

共同診療計画書(乳がん術後連携/ス)

術式 乳切 温存 開腹前 開腹後 放射線治療 あり なし
 ホルモン剤 抗エストロゲン薬(内分泌) アロマターゼ阻害剤(内分泌)

■ 薬剤変更日 年 月 日

項目	(施設名)	1年次					2年次					3年次					4年次					5年次									
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
達成目標		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携・連携の証明	術後連携によるホルモンの治療、副作用等発生時の連絡先確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
授業	無罪、副作用等発生時の連絡先確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
教育・指導	処方 チエック 服薬指導(保障薬局) 生活支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
診療・検査	PS TAM 問診 視・触診 検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検査項目 リンパ節腫大 胸骨上段・リンパ節腫大 腋窩・リンパ節腫大 急回上肢・リンパ節腫大・発症 末梢血一般 生化学 腫瘍マーカー (CEA, CA15-3, その他) マンモグラフィ 胸部レントゲン 胸部超音波検査 CT(PEF-GD) 骨シンチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

担当施設および通院間隔は施設間の協議によります。
 またマンモグラフィ以外の画像検査はがん診療ガイドラインで推奨される項目には指定されていません。フォローアップの検査項目と実施間隔の妥当性は今後の検証が必要 です。

図3 乳がん術後low risk共同診療計画表 (医療者用)

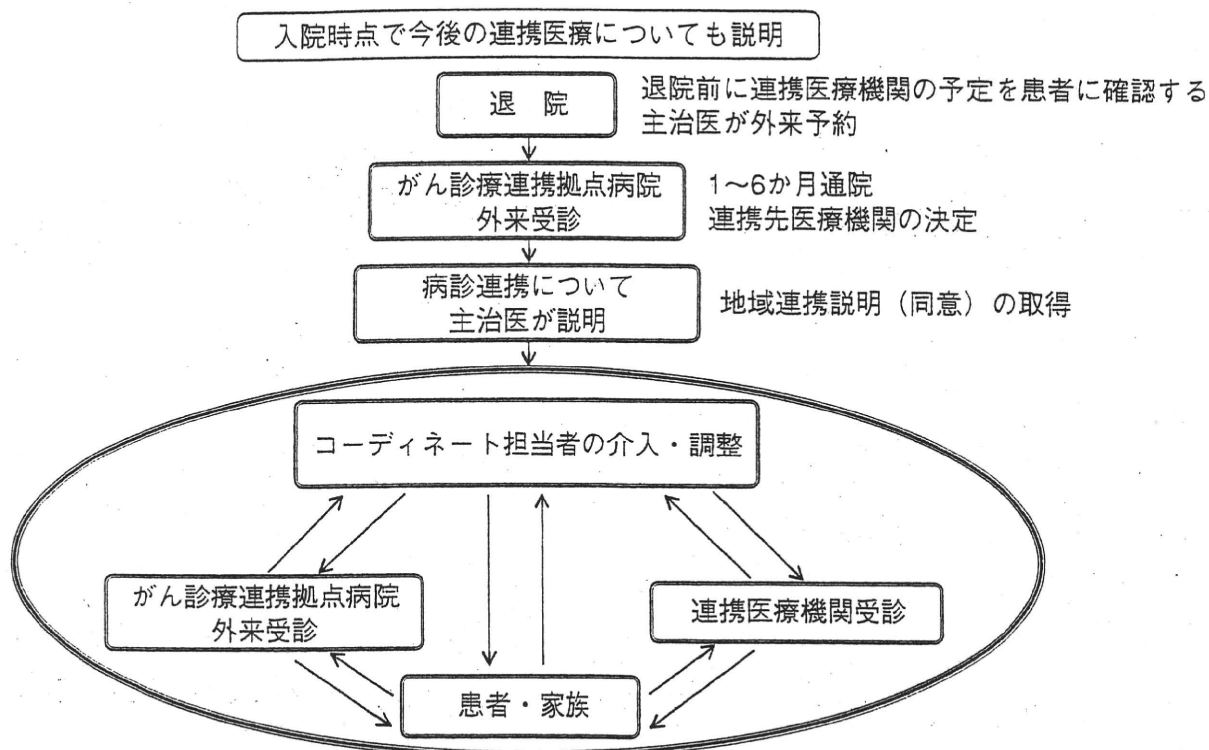


図4 連携パス開始に至るフロー

1) 医師の抵抗感

病院の主治医は忙しくても頻繁に患者を診るほうが安心であり、観察期間の間隔が空くことの負担(重圧感)は大きい。共同診療体制により医師としてのコミュニケーション能力(相手に共感する能力、臨機応変に対応する能力)を試されることは医師にはストレスである。しかし医師は、「治療計画の全体像を患者やコメディカルにみえるようにすること(チーム医療)の重要性を認識する必要がある。今の時代、変革できないことは大きなリスクであるとの自覚が医師にも求められるであろう。

2) 当事者たる患者の意向, 納得

患者は専門医, 治療医による継続診療を望むことが多い。連携パスが基本計画に入れられた経緯として患者の声(「見捨てないでほしい」という声)が端緒となったと聞く。がん患者は突然にがんと宣告され, 専門的治療を受け, さらにその後の継続診療が続く。手術, 放射線, 化学療法, 症状緩和治療のすべてを担える専門医は存在せず, 専門医, かかりつけ医の共同診療体制が必要とされるゆえんである。しかし, 「がん難民」という言葉に表されるごとく必要とされる医療の現実と患者・家族の期待は大きくずれている。がんの地域連携クリティカルパスの整備はそのギャップを埋めるための手段である。「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, 連携を進めてほしい」という声が「連携パス」につながったとすれば, 連携パスにより本当に患者の期待に応える医療が提供できるかどうか, そのために何をどう整えるべきか, 議論が

必要である。専門化、高度化した医療を一人の専門医が支え続けることは大きな弊害であり、「病院が近いので（そのまま専門医に）継続してみたい」という希望に応えることが結局は医療のミスリーディングになりかねないことを医療者は意を尽くして説明すべきである。

II. 考 察

連携パス導入に期待される最も直接的な利点は、専門病院における外来患者集中の緩和である。長期生存や化学療法における延命効果が期待できるようになったがん患者の外来フォローで基幹病院の外来は混雑しており、安全性を確保できれば医療者にとってのみならず患者にも利することは間違いない。がんの連携パスは共同診療体制のパスであり、「病院にかかる人もかかりつけ医をもちましょう」という言葉に集約されるのではないかと思う。特定の専門医が初期診断から治療、緩和医療まで継続して診つづけることの害を認識しなければならない。連携パスの導入は専門化、高度化した医療に対応し、患者の納得と安心を確保するためには極めて有用なツールとなり得る。しかし、連携パスが患者を「かかりつけ医に押しつけてしまうためのツールである」かのような誤解を生んでいるとすれば修正が必要である。連携でよい医療が提供できることの確信がないまま医療者の都合で無理強いしてはならない。

連携パスの成否は、①医療の質、安全をいかに患者に納得してもらえるか、②現場の医療者の負担をいかに軽減できるかの二点にかかっている。患者にはわかりやすく安心して、丁寧な説明と連携への誘導が求められる。全国で多くの連携パスが試作され臨床利用されはじめたが、今後の創意工夫に期待したい。研究班としては連携パスのひな型を示すことと、連携パスの稼働を可能とする調整する組織のあり方を提案していきたいと考えている。

本研究は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」研究事業（研究代表者：谷水正人）による。

文 献

- 1) 厚生労働省医政局指導課長通知 医政指発第0720001号: <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/191113-j00.pdf>, 平成19年7月20日.
- 2) 厚生労働省健康局長通知 健発第0301001号: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>, 平成20年3月1日.
- 3) 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向性: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0711-7b.html>
- 4) 注目疾患の連携パス 事例3 函館五稜郭病院/乳がん術後連携パス. パス最前線, 2008年春号, 第一三共株式会社, 東京, 2008年, pp.17-20.
- 5) 船田千秋: 地域のがん医療連携をサポートするがん相談支援センター. パス最前線, 2009年春号, 第一三共株式会社, 東京, 2009年, pp.35-39.

第 2 章

がん診療における地域連携に必要な要件

1 はじめに

がん医療において医療機能の分化・連携の推進、切れ目のない医療の提供と在宅医療の充実は喫緊の課題である。地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)はがん医療の課題を解消するツールとして有望視されている。本稿ではがん診療における地域連携が成立するための要件について考察した。

2 地域連携が成立するための要件

がん診療における地域連携が成立するための要件について以下の3つの観点から考察する。

- 要件1. 地域連携基盤を構築する
- 要件2. 現場の医師をサポートする
- 要件3. 患者の意向をふまえる

1) 要件1. 地域連携基盤を構築する

連携パスは地域の医療連携ネットワークの構築、稼働が前提となる。従来、連携パスは意識の高い基幹病院がプロトタイプを作成しそれが地域に広がるという形で普及してきた。今後は基幹病院中心を脱却し、地域での共同開発、連携ネットワークの構築に向かう必要がある。がん診療連携拠点病院(拠点病院)が表に出すぎないことは連携を円滑に進めるうえで必要な配慮である。また従来の医師医師間連携に留まらず多職種連携を目指す必要がある。がんに限らず4疾患5事業(4疾患:がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病;地域医療支援病院を核として系列化、5事業:救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療;不採算でも必要な医療)として連携パスツールの様式が統一されることが望ましい。

地域連携基盤としては医師会、行政(保健所)のネットワーク等が候補である。愛媛県での連携体制構築を例に挙げる。

① 県医師会、行政との共同体制:

がんの連携医療はかかりつけ医と専門医の連携である。かかりつけ医機能を担う診療所、一般病院との関係を構築するために最初の段階で医師会の意向を確認し、共同体制を組む必要がある。組織率の高い医師会の場合には特に有効である。医師会の連絡調整は一旦承認を得ると円滑に進む。もう1つ、従来がん医療に関係することが少なかったが、行政(保健所)のネットワークは地域医療機関だけでなく保健福祉領域をカバーしている。筆者らの場合も協力関係を築くために意見交換の場に参加してもらっている。医師会の組織率が低い都市部のネットワーク構築には行政ネットワークとの共同が有望であろう。

② 4疾患5事業を統括できる研究会の立ち上げ:

愛媛県では平成20(2008)年6月に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)が立ち上がった。愛媛県地域医療連携ネットワーク研究会は愛媛大学の関連病院の会を母体とし、県下のほぼすべての病院の幹部、医療連携室職員が参加する。総会が3回/年開催され、医療連携室間の情報共有、意見交換の場となっている。

③ がんの連携パス開発を担うのは?

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)が主に担当する。5大がんの地域連携パス作成に関する委員会が分科会として定期会合を持つ。

④ 研究会活動

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院内パスの普及啓発を進めている)が活動している。拠点病院はすべてこちらにも加入している。

上記を基盤として、平成20(2008)年から乳がんを最初のテーマとして県拠点の四国がんセンターがひな型を提供し「5大がんの地域連携パス作成に関する委員会(連携パス委員会)」が定期的な会合を運営している。そこで挙げた地域連携基盤構築のための重点事項は以下の3点であった。

① 緊急時の対応を保証する仕組みを備えること

医師会アンケート調査などからみると連携を受けるか
かりつけ医側の懸念は「緊急時の対応」であり、患者会の
意見でも緊急時の不安が大きい。連携開始の基本として
緊急時の対応が決められていない連携はあり得ない。医
療者個人の犠牲ではなく連携のシステムとして緊急時の
対応を保証する仕組みが必要である。

② 入院パスと連携パスの双方を揃えること

連携パス単独では医療の質を保証するに至らない。一
貫した医療の質を保証するという観点からみれば入院パ
スと連携パスの双方が示される必要がある。ただし入院
パス、連携パスは独立して開発される。発展途上の一過
程として連携パスだけで稼働する段階は容認される。

③ 医療連携室の機能を強化すること

医療連携室が強化、再構築されねばならない。連携の
コーディネートのあり方は4疾患5事業で共通する。従
来の連携調整は術後回復、ケアの調整が主であり事務
職、ケースワーカーが中心となってきたが、がんなど医
療内容に深く関わる連携パスの調整には医師、看護師の
役割が重要である。拠点病院には専任で連携パス作成に
あたり、普及啓発する医療職を確保することが望まし
い。連携をコーディネートする基本的要件をマニュアル
化する作業、教育研修の機会を設けることも必要であ
る。日常医療業務に忙殺されている医療者の今以上のボ
ランティア作業や他業務との併任は困難である。筆者ら
は連携構築をサポートする「連携パス開発・研修セン
ター」の設置が必要と考え実現化を模索している。

2) 要件2. 現場の医師をサポートする

① 医療者への圧迫感、作業量の増加

3分間診療であっても外来診察医は頻繁に患者を診る
ほうが安心である。しかし連携医療により外来診察回数
は減少する。1回の外来診察にかかる責任と負担は格段
に大きくなる。連携相手から常に評価され続けることは
(緊張感を生み医療の質の向上に寄与するには違いない
が)ストレスである。また患者の要求度が高くなった現
在、それに応えられるコミュニケーション能力に欠ける
医師は少なくない。患者との信頼関係の維持に負担を感
じる医師も出てくるであろう。情報提供書作成等の医師
の作業量も増加する。医師の負担が心身ともに大きく増
すことは避けられない。医師への負担を軽減する、ある
いは医師をサポートをする役割、人材が必要である。

② 医療者が抱く変革への抵抗感

連携医療は医師を選ぶことになる。拠点病院の専門医
が連携医療に関心を示さない(非協力的な)場合は問題で
ある。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。すでに地位を確立した診療科長な
どは多忙を理由に連携パスに非協力的となりやすい。周
りが自分に従っている場合にあって頭の中を明らかにす
る面倒な作業に手を付けたくはないであろう。しかし治
療計画は評価可能な形で明示されること、EBMに基づ
く標準的治療に則っていることが求められている。医師
が自らを変革できないのはリスクである。スタープレー
ヤー、ワンマンたる医師に対しても連携パスの利点、
チーム医療による共同と質の保証と明示の必要性を説
き、理解を求めるつらい作業が先導者には求められる。
場合によっては病院長のトップダウンが必要かもしれな
い。

3) 要件3. 患者の意向をふまえる

自分だけは専門病院で継続して診てほしいという患者
の願いは果たして不当な要求だろうか。連携ということが
医療提供側の都合の押しつけになっていないだろう
か。医療者は医療の質・安心・安全を保証し、どんな場
合も支えるという姿勢を示しているだろうか。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1)。連携パスは1フェーズの治療
計画(フォローアップ計画)を明示、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。終始一貫してサポート
できるのはかかりつけ医である。連携パス導入はかかり
つけ医の重要性を再認識することに他ならない。患者には
専門医が門外漢の継続診療を引き受けることへのリスク、
医療のミスリーディングへの危険、専門医はかかりつけ
医機能を果たすことが困難であることを丁寧に説明する
必要があるだろう。医療者の意図を患者・家族にきちん
と説明する役割、人材が必要である。

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。患者にとって連携医療に抱く不安は緊急時の対応
の不安(「いつも通っていないといざという時、病院で診
てもらえるのか不安」, 「二人の医師の間で責任のなすり
つけあいが起こるのではないか」), かかりつけ医の対応
力への不安(「専門医でなくて同じ水準の医療を期待で
きるのか」, 「対応が遅れる危険はないのか」)等である(患
者会アンケート調査(未公開データ)による)。緊急時の
対応について患者の安心を保障することは重要である。
連携により少なくなる関係性を補い、患者の思いを伝
え・支える調整役が必要である。

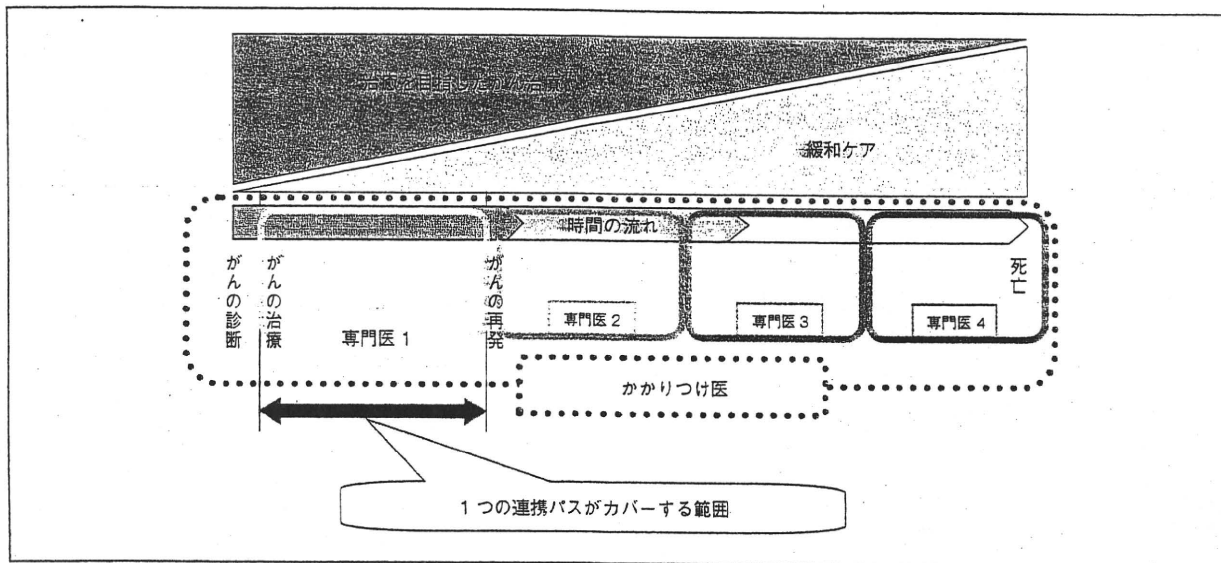


図1 がん医療連携における役割分担と連携バスの位置づけ
 いろいろな時期において、中心となる専門医は異なる。終始一貫してサポートできるのはかかりつけ医である。

3 求められる連携コーディネーター機能

3つの観点から地域連携が成立するための要件を述べたが、連携をコーディネートする機能が最重要課題であることを主張した。連携のコーディネート機能を整理すると以下の3点となる。

- ① 医療連携の必要性と方法に関係者(かかりつけ医、患者等)に説明し、調整する
- ② 患者の訴え、症状等の情報を医療者(専門医、かかりつけ医)に伝える
- ③ 身近な相談役として患者を支える

過去にはベテランといわれる外来看護師が一部その役割を代行していたこともあったが、外来配置が減らされる等現在の外来看護師にその力は不足している。連携バスという視点で外来部門、連携室部門を見直し、①医療連携室が担うコーディネート担当者(ソーシャルワーカー、事務職員、看護師)、②外来に配置するコーディネート担当者(看護師)、③連携バスの開発を担当する医療者(医師、看護師)、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。

がん対策推進基本計画に連携バスが取り上げられたのは患者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、連携バスにより本当に患者の期待に応える医療が提供できるかどうか、そのために何をどう整えるか、今後さらに深い議論と試行錯誤が必要である。最終的には連携のコーディネートにより、いかに医療の質・安心・安全を患者に納得してもらえるか、いかに現場の医療者の負担を軽減できるか、ということが連携バスの成否を握るであろう。

4 おわりに

がんの地域連携バスは「病院に通院する人も近くのかかりつけ医を持ちましょう」ということに他ならない。「かかりつけ医制」は古くから提唱されているが、まだその体制は確立できていない。患者はいかにしてよいかかりつけ医に出会えるか、がんの連携バスはその道筋を提示できるものでありたい。

(補記)本研究は平成20(2008)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」研究班の成果に基づいている。

(谷水正人)

第

5

章

がん診療における
地域連携パス

1. 概説	41	5. 肝がん	69
2. 胃がん	45	6. 乳がん	87
3. 大腸がん	57	7. 前立腺がん	89
4. 肺がん	65		

1. 概説

はじめに

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」〔平成18(2006)年6月21日交付〕に基づいて「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¹⁾。また平成20(2008)年にがん診療連携拠点病院の指定要件が変更され、わが国における主ながん(肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん)において地域連携クリティカルパス(以下、連携パス)の導入が求められた²⁾。がん診療連携拠点病院には、がんの連携パス開発を通して新たな地域医療連携体制の構築が求められている。本項では厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業による「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」研究事業(研究代表者 谷水正人)で行った調査結果を紹介し、今後の課題を考察する。

2 5大がんの連携パスの現況調査

1) 対象と方法

連携パスの現況把握のためのアンケート調査を平成21(2009)年1月5～20日に実施した。対象はがん診療連携拠点病院351医療機関と東京都がん診療認定病院10医療機関の総数361医療機関とし、病院長宛に郵送にて調査を実施した。

2) 結果

214通の回答(回収率59.4%)が得られた。

- ①平成20(2008)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パス、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パスの計63パスが把握でき、全国で胃がん459人、大腸がん250人、乳がん276人、肺がん28人、肝がん11人ががん地域連携パスで医療を受けていることが確認できた。
- ②連携パス作成の単位は、県統一パス2、2次医療圏統一パス3、病院独自パス17、その他3であったが、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31県でみられた。
- ③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、在宅療養をサポートする社会資源が少ない、患者家族に理解がない等の回答があった。
- ④必要なサポートとしては、連携パスの解説、作成方法の解説、連携パス会議の運用方法、事務局の運営方法等のノウハウを多くのところが求めている。また連携パス導入にあたって予算措置は不可欠、連携推進のための人件費のサポートが必要であるとの指摘もあった。
- ⑤連携パス開発への要望として、5大がんすべての完全なパスでなく、術後フォローなどできた順に情報提供してほしい、解説ではなく事例提示をしてほしい、5大がん連携パスの全国均一化・統一化されたパスを作成してほしい、地域連携パスとして、最低限必要

とする要件を明確にしてもらいたい、緩和医療に関するパスを策定してほしい等があがった。

3 医師会アンケート調査にみる連携への医師の意識

愛媛県医師会において、医師会員のがん診療地域連携に関する意識調査、今後の案内等参考となる医師に関する情報収集を目的にアンケート調査を行った。

1) 対象と方法

愛媛県医師会の全会員 2,883 名(開業医 1,106, 勤務医 1,777)を対象に平成 20(2008)年 11 月 10~23 日に調査票を郵送した。

2) 結果

回収は 1,041 通(回収率 36%)であった。

- ① がんの医療連携に協力したいとの回答は診療所医師 62%, 一般病院医師 69%, 拠点病院医師 78%といずれも高率であった。
- ② 逆紹介で受け入れることのできる患者は、診療所、一般病院の順に術後フォローの患者 71%, 73%, (安定した)化学療法(経口抗がん剤)中の患者 39%, 56%, (安定した)注射抗がん剤使用中の患者 13%, 33%, 進行再発がんの化学療法中の患者 14%, 33%, 緩和ケアの患者 26%, 45%であった。術後フォローの受け入れは高率であり、化学療法患者の受け入れにも積極的な回答がある一方、いかなる場合も受け入れられないとの回答が 23%, 14%あった。
- ③ がん患者を受け入れた場合の不安な点は、緊急時の対応(診療所 77%, 一般病院 62%)と化学療法副作用への対応(50%, 49%)が高かった。
- ④ 在宅医療に関わっている割合は、診療所 58%, 一般病院 30%と高く、在宅での看取りの経験もそれぞれ 49%, 30%と高率であった。
- ⑤ 連携の勉強会としては診療所、一般病院ともに緩和ケアへの関心が高く、支持療法、化学療法、がんの病態と続いた。
- ⑥ 自由記載では、がんの連携への積極的な関わりを求める意見がある一方、連携への否定的な意見もみられ、個別の対応に配慮する必要があることが示された。

4 患者アンケート調査

NPO 法人愛媛がんサポートおれんじの会(松本陽子代表)が平成 21(2009)年 1 月に会員と例会参加者に行った調査結果(回答数 80)を紹介する。

- ① 病診連携については、よいと思う 68%, よくないと思う 22%, わからない 9%であった。よいと思うという意見の理由は、多い順に通院時間が短くなる 24, 複数の人にみてもらうほうが安心 23, 待ち時間が短くなる 14, 近くに信頼できる医師がいる 12があがった。よくないと思うという意見の理由は大きな病院でないと不安だから 11, どちらに頼ってよいのかわからない 8, 近くに診療所がない 2などがあがった(複数回答あり)。
- ② どの段階から病診連携が可能だと思うか、という質問に対して、経過観察のみ 27, どの段階でも 20, 積極的治療をしなくなったときから 17, 経口抗がん剤の段階 10 であり、進行再発がんの抗がん剤治療は 3 であり、どの段階でも不可能という意見も 5 あった(複数回答あり)。
- ③ 自由記載からの意見
 - a) 情報不足への不安：診療所にがんの専門知識がないために専門病院へ行くのであって、診療所で何ができるか明確でない。別の医療機関に所属する複数の医師が患者の状態を同じ水準で把握できるのか、診療所の医師がすべてがん対応のスキルが十分とはいえない、そのために適切な対応ができない、もしくは遅れる危険性が高い。
 - b) コミュニケーション不足への不安：個別に丁寧な説明が絶対必要。病状が悪化したときに責任のなすり合いが起きるのではないかと。医療者同士が顔のみえる連携を強化しないと患者を紙一枚で送る「冷たい医療」となりかねない。儲からない患者を押し付けられた医療機関が本気で患者の診察をしてくれるのか疑問。
 - c) 安心できる連携のために：緊急時の対応が保障されること、受け入れ先の医療機関の情報の提示(何ができて何ができないか、設備、機器、スタッフの体制、医師の人物像)、治療初期から(連携を含めた治療方針の)全体像を提示すること、患者にとっての利点、不利な点を明らかにすること、連携をコーディネートする人が必要との指摘があった。

5 がん診療における連携パスの位置づけ

がん医療連携における役割分担と連携パスの位置づけを整理してみよう(第2章図1, 7頁を参照)。がんの連携パスは専門医とかかりつけ医の併診による循環型連携である。がんの種類, 進行度などに規定された治療方法ごとに設定される。例えばがんの根治的手術後のフォローアップを考えてみると, 専門医による手術後, 外来フォローとなった段階では節目の専門医による診察, 定期的なかかりつけ医の診察が計画され, (専門医による)画像検査のフォロー, (かかりつけ医による)日常診療, 定期投薬, 血液検査等が入る。「私のカルテ」が情報共有ツールとして患者とともに動く。不運にして再発した場合, その連携パスは終了し, 次の連携パスへと引き継がれる。専門医は専門的治療に応じて交代していくのが原則であり, 例えば化学療法の専門医へとバトンタッチされる。かかりつけ医は疾患の最初から最後まで一貫してサポートする。

連携パスの推進はがん均てん化, 標準的治療の普及とともにかかりつけ医機能の重要性を再認識するプロセスにほかならない。つまり患者・家族に身近な存在としてかかりつけ医制度の普及推進を図る活動につながるものである。患者・家族への連携パスのアピールは「病院に通院する人も近くのかかりつけ医を持ちましょう」ということになるだろう。

6 現状についての考察

がん診療連携拠点病院は平成24(2012)年4月までに5大がんの連携パスを揃えておく必要がある。全国の連携パス開発状況は平成21(2009)年1月の時点ではまだ出発の段階であったが, その後の全国各地域での進展は著しい。ほぼすべての都道府県でがん診療連携協議会として連携パスの検討会が立ち上がっている。平成21(2009)年6月の都道府県がん診療連携拠点病院の調査資料(和歌山県立医科大学事務局, 51拠点のうち38拠点から回答, 未公開)のほか, 個人的に把握している情報も加えると, 少なくとも肺がん3, 胃がん5, 大腸がん3, 肝がん1, 乳がん3が県統一パスとしてすでに作成されている。県統一パスには至ってなくても拠点病院からの開発事例は続々と公表され, 運用実績の報告も始めている。連携パス開発研究班としての成果はインターネットに公開されており, 連携パスのひな型がダウンロードできる³⁾。また本書でも先進的な開発事例が紹

介されている。現在開発中の地域, 拠点病院には後塵を拝することを恐れることなく積極的に先進事例を拝借して地域の実情に合わせた連携パスの開発を進めていくことを期待したい。連携パス開発研究班では昨年度に引き続き本年度も全国の連携パス開発状況を調査する。できればそれらの成果をインターネット上のパスライブラリーとして提示していきたいと考えている。

医師のアンケート調査はその後いくつかの都道府県でも実施されているが, 同様の傾向である。すなわちかかりつけ医, 一般病院はがんの連携に対して前向きな回答を寄せており, 特に術後のフォローアップ連携には多くの施設が協力的である。抗がん剤治療の連携も連携先と適応を選べば成立し得る。また在宅医療, 在宅看取りの経験を有する診療所は多く, 在宅緩和ケア連携が成立する素地はある。かかりつけ医側としての懸念は緊急時の対応である。拠点病院としての対応が求められていることを踏まえ, 体制を整える必要がある。

患者家族の連携医療に関するアンケート調査は貴重である。患者会というがん医療に特に関心が高い集団の調査であったことには留意するとしても, 連携医療に対する理解が高いことが示されていた。しかし情報不足, コミュニケーション不足への不安は大きく, 訴えは切実であった。患者に無理を押しつけてはいけぬ。連携パスで解決しようとしている医療者の姿勢をわかりやすく提示し, 理解してもらうための工夫を重ねる必要があるだろう。

連携パス適応による連携医療の姿を描いてみたが, 現実の医療とは必ずしも合致していない。外科医が術後再発に化学療法を担当することは消化器領域等では日常的に行われており, がん薬物療法専門医の養成は始まって間がない。大学医学部の新設腫瘍内科学講座の機能発揮にはまだ時間が必要である。また専門的緩和医療という視点でみても医療資源は圧倒的に不足している。また従来の医療に慣れた患者にとって, 治療ごとに専門医が変わるという連携の有様がすんなりと受け入れられるかどうかは疑問である。かかりつけ医とよほどの信頼関係がなければ, 専門医の変更について割り切るには抵抗感があるであろう。また連携パスが形の上で整ったとしても, それが稼働するかどうかは地域ネットワークや施設の院内体制(連携のコーディネート機能)に大きく左右される。連携ネットワークの環境はこの1,2年の間に大きく前進しているが, 連携パスを稼働させるための院内体制が整っている拠点病院はまだ少ない。

7 おわりに

全国の連携バス開発の現状、医療者、患者のアンケート調査からみた課題について概括した。医療が機能分化、役割分担へと向かっている時代の流れは変わらないとしても、そこに至る道は遠く、また複雑である。連携バスが一つの正しい方法論であることに異論はないが、われわれは多くの問題を抱えつつその適応を模索していかなければならない。まずは無理をせずできるところから出発する柔軟な姿勢が求められる。連携バスを「外来治療方針の説明書」として連携の有無に左右されない形にまとめ上げた大阪府の試みは慧眼である⁴⁾。

(補記)本研究は平成20(2008)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バスモデルの開発」研究班の成果に基づいている。

■ 文献

- 1) 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
http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/16420060621084.htm
- 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) 5大がんの地域連携クリティカルバスモデルの開発
<http://soudan-shien.on.arenane.jp/hina/index.html>
- 4) 大阪がん診療地域連携バス
<http://www.mc.pref.osaka.jp/ganshinryou-chiikirenkei.htm>

(谷水正人、河村進、青儀健二郎、船田千秋、宮内一恵)

食道がん患者の緩和医療

1 緩和ケアと疼痛管理

はじめに

食道がんにおいては、初診時から食道狭窄による嚥下障害や栄養障害、誤嚥・瘻孔による咳嗽などを伴い、生活の質(QOL)の低下をきたしている場合が少なくありません。治癒を目的とした治療の初期から、症状緩和やQOLの維持・改善のための治療を併せて行っていくことが重要です。食道がん終末期患者に対する緩和医療としての種々の治療法の効果や安全性について大規模な評価はほとんどなされていません。しかし、実地臨床ではそれらによりQOLが著明に改善される症例も少なからず存在することは事実であり、われわれは十分な説明と同意のもとに積極的な緩和治療を試みています。

1 進行食道がんの症状と緩和治療

a. 局所症状とその対策

進行食道がんによる局所症状としては、食道狭窄に伴う嚥下障害・気道への瘻孔形成・気道の狭窄・出血・疼痛などがあり、いずれも患者のQOLに大きな影響を与えるため適切な対応が要求されます。

1) 食道狭窄に伴う嚥下障害

嚥下障害は「食べる」という人間にとっての大きな楽しみを奪い、栄養状態の悪化を招いて家族にとっても不安を増大させます。また、反回神経麻痺の併存などにより誤嚥性肺炎の原因にもなり得るため積極的な対症治療を試みています。

(1) 放射線療法または化学放射線療法

根治的治療の適応がない場合でも、PSが良好であれば姑息的な放射線療法(できれば化学療法も併用)により狭窄症状の改善を試みます。食道癌診断・治療ガイドライン(2007)では、「患者の全身状態に与える影響を考慮し、目的達成のための必要最低限度の照射野と総線量を設定し可能な限り短期間で治療が終了するように努める」と記載されています¹⁾。

(2) 食道ステント挿入

放射線治療の対象とならない場合、食道ステントの挿入を検討します。通常、腫瘍による再狭窄を予防の目的²⁾でカバー付き自己拡張型メタリックステントを用いています。食道ステント挿入は比較的侵襲で短期間に経口摂取が可能となる場合が多いのですが、疼痛・瘻孔形成・出血などの重篤な有害事象が生じることもあります。(化学)放射線療法前の食道ステント挿入は、このような有害事象の発生が多いことが知られており³⁾、食道癌

診断・治療ガイドライン(2007)では、「原則として避けることが望ましい」と記載されています⁴。逆に(化学)放射線療法施行後のステント挿入も同様に危険性が高いとされています⁴が、われわれは十分な説明と同意のもとに施行しています。食道ステント挿入により、頸部～胸部上部食道がんでは違和感や疼痛・気道狭窄が生じやすく、また胸部下部～腹部食道がんでは胃内容の逆流とそれによる誤嚥性肺炎の危険があります。

(3) 食道バイパス手術

食道ステント挿入が困難または危険と判断されるが耐術可能な全身状態であれば、食道バイパス術を行います。胸部食道を空置し、主として胃を用いて食道再建を行います。バイパス術といっても手術侵襲は軽度ではなく、栄養不良例も多く縫合不全の発生率も高いとされ、慎重に適応を決めています。

(4) 栄養嚥造設・その他

上記のいずれの治療も困難な場合、腸瘻や胃瘻造設を行うことがあります。経口摂取は可能とはなりません。経腸栄養による在宅療法への移行も可能となります。その他、狭窄に対してレーザー照射やブジーによる拡張術を行うこともあります。

2) 気道への瘻孔形成と気道の狭窄

(1) 気道との瘻孔に対する治療

がんの直接浸潤による気管気管支や肺との瘻孔形成は、食道狭窄とともに患者QOLを大きく低下させ、放置すると肺炎・縦隔炎・膿胸などの致死性病態を生じます。唾液などの気道への流れ込みによる咳嗽・呼吸困難感などにより、食道狭窄がなくても経口摂取が不能となることもあります。これらの症状は患者の生活全般に多大な影響を及ぼし、患者・家族の苦痛を増大させます。積極的な対応が望ましいですが治療に難渋することもあります。

近年、瘻孔を伴う食道がんに対しても化学放射線療法を行うことより腫瘍縮小と瘻孔閉鎖をみる症例が多く報告され、全身状態が許せば第一選択としています⁵⁾。しかし、逆に瘻孔の増悪や致死的な出血を生じ得ることも認識しておく必要があります。

瘻孔に対するカバー付き食道ステントの挿入も有効である場合が多いです^{図1}。これにより、瘻孔を閉鎖し気道への食物や唾液の流れ込みを防ぐことにより、肺炎発症の危険を低下させ経口摂取が可能となります。ただし、疼痛・出血・穿孔などの有害事象が生じ得ます。気道への瘻孔を形成するような食道がんは気道を圧迫していることも多く、食道ステント挿入により気道が急激な狭窄や閉塞をきたすことがあります。場合によっては気管ステント挿入を先行させる必要があります。

(2) 腫瘍による気道狭窄と呼吸困難に対する治療

腫瘍による気道の圧迫は、刺激による咳嗽や気道抵抗増大により喀痰排出困難をもたらす呼吸困難を生じます。高度の場合は窒息の恐怖感を生み、患者の苦痛は高度になります。狭窄に対しては気管ステントの挿入を行うことで呼吸困難が劇的に改善します^{図2}が、気管分岐部付近のステント挿入は技術的に容易でなく慎重な適応が求められます。

呼吸困難に対しては酸素吸入や薬物療法などの対症療法を行います。後者の第一選択はモルヒネです。これにより呼吸困難感の感受性を低下させ、気道分泌や咳嗽反射の抑制を

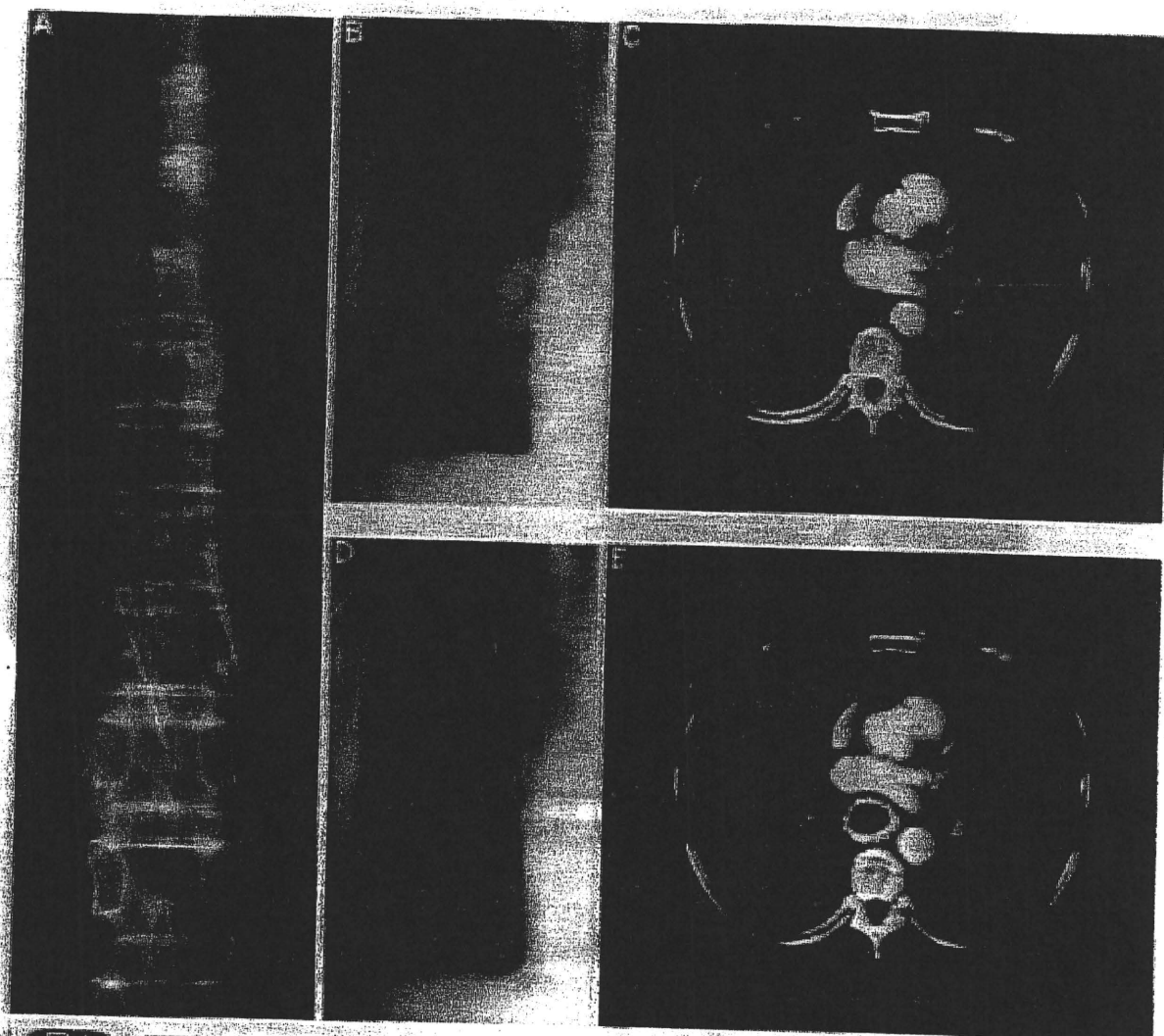


図1 穿孔を伴う胸部食道がんに対するカバー付き食道ステント挿入の効果
 食道肺癌により肺炎・肺腫瘍を生じたためカバー付き食道ステントを挿入した(A)。
 挿入直前の胸部X線と胸部CTにおいて右下肺野に肺炎と肺腫瘍がみられた(B, C)が、挿入後2カ月後
 には著明に改善した(D, E)。

図ります。ステロイドも呼吸困難に対して有効です。同時に、理学療法・日常生活のナーシングケア・心理的サポートなどの非薬物療法も重要です。

3) 気道閉塞と大量出血

気道閉塞による突然の呼吸停止や大動脈への穿孔による大量吐血などの致死的病態は、食道がん治療にかかわる医療者は何度となく遭遇する事象です。発生すると手の施しようがない場合がほとんどであり、事前の、特に家族への十分な説明が重要です。患者や家族は、急変急死の恐怖を抱えながらの生活を余儀なくされるため、両者に対する心理的サポート・心のケアを怠ってはなりません。

b. 全身症状とその対策

食道がんの臓器転移のなかで骨と脳への頻度は比較的低いのですが、緩和医療のうえでは重要です。また、食道がん終末期患者は、しばしば高カルシウム血症を生じます。栄養

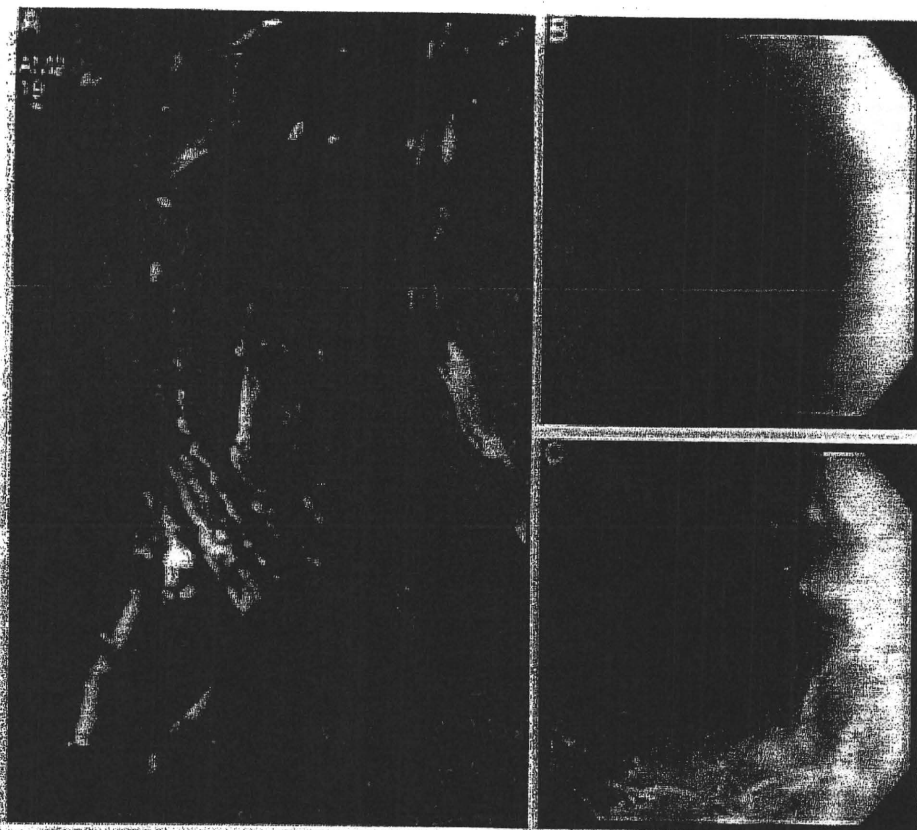


図2 気道狭窄を伴う胸部上部食道がんに対する気管ステント挿入の効果

食道がんにより気管が著明な狭窄をきたしている。患者は高度の呼吸困難と不安を訴えていた(A)。気管支鏡にて、気管の狭窄により気管分枝部が観察できなかった(B)が、気管ステント挿入後には狭窄は解除され気管分枝部が観察でき、患者の呼吸困難は劇的に改善した(C)。

除害に対する対策も患者のQOLを保つために重要です(p.104参照)。

1) 骨転移に対する治療

骨転移に対する治療の目標は、疼痛緩和と病的骨折の予防です。治療法としては放射線外照射が一般的です。病的骨折はQOLを著しく損なうため、疼痛の程度によらず放射線照射を行うことがあります。特に椎骨転移による病的骨折は脊髄麻痺を生じる危険性があり、予防が重要で整形外科的手術も行われます。

2) 高カルシウム血症の治療

食道がんは高カルシウム血症を最も生じやすいがんの一つです。軽度であれば口渇・食欲不振・便秘などの症状を示しますが、高度になると急性腎不全・精神神経症状(意識混濁など)・低酸素血症などを示す高カルシウム血症クリーゼと呼ばれる致死的病態を示します。原因は全身の骨転移であることが多いのですが、骨転移がなくても生じ得ることを知っておく必要があります。治療としてはビスフォスフォネートが第一選択薬ですが、高度の場合は脱水の補正と生理食塩水の輸液によるカルシウム排泄の促進などが必要であり、緊急を要する際には即効性のカルシトニンを投与します。高カルシウム血症による急

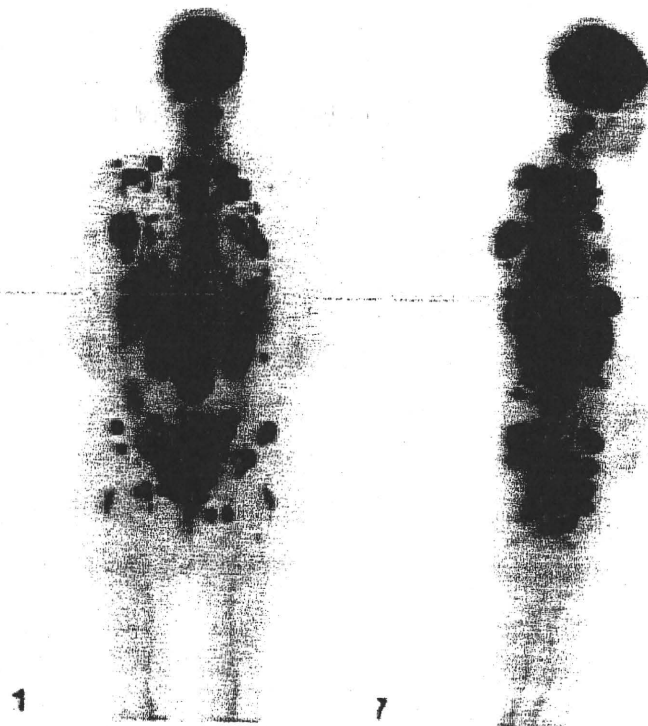


図3 初診時に高度の高カルシウム血症をきたした胸部食道がん症例

高度の倦怠感・脱水症状・意識障害で発症した胸部食道がん症例。初診時の血清カルシウム値は19.3mg/dLであり、生理食塩水の急速輸液、カルシトニンとビスフォスフォネートの投与により7日後には正常化した。図はFDG-PET検査で全身の骨転移や臓器転移を伴っていた。

識障害が食道がんの初発症状としてみられることもあります **図3**

3) 脳転移に対する治療

脳転移は比較的稀ではありますが、全身状態が損なわれていなくても神経精神症状などによるQOL低下をきたすため積極的に治療します。治療法としては放射線療法が主体となりますが、転移病巣の大きさや数に応じて全脳照射やガンマナイフなどの局所照射が選択されます。脳圧亢進に対する対応も必要となります。

2 食道がん患者の疼痛管理

a. 食道がんの痛みの特徴

食道がんの痛みとしては、胸背部痛や嚥下時痛などがあります。骨転移やリンパ節転移などによる疼痛は他のがんと同様ですが、放射線性食道炎による咽頭や胸部の、特に嚥下時の疼痛が特徴的です。

b. 疼痛治療の方法

がん性疼痛に対しては、WHO方式がん疼痛治療が基本であり、日本緩和医療学会作成

の「がん疼痛治療ガイドライン」に基づいた方法が推奨されます⁶⁾。WHO 鎮痛薬ラダーに示されるように、がん性疼痛治療の第一段階は非ステロイド性抗炎症薬 (NSAIDs) による鎮痛です。疼痛の程度に応じて第二段階の弱オピオイド、第三段階の強オピオイドをためらわずに使用して疼痛管理を図ります。

c. オピオイドの使用法と副作用対策

わが国で使用可能な強オピオイドは、モルヒネ・フェンタニル・オキシコドンの3種類です。モルヒネと比べた場合、フェンタニルは嘔気・便秘・眠気・譫妄の頻度は少なく、オキシコドンは腎機能障害時の眠気・譫妄の頻度が少ないとされています。オピオイドの使用法と副作用対策に関する詳細は他書に譲りますが、食道がん終末期患者の場合、経口摂取が困難な場合が多く、水薬・坐薬・注射薬・貼付薬などの上手な使用法に精通することが重要です。また、副作用の軽減・鎮痛効果の改善・投与経路の変更・耐性形成の回避を目標として、オピオイドローテーションも行います。

強オピオイド投与中でも NSAIDs を併用することも多く、またトリプタノールなどの抗うつ薬、テグレトールなどの抗癌薬、メキシチールなどの抗不整脈薬、ケタミンなどの NMDA 拮抗薬、ステロイドなど鎮痛補助薬も症状に応じて積極的に併用することが重要です。

(藤 也寸志)

【文献】

- 1) 日本食道学会編。食道診断・治療ガイドライン (2007年4月版)。金原出版。東京。2007年。p51-60
- 2) Verschuur EM, Homs MY, Steyerberg EW, et al. A new esophageal stent design (Niti-S stent) for the prevention of migration: a prospective study in 42 patients. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 134-140
- 3) Nishimura Y, Nagata K, Katano S, et al. Severe complications in advanced esophageal cancer treated with radiotherapy after intubation of esophageal stents: a questionnaire survey of the Japanese Society for Esophageal Diseases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 56: 1327-1332
- 4) 日本食道学会編。食道診断・治療ガイドライン (2007年4月版)。金原出版。東京。2007年。p29-35
- 5) 目良清美ほか。食道がんに対する積極的治療と緩和医療との接点—終末期食道がんの治療も含めて—。ターミナルケア 2003; 13(6): 473-479
- 6) 日本緩和医療学会。がん疼痛治療ガイドライン委員会編。がん疼痛治療ガイドライン 2000

地域連携クリティカルパスの事例報告

(1) 胃がん・大腸がん

恩賜財団社会福祉法人 済生会若草病院 副診療部長兼外科部長 佐藤靖郎

はじめに

2006年6月16日、議員立法によりがん対策基本法が成立し、翌年2007年6月15日には数値目標を掲げた「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、その項目の中で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2012年3月までにがん診療連携拠点病院において整備をすることが必須となった。今後、がん地域連携クリティカルパスを円滑・適切に導入・運用しうる方法は、病院と地域診療所などの関係に代表される地域ごとの固有な状況やがんに特異的な問題をいかに制御・解決しうるか？にかかっている。

われわれは、がん対策基本法成立以前より胃・大腸がん地域連携クリティカルパスを同じ導入・運用の戦略・戦術を用い複数（2カ所）の施設で実施しており、今回その経験を踏まえて、それらの問題点に対する解決策や導入後の外来の変化などについて述べる。

I. 胃・大腸がん地域連携クリティカルパスの概要と導入・運用の考え方

当院では胃・大腸がんのステージI、II、IIIを対象に運用している。その運用に際して、以下の3点に整理して行っている。

1. 「もの」としての胃・大腸がんの医療者用・

患者用地域連携クリティカルパス、支援ツール群

2. 「戦略」としてのパイロット運用やネットワーク形成方式
3. 「戦術」としての患者振り分けの規則や患者への円滑な導入の仕方

すなわち、実際の医療者用・患者用地域連携クリティカルパスをまず作成する必要がある。また、患者・診療所からより深い理解と協力を得るために多彩な支援ツールも作成し、状況に応じて用いることが肝要と思われる。このように「もの」としての道具立てを構築することが必須である。

しかしながら、道具立て（ハード）が揃っても実際のソフトが存在しないと適切に導入することは困難である。それは「戦略」と「戦術」に分類できる。「戦略」とは、いかに阻害要因をクリアし、地域において円滑に導入・運用を図りつつ、適切なネットワークを形成するかを意味する。「戦術」とは、具体的な患者や診療所にとって許容できる時期や生存率を考慮して導入する技術を意味する。

以上の如く、これら3点に留意して胃・大腸がん地域連携クリティカルパスを運用している。

1. 「もの」としての地域連携クリティカルパス、支援ツール

これは「A 地域連携クリティカルパス本体：医療者用ステージ別地域連携クリティカルパス・患者用クリティカルパス」と「B 支援

ツール」に分類される。

A 地域連携クリティカルパス本体

1) ステージ別地域連携クリティカルパス (医療者用)

胃・大腸がん患者のステージに合わせて発行される医療者用地域連携クリティカルパスであり、病院と診療所間で共有する。その構成として、患者氏名、病院主治医、診療所名 (主治医名) の欄に続き、術後の経過日と病院への来院期日、達成目標、また、再発等の疑いなどの場合の連携・連絡の項目 (病院に連絡が原則)、教育・指導、検査・測定項目から構成されている (図1)。

ステージⅡ、Ⅲの場合は、一定期間の予防的抗がん剤を指定し、地域診療所で投与する場合もある (図2)。

また、この医療者用地域連携クリティカルパスの運用において病院と地域診療所の適切な役割分担が重要であり、基本的に以下のようにしている。

- ①経口での予防的抗がん剤投与、副作用チェック；ステージあるいは診療所により内容や開始時期が異なる
- ②PS (Performance status) の評価、血圧・体温・体重測定、心電図検査；全ての診療所
- ③腫瘍マーカー (CEA, CA19-9) 測定、一般採血・尿検査、検尿；全ての診療所
- ④直腸指診、一般レントゲン検査；全ての診療所
- ⑤腹部エコー、内視鏡検査、CT検査；設備を有する診療所に限定、それ以外は病院または他の医療機関で実施することが可能

2) 患者用地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパス対象患者の病院受診間隔は半年あるいは1年であるため、このツールを使用して患者自身が術後経過時期と来院時期を確認するためのツールとして特化させている。

B 支援ツール

- 1) 説明ツール (患者、医療者共用)
 - 2) 高額医療費の申請ガイドブック (患者用説明ツール)
 - 3) コスト計算シート (医療者用)
 - 4) 服薬法、処方管理シート、副作用の注意書など (医療者用、患者用)
 - 5) EBM book, 文献集 (医療者用、患者参照用)
- #### 2. 「戦略」としてのパイロット運用やネットワーク形成方式

1) パイロット運用による地域連携クリティカルパス阻害要因の制御

今までがん診療は手術を受けた医療施設で術後のフォローアップを受けることが医療者及び患者共に当たり前とされており、そのような状況で地域連携クリティカルパスを一気に導入しようとするとう抵抗を受ける可能性がありうる。阻害要因は、それぞれ新規プロジェクトを立ち上げる時の施設内の抵抗、術後は病院に通院するという患者側のメンタルモデル、がん診療に対する診療所側の抵抗がありうると思われる。それらの3要因を制御し、いかにスムーズに受け入れてもらえるのかが成功のカギとなる。そのために最も重要なことは、まず協力体制が良好な診療所から地域連携クリティカルパス導入を進め、導入患者数がある一定以上に到達した段階で病院外来の待ち時間短縮が図られることや、地域内で患者間の認知が自然に進みうると考えられる。

2) ネットワーク形成様式

ネットワーク形成の第一ステップは、協力診療所のリクルートをアンケート形式で行うことである。それに加え、かかりつけ医が非登録医である場合は、患者にその目的と進め方を十分説明し、非登録医の登録化が可能となる。

3. 「戦術」としての患者振り分けの規則や患者への円滑な導入の仕方

当院では、基本的に胃・大腸がん地域連携ク

胃癌Stage I 術後長期地域連携クリティカルパス(医療者用)

様

病院主治医 佐藤靖郎 (電話:)

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 /	6カ月後 /	1年後 /	1年半後 /	2年後 /	3年後 /	4年後 /	5年後 /
達成目標								
連携、連絡	再発等の場合、若草病院に連絡							
教育・指導	□患者様用パス説明							
検査・測定	PS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	体温	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	体重	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	身長	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>
	採尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	検便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
腹部超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
内視鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

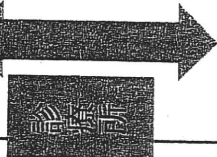


図1 胃癌 stage I の地域連携クリティカルパス

大腸癌Stage II 術後長期地域連携クリティカルパス(医療者用) 様

病院主治医 佐藤靖郎 (電話: _____)

診療所名: _____

主治医 _____

(電話: _____)

項目	病院		診療所における日常診療												
	退院	6か月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	4年後	5年後	来院	来院	来院	来院	来院	来院
達成目標															
連携、連絡	再発、副作用発生等の場合、若草病院に連絡														
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 予防的抗がん剤投与 </div>														
検査・測定	チェック														
	処方														
検査・測定	消化器症状														
	皮膚症状														
	全身症状														
	薬物処置														
	PS														
検査・測定	血圧														
	体温														
	体重														
	身長														
	心電図														
	採血														
	腫瘍マーカー														
	採尿														
	検便														
	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 2 大腸がん stage II の地域連携クリティカルパス