

IV 退院調整連携パスの実際

退院調整連携パスは1～6のフェーズ(段階)で展開する。フェーズごとに目標を設定しており、調整する項目をピックアップしつつ各フェーズで必要な人的・物的資源の調整、調整後に実施される介入を明確にする、という作業を繰り返していく。

退院調整を効果的に行うには、医師の協力は不可欠である。このため、医師に対しての動機付けとして入院診療計画書に「退院の目標」の項を追加した(図1)

フェーズ1 パスの適応をアセスメントする。入院時、全患者を対象にアセスメントし退院調整の必要な患者はパス適応としてフェーズ2以降に進む(図2)。フェーズ1の記載は、入院時、患者基礎情報記載、初期計画立案とともに実施する。

フェーズ2 フェーズ1でスクリーニングされた患者に対し、退院後「どんな援助が必要か」を視

点に、ADL・家族環境・介護力・経済状態・治療・処置などについて情報収集を行う(図3)。フェーズ2は、初期計画立案後2、3日以内を目処に情報収集することを規定しているが、情報の内容によっては患者・家族との良好な関係がなければ収集が困難な情報もあると考え追記で対応するよう指導している。

フェーズ3 フェーズ2で収集された情報をもとに、院内連携、院内カンファレンスを主眼にした情報の整理と共有を行う。各職種を「人的資源」として、退院に対する院内での意思統一を可視化する段階となる。退院後の療養についての患者・家族の希望や意思を確認し、退院時に必要なケア介入や資源を明確にする。相談支援センターはその情報を受けて、必要な連携や社会的資源について調整を開始する。病棟スタッフは、退院時に必

入院診療計画書
(患者ごとき用)

(患者氏名) 姓 名 平成 年 月 日

病 種 (病名)	病 種	病 種	病 種
病 種 (病名) (他に考え得る病名)			
病 状			
入院の目的			
退院の目標	退院の目標 主治医にも、入院時に「何が達成できたら退院できるか」という視点が持てるように工夫。		
指定される入院期間			
出 院 計 画			
検査内容及び日程			
手術内容及び日程			
看護計画等			
担当看護師氏名			

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後、検査等を含めてよく検討して変わってくる場合があります。
注2) 入院期間については、現時点で予想されるものであります。

がん相談支援・情報センター
(主治医氏名) 印
(患者) (医師)
2008.10. 10

図1 入院診療計画書

退院調整連携パス

がん相談支援・情報センター
ID: 主治医: 担当: 介護保険、介護度()
身体障害者手帳()
老人手帳 介護保険NS()
生活保護・医療費()

介護保険の項目にチェックが入った場合は、保険証の中の「居宅介護保険事業費(ケアマネージャー)」を確認し、フェーズ2の「環境・家族」の欄に記載する。

入院診療計画書

入院日記載

＜氏名＞ フェーズ1: 初期アセスメント
＜入院の目的＞ フェーズ担当() 記載日

手順 化学療法 虚脱コントロール 患者アウトカム 退院調整介入の必要性についてスクリーニングできる。
その他() スタッフアウトカム

<input type="checkbox"/> IPS	1	2	3	4
<input type="checkbox"/> 排泄ケア	自立	要介助		
<input type="checkbox"/> 栄養・食事ケア	経口	経口以外	NH	経管栄養 其他()
<input type="checkbox"/> 沐浴ケア	自立	要介助	PT-イレ オムツ	カテーテル 其他()
<input type="checkbox"/> 移動ケア	自立	要介助	要介助	失禁 ストーマ ⇒WOC認定NS ^{*)} 車椅子 ベット
	歩行の状況: 杖歩行 つたい歩行 歩行器			
<input type="checkbox"/> 疼痛の予防・緩和ケア	疼痛なし	疼痛あり	⇒がん性疼痛管理認定NS ^{*)}	
<input type="checkbox"/> オビドインの使用	なし	あり	⇒WOC認定NS ^{*)}	
<input type="checkbox"/> 呼吸ケア	気管口なし	気管口あり	⇒WOC認定NS ^{*)}	
	在宅酸素なし	在宅酸素あり		
<input type="checkbox"/> 褥瘡ケア	リンパ(浮腫)なし	リンパ(浮腫)あり	⇒リンパ(浮腫)ケア認定NS ^{*)} ⇒WOC認定NS ^{*)}	

※入院患者に使用する
★点線より右の項目に○チェックがある場合、ケアアセスメントシートを使用。
※リンクナースの承認印を受けた後がん相談支援・情報センター→取扱ファイルに入れる。(リンクナース) がん相談支援・情報センターが各エキスパートナースに情報提供を行う項目

「全入院患者に使用。
「既介入」の可能性をピックアップするためのシート。
「明らかに介入の必要がない患者の場合は、エンボスとリンクナースの承認印で介入不要の連絡とする」

「初期アセスメントのみ、各エキスパートへの連絡は支援センターへを通して。
・支援センター内に「連絡用BOX」を設置。
・エキスパートはそこから必要な情報を収集する。

リンクナース 承認印(リンクナース不在時は部長または副部長印) ()
2008/10/02 四国 がんセンター がん相談支援・情報センター 作成
10

図2 フェーズ1

患者名()		フェーズ2:通院調整に関する情報収集	記録日
フェーズ担当	()		
患者アウटकム	通院について考えることができる。		
スタッフアウटकム	治療方針決定時までに通院後の生活の視点で情報を整理しアセスメントすることができると。		
患者または家族の意思	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通院	
現在の身体状況	<input type="checkbox"/> 清潔ケア	*ケア介入行為の実施については、入院時ケア計画を参考に 別紙ケア介入一覧を参照する。	
	<input type="checkbox"/> 栄養・食事ケア		
	<input type="checkbox"/> 排泄ケア		
	<input type="checkbox"/> 移動ケア		
	<input type="checkbox"/> 疼痛の予防・軽減ケア		
	<input type="checkbox"/> 呼吸ケア		
	<input type="checkbox"/> 看護ケア	程度・リンパ浮腫アセスメントを実施	
	<input type="checkbox"/> 服そう	程度・じょくそうアセスメントを実施	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	環境・家族	家族構成、家庭環境、介護力、居住空間、住居、療養環境、経済面などについて記載	
高度・処方等			
備考			

リンケアス 確認印(リンケアス不在時は部長または副部長印) ()
2008/10/02 四国 がんセンター がん相談支援・情報センター 作成

14

図3 フェーズ2

患者名()		フェーズ3:カンファレンス、通院調整開始	記録日
フェーズ担当	()		
患者アウटकム	入院の目的を整理し通院の目標を設定できる。		
スタッフアウटकム	患者への治療方針の増進に、入院の目的、患者の目標に基づき必要となる通院調整内容について通院者側の意思統一を行う。		
患者または家族の意思	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 通院	
現在の身体状況	<input type="checkbox"/> 清潔ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 栄養・食事ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> NSIと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 移動ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> WOCと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 移動ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	その他()		
	<input type="checkbox"/> 疼痛の予防・軽減ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 緩和ケアチームと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 社会資源の利用	<input type="checkbox"/> 現状維持	
	<input type="checkbox"/> 呼吸ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持	
<input type="checkbox"/> 看護ケア	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> リンパ浮腫ケアと連携	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> 服そう	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> じょくそう委員会と連携	<input type="checkbox"/> 現状維持		
<input type="checkbox"/> 経済面に係る情報の利用			
<input type="checkbox"/> 介護保険・身体障害者・種々の年金手続			
<input type="checkbox"/> かかりつけ医			
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション			
<input type="checkbox"/> ケアマネージャー			
<input type="checkbox"/> 通院			
カンファレンス参加者	医師: _____ 看護師: _____		
1:1相談者	医師: _____ 患者: _____ 看護師: _____ 家族: _____		

リンケアス 確認印(リンケアス不在時は部長または副部長印) ()
2008/10/02 四国 がんセンター がん相談支援・情報センター 作成

図4 フェーズ3

記録日 月 日 _____		地域連携通院共同指導書	患者名() 医師() 看護師()
フェーズ担当	()	フェーズ4:(合同)カンファレンス	
患者アウटकム	通院後の生活に対する希望や要望を話し合う		項目の記載をしたら、必要枚数をコピーしそれぞれに保管のこと。
スタッフアウटकム	患者の通院後の生活に対する希望や要望に沿って、医療機関カンファレンス調整		
調整内容	清潔ケア		
	栄養・食事ケア		
	排泄ケア		
	移動ケア		
	疼痛の予防・軽減ケア		
	呼吸ケア		
	看護ケア		
	服そう		
	経済面に係る情報の利用		
	連携先		

合同カンファレンス調整書 現在の通院調整状況

カンファレンスでの検討事項

・施設上の合同カンファレンス開催に当たり、現在の状況を記載。(フェーズ3での病棟カンファレンスを受けて、決定した事項・方向性について記入する。)
・フェーズ3以後、内容に変更があった場合、詳細は従来の記録用紙に添す。

・カンファレンス中に重要なあった事項、追加のあった事項について記載する。
・記載者は、原則受け持ちNS、

・在宅診療所、医師サインが入った場合はコストが発生。医事課に控えを回すこと。

注)かかりつけ医が、在宅療養支援診療所の 時、リンケアス確認印(リンケアス不在時は部長または副部長印) ()
金沢市へチェックマークを入れる。()
2008/10/02 四国 がんセンター がん相談支援・情報センター 作成

16

図5 フェーズ4

記録日 月 日 _____		通院調整計画書	患者名() 医師() 看護師()
主治医:	_____	リンケアス:	_____
受け持ちフェーズ:	_____	がん相談支援・情報センター担当:	_____
フェーズ担当	()	フェーズ5 :通院時	フェーズ6 :通院後
患者アウटकム	通院への気持ち、通院先の環境が整う。		不安や管理が() ことができる ・緊急時の連絡先を知っている
スタッフアウटकム	通院後の生活のための、人・物の準備を整える。		心身ともに安定した状態を維持できる。
調整内容	清潔ケア		
	栄養・食事ケア		
	排泄ケア		
	移動ケア		
	疼痛の予防・軽減ケア		
	呼吸ケア		
	看護ケア		
	服そう		
	経済面に係る情報の利用		
	連携先		

最終調整事項(カンファレンス後の治療事項)
別紙ケア介入一覧 看護情報提供表を参照

・合同カンファレンスでの、決定、同意事項を記載。
・院内での最終決定事項を記載する。
例) 清拭 毎日 入浴 週2回 (具体的内容についてはフェーズ8に記載)

・カンファレンス後、転送先、訪問看護ステーションなどでの処置・介入方法について記載。
・居住環境や施設により、継続処置や介入でも相違が発生する場合には追記。(連携先に記載してもらっても可?)
例) 清拭 毎日 14時、訪問時 入浴 週2回 デイサービス使

・訪問時の時は、電話 _____ にご連絡ください。
・四国がんセンターへのお問い合わせは、がん相談支援・情報センター099-999-1114まで。

2008/10/02 四国 がんセンター がん相談支援・情報センター 作成

図6 フェーズ5・6

要なケアに関して、患者・家族への指導や援助を開始する。フェーズ3は、治療方針が確定する、入院後一週間程度の時期に院内カンファレンスを開催することを規定している(図4)。

フェーズ4 このフェーズは、連携先との合同カンファレンスを想定しており、患者・家族、連携先との情報と目標の共有、退院後についての意識統一を行うフェーズとしている。入院の目的であった当院での治療・処置終了の目処がたち「そろそろ退院」という時期に、患者・家族が参加できる日程で調整し、合同カンファレンスを開催する。病棟スタッフは、フェーズ3以降の連携先を含めた人的・社会的資源の調整内容とケア介入について評価を行う。この段階で整理された合同カンファレンス前の患者情報として診療情報提供書

とともに連携先に提供し、合同カンファレンス開催後は、内容を整理・明記する(図5)。現在、このフェーズは「地域連携退院共同指導書」としての運用を前提に利用し、検討を進めている。

フェーズ5・6 退院後の目標・計画を共有、可視化するフェーズとなる。フェーズ5では、退院療養計画書・看護サマリーの一部として、今後のケアや資源の利用方法を明記する(図6)。フェーズ6には連携先でのケア提供や資源利用の方法についてを明記する。現状では、退院時、フェーズ6は空白のまま終了している。このパスが連携パスとして機能し、患者・家族へ安心を提供するツールとなるためには、フェーズ6が記載されケア・調整の継続性を可視化できるよう働きかけていく必要がある。

V 退院調整連携パスのバリエーション—達成日—

在宅移行や在宅支援は、患者個々で介入方法が異なり一律的な介入が行えない。退院調整連携パスでの「標準化」は、医療処置やケア介入を「標準化」するのではなく「院内外の人的、物的資源の調整や情報共有・情報提供のあり方について「標準化」したもの」と考えている。このため、当院で規定している「詳細にアウトカム(患者目標)を設定し、運用するアウトカム志向パス」³⁾の形式で作成することができず、バリエーションシートの利用もできない。しかし、パスとして目標を持ち評価・管理していくことで退院調整に関する質の担保ができると考え、「目標が達成できると予測される日(カンファレンス開催日、退院日など)」を設定し、その設定日に達成できたかどうかをバリエーションとして判断することとした(図7)。

がん相談支援・情報センター		退院調整連携パス	患者名:
<退院調整パス、バリエーションのとりえ方> ・フェーズ終了時に次フェーズの達成期日を設定 ・設定日までに、フェーズ内の内容を達成できない場合は バリエーションとし、その理由を「バリエーション内容」欄に記載すること。 ・パスの終了は、患者の死亡時・死を目前にして病院死を希望した場合。 ・状態の変化等、パスの休止・再開の場合は新たに達成期日をたて、バリエーション内容に詳細を記載。		主治医:	がん相談支援・情報センター担当:
フェーズ1 患者アウカム: 退院調整介入の必要性についてスクリーニングで 医師アウカム: 達成期日に入院日が入ります	達成期日	バリエーション内容	
フェーズ2: 退院調整に関する情報収集 患者アウカム: 退院について考えることができる。 医師アウカム: 治療方針決定時までに、退院後の生活の視点から を整理しアセスメントすることができ	達成期日	バリエーション内容	
フェーズ3: カンファレンス、退院調整関係 患者アウカム: 入院の目的を理解し退院の目 医師アウカム: 患者への治療方針・心ころまで の目標に基づき必要となる退院調整 患者側の意思統一を行う。	達成期日	バリエーション内容	
フェーズ4: (合同)カンファレンス 患者アウカム: 退院後の生活に対する希望や要望を話すことができ る。 医師アウカム: 患者の退院後の生活に対する希望や要望に 医療者間の意思統一を行う。	達成期日	バリエーション内容	
フェーズ5: 退院時 患者アウカム: 退院への気持ち、退院先の環境が整う。 医師アウカム: 退院後の生活のための、人・物の準備を整え	達成期日	バリエーション内容	
フェーズ6: 退院後 患者アウカム: 不安や苦痛なく「 」での生活をすごすことが できる。 医師アウカム: 緊急時の連絡先を知っている。 心身ともに安楽した状態を維持できる。	達成期日	バリエーション内容	

以後の達成日は、
患者の状況や状況により
プライマリケースまたは
リンクケースが設定してください。

各フェーズの達成日≧達成期日=負のバリエーションとなり、
期日日≦達成期日=正のバリエーションとなります。

達成期日が「事情により変更」になる場合は
バリエーションとします。
状態の変化等、パスの休止・再開の場合は、
新たに達成期日をたてバリエーション内容に詳細を記載
バリエーションコード裏に従い
項目と詳細内容を明記してください。

2008/10/02 西園 がんセンター がん相談支援・情報センター 作

図7 バリエーションシート

VI 退院調整連携パス導入の結果

退院調整連携パスは、相談支援センターが開設された平成18年4月から作成を開始し、半年の準備期間を経て平成18年10月から全病棟での導入を開始した。1つのパスを全病棟一斉に導入するため、パス導入直前には、院内パス大会でのプレゼンテーションと、看護単位(病棟単位)を対象に「退院調整とは」、「退院調整連携パスのコンセプト、使用方法」について勉強会を開催した。また、病棟での退院調整の推進力となるリンクナースを募り、毎月退院調整検討会を開催している。

これらは、パス導入の目的の一つとした「看護(医療)の継続性を考慮した入院中の援助、介入ができる」ために、病棟看護師が主体になる退院調

整のあり方やパス使用の方法を検討し実践につなげるためであったが、導入後、病棟看護師から「パス記載の業務が増えた」、「全入院患者をアセスメントする必要があるのか」、「入院時から退院のことを考える必要があるのか」、「患者・家族に対して、治療も終了しないうちから退院後について考えるように言えない」など、退院調整に関しての多くの否定的な意見がでた。

導入後1年半を経過した現在、徐々にではあるが退院に関する意識統一が図れている。平成19年4月から10月の期間で退院調整を実施した患者割合と、その転記を病棟別に示す(図8)。

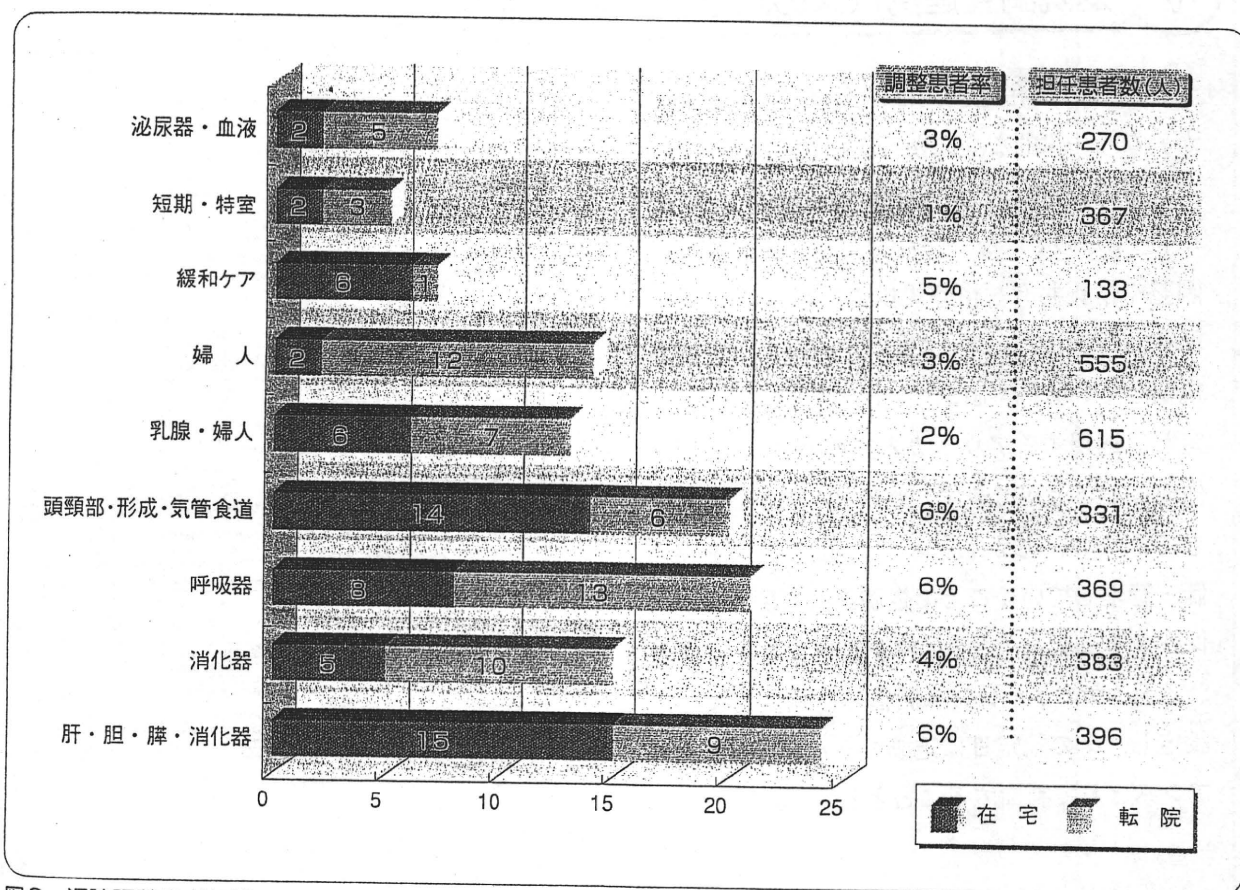


図8 退院調整患者転記

“退院調整”という援助は、いかに看護師がかかわるかで援助の内容や質、患者・家族の満足度が変化するものとする。また、入院の時点から退院で問題となるかもしれない事項を把握し、医療、社会資源を円滑に活用できるよう準備、サポート、調整することである。入院時から準備を始める病棟の重要な業務として、患者の療養生活をトータルにサポートする看護の重要な役割であろう。しかし、退院調整連携パス導入後の発言が表すように、今まで診療の補助を中心にトレーニングを受けてきた看護師が多いためか「患者の療養生活をトータルにサポート」することが看護の役割という意識が希薄であるとする。

また、昨今やっと「緩和ケア」の重要性が認識され始めたが、緩和ケアを主体とする在宅医療や緊急時の対処などに不安を感じる患者・家族が多いのも現状である。依然として日本国民の間では「緩和ケア」というと“もう治療の手だてがなく医師から見放された”と認識されていることは否めない。メディアなどの影響から、終末期をいかに自分らしく過ごすか、よりもQOLを考慮しない治療を目指した治療が重要視され治療を行うことができる医療機関への入院が当然のような印象を受ける。

在宅（地域での）医療に不安を感じる事がなければ、自分らしく過ごす場所としての在宅療養は可能なはずである。しかし、療養の場としての“在宅”は、現実的な選択肢となりえていない。これは、患者の状態に応じたがん医療に対する的確な情報提供や精神的な援助が、十分に行われてこなかったことの裏返しであろう。また、先進諸外国に比して圧倒的に多いわが国の病床数と、病床数に対する医師・看護師の少なさから、医療職は多忙をきわめ“終末期をいかに自分らしく過ごすか”を援助するケア介入が不足してきたのではない。多忙な業務のなかで、看護（医療）の継続性を

考慮した入院中からの援助・介入を意識的に実践しなければ、患者・家族への安心の提供が実現しない状況であり、そのためには退院調整パスの活用は効果的であると考えている。

今後、当院での退院調整連携パスには以下の事項を期待している。

① 患者満足維持、「安心」の提供と「安心」の可視化

退院調整連携パスをツールとして、早期に退院調整を開始することにより、患者・家族、医療者は「退院の目標」を共有することができる。また、患者の「入院の目的」を達成した後の受療、療養を考慮ことができ、患者、家族の意向に沿った調整が行われ「見放された」という思いを与えない。

5年以内の整備が推進されることになった“がんの連携パス”のなかに組み込み、連携を可視化し、患者・家族に病院機能分化と役割分担を理解していただく。そのうえで連携による継続的な安心を提供する。

② 在院日数短縮

患者・家族が「入院の目的、退院の目標」を受容することで、コントロール可能な症状・病状、不安などによる退院遅延を抑制できる。

③ スタッフへの効果

患者・家族と各職種が「入院の目的、退院の目標」を共有でき、「退院の目標」を意識したインフォームド・コンセントが行えるようになり、入院早期から退院後の受療、療養について必要な介入を意識することができる。

看護師は、退院後の受療、療養に関する資源や支援の方法を知ることにより、看護の（医療）の継続性を意識し、看護の（医療）の継続性を考慮し

た入院中の援助、介入ができる。

4 連携強化

がん相談支援・情報センターを、院内・院外(地域)の連携窓口とすることにより、連携の方法

を統一することができる。窓口が統一されることで、地域連携先の情報把握が一元化され院内外への連携が迅速になる。また、連携先の情報をデータベース化できれば、施設としての貴重な資源となり得る。

おわりに

クリニカルパスの手法は、情報共有効果を発揮する手段として周知されているが、連携する各医療機関でのクリニカルパスの理解に温度差があることも否めない。連携後、施設間のコミュニケーション不足などが患者の不安を誘発することもあり、同じ目標と情報を共有できるツールとして、連携先との退院調整連携パスの共同利用は、患者への安心の提供を可視化する手段としても有効であると考えられる。また、患者を中心に、入院早期から連携先と情報交換ができることで、双方で提供されるケアの質の向上も期待できるであろう。

当院では「退院調整業務は病棟主体」という姿勢を維持している。今回の診療報酬改訂案(中央社会保険医療協議会総会一第123回一資料)⁴⁾では、がん領域に特化した改訂ではないものの退院

調整加算が新設された。ここでは、「病院では、入院患者の退院にかかる調整・支援に関する部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること」とされている。

患者の状況・状態により個別的な対応が必要な退院調整業務は、専従者を何人配置すれば患者・家族へ「安心」を提供できるのだろうか。当院でも、退院調整連携業務を行うスタッフの拡充が急務であるが、独立行政法人化したとはいえ拡充を簡単に実行できない現状がある。まずは、リンクナースの活動により、病棟を主体とした退院調整が充実し、患者・家族を中心にした「療養生活をトータルにサポートする退院調整」が実践されることを願っている。



参考文献

- 1) がん対策推進基本計画 (http://www.ncc.go.jp/jp/cis/admin_council/pdf/3nd_ref01.pdf)
- 2) がん診療連携拠点病院の整備について (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>)
- 3) 船田千秋：患者の視点に立った腸切除の患者用クリニカルパス、消火器がん・内視鏡ケア, 11. (4) : 102-107, 2006.
- 4) 平成20年度診療報酬改定における主要改定項目について(案) (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0201-5b.pdf>)
- 5) 近森栄子, 他：特定機能病院における医療相談と退院支援(第一報) A 大学医学部付属病院の現状, 大阪市立大学看護学雑誌, 2 : 21-28, 2006.
- 6) 植村康子：看護相談室専任者と各病棟の連絡委員の連携による退院調整(特集退院調整看護師の専任化の意義, 看護展望, 29 (9) : 991-997, 2004.
- 7) 大津陽子：看護相談係が患者と家族をサポート, 看護, 53 (5) : 053-056, 2001.
- 8) 竹内孝仁, 今野孝彦：在宅ケアのクリニカルパスと問診表 竹内式アセスメントによる, 2005.
- 9) 山崎麻耶：患者とともに創める退院調整ガイドブック, 2005.

2006(平成18)年2月に出されたがん診療連携拠点病院の指定要件¹⁾に続き、2007(平成19)年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画²⁾の中に、5年以内に5大がんの地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)を整備することがすべての拠点病院の目標として定められた。

がん対策推進の観点から、この目標は、医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。

すでに一部の先進的な地域では、地域医療ネットワークを構築しつつ、質の高さを追求した連携パスが稼働しはじめており、先進モデルとして医療連携推進の起爆剤となる可能性を秘めている。

交錯するそれぞれの思惑

しかし全国的には、現段階では行政、医療機関経営者、現場の医療者それぞれの思惑が交錯している。すなわち、行政：医療機関の診療規模とレベルに合わせて機能分化、役割分担してほしい。

医療機関の経営者：患者を囲い込み、おいしいとこ取りで業績、収益を上げたい。

現場で働く医療者：(院内バスと同じレベルで)自分たちの業務に専念し、または専門性を発揮し、医療の安全と質の理想を追求したい。

しかし、特定の医療機関間でしか使

えない囲い込みバスになっては医療連携そのものに通行するであろうし、院内バスの延長として精緻な連携バス作成をめざすには、現場のマンパワーが決定的に不足している。

調べて現在のがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携協議会の動きをみると、従来からクリティカルパスに熱心に取り組んでいる医療機関が少ない(都道府県がん診療連携拠点病院として、クリティカルパスの導入に遅れている大学病院が多く指定された)ことも災いし、具体的な連携パスのイメージが描けていない。

これは連携パスの定義が曖昧なまま「連携パス」という響きのよい言葉を国の指針として使用してしまったために生じた混乱といえる。

連携パスの当面の目標

連携パスの概念と全体像を整理してみよう。本来「クリティカルパス」とは、標準化された診断治療体系にもとづいて疾患管理の全体像を可視化、構造化することであり、連携パスを平たく言えば医療機能に応じた役割分担の明示である。

その目的は、第1には医療の質を保障すること、第2には医療機関の機能分化と役割分担を進めること、第3にはそれを広く国民に明示することである。各拠点病院が中心となり、「標準的治療ガイドライン等」に示された医療について、医療機関の機能、規模に

した役割分担を一覧表に明示すること」が当面の目標となるであろう。

医療連携の推進をキーワードとして私が提案したい連携バスの方針案は次のとおりである。すなわち各拠点病院は、1)医療機関の役割分担表、2)共同診療計画表、3)私のカルテ、4)地域住民に示す医療連携のポスターの4つを作成する。最初は1)から始め、次に2)3)を個別の疾患テーマごとに作成し、各拠点病院が持つ診療ネットワークで運用する。

2)は連携バスの本体に相当し、「術後フォローアップ診療計画表」「化学療法スケジュール表」などがあげられる。3)は連携の情報共有ツールとして欠かせない。4)は医療連携を広く国民に明示するという意味で、患者の受療行動を是正する重要なポイントである。

さらに都道府県がん診療連携協議会等で整合性を図りつつ、地域の医療整備状況に合わせていく作業が必要である。

仮にこの指針案に則れば、まず国全体としてプロトタイプとなる医療機関の規模別、機能別役割分担表の提示が求められるであろう。私としてはまずは早急にそのプロトタイプを提示してみようと思っている。

*1: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>(accessed 2007/12/20)

*2: <http://www.bm.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>(accessed 2007/12/20)

5大がんの地域連携パスに 寄せる同床異夢をひもとく

谷水正人 独立行政法人国立病院機構徳島がんセンター外来部長

one
page
one
theme
提言

特集 地域連携パス ～現況と今後の課題～

7. がん領域における地域連携 クリティカルパス開発への道程

谷水正人^{*1)}・河村 進^{*2)}・菊内由貴^{*3)}
船田千秋^{*4)}・小暮友毅^{*5)}・松久哲章^{*6)}

がん対策基本法に基づく、がん対策推進基本計画およびがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しに伴い、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がん）の地域連携クリティカルパスの整備が求められている。しかし、がんの地域医療連携体制自体の構築が必要な段階であり、がんの地域連携クリティカルパスが成立するには、しばらく時間を要するであろう。本稿では、多職種チーム医療を本領とする「地域連携クリティカルパス」に必要とされる要件を考察した。がんの地域連携クリティカルパスが、質の向上と安心・安全を確保したがん医療の推進につながることを期待したい。

1. がん診療における 地域連携クリティカルパスの政策

がん対策推進基本計画（2007年6月）¹⁾では、医療機関の整備において取り組むべき施策の個別目標に「すべての拠点病院において5年以内に5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、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を目標とする」ことがあげられた。第5次医療法改正の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（2006年6月21日交付）に基づく「疾病または5事業ごとの医療体制についての医政局指導課長通知」²⁾では、「地域連携クリティカルパスの整備状況」が医療資源・連携等に関する情報として収集されることになった。がん診療連携拠点病院の指定要件³⁾として、診療機能として病病連携・病診連携の協力体制について「地域連携クリティカル

パスを（2012年3月31日までに）整備すること」が明記された。都道府県がん診療連携拠点病院には、さらに「当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること」が求められ、5大がん以外にも「地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい」とされた。

国として行政が期待する地域連携クリティカルパスは、「地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）」とあり⁴⁾、専門的ながん診療機能、標準的ながん診療機能、在宅療養支援機能を持つ医療機関が相互に診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること（退院後の緩和ケアを含む）を求めている⁵⁾。

* 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター緩和ケア外来

¹⁾ 内視鏡科医長（たにみず・まさひと） ²⁾（かわむら・すすむ） ³⁾（きくうち・ゆき） ⁴⁾（ふなだ・ちあき）

⁵⁾（こくれ・ゆうき） ⁶⁾（まつひさ・てつあき）

—■特集・地域連携パス～現況と今後の課題～

一部の先進的な地域では、非がん領域において地域医療ネットワークを構築しつつ、質の高さを追求した地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）が稼働し始めている。がん領域においても、連携パスの導入を梃子として医療連携、機能分化の前進につながらなければならない。

2. がんにおける地域連携 クリティカルパスの必要条件

しかし、現在のがん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携協議会を見ると具体的な連携パスのイメージと、導入・稼働に至る道程が描けていない。連携パスの定義と準備が不十分なまま「地域連携クリティカルパス」という響きの良い言葉が拙速に国の指針に入ってしまったところに原因がある。しかし、非がん領域で急速に連携パスの導入が開始されている中で今のタイミングを外すことはできない。

がん診療における医療機関の役割分担を進め、がん医療の質の保証と安全・安心の確保を図ることが必要である。我々は5大がんの地域連携クリティカルパスモデルの開発を念頭に、がんにおける地域連携クリティカルパスの全体像を概括することを試みた。5大がんの地域連携クリティカルパス成立のための要件の洗い出し作業の進捗状況を報告したい。

1) がん診療における

地域連携クリティカルパスの目的

クリティカルパスとは、標準化された診断治療体系に基づいて疾患管理の全体像を可視化、構造化することであり、連携クリティカルパスは医療機能に応じた役割分担の明示である。すなわちその目的は、

- 第一には医療の質を保証すること、
- 第二には医療機関の機能分化、役割分担を進めること、
- 第三にはそれを広く国民に明示すること——である。

がん診療連携拠点病院は、がん医療における体制再構築の拠点であり、まずは「標準的治療ガイドライン等」に示された医療について医療機関の機能、規模に応じた役割分担を明示し、連携を調整する」役割を担っている。

2) 5大がんの地域連携クリティカルパスの 定義づけ

がん診療連携拠点病院の指定要件では「がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう¹⁾とされているが、それだけでは不足である。我々は定義として「がん医療の質と安全・安心を保証しかつ均てん化に資する地域医療連携のツールであり、信頼関係に基づく地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる」ことを追加した。単に診療計画表だけを準備して患者の転医を促すことがあつては、連携診療の質と安全を損なうことになりかねないという危機を抱いている。

3) 5大がんの地域連携クリティカルパスの 作成指針

定義に基づき、目的を達成するために下記のごとく作成方針を定めた。

- ・診療ガイドラインに沿って作成する
- ・医療機関の役割分担を明記する
- ・拠-病-診-看-在-薬-連携を包含する
- ・診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまで
- ・共同診療計画を各疾患の治療法ごとに作成する
- ・連携を説明し同意を得る
- ・緊急時対応の取り決めを明記する
- ・連携医療機関と定期的に協議する場を設ける
- ・連携の意志がある地域の全医療機関が使えるもの
- ・将来的には電子化を見据える。まずは紙面上のひな型を提示する

診療情報提供書の交換をベースとした従来の医療連携は、医師・医師間連携の枠を出ることができていなかった。多職種共同のチーム医療を本領とするクリティカルパスの利点を生かすためには、医師だけでなく拠点病院の看護師、薬剤師、調剤薬局薬剤師、訪問看護師、居宅介護支援事業所の参加を念頭に入れた連携体制を構築する必要がある。

4) 連携パスとして用意するもの

連携パスとして必要な準備は次の4つである。

7. がん領域における地域連携クリティカルパス開発への道程

表1 医療機関の役割分担表

医療機関の役割分担を診断、検査、治療、経過観察・対応・ケアに分けて明示した。他に調剤薬局、訪問看護、居宅介護支援の役割も明示する必要がある。

機能	専門的ながん診療	かかりつけ医	緩和ケア	居宅
診断	確定診断、精密診断(ステージ診断)、再発時の診断	初期診断、再発時の診断、精査の必要性の判断		
検査	精密(画像、血液)検査、経過観察のための(画像、血液)検査	スクリーニング検査、経過観察のための検査	経過観察のための検査	
治療	縮小手術、内視鏡手術、定型手術、拡大手術、化学療法、術後補助化学療法、術前化学療法、放射線療法、臨床試験、症状緩和治療	術後症状コントロール、専門施設と連携した化学療法、術後補助化学療法の継続、症状緩和治療	症状緩和治療(疼痛、食思不振、倦怠感、呼吸困難感等)	担当医による症状コントロール、症状緩和治療の継続
経過観察、対応、ケア	定期観察、かかりつけ医と連携した副作用・合併症の対応	日常の指導・管理、専門施設と連携した副作用・合併症の対応、レスパイト入院、ショートステイ	ホスピスケア、デイホスピス、レスパイト入院	療養の場の提供、デイケア、ショートステイ、レスパイト入院

(筆者ら作成)

すなわち各拠点病院は、① 医療機関の役割分担表(表1)、② 共同診療計画表、③ 私のカルテ、④ 地域住民に示す医療連携のポスター、の4つを作成する。

(1) 医療機関の役割分担表

がんのあるべき医療体制から見て各種医療機関が医療機能をどう分担していくかについて整理を試みた。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、患者視点から見たとき現段階で最も受け入れられやすいと考えられたのは、「平成18年(2006年)の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性¹⁾」に示されている。これをベースに我々が妥当と考える医療機関の役割分担を示す。(図1, 2)。我々としては「何でもできます(施設内完結)」の主張は排除したいという考えに基づいている。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。一般病院は、「医療機関自身の選択」と「患者の信頼」により専門特化されたがん診療機能を有する病院、かかりつけ医としての一般病院、緩和ケアを提供する医療施設、療養病床、介護療養型老人保健施設等患者から選ばれる病院に進化していくべき存在である。ただし、これはまだ討議段階で

あり、台意には至っていない。

(2) 共同診療計画表

オーバービューの共同診療計画表は連携パスの本体に当たり、個別の疾患、治療のテーマごとに作成する必要がある。(図3)。「術後フォローアップ診療計画表」、「化学療法スケジュール表」などがあげられる。

(3) 私のカルテ

患者が携帯し、連携の情報共有ツールとして欠かせない。

「共同診療計画表」、「私のカルテ」に共通して、各種連携の支援ツールが関係者間で共有されることになる。患者用支援ツールとして「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」、医療者用支援ツールとして、「抗がん剤の副作用と対策」、「術後対応支援ツール」、「診療所コスト分析シート」などがあげられる。現在、調剤薬局から配布され利用されている「おくすり手帳」は「私のカルテ」の中で情報の整理が必要であり、サイズ、項目等について薬剤師会等関係者との相談が必要である。

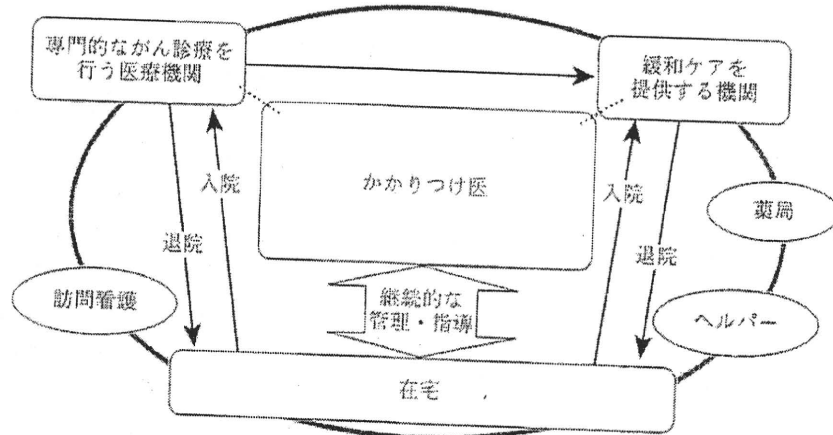


図1 がんの医療連携体制(1)

がん医療を担う医療機能が、専門的ながん診療、かかりつけ医、緩和ケアの3種を軸に構成されているのが特徴である。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html> の図 s0711-7b17.gif より改変)

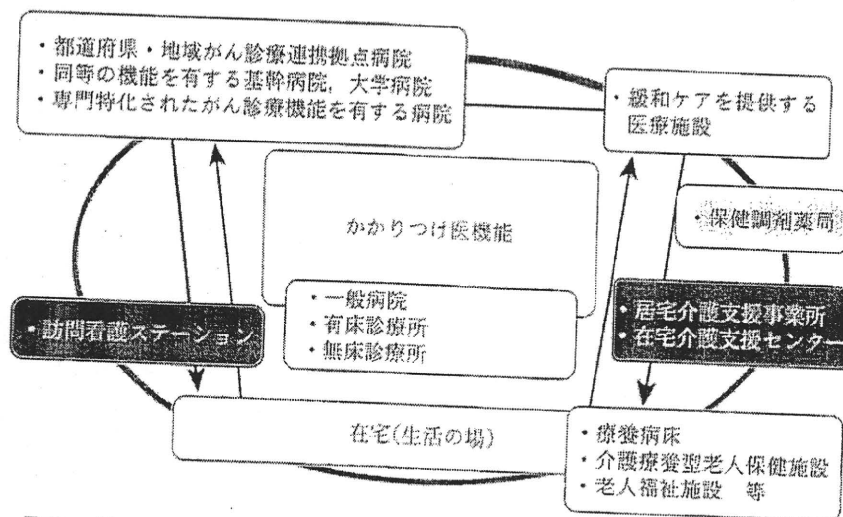


図2 がんの医療連携体制(2)

専門的ながん診療を行う医療機関、緩和ケアを提供する機関、かかりつけ医機能を提供する医療機関、在宅(生活の場)を提供する施設について、該当する施設を重ねて表示した。

(筆者ら作成)

「私のカルテ」は情報共有ツールであるが患者とともに移動するため、各連携の医療者はそれぞれのカルテに診療情報を重複して記録する必要がある。重複記録の問題は、ネットワーク情報共有が実現すれば解決できるかも知れない。

(4) 地域住民に示す医療連携のポスター

医療連携を広く国民に明示するという意味で、患者の受療行動を是正する重要なポイントである。医療機関外来等に連携ポスター等の掲示、丁

寧な説明、きめ細かな相談対応、パンフレット、地域での一般者向け講演会等を含めた啓発活動である。

3. 連携パスを動かすために必要な仕組み

1) 地域医療ネットワークの構築

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、問題意

—■特集・地域連携バス～現況と今後の課題—

識の高い医療機関との直接の意見交換から医療連携を開始することが出発点である。連携バスの稼動に成功している大腿骨頸部骨折、脳卒中パスなどの先進事例などにその重要性は示されている。しかし、連携バスを特定の医療機関間の囲い込みではなく地域連携として成立させるためには、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アップを視野に入れなければならない。連携バスが基幹施設ごとに異なるような思は避けなければならない。都道府県がん診療連携協議会等で整合性を図りつつ、地域の医療整備状況に合わせていく作業が必要である。地域の連携拠点たる病院の責務である。さらに理想を言えば利用者、患者サイドから見た場合、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、最終的には4疾患5事業のネットワーク化に繋がる必要がある。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、地域の実情に合わせて医師会、行政等公的な枠組みでの模案が求められる。

2) 医療連携室の拡充、

連携コーディネーターの育成

医療連携室は外部医療機関との連携の窓口になるだけでなく、医療連携の調整機能を発揮する必要がある^{1)~6)}。四国がんセンターのがん相談支援センターでは、医療連携室とがん相談支援・情報部門が統合されており、患者の相談対応、退院支援から医療連携まで広く対応している^{7)~9)}。がん診療連携拠点病院の指定要件に示された「がん相談支援センター」¹⁰⁾が地域がん医療のQuality Managementを担う必要がある。今後、地域連携クリティカルパスを稼動させるためには、特に個々の患者ごとの連携を丁寧にコーディネートすることが重要となってくる。現在の医療連携室の枠組みを越えなければならないであろう。

我々が提案したい「連携コーディネーター」は、ある場合には患者に対して医療者の通訳となり、ある場合には患者の代弁者となり、医療連携の質と安心・安全を保証する存在である。いわば介護保険におけるケアマネージャーに相当する。地域連携クリティカルパスの実働を保証する存在とし

て「連携コーディネーター」の確立と育成を図る必要がある。連携コーディネーターのイメージを描くとすれば、所属は拠点病院の医療連携室、相談支援センターにおき、担当職種は看護師がベスト、MSW（医療ソーシャルワーカー）、医療連携室職員等が考えられる。活動としては外来診察室で医師と同席し、外回りとして協力医療機関、訪問看護ステーションに訪問・調整する。入院時には病室訪問し、患者の支援者としての相談等に当たる。すなわち、医療者と患者の仲介に立ち双方をサポートするのが連携コーディネーターの役割である。疲弊する医療者をサポートするという視点は重要である。ニーズとしてはすべての患者に必要なという訳ではなく、紹介状ベースの連携のみでも対応可能な場合もある。連携コーディネーターは調整役として周回医療者からの協力なしには務まらない。我々は愛媛の医療圏をフィールドに、がん医療の地域連携モデルとして連携バスのひな型と具体化を提案するとともに、連携コーディネーターの可能性を模索したいと計画している。

4. おわりに

地域連携クリティカルパスは医療現場の必要から発生したものであり、厚生行政の方針として示された医療提供体制の再構築について方向性は明確である。我々は、第一に連携バスの基本形（要件、ひな型）を示すこと、第二に連携バスの稼動を可能とする「調整する組織」のあり方を検討することを目標とし、現場からの地域連携バスモデルを提案したい。しかし、現場で解決を図り工夫を凝らすには限界も見えている。がん診療における地域連携クリティカルパスの成立には、まだしばらく時間を要するかもしれない。おそらくは医療政策そのものに対する大胆な見直しが必要であろう。

文 献

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> がん対策推進基本計画 平成19年6月
- 2) <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf> 医政局指導課長通知 医政指

7. がん領域における地域連携クリティカルパス開発への道程

- 発 0720001号 平成19年7月20日
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html> がん診療連携拠点病院の指定要件 健発第0301001号 平成20年3月1日
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html> 「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方角性」
- 5) 谷水正人ほか：がんセンターと医療連携（地域連携）。癌と化学療法 33：1563-1567, 2006.
- 6) 谷水正人ほか：がん患者の継続医療を可能とする地域連携システム。癌と化学療法 34 (Suppl II)：170-174, 2007.
- 7) 谷水正人ほか：世界からみた日本のがん医療—がん対策基本法にみる日本のがん医療の課題。総合臨床 56：3233-3236, 2007.
- 8) 船田千秋, 谷水正人ほか：地域連携を目指した退院調整連携パス。緩和医療学 9：139-146, 2007.
- 9) 田所かおり, 谷水正人ほか：医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因。癌と化学療法 33 (Suppl II)：338-340, 2006.



やさしい **改訂3版**
がんの痛みの自己管理

埼玉医科大学客員教授 武田 文和 著

A4判 40頁 定価 1,470円 (本体 1,400円+税5%) 送料実費
 ISBN978-4-7532-2231-5 C0047

おもな内容

- ①がんの痛みと日常生活での痛みとの違い
- ②WHO方式がん疼痛治療法の登場
- ③がんの痛みの自己管理
- ④日本人とがん, がんの痛みの現状
- ⑤がん緩和ケアの実践
- ⑥誤解や憶測に迷わされず正しい知識を活用する
- ⑦痛み治療には患者さんにも役割がある
- ⑧各医療職の役割を知る
- ⑨がんの痛みの本態を知る
- ⑩痛み治療の目標
- ⑪医師は痛みをどう診断 (アセスメント) するのか
- ⑫鎮痛薬の使い方の基本原則
- ⑬がんの痛みを使う鎮痛薬
- ⑭モルヒネ
- ⑮モルヒネ以外の強オピオイド鎮痛薬
- ⑯鎮痛補助薬
- ⑰薬以外の痛み治療法
- ⑱痛みを訴えたが, 医師が対応しなかったとき

根治切除後のフォローアップ法と再発の治療

Postoperative follow up and treatment of the recurrences after curative esophagectomy

藤 也寸志*
Yasushi Toh

南 一仁***
Kazuhito Minami

坂口 善久**
Yoshihisa Sakaguchi

山下 洋市***
Youichi Yamashita

池田 貯***
Osamu Ikeda

足立 英輔***
Eisuke Adachi

大垣 吉平***
Kippei Ohgaki

岡村 健**
Takeshi Okamura

沖 英次***
Eiji Oki

●要旨●食道癌の外科治療では、上縦隔を重視したリンパ節郭清や術前・術後の補助化学療法の開発などにより治療成績が向上している。しかし、根治切除後の再発例はいまだに少なく、さらなる予後向上は再発食道癌の治療成績をいかに改善させるかにかかっている。再発食道癌に対しては、多くは非外科的治療が行われているが成績は不良である。臨床試験は困難な領域であり、再発形式や患者の全身状態などを考慮した個別化治療が必要とされる分野であるが、再発の早期発見により完治する場合もある。治療後の嚴重なフォローアップと再発・多発癌・重複癌に対する的確な治療が重要である。

● key words : 食道癌手術, 術後再発, 治療成績, フォローアップ

はじめに

2007年4月に日本食道学会により『食道癌診断・治療ガイドライン』¹⁾が発刊された。これは2002年に発刊された『食道癌治療ガイドライン』²⁾の改訂を行ったものであるが、2007年版では「再発食道癌の治療」がより詳細に述べられ、また「食道癌治療後の経過観察」の章が新たに加えられた。各章において経過観察と再発治療が、初回治療別、すなわち内視鏡治療後、根治手術後、根治的放射線療法後と個別に記載されている。食道癌の診断・治療の全般にわたってエビデンスレベルの高い報告は少なく、「Clinical Question」の回答のほとんどで推奨度が「グレードC」（現時点では行うように勧めるだけの根拠が明確でない）とされている。とくに、そのなかでも治療後の経過観察法（フォローアップ法）や再発の治療法についてはいまだ指針がないといわざるを得ない。その理由は、再発食道癌の治療では、初回治療の種類や再発形式によって治療法が異なり、また再発時の患者の全身状態も治療法選択に影響を与えるためである。そのため、

「大規模臨床試験は行いにくい領域」である。また、欧米のデータは手術法・組織型・術後の予後などに本邦との間に大きな隔たりがあるため、参考になりにくい。

本稿では、根治手術後の再発に焦点を絞って日本の施設からの報告をレビューするとともに、九州がんセンターでのデータを示す。「食道癌根治切除後の再発の現状」さらに「再発に対する治療法とその成績」を明らかにして、それに基づいた効果的な「フォローアップ法」についての考察を加えたい。

食道癌根治切除後の再発の現状 ()

日本食道疾患研究会（現・日本食道学会）の全国登録³⁾によると、1998年と1999年には、各1883例、1817例の手術が行われており、食道切除術後の3年生存率は各52%、44%で、死亡例の74%、77%に再発を認めている。全国登録における初発再発部位の内訳では、リンパ節再発・血行性再発がもっとも多く、局所再発や播種などの再発も少なからず生じている。本邦の施設からの報告では食道癌根治切除後の28~47%に再発を認めている^{4)~7)9)10)}。欧米からの報告では50%以上の再発もまれではない¹⁰⁾。当施設では1990~2006年に切除した胸部食道癌174例のうち65例（37.4%）に再

* 国立病院機構九州がんセンター消化器外科部長
** 同副部長 *** 同科 ** 同センター副院長

表1 食道癌術後再発の現状 (再発時期と再発形式)

著者	再発率	再発時期			再発形式			発表年	文献	
		1年以内	2年以内	平均	Loco-Reg	Org	Mix			
佐藤	28%	/	/	/	/	61%	39%	/	1998	4
佐伯	28%	55%	91%	/	/	68%	12%	18%	1999	5
田村	47%	54%	86%	/	/	59%	29%	12%	1999	6
Osugi	45%	/	83%	/	/	/	/	/	2000	7
松原	/	66%	80%	/	/	/	/	/	2002	8
Nakagawa	37%	/	/	loco-reg org	17.5カ月 8.0カ月	47%	39%	7%	2004	9
Kato	43%	/	/	loco-reg org mix	18.8カ月 13.9カ月 8.4カ月	22%	51%	27%	2005	10
岩沼	/	79%	99%	/	/	60%	40%	/	2005	11
NKCC	37%	65%	91%	loco-reg org mix	11.7カ月 14.3カ月 12.0カ月	53%	24%	20%	2008	

NKCC ; 九州がんセンター, Loco-Reg ; locoregional (局所リンパ節再発), Org ; organ (他臓器再発), Mix ; 局所リンパ節再発+他臓器再発

発を認めている (表1)。

再発までの時期は、再発例の54~79%が術後1年以内、80~98%が術後2年以内に生じる^{9)~11)}。すなわち、再発の大部分は術後2年以内に生じるが、頻度は低いものの2年以後の再発もあり、注意を要する。当施設でも術後2年以内の再発が91%であるが、2年以後の再発も6例認めており、最長は術後60カ月の頸部上縦隔リンパ節再発例を経験している (表1)。Hayashiらは術後5年以後に上縦隔リンパ節再発をきたした3例 (うち1例は術後13年後の再発) を報告している¹²⁾。再発形式別での再発時期については、当施設での平均の再発時期は、リンパ行性再発・血行性再発・複合再発で12カ月・14カ月・12カ月で、血行性再発よりリンパ行性再発のほうが早期に生じていたが、この結果はNakagawaら⁹⁾、Katoら¹⁰⁾の報告では逆であった (表1)。

再発形式をみてみると、初発部位はリンパ節・局所再発が22~68%に、遠隔臓器転移が12~51%に生じている。両者の複合再発も7~27%にみられている (表1)。リンパ節再発のなかでは頸部・上縦隔の再発が多い⁹⁾。遠隔臓器再発では肺・肝・骨・脳の順に多いとされる。当施設では小腸や結腸への転移も経験している。

食道癌根治切除後の再発の治療と成績

根治切除後の再発に対する治療法は、再発部位・形式やその範囲に応じて選択される。再発診断時の全身状態や手術操作の範囲内の再発か否か、術前または術後に放射線照射がなされているかなどでも治療法が変わる。すなわち、個別化治療がもっとも要求される領域である。そのため種々の病態に応じた多数例での治療成績の報告はほとんどないのが現状である。最近の報告から治療法と成績をまとめてみた。

1. 再発後の生存率 (表2)

食道癌根治切除後の再発例の生存率はきわめて不良である。再発診断時からの median survival time (MST) は5~8カ月である^{9)~11)}。再発の初発部位によって治療成績が異なるが、リンパ節再発のほうが遠隔臓器再発より若干予後がよいようである。松原らによるとリンパ節再発の1/3/5年生存率は33/14/14%であるのに対して、遠隔臓器再発では27/8/0%であった⁹⁾。当施設では、再発後のMSTはリンパ節再発が8.4カ月であるのに対して、遠隔臓器再発では6.8カ月であった。リンパ節転移のなかでは頸部リンパ節再発の1年生存率は40%程度であるが、縦隔リンパ節再発で

表2 食道癌術後再発の治療成績

著者		再発後生存率			MST	発表年	文献
		1生率	2生率	5生率			
佐藤	全体	36%	12%	/	6.5カ月	1998	4
	治療あり	43%	16%	/	/		
田村	頸部リンパ節	40%	25%	/	6カ月	1999	6
	上縦隔再発	25%	25%	/	/		
	臓器再発	25%	6%	/	/		
松原	リンパ節再発	33%	14%	14%	/	2002	8
	臓器再発	27%	8%	0%	/		
	播種性再発	10%	5%	0%	/		
岩沼	/	/	/	/	5.1カ月	2005	11
宇田川	リンパ節再発	/	45%	25%	/	2005	13
	肺再発	/	70%	/	/		
	肝再発	20%	0%	/	/		
NKCC	全体	28%	16%	/	8.0カ月	2008	
	リンパ節再発	/	/	/	8.4カ月		
	臓器再発	/	/	/	6.8カ月		
	複合再発	/	/	/	7.2カ月		

MST ; median survival time

は25%程度である¹⁶⁾。以上のように、再発食道癌の治療成績は不良であるが、少数ながら長期生存または完治が可能な症例があることも明らかであり、積極的な治療が望まれる。食道癌根治術後の再発に対する治療法について、外科治療と非外科治療に分けて現状をまとめたい。

2. 再発食道癌に対する外科治療

食道癌根治切除後の再発に対する切除術の有効性について、『食道癌診断・治療ガイドライン』では「再発形式や部位によっても手術適応が異なり、現時点では一定の結論を見いだすことができない(推奨度グレードC)」と記載されている。エビデンスレベルの高い報告がないためこのような記載はやむを得ないが、外科治療によって長期生存または治癒が得られる症例があることも確かである。ただし、手術適応は限局したリンパ節転移や単一臓器の単発または少数の転移に対する場合に限られ、適応となる症例はきわめて少ない。外科的に切除可能であっても患者の全身状態により手術適応外となることも経験する。

1) リンパ節再発・局所再発

(1) 頸部リンパ節再発

再発食道癌に対する外科治療に関してもっとも報告が多いのは、頸部リンパ節再発に対する切除術についてである。Motoyamaらは43例のリンパ節再発のう

ち、15例が頸部に限局し10例に切除術を施行した結果、2年生存率が45%であった¹⁵⁾。Komatsuらは、鎖骨上窩リンパ節転移の切除術を5例に施行し、最長でも2年6カ月、最長7年以上の生存を得ている¹⁶⁾。その他にも多くの施設が頸部リンパ節再発に対する切除術による長期生存例を有している¹⁷⁾。頸部に限局するリンパ節再発に対しては積極的な切除を試みるというのはコンセンサスといってよいと思われる。多くの場合、切除後に放射線療法または化学療法(または両者併用)の補助療法が行われている。当施設でも3例の頸部リンパ節転移に対する切除術を試み、2例は切除でき無再発生存している。しかし1例は左101番リンパ節再発で切除を試みたが、転移の気管・食道への直接浸潤により切除不能であった。より早期での再発診断が重要である。

(2) 縦隔リンパ節再発

縦隔リンパ節再発は、通常、初回手術でリンパ節郭清が行われているため切除困難な場所に再発することが多く、切除対象となる場合はきわめて少ない。中村らは4例の縦隔リンパ節再発の切除を試みており、縦隔左側リンパ節再発の場合は左開胸で切除可能で5年生存例を経験しているが、縦隔右側の再発は手術が困難であり術後成績は不良であると報告している¹⁸⁾。縦隔リンパ節転移に対する胸部CT下のラジオ波焼灼術の有効性を示唆する報告もある¹⁹⁾。

(3) 腹部リンパ節再発

腹部リンパ節再発に関しては、初回手術で郭清された胃周囲リンパ節の再発は少なく、腹部大動脈周囲リンパ節（#16）や総肝動脈周囲や肝十二指腸間膜リンパ節（#8, #12）に多く、また単独転移はまれで手術適応となる場合は少ない¹⁰⁾。中村らは手術侵襲の大きさも考慮して腹部リンパ節再発に対してはただちに手術は行わない方針であるとしている¹⁰⁾。一方、宇田川らは術後リンパ節再発は基本的に可能な限り追加切除・郭清による局所・領域制御を目指しており、腹部大動脈周囲リンパ節も切除対象としており、長期生存例を得ている¹⁰⁾。当施設では、初回手術時の腹部リンパ節転移陽性例は術後に臓器転移が有意に多いというデータをふまえて、腹部リンパ節再発に対する外科治療の適応は慎重にしている。

いずれのリンパ節再発に対しても、転移リンパ節の切除だけでいいか、周囲のリンパ節郭清もするべきかの結論は出ていない。追加の補助療法の方法にも一定の規則は見出せない。

2) 血行性再発

(1) 肺転移

血行性再発に対する外科治療の有効性も報告されている。血行性転移のなかで、もっとも切除の対象になっているのは肺転移である。宇田川らは、肺転移において3個以上の同時多発や切除困難な浸潤などが無い限り鏡視下肺部分切除を行い、術後に化学療法を行う方針であるとし、観察期間が短いものの2年生存率70%という良好な成績をおさめている¹⁰⁾(表2)。一方、成宮らは、肺転移はまず化学療法で奏効するかどうを見極め、短期間では多発せず1~2個でcomplete response (CR) が得られなければ積極的に切除を行い、さらに化学療法を追加するとしている¹⁰⁾。彼らは2回の肺転移に対して最終的に左肺全摘術を施行し長期生存を得た症例を報告している。われわれも単発の肺転移を切除し、長期生存中の症例を経験している。

(2) 肝転移

血行性再発のなかで肝転移も肺転移と同様に、転移数が少ないときには切除対象となる場合がある。しかし、肝転移の場合、多発転移や他の再発との複合再発の場合が多く、切除対象となるのはまれである。切除した場合でもその予後は不良であり、宇田川らの報告によると1年生存率が20%である¹⁰⁾。当施設でも、肝再発に対して切除を施行した例が2例あるが、術後早期に肝内に再々発をきたし短期に死亡した。現在のと

ころ食道癌術後の肝再発に対する手術適応は少ないと考えている。

その他の脳や骨に対する外科治療の有効性を示した報告は少ない。

3. 再発食道癌に対する非外科的治療

上述のごとく、食道癌根治切除後の再発に対する外科治療で長期生存を得ることがある。しかしながら、現実的にはどの再発形式においても手術適応例は少なく、外科治療以外の治療法が選択されざるを得ない。『食道癌診断・治療ガイドライン』¹¹⁾では、「根治切除後の再発に対する非外科的治療法の方法と治療成績は？」という「Clinical Question」に対して「治療法の選択に一定の方針はない」としているものの、推奨度は化学療法・放射線療法・化学放射線療法などの「いずれの治療法に関しても行うように勧められる」（グレードB）となっている。これは、“Center of EBM”によるグレード分類を満たすエビデンスレベルの高い研究報告があることを示しているのではなく、ガイドラインの序文にあるように「委員会としての推奨度も加味して」判断されたものである。ガイドラインの「緩和医療」の章にもあるように、食道癌終末期の場合に放射線療法や化学療法がbest supportive careより生存期間延長効果があるかどうか調べた研究もない。しかし、何らかの治療を行うことで症状緩和・QOL改善や、まれではあるが長期生存が得られる場合もあることから、何らかの治療が試みられるべきである。

食道癌根治切除後の再発に対する非外科的治療の効果を文献的に論ずる場合には注意を要する。なぜならば報告の多くは、対象として再発食道癌に加えて初発の切除不能食道癌症例も含んでいるからである。食道癌切除術後に手術操作内に発生した再発巣は、未治療の場合と比べて血流などの腫瘍環境が変化している可能性が高く、酸素化・抗癌剤の病巣への到達度などが非手術症例とは大きく異なる可能性がある。さらに、初回治療例と食道癌根治手術後再発例との間の治療に対するコンプライアンスの違いも明らかになっていない。

1) リンパ節・局所再発 (表3)

根治切除後のリンパ節・局所再発に対する非外科的治療の有効性を示す報告が本邦からなされている。Nishimuraらは、18例のリンパ節・局所再発例（16例がリンパ節・2例が局所、不完全切除後の残存リン

表3 食道癌術後再発に対する放射線療法の治療成績

	Nishimura (2003)	Yamashita (2005)	Nemoto (2001)	Tsuchida (2005)
症例数	18	16	33	14
照射線量 (Gy)	60	57	60	56~70
併用化学療法	FP (18例)	FP (6例)	FP (12例)	FP (low dose) (14例)
再発部位				
頸部 LN	6	3	14	2
縦隔 LN	11	9	13	4
頸部 LN+縦隔 LN	/	4	6	5
腹部 LN	1	/	/	2
頸部 LN+腹部 LN	/	/	/	1
再発後生存率				
1年生存率	/	56%	33%	85%
2年生存率	19%	19%	15%	57%
3年生存率	/	/	12%	/
MST (month)	9.5	13.8	7	/
症状緩和率	/	63%	73%	/
文献	20	21	22	23

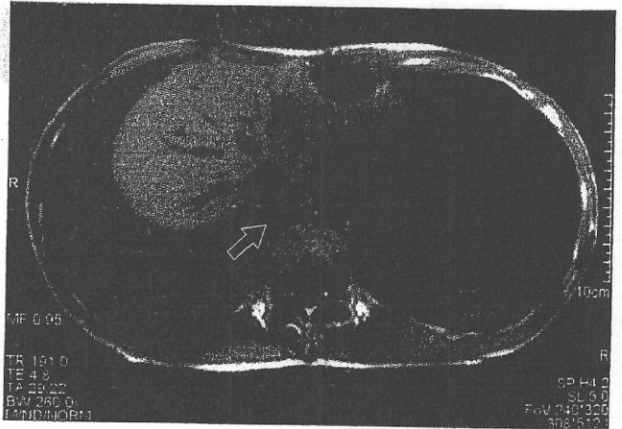
MST ; median survival time, LN ; lymph node, FP ; 5-FU + cisplatin

リンパ節転移2例を含む)に対する化学放射線療法の結果を報告している²⁰⁾。治療レジメンは、5-FU (250~300mg/m², day 1~14, civ) とシスプラチン (10mg/body, day 1~5, day 8~12, 1h div), radiation 2 Gy/day×15Fr (30Gy) を1コースとして、1週間のsplitをおいて2コース行うもの(総照射線量は60Gy)である。その結果、28%がCRで奏効率72%、遠隔転移がない13例の2年生存率19%、MST 9.5カ月という成績を得ている。Yamashitaらは、16例のリンパ節・局所再発(鎖骨上領域3例、縦隔内9例、両者4例)に対する放射線療法(平均照射線量は59Gy)の成績を報告している²¹⁾。そのうち6例は化学療法を併用している(シスプラチン+5-FUが基本、低用量法3例含む)。その結果、MST 13.8カ月という良好な成績を得ており、さらに評価可能例の63%に嚥下困難や反回神経麻痺などの症状が緩和されたとしている。Nemotoも同様に33例のリンパ節・局所再発例に対する放射線療法(12例がシスプラチン+5-FUの化学療法併用)で、CR率27.3%、MSTが7カ月、1/2/3年生存率が33/15/12%という成績を示し、73%に症状緩和が得られたと報告している²²⁾。さらに、いわゆるシスプラチン+5-FU低用量法と放射線照射にて1/2年生存率が85/57%であったという報告もある²³⁾。このように、食道癌根治切除後のリンパ節・局所再発に対する放射線療法(+化学療法)は生

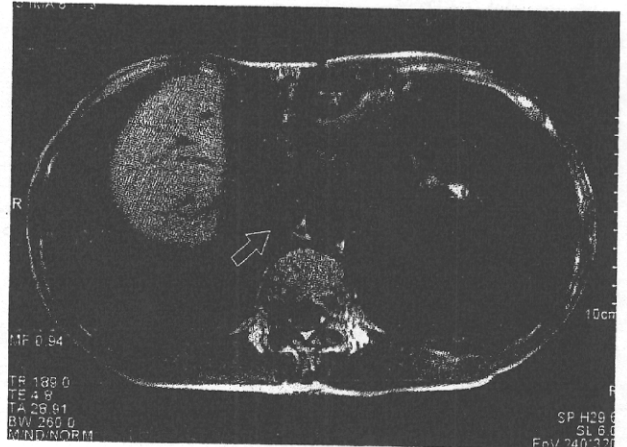
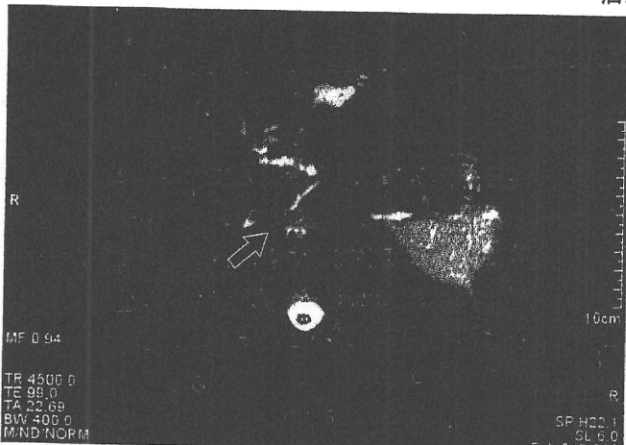
存期間においてある程度の効果をあげていると考えられる。症状緩和の可能性も期待できることもあり、リンパ節・局所再発例に対しては積極的に非外科的治療を行う価値はある。しかし、現存の治療法では限界があることも明らかである。図1に当施設において化学放射線療法が著効し、長期生存が得られた縦隔リンパ節再発例を示す。

2) 血行性再発

臓器再発に対する非外科的治療は化学療法が基本である。『食道癌診断・治療ガイドライン』²⁴⁾の「化学療法」の章では、「現在では5-FU+シスプラチンがもっとも汎用されるが、生存期間延長のエビデンスは明確ではなく、姑息的な治療としての位置づけである」と要約されている。わが国で行われた5-FU+シスプラチン併用化学療法の第II相試験では奏効率は36%であった。さらに国内では、ネダプラチン+5-FU併用療法も試みられ、奏効率は39.5%、1年生存率33.7%、MSTは8.9カ月という結果であり、標準治療である5-FU+シスプラチンを明らかに上回ることはできなかった²⁴⁾。海外での食道癌に対する化学療法の治療成績は、才川らの論文に詳しい²⁵⁾。ドセタキセル単独治療も試みられたが、奏効率は21%であった²⁶⁾。Japan Clinical Oncology Group (JCOG)の食道がんグループでは、現在、進行再発食道癌に対する5-FU+シスプラチン+ドセタキセルの3剤同時併用化学療法の臨



治療前



治療後

図1 食道癌術後の下縦隔リンパ節転移症例

術後11カ月で下行大動脈と下大静脈に約2.5cmのリンパ節再発をきたした。MRIなどで下大静脈への直接浸潤ありと診断され、化学放射線療法を施行しCRを得た。以後、肺・脳の転移をきたし、再発後2年10カ月で死亡するまで局所再発はみられなかった

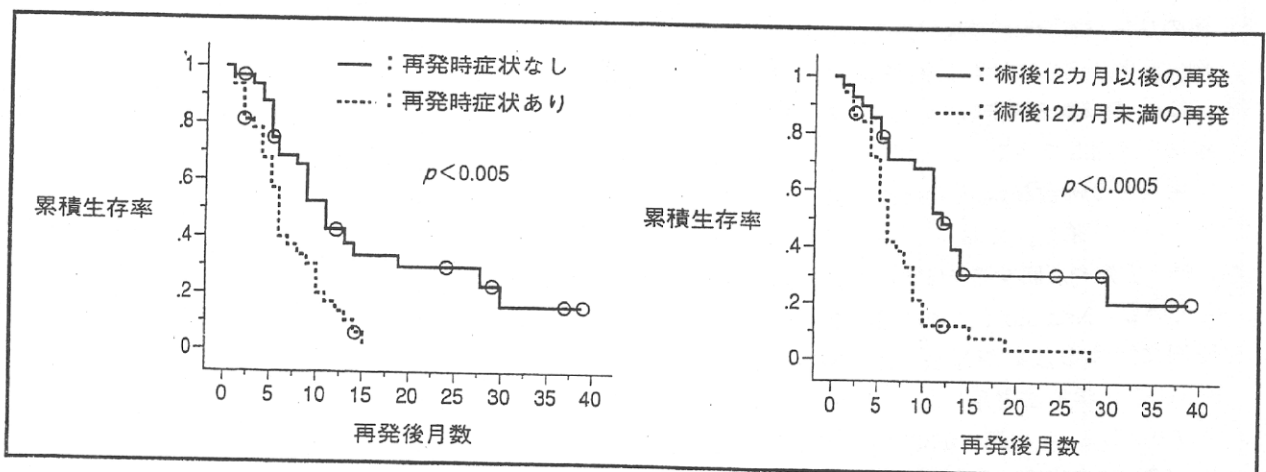


図2 九州がんセンターにおける食道癌根治術後再発症例の予後

a: 再発診断時の症状の有無別の生存率

b: 術後再発時期 (12カ月未満 vs. 12カ月以後) 別の生存率