

図9 循環器における外来患者数，救急患者，PT（プロトロンビン）外来検査件数の推移

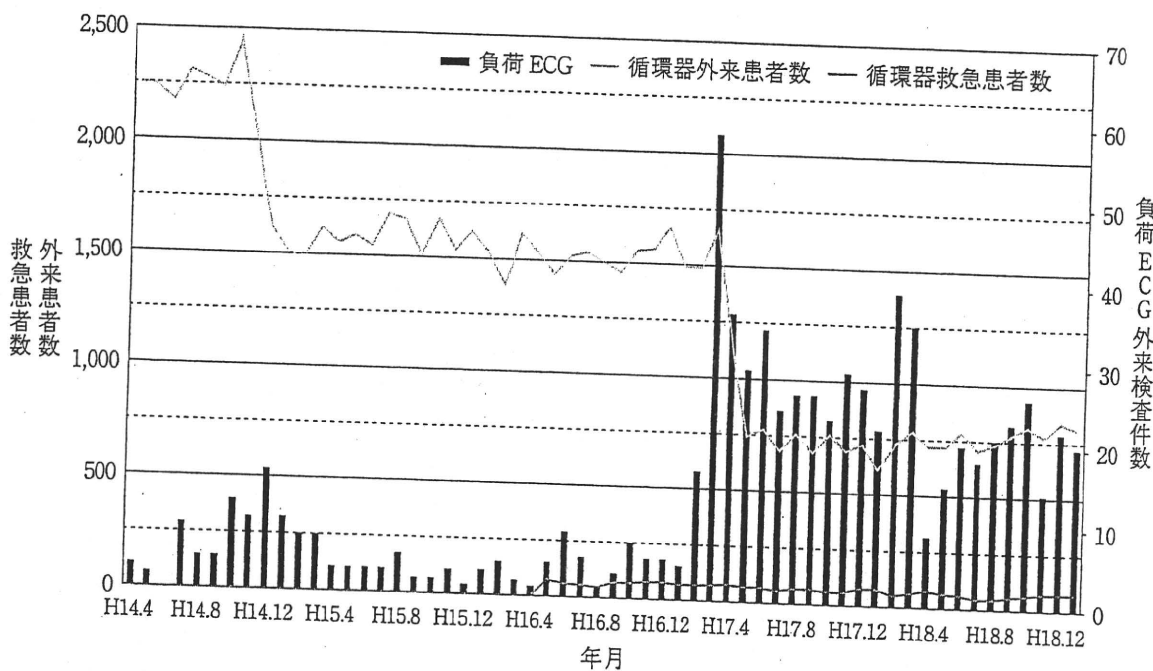


図10 循環器における外来患者数，救急患者，負荷ECG外来検査件数の推移

⑤地域連携クリティカルパスの効果

退院に際し，患者には，病院の専門医による定期的な経過観察が，計画されていることによる安心感があり，通常の診療をかかりつけ医で受けることに対する不安感は軽減された。

地域医療連携には，情報の共有化および治療計画の意思の疎通および方針の共有が必要である。地域連携クリティカルパスは，医療提供者・患者が，情報を共有し，

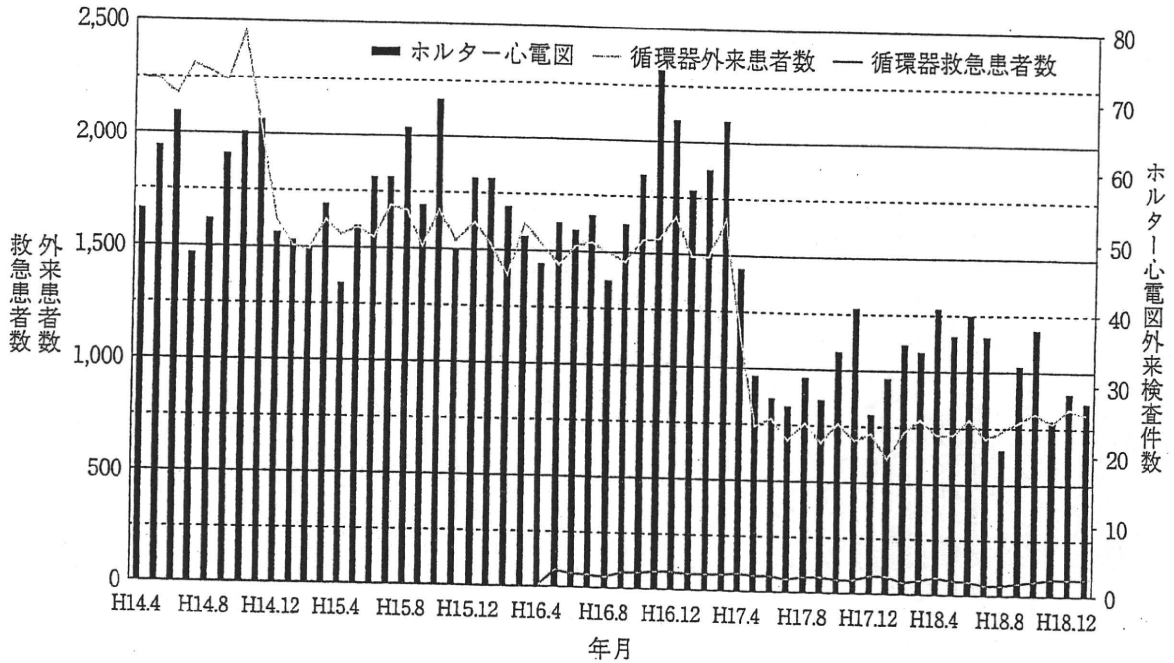


図 11 循環器における外来患者数、救急患者、ホルター心電図外来検査件数の推移

患者中心の医療を実践するためのツールとして有用である。

② かかりつけ医（診療所）の地域連携クリティカルパスに対する評価

医療連携は、主として病院の立場から語られることが多いが、かかりつけ医の立場からの意見を記載する。

(i) かかりつけ医の考える地域連携クリティカルパスの利点

かかりつけ医の考える地域連携クリティカルパスの利点は、地域連携クリティカルパスを使用することにより、双方向性と病院に対する信頼感が生まれることである。

・双方向性

診療情報提供書は、一方通行の情報提供であるが、地域連携クリティカルパスは、クリティカルパスを通じて、双方向のコミュニケーションが生じる。

・診療所と病院の信頼感

開業医の気持ちとして、「患者を紹介すると、戻ってこない。」という懸念がある。地域連携クリティカルパスを導入すると、患者が必ず戻ってくるので、安心して紹介できる。その結果

⇒適切な時期、早期に紹介する。

⇒さらに、他の患者も、高額医療機器検査、専門医療（検査など）を、積極的に紹介するというサイクルが生じ、紹介患者数は増加する。

(ii) かかりつけ医の考える地域連携クリティカルパス導入のメリット

・患者・家族のメリット

病院まで来る時間、労力（家族の分も、特に高齢者の場合、付き添いの家族の負担も大きい。農繁期など家族の都合がつかないと通院できない）、交通費をセーブ

できる。

通院時間（来院時間）、病院での診察待ち時間、その後の待ち時間（会計、処方、その他、検査）などは、診療所においては、病院に比較すると圧倒的に短い。

患者・家族の「見捨てられ感」が減少する。

・診療所のメリット

安心感・信頼感 患者を紹介しても、必ず戻ってくる。

必要時に、検査・専門的な診療をしてもらえる。

その結果必要な時に、速やかに、必要な検査のみ行うことができる。

診療所は、豊富な臨床経験があり、患者・家族が医療費の支払い（自己負担分）に敏感なので、 unnecessary 検査等は行わない傾向にある。

循環器疾患は、生命に関わる疾患であり、病院への紹介を躊躇すると、患者の生命に関わる場合がある。速やかな病院への紹介が、患者の生命を守ることになる。

・病院のメリット

専門的な診療に専念できる。

専門医療・検査の必要な患者の紹介が増える。

いままで、紹介されていなかった患者層の掘り起こしにつながる。

救命救急医療に専念できる。

外来診療の片手間には、救命救急医療はできない。

高度医療機器の使用の集約化

高額医療器械の利用効率の上昇

(iii) 医療連携の範囲・ツール

・「顔の見える範囲」であること

懇親会の重要性 「二十日会」（毎月20日に行われる懇親会、患者情報の交換も行われる）

参加者は、120名程度、病院の院長・部長・医長も参加、

120名程度は、顔の見える範囲の大きさを示す。

逆にいうと、「顔の見える範囲内」で、「真の医療連携」が成立する。

・「顔の見える連携」のツール

勉強会 クリティカルパスの勉強会、症例検討会（救急隊も含む）、最新治療の会

懇親の場 懇親会、スポーツ大会（野球、ゴルフ、ボーリング）、家族を含めた交流会

⑥ 診療所・かかりつけ医の要望

診療所からみた必要なもの（かかりつけ医が望むもの）

・勉強会・研究会：クリティカルパスの話だけではなく、最新知識などの勉強会

・クリティカルパスの運用・管理をする行う部門：6ヵ月、1年の時期が来た際に、患者・診療所が気がつかない場合があり、その時期に、患者・診療所に連絡し、クリティカルパスを管理する部門〔連携クリティカルパス・マネジメン

トセンター]

⇒病院の医療連携室

病院の連携室から連絡があれば、患者側も病院は忘れていない、病院は自分のことをケアしているとの安心感・満足感がある。登録システム・専任職員が必要である。

(3) 循環器地域連携クリティカルパスの今後・進化

1) 循環器地域連携クリティカルパスの輪

現在は、竹田総合病院以外にも、済生会和歌山病院、榊原記念病院、佐世保中央病院、なりみやハートクリニック、日本赤十字広尾医療センターなどの病院に広がっている。

2) 循環器地域連携クリティカルパスの進化

竹田総合病院では、外来患者を3分の1ないし2分の1に減らす目的で、循環器疾患全体に対応するプロトタイプ of 循環器地域連携クリティカルパスを開発し、運用している。

薬剤溶出ステントの使用により、狭心症・急性心筋梗塞など虚血性心疾患の生命予後は長期化している。このため心臓カテーテル、PCIを行う病院の循環器専門外来には、外来患者が蓄積していく。このため病院の外来患者増が、救命救急や心臓カテーテル検査やPCIなど専門的治療へ割くマンパワーを圧迫する傾向がある。この解決の方策として、薬剤溶出ステント（DES）後連携クリティカルパスの開発、運用が全国で試みられている。

薬剤溶出ステントは、短期的には、パナルジン服用による肝障害の対応、長期的には、血栓の予防、再狭窄・冠動脈病変進展予防が必要であり、薬剤溶出ステント後連携クリティカルパスは、この点を病院とかかりつけ医・診療所間で、連携する。

また、糖尿病の場合、HbA1cを指標にコントロールしていても、必ずしも心筋梗塞などの血管病変を予防できない。糖尿病の地域連携クリティカルパスに加えて、頸動脈エコーなどの動脈硬化の検査を定期的に行う動脈硬化予防連携クリティカルパスや、特定検診により検出される要治療群を対象とする特定検診フォローアップ連携クリティカルパスの開発などの進化を模索している。

おわりに

地域連携クリティカルパスは、まだ発展途上段階である。全国の医療機関で、試行されている。診療報酬で、地域連携クリティカルパスを評価する可能性も出ていく。今後、地域医療連携には必須であり、かつ有効なツールとなると考えられる。

地域連携クリティカルパス

5. 胃・大腸がん

佐藤 靖郎

本章のポイント

- 1 消化器がんにおいて周術期はもとより、その後の経過観察・治療を含めた全体計画が必要とされる。
- 2 消化器がんのうち、外来の頻度が高い胃がん、大腸がんを対象に術後地域連携クリティカルパスを作成した。
- 3 地域連携クリティカルパスを導入・運用すると徐々に病院の再来の患者数が減少し、外来化学療法などの時間的自由度が高まる。
- 4 患者側では待ち時間の減少、自己負担金額の軽減、診療所側としてはコストメリット、病院側としては手術件数の増加などのメリットが生まれる。
- 5 今後は消化器がんの地域連携クリティカルパスを電子化することにより、術後経過観察、治療の結果をすばやくフィードバックする体制の構築が必要となる。

はじめに

平成18年の診療報酬改定において、従来の医療体制から住民患者の視点に立脚した新しい医療連携体制の構築が必要とされ、その内容が大きく変化を遂げた。すなわち、①患者からみてわかりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療を実現する視点、②質の高い医療を効率的に提供するため医療機能の分化・連携を推進する視点、③わが国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の在りかたについて検討する視点、④医療費の配分の中で効率化の余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点の4つの視点で今後の医療の方向性が示された。

そのうち患者からみてわかりやすく、QOLを高めることは、まず患者の視点の重視を意味しており、今回の診療報酬改定では、①診療情報提供料の簡素化、評価の引き下げ、②セカンドオピニオンの評価、③検体検査（同日）に基づく診療の評価、④看護体系の提示；入院基本料の算定評価などに結実している。また、それらに加えて領収書の交付、診療報酬体系の簡素化、生活習慣病の重症化予防に係る評価などが関係している。

これまでの医療計画においては、1次から3次までの医療圏が設定されていた。しかし、あくまでも医療を提供する側からの考え方であり、また地域の疾病動向を加味しておらず、大病院を優遇する階層的な構造的な問題を含んでおり、実際の患者・住民側の視点とは言いがたかった。そのため、住民・患者の視点に立ち、新たな医療連携体制の構築が必要とされ国内の医療機関においては迅速な対応が迫られることとなった。つまり、住民・患者に対して診療所・病院がかりつけ医機能を持ち、それらの医療機関を中心に他の機能、すなわち専門的な治療、救急医療、回復期リハビリ、療養、介護・福祉サービスなどを分担して行うこととされている。つまり、それぞれの医療機関は自らの機能を再考し、新たな医療体制の中で何を特徴として役割を分担するのか問われる時代となってきた。

今後は機能分化・医療連携の中で切れ目のない医療を効率的に提供することが必要とされ、それらを推進するためのツールとして地域連携クリティカルパスの運用が推奨されるようになった。また、今回の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスに加算がつき、次の候補としてはがん、脳卒中、循環器疾患などが予想されている。しかし、地域連携クリティカルパスは新たな医療連携体制を効率よく、速やかに確立するための重要なツールであり、加算だけの経済効果を求めるのではなく、クリティカルパス導入によって患者主体の質の高い医療を地域の各医療機関がその効果を楽しむものでなくてはならない。

患者主体の医療の視点で消化器がんの診療をみると、周術期のクリティカルパス導入がチーム医療の実践、医療の標準化、効率化の面から全国的に広まっている。消化器がんの治療においては、その診断、手術手技、周術期管理、術後外来での経過観察や治療という全体的な視点が必要と思われる。それらの1つひとつの要素は非常に大切であることは疑問の余地はないが、治療期間からみると術後外来での経過観察・予防的な抗がん剤投与が最も長期にわたるにも拘わらず、患者に長期の診療計画書を示している医療機関は非常に少ない。

また現状では多くの病院における外科外来は混雑し、待ち時間の増加と術後外来に必要な診療時間がとれないことにつながっており、患者満足度の低下の要因ともなっていることが考えられる。その問題を解決するため特に外科外来に注目すると、通院頻度が多い胃・大腸がん術後で患者数、来院回数をコントロールすることが最も有効と考えられる。

それらの問題を解決するため、当初、国立病院機構横浜医療センターにおいて平成16年6月より胃・大腸がん患者の手術後5年間の長期診療計画書を利用して、地域診療所と連携して行う胃・大腸がん長期連携クリティカルパスを実行し、さらに平成19年度より済生会若草病院においても作成・導入を図っているので報告する。

(1) 胃・大腸がんにおける術後外来診療の現状と課題

わが国では通常、胃がん・大腸がんの手術後の外来経過観察、予防的抗がん剤投与はステージに拘わらずその大部分が手術を受けた病院で行われており、そのことが待ち時間増加、診療時間の短さの原因の1つとなっている。また周術期に用いられるような明確なクリティカルパスや診療計画書に術後経過観察・治療について示されているような事例はまれである。

病院側においては一人一人の患者に対して十分に診療の時間がとれず、結果的に医療の質の低下に通じる可能性があると考えられる。またコスト的な側面をみても病院における術後再来の再診保険点数は低額である。病院にとっては、その条件のもとで今回の医療制度改革で示された患者の視点を重視し、かつ効果的な医療の実践が求められている。そこで外科外来の患者で多くの比率を占める胃・大腸がんにおいて進行度別の共通の診療方針を患者に示し、実行することが患者満足度の見地より肝要と考えられる。

以上をまとめると連携システムを用いない従来の外来においては、患者側の視点としての定期的通院による時間的な問題、明確な診療計画書の必要性があげられる。病院側としては診療時間短縮による患者満足度の低下、再来の保険点数などコスト的な問題を解決する必要性などに集約できる。

(2) 長期地域連携クリティカルパスを活用した病診連携のメリット

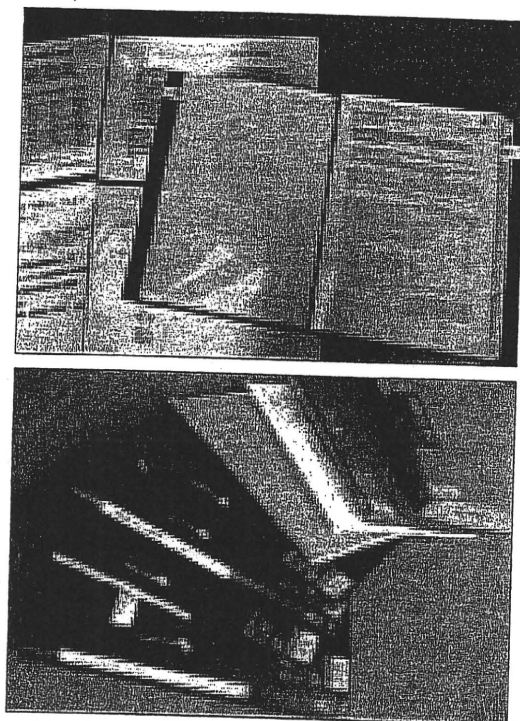
術後における外来患者の流れは、進行度に拘わらず手術を受けた病院のみに通院し、患者⇔病院の構造になっている。そのため患者（場合により付き添いも）には、時間的な問題が、病院にとり十分に診療時間がとれないことや患者の満足度の低下などを招いていると考えられる。それらの問題点をクリティカルパスを用いることにより地域診療所と連携を図ることで、患者、病院、診療所にとって以下のようなメリットに転換できうと考えられる。

- ① 患者；通院時間、待ち時間の減少、診療計画書による患者自身の長期展望
- ② 診療所；コストメリット、ファミリードクターとしての役割の拡大
- ③ 病院；再来患者減少による待ち時間短縮、診察時間の増加

(3) 胃・大腸がん地域連携クリティカルパスの構成と活用

1) EBM book, 文献集 (図1)

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る。特徴としては、EBMの有無が明確に記されている点である。これを連携先の診療所と共有し、随時改訂を行っている。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。



- ・胃・大腸がん経過観察の方針を冊子化
- ・参考文献集も含む
- ・EBMあり/なしも明記
- ・病院・診療所と共有
- ・進歩に従って順次改訂

図1 EBM book

病院主治医 (電話: _____) _____ 様									
診療所名: _____ 主治医 (電話: _____) _____									
		診療所における日常診療							
		入院 退院	病院内来 6ヶ月後	病院内来 1年後	病院内来 1年半後	病院内来 2年後	病院内来 3年後	病院内来 4年後	病院内来 5年後
項目									
達成目標									
連携・連絡		再発等の場合、横浜医療センターに連絡							
教育・指導		<input type="checkbox"/> 患者様用パス説明							
検査・測定									
PS 血圧 体温 体重 身長 心電図		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
採血 腫瘍マーカー		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
採尿 検便		1ヶ月毎 <input type="checkbox"/>					6ヶ月毎 <input type="checkbox"/>		
腹部X線 腹部超音波 内視鏡 CT MRI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

図2 胃がん Stage I 術後長期連携クリティカルパス (医療者用)

2) 胃・大腸がん術後ステージ別医療者用のクリティカルパス (図2, 3)

胃・大腸がんのステージI, II, IIIが対象である。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 (当院に連絡が原則), 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

病院主治医 _____ (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	病院内来 6ヵ月後	病院内来 1年後	病院内来 1年半後	病院内来 2年後	病院内来 2年半後	病院内来 3年後	病院内来 4年後	病院内来 5年後
達成目標				化学療法の完遂					
連絡、連絡	再発、副作用発生等の場合、横浜医療センターに連絡								
教育・指導	<input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明 <input type="checkbox"/> 服薬指導								
投薬	チェック								
	処方								
	消化器症状 皮膚症状 全身症状 薬物処置								
検査・測定	PS								
	血圧 体温 体重 身長 心電図								
	採血								
	腫瘍マーカー	2週毎	1ヶ月毎						
	採尿	3ヶ月毎							
	検便	1ヶ月毎				6ヶ月毎			
	直腸指診(※直腸癌)								
	胸部X線								
	腹部超音波								
	腹部CT								
	骨盤CT(※直腸癌)								
	大腸内視鏡								

図3 大腸がん Stage II 術後長期地域連携クリティカルパス (医療者用)

ら構成されている。特徴としては来院時期を胃がんで術後2年目までは半年に1度、3年以降は1年に1度、大腸がんではステージごとに異なりI, IIで術後3年目まで半年に1度、3年以降は1年に1度、ステージIIIで5年目まで半年に1度のみとしている。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、再来患者数の減少につながり、結果的に待ち時間の減少、一人当たりの診療時間の増加に結びつくように考えた。勿論、再発の兆候や体調不良、薬の副作用があった場合随時受け入れており、来院回数はあくまでも基本である。

また、診療所で施行不能の検査(CT検査、内視鏡検査)は当院または他の医療機関で実施することが可能である。

3) 患者用クリティカルパス (図4)

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。現在では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。したがって患者用クリティカルパス自体は来院時期が最低半年後となるため、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。

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	

横浜医療センター	診療所名:
連絡先: (045) 851-2621 (代表)	連絡先:
主治医	主治医

図4 術後の長期スケジュール (患者様用)

4) 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。

5) 高額医療費の申請ガイドブック (患者用説明ツール) (図5, 6)

通院治療を受ける場合, 高額医療費の申請が必要な場合がある。その手続きを冊子化することにより, 高額医療費の申請および支払い手続きの理解が容易になることを目的として作成した。また予防的な抗がん剤服用のコンプライアンスを高める機能の狙いもある。

6) 診療所マップ (患者用)

当院の診療圏の中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。

7) 連携先ガイドブック (患者用)

連携先の診療日, 診療時間, 診療内容, 医師の経歴などを記したガイドブックである。

8) 医療者用コスト計算シート

医院初診および再診別, 診療行為別の具体的な保険点数額が記されているもの。このツールにより, 診療所は新患一人当たりの保険点数が容易に理解でき, どの程度コストメリットがあるか容易に把握できる。

☆高額療養費制度について…

【高額療養費とは】

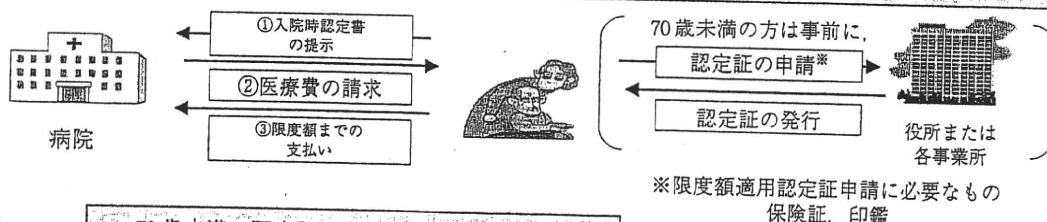
1カ月ごと（月の初日から末日まで）の窓口での支払額が一定額（自己負担限度額）を超えると、申請によって一定額を超えた分が払い戻される制度です。

70歳以上の方、もしくは70歳未満で「限度額適用認定証」の交付を受け、入院時に認定証を提示した方は、窓口での支払額が限度額までとなります。

（外来で自己負担限度額を超える医療費が生じた場合は、高額療養費の申請が必要）

☆医療費の支払いについて…

・70歳以上の方、または70歳未満で限度額適用認定証の交付を受けている方



※限度額適用認定証申請に必要なもの
保険証、印鑑

・70歳未満で認定証の交付を受けていない場合

✓ 高額療養費に該当する場合、役所や各事業所から業書などのお知らせが来る場合とそうでない場合がありますので、それぞれの健康保険の担当係にお問い合わせください。

✓ 申請は、組合管掌健康保険の方で自動的に振り込まれる場合を除いて役所や各事業所にて申請します。



図5 高額医療費の申請ガイド①

9) 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る。連携先医療機関および患者が容易に服薬状況を確認できるツールである。

(4) 胃・大腸がん地域連携クリティカルパス導入の流れと各ツールとの関係

胃・大腸がん術後における地域連携クリティカルパス適用と各種ツールとの関係を示す。術後病理組織所見により、ステージが確定した段階で、手術の内容、ステージの詳細な説明を病状説明用紙とEBM book、文献集にて今後の治療方針を説明する。ステージごとに医療者用、患者用の地域連携クリティカルパスが発行される。診療所マップを用いて、患者本人（家族）のかかりつけ医の有無、近隣の診療所を選定し、クリティカルパスが実行される流れになっている。また抗がん剤の予防投与を含む場合、医療者には服薬管理用紙が発行され、患者には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などにより服薬のコンプライアンスを高めている（図7）。以上のように診療所、患者に対して多彩なツールを作成し、痒い所に手が届くこともまた地域連携クリティカルパスの成功につながっ

自己負担限度額について

認定書を入院時に掲示すれば、お支払い頂く金額が下に記載しました1ヶ月の自己負担限度額までとなります。
【70歳未満の方】

	医療費の自己負担割合	自己負担限度額*1 (過去1年間に自己負担限度額を4回以上超えた場合)
上位所得者 (健保等：月給53万円以上、国保：基礎控除後総所得600万円超)	3割	150,000円 ¹⁾ (83,400円)
一般		80,100円 ²⁾ (44,400円)
低所得者 (市町村民税非課税世帯)		35,400円 (24,600円)

1) 総医療費が上位所得者で500,000円、2) 一般で267,000円を超えている場合は、超えた分の医療費の1%を自己負担限度額に加えて負担することになります。

【70歳以上の方】

	医療費の自己負担割合	外来自己負担限度額	入院自己負担限度額 (過去1年間に自己負担限度額を4回以上超えた場合)
現役並み所得者 (単独世帯年収383万円以上、夫婦世帯年収520万円以上)	3割	44,400円	80,100円 ³⁾ (44,400円)
一般	1割	12,000円	44,400円
低所得者Ⅱ (市町村民税非課税世帯)		8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (市町村民税非課税世帯かつ課税所得が一定以下)		8,000円	15,000円

3) 現役並み所得者の場合のみ、総医療費が267,000円を超えている場合は、超えた分の医療費の1%を自己負担限度額に加えて負担することになります。

☆お問い合わせ

国民健康保険 (自営業者)	→	役所
政府管掌健康保険 (中小企業)	}	企業の担当窓口 もしくは各事業所
組合管掌健康保険 (大企業)		

図6 高額医療費の申請ガイド②

ていることを理解していただきたい。

(5) 胃・大腸がんの地域連携クリティカルパスの進め方

横浜医療センターでは平成16年4月より胃・大腸がん術後地域連携クリティカルパス作成を開始した。その中で最も重要なことは胃・大腸がん術後の大方針を決めることである。まずステージⅠ、Ⅱ、Ⅲは連携で、Ⅳは当院で主にフォローするという共通の方針を立てた。次いで、各ステージにおける術後補助療法(予防的抗がん剤)の必要性の有無や内容の検討(EBMも含める)を行った。前段で示したツール1から9までをおよそ2カ月で作成し、同6月よりパイロットを行った。横浜医療センターの診療圏は主にセンターの存在する横浜市戸塚区以外、泉区、栄区、藤沢市、鎌倉市である。その範囲内で外科、消化器科を標榜する185診療所を選定して、地域連携クリティカルパスの説明用紙とアンケート用紙を配布した。そのうち、24施設から了解の回答があった。それらの施設の情報(外来日、外来時間、休診日、設備)を収集し、協力クリニックファイルを作成した。また同時に可能な限り、パンフレットを取り寄せ、地域連携クリティカルパスを実行する際に患者に手渡しで

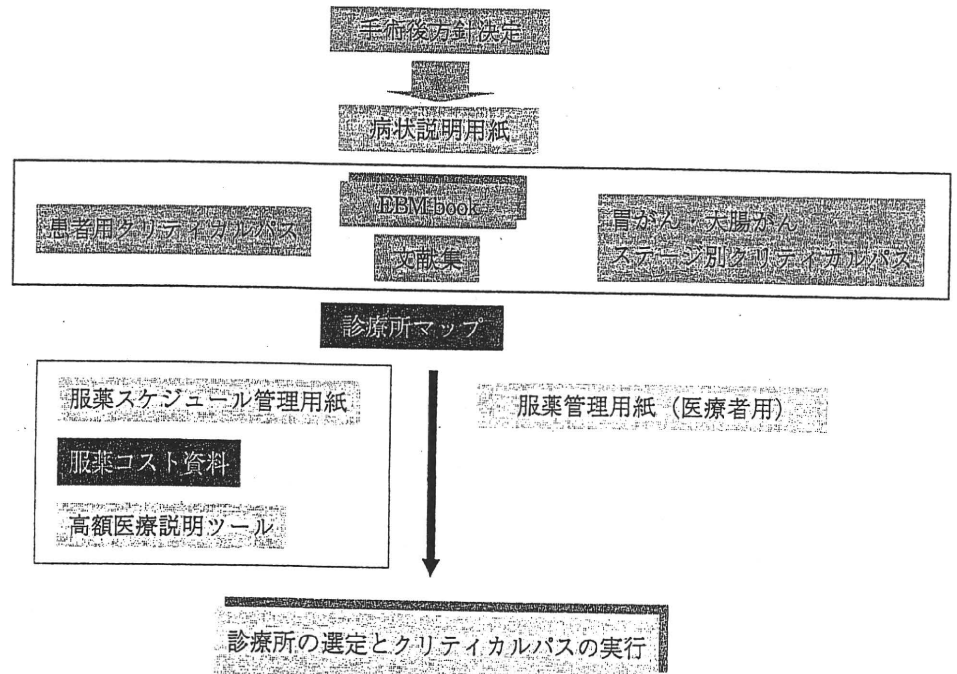


図7 地域連携クリティカルパスのツールの相互関係

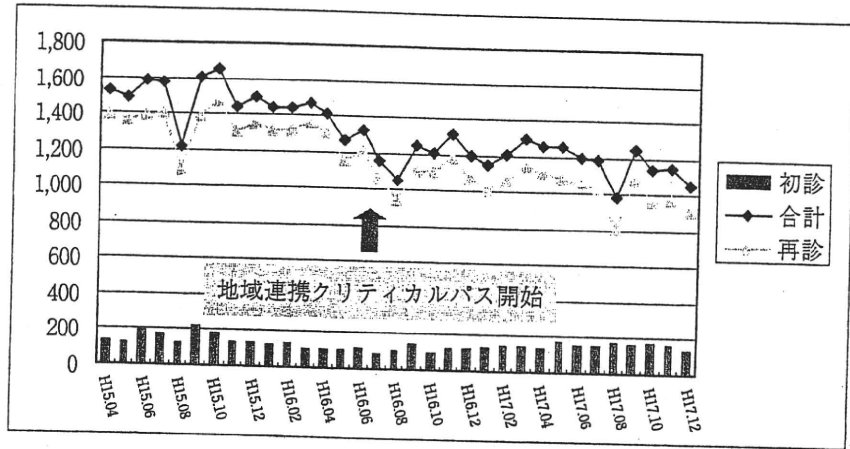
きるように準備を行った。

その後、連携可能診療所は平成19年8月現在46施設（実連携施設は33施設）となっている。現在までのところ、延べ153名、33施設と連携を行った。連携可能施設は46施設となり、当初の24施設に比して22施設増加している。その増加分は患者が元々かかりつけ、住所が近く徒歩圏内であること、職場が近いなどの理由で患者自身が診療所にコンタクトをとったのが要因である。このようにして自然にネットワークが形成されていった。

対象患者の内容としては胃がん50名、大腸がん103名で計153名（逆紹介は91名；59.4%）となっている。そのうち抗がん剤の予防的投与は53名である。クリティカルパスの実行の上で最も重要な点は、連携を開始する際、まず当院で診療の経験がある診療所に協力していただき、クリティカルパスの流れの経験を我々自身が積むことである。また、その他の診療所に広げる場合、術後数年経過した再発低リスクの患者を紹介元に戻す、あるいは同様の患者の逆紹介を実行した。ついで薬剤投与を含む比較的術後経過日数が少ない患者を紹介し、診療所のクリティカルパスに対する認知を徐々に進めていった。また、抗がん剤投与を開始し、診療所に紹介するまで副作用のリスクを極力軽減するため、投与開始から最低1カ月は当院外来で発現の有無を確認している。現在まで抗がん剤投与における副作用は2名おり、1名は患者自身が病院に受診し、残り1名は診療所で抗がん剤中止後病院に紹介受診した。

また再発は7名おり、そのうち5名が診療所で診断を受け病院に紹介された。

以上のように、クリティカルパスは作成直後から大規模に実施できるわけではな



再診の患者数のみ特異的に減少している

図8 外科外来の患者数の推移

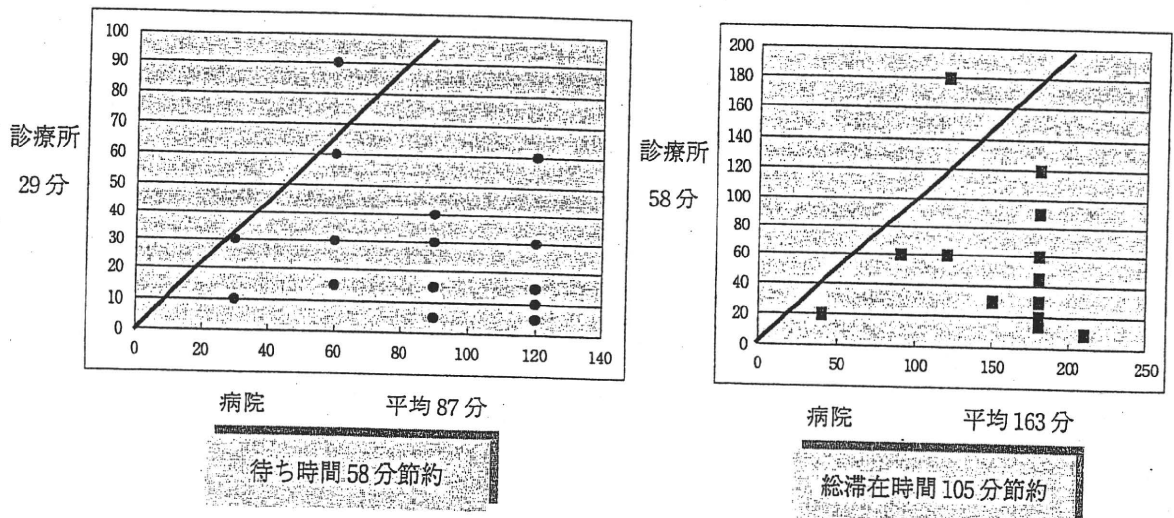


図9 病院と診療所の待ち時間，総滞在時間の比較

く、少しずつ進めていくことがポイントと考える。

また、病院での待ち時間の短縮効果がクリティカルパス導入前後でどのように変化しただろうか。

外来での総患者数、再来患者数、新規患者数の推移でみると再来患者数は平成16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(図8)。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クリティカルパスによる効果が認められたと判断される。

また病院の待ち時間が平均87分であるのに対して診療所では平均29分であり58分短縮できた。病院総滞在時間(来院から病院を出るまでの時間)では平均163分であるのに対し、診療所総滞在時間は58分と105分短縮した(図9)。

以上の結果より胃・大腸がん術後長期地域連携クリティカルパス導入により患者、診療所、病院にとっての当初設定したメリットは達成されているものと判断できう

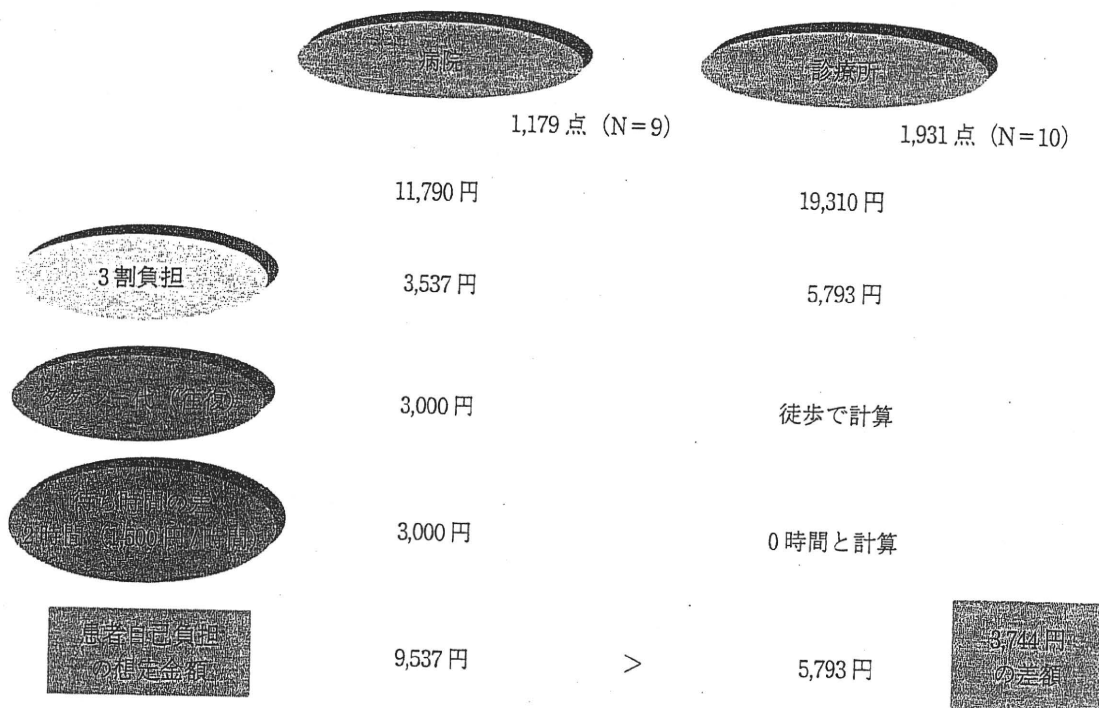


図 10 病院と診療所の月当たりの診療報酬上の点数の比較

る。

(6) 胃・大腸がん地域連携クリティカルパス継続によるメリットの追加

1) 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 名の患者に継続して行ったところ、平成 18 年度は 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。

2) 患者自己負担の減少 (図 10)

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、患者の待ち時間 (1 時間あたり 1,500 円と計算)、通院費用 (往復 3,000 円) を勘案すると患者の自己負担は病院 9,537 円、診療所 5,793 円となり、3,744 円の患者の自己負担の差が発生する可能性があり、コスト面での有用性も示唆される。

(7) 協力診療所のクラス分類について (図 11, 12)

胃・大腸がん術後地域連携クリティカルパスの運用に際して一人の患者に対して

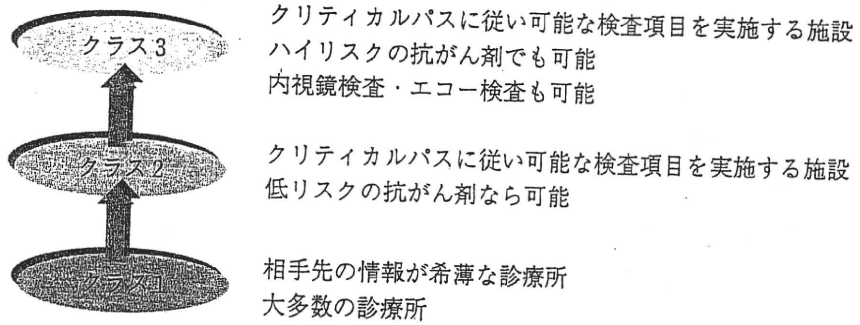


図11 診療所のクラス分け

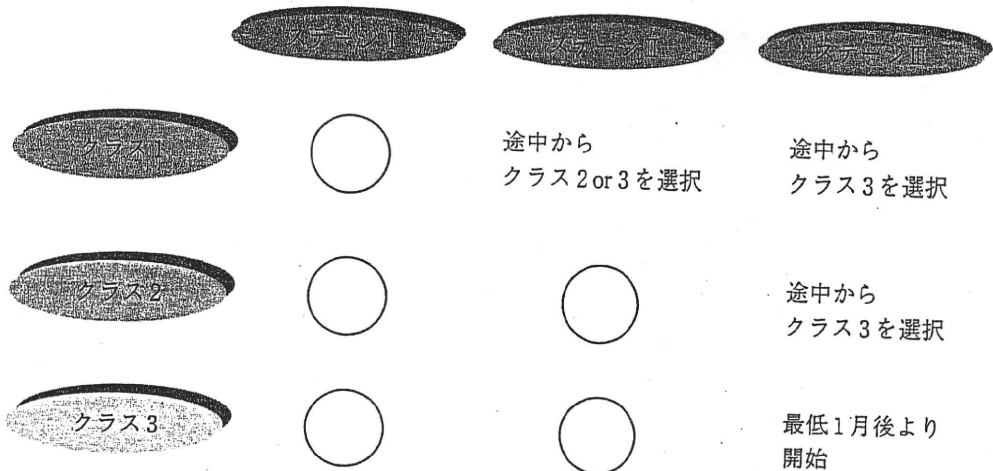


図12 診療所のクラス分けによる連携の対応

地域連携クリティカルパスを介して病院、患者、診療所の3角形構造を自然に作成し、協力診療所を増加させていくという自然なネットワーク形成が大切である。それに加えて、胃・大腸がん術後地域連携クリティカルパスの場合、ステージ別に地域診療所をクラス1, 2, 3に定義して、規則的に逆紹介を行っている。

クラス1の診療所：大多数の診療所であり、地域連携クリティカルパス初回で実際に連携を行った経験がない診療所である。このクラスには原則的にステージIを逆紹介する。これらの診療所からステージIIあるいはIIIの胃がんまたは大腸がんが紹介され場合には、ある程度の時期をみて紹介元に地域連携クリティカルパスにより連携診療を行う。

クラス2の診療所：クリティカルパスに従い検査項目をきちんと実行できることが実績で示されている診療所であり、ここではステージIあるいはIIの患者を逆紹介する。もしステージIIIの胃あるいは大腸がんがこの診療所から紹介された場合は抗がん剤のリスクと再発のリスクを勘案して、紹介元と連携を行う。

クラス3の診療所：クラス2の診療所の条件に加えて、ハイリスクの経口抗がん剤でも可能であること、また末梢血液検査の同日検査が可能であること、内視鏡検査（胃・大腸）やエコー検査が可能であることが必要である。この診療所の場合はステージIIIでも1カ月後から連携可能としている。

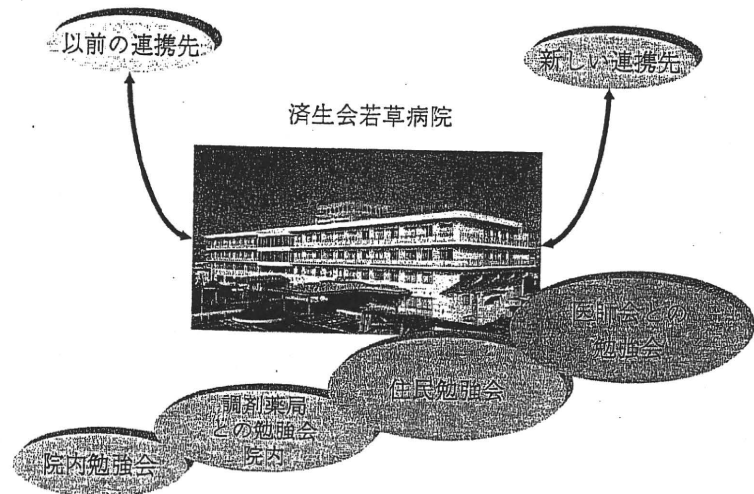


図13 地域連携クリティカルパスの認知を図るための勉強会

以上のように自然な3角形の連携とステージ別、診療所のクラス別の連携の結果、特徴的な構造が生まれた。それは、大多数の診療所においては1名のみの患者、数少ない診療所では多くの患者を地域連携クリティカルパスに沿って診療するというやや不均衡な形になった。要因としては、診療所のクラス分類により、ステージの高い逆紹介患者がクラス3の診療所に集中したことがあげられる。

しかしながら、胃・大腸がんでクラスの高い診療所が他の疾患でクラスが高いとは限らないと思われ、今後はそれぞれの診療所が疾患特異性を持つことでより良い医療連携が行われるものと期待している。

(8) 済生会若草病院での地域連携クリティカルパス構築・導入について

済生会若草病院は神奈川県横浜市金沢区にある199床のケアミックス型の病院である。平成19年4月に胃・大腸がん術後地域連携クリティカルパスに対する理解を得るため、病院情報誌、ホームページなどを利用してシステムの紹介を行った。

加えて、同6月に横浜市金沢区薬剤師会との合同勉強会を行い、抗がん剤の予防的投与における服薬指導の重要性を検討した。ついで地域住民に対して、大腸がんの予防、治療に関する勉強会を開催し、同時に胃・大腸がん術後地域連携クリティカルパスの患者側のメリットを説明した。今後、医師会との勉強会も予定し新しい連携先を模索している段階である(図13)。

また、横浜医療センターで胃・大腸がん地域連携クリティカルパスを運用している診療所(1施設)における患者2名(胃がん1名、大腸がん1名)が当院との連携を望んだため、新たに当院と地域連携クリティカルパス運用をしている。

さらに同時に術後外来において、新たな連携協力診療所が2施設(それぞれ大腸がん1名ずつ)となっており、平成19年7月現在も大腸がん術後患者2名の患者と新たにかかりつけ医を検討している。

Medical Network Pass

2007/02/05: デモサイトを更新しました。
 2007/02/06: 医療検索・連携パスコーナー更新しました。
 2007/02/06: システム管理情報コーナー更新しました。

手術所見の入力

医療機関の検索機能

患者情報

- 胃癌患者情報入力
- 大腸癌患者情報入力
- 癌患者情報一覧

医療情報検索

- 連携病院検索
- 連携市医師会検索
- リンクが医療機関情報

服薬情報

- 服薬データ
- 服薬コスト資料
- 高額医薬品説明ツール
- 服薬管理用紙

連携パス

- 胃癌連携パスシート入力
- 大腸癌連携パスシート入力
- 連携パスシート一覧

EBM database

- 薬物情報検索
- 参考資料管理

システム管理情報

- 連携会費所登録
- 患者情報登録
- インフォメーション書込み

図 14 胃・大腸がん術後地域連携電子クリティカルパス

さまざまな情報の一元的な管理

胃癌・患者情報

手術所見

手術日 西暦 年 月 日

術者 時 分 から 時 分まで

出血量 ml

輸血 有 無 (他家血, 自己血, 回収血) 単位 FFP 単位

術中尿量 ml

輸血量 ml

術中創分類

麻酔 全麻 硬膜 脊麻 静麻 伝麻 局麻

麻酔薬

手術病型 病型 深達度 他疾患 あり なし

占拠部位 (長軸 / 短軸) (長軸 / 短軸)

腸胃の癌(初回胃切除の病変-残胃高までの期間-腸胃癌部位)

大きさ 最大径 cm x cm

食道浸潤 なし あり cm

十二指腸浸潤 なし あり cm

sT4 臓器

尿水 なし あり ml

図 15 地域連携電子クリティカルパス画面

さらに現在、胃・大腸がんの電子地域連携クリティカルパスを構築・導入中である。そこでは情報の即時性、一元化を目指している(図14, 15)。平成19年7月初旬には院内のすべての診療端末からインターネットに接続できうる環境整備が終了している状況である。今後は電子地域連携クリティカルパスにおいて必要な条件とは従来の紙ベースにも対応し、電子ベースのインフラがない医療施設に対しても柔軟に対応可能であること、かつ即時的に生存率、再発率、さまざまな薬剤の副作用

用の状況を把握できる胃・大腸がんの疾病管理ツールとしての運用を目指している。また大きなサイズのファイルを全員あるいは特定の診療所に供覧可能として地域レベルでの相互教育ツールとしての検討もしている。

おわりに

胃・大腸がん地域連携クリティカルパスを導入・運用することにより患者・診療所・病院との間に適切な Win-Win-Win の関係を容易に構築することが可能となる。また診療所のインフラを柔軟に考慮した電子地域連携クリティカルパス導入により、即時的にさまざまな治療の状況を把握・連絡でき、さらに有用性が高まることが期待でき、今後これらの活動をモデルにして全国的に実践されれば幸いである。

地域連携クリティカルパス

6. 肺がん

住友正幸

本章のポイント

- 1 地域連携クリティカルパス導入には明確な目的を持つ。
- 2 連携は入院前より始めて、入院、術後連携へと一貫性を持たせる。
- 3 説明には文書を用いて患者・連携医との情報共有を密にする。
- 4 連携における役割分担と責任を明確にする。
- 5 連携の意義を理解してもらうのが成功の鍵。

はじめに

第五次医療法改正により、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病のいわゆる4疾患への地域連携クリティカルパス推進が示され、平成20年度診療報酬改定におけるこれら疾患への地域連携クリティカルパス加算導入の期待も高まっている。地域連携クリティカルパスは、その原型となった大腿骨頸部骨折や脳卒中のように、治療の主体が急性期病院から連携施設へほぼ一方向性に進むものと、糖尿病のように治療主体は連携施設として、これを急性期病院が専門性で補助しつつ、患者が両者間を往き来するものに分かれる。がんの地域連携クリティカルパスはちょうどその中間で、治療主体は急性期病院から連携施設に緩やかに移行しつつ、前者が専門性で後者を補助するものである。本章では肺がん術後地域連携クリティカルパス導入の実際を中心に、その効果についても述べる。

(1) 導入の経緯

当院では平成11年に病院初のクリティカルパスとして肺がん手術クリティカルパスが導入された。それは外科病棟看護師諸姉の看護研究の賜でもあったが、多忙な毎日において業務をどのように定式化すべきか、どのように医療者間のコミュニケーションを保つかといった、現在クリティカルパスを使う者にとって当たり前となってしまう問題を解決することが目的であった。そして、クリティカルパスがその本義である患者中心の情報共有へと進むにつれ、1つの問題が生じてきた。そ