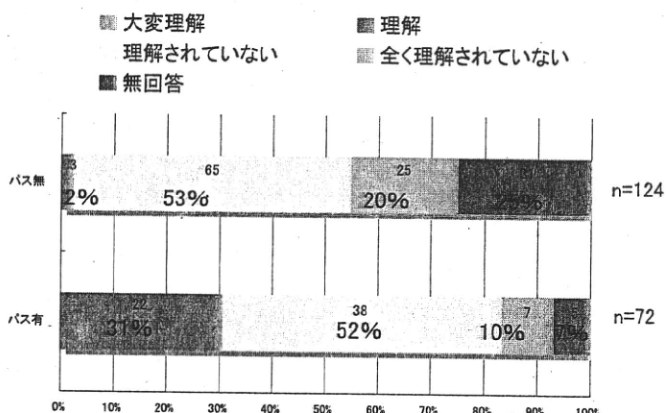
Q8.がん地域連携パスは「院内」に理解されていますか？



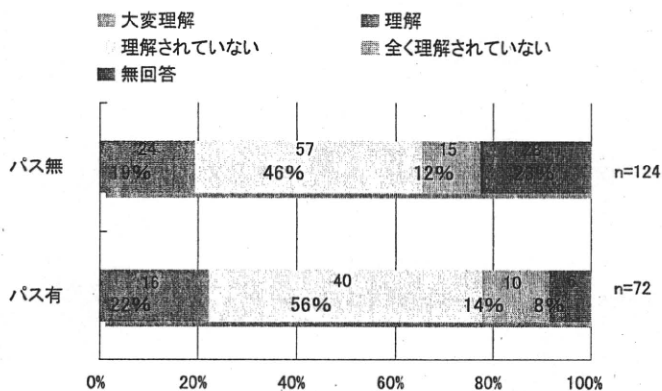
Q9.がん地域連携パスは「かかりつけ医」に理解されていますか？



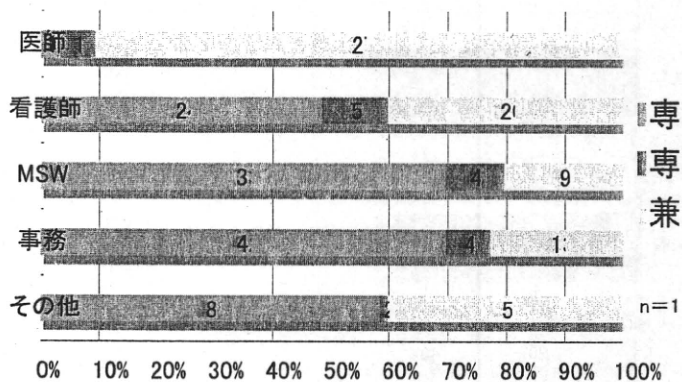
Q10.がん地域連携パスは「患者家族」に理解されていますか？



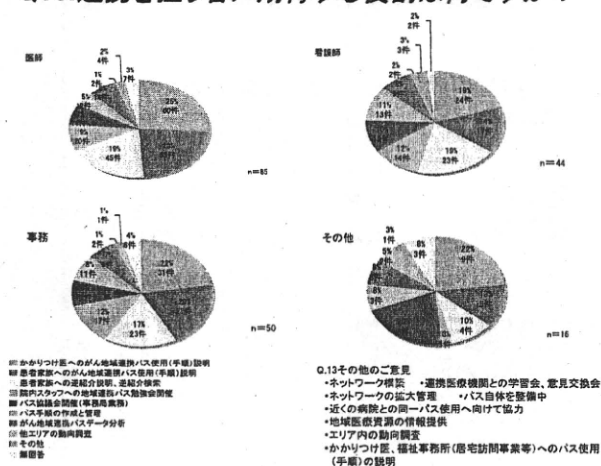
Q11.がん地域連携パスは“ケアマネ、介護福祉系職員”に理解されていますか？



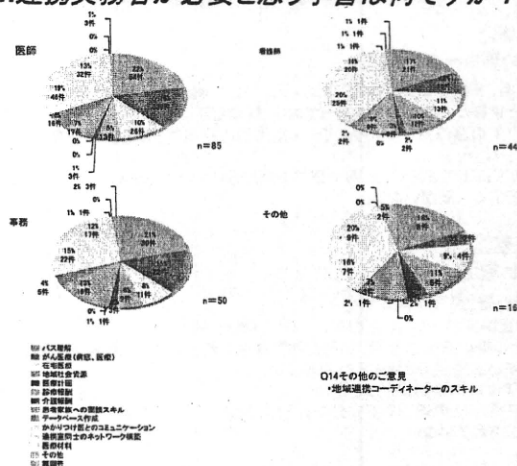
Q12.名称と人数配置について



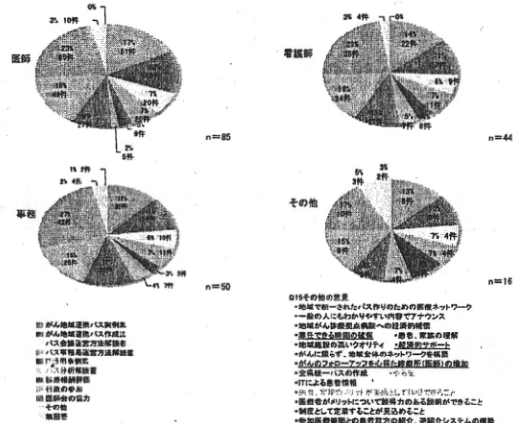
Q13.連携を担う者に期待する役割は何ですか？



Q14.連携実務者が必要と思う学習は何ですか？



Q15.がん地域連携パス普及のために何が必要だと思いますか？



2. 愛媛県における開発状況

河村 進 国立病院機構四国がんセンター

1. 愛媛県の連携パス開発状況

愛媛県での連携パスの開発体制は、愛媛県医師会、地域連携ネットワーク研究会（愛媛大学医学部主催）、愛媛クリニカルパス研究会、愛媛がん診療連携協議会 連携パス分科会を中心に整備している。この共同開発体制はがん医療に留まらず、4疾患5事業の連携調整役としての機能を担う。

がんの連携パス作成・検討については7つの拠点病院共通のパスを、がん診療連携協議会の分科会でおこなっている。7臓器（乳がん、胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、子宮がん、前立腺がん）のグループ毎に、それぞれの連携パスの作成・運用を進めている。各臓器別に拠点病院とその他の中隔病院のがん専門医が集い検討を重ねている。この3月には県の医師会館でかかりつけ医向けに、7拠点病院合同で統一のパスの報告会を企画し意見を求める予定としている。それぞれの臓器別グループの開発・運用の進捗状況を報告する。

2. 愛媛県におけるがん医療推進運動の盛り上がりと四国がんセンターの「がん医療連携・研修センター」建設計画

愛媛県ではがん患者会の応援を得て県会議員の超党派の「愛媛県がん議員連盟」が結成され（H21年3月）、がん医療の推進が謳われることになった。これを受けて、愛媛県はがん医療地域連携強化事業を計画している。この中では『(1)地域の医療機関に対し、本格的に運用開始する地域連携クリティカルパスの普及を図るとともに、運用の支援を行う。(2)地域がん診療連携拠点病院と連携し、地域内で行われるカンファレンス、研修及び普及啓発活動など、在宅緩和ケアのための医療従事者に対する支援を行う。(3)がん患者の紹介先等に困っている地域がん診療連携拠点病院や地域の医療機関に対して、その患者の現状に最も適切と考えられる医療機関を、その地域の拠点病院に設置してある相談支援センター等と連携して提案する。(4)拠点病院での治療計画に応じた治療が終了した「がん患者」に対して、外来治療、在宅療法、緩和ケアなど、がん患者の意向を踏まえた、地域医療サービス等を紹介する。』等の事業を展開するため、看護師、メディカルソーシャルワーカーの確保が検討されている。並行して国立病院機構四国がんセンターではH22年に「がん医療連携・研修センター」を独自に建設し、上記事業の実施に貢献すべく準備を進める。

これら愛媛県におけるがん医療地域連携強化の計画について情報提供し、がん医療推進運動のあり方を考えたい。

3. 東京都のがん診療連携クリティカルパス

鶴田耕二 都立駒込病院

最近、さまざまな疾患で医療の質の向上と効率化のために、医療連携の推進と連携クリティカルパスの活用が試みられている。がん診療においても、「がん診療連携拠点病院は、自ら専門的な医療を行うとともに、平成 24 年 3 月 31 日までに 5 大がん（肺、胃、肝、大腸、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備すること」が求められている（がん対策推進基本計画）。

クリティカルパス（以下パス）は、もともとは入院看護の標準化のために米国の看護師により開発されたもので、日本語で「診療予定表」のことである。「入院してから検査や手術の予定」、「手術後、いつから食事が始まるのか」、「いつ頃、退院できるのか」など入院生活が一瞥して分かるように書かれた日程表である。現在のパスは、看護師だけでなく医師、薬剤師など多職種の間人により、最新の科学的根拠に基づいて作成されるので、患者の安心だけでなく、標準的医療（Evidence Based Medicine）の実践を容易にして医療の質の向上に役立っている。

入院パスにならって、外来通院の日取りや検査予定などを一覧表にした外来の「診療予定表」が連携パスである。がん治療後の経過観察の間隔や検査スケジュールに関して、一部の疾患を除いて確立したものではなく、主治医ないしそれぞれの病院の臨床経験に基づいて決められているのが現状である。

東京には都（道府県）がん診療連携拠点病院が 2 施設、地域連携拠点病院が 12 施設、認定がん診療病院が 10 施設ある。東京都は東西 90 km、南北 25 km でその面積は 2,187 km²であり、単純に 24 で割ると一施設の守備範囲は 90 km²で 10 km 四方足らずである。交通網の発達と相まって各病院の診療圏は交錯している。24 病院が独自のパスを運用すると、連携先となる診療所や病院にさまざまなパスを持った患者が来て混乱を与えることが予想される。

そこで、東京都では、東京都医師会と 24 の拠点・認定病院、さらに国立がんセンター中央病院が協力して東京全体で共通の地域連携パスを作成・運用することになった。医師会と 25 の病院からの委員で構成される 5 大がん別のパス作成委員会で約 1 年間かけてパス原案を作成し、平成 22 年 2 月から試行運用の運びとなった。パス原案は東京都福祉保健局のホームページに掲載し、リンクすることにより東京都医師会および地区医師会のホームページからも閲覧できるようにしてある。今後は 1 年半の試行運用中にブラッシュアップを行い、平成 23 年秋から本格運用の予定である。

オープン・カンファランスでは、東京都の連携パスの紹介と今後の課題、がん診療における医療連携の必要性和問題点について考察する予定である。