

術後の長期スケジュール(患者様用) 様

病院	診療所						
	病院	病院	病院	病院	病院	病院	病院
退院	6ヶ月後	1年後	1年半後	2年後	3年後	4年後	5年後
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	諸検査	諸検査

済生会若草病院 診療所名: _____
 主治医 連絡先: _____
主治医

図4 患者用地域連携パスの例

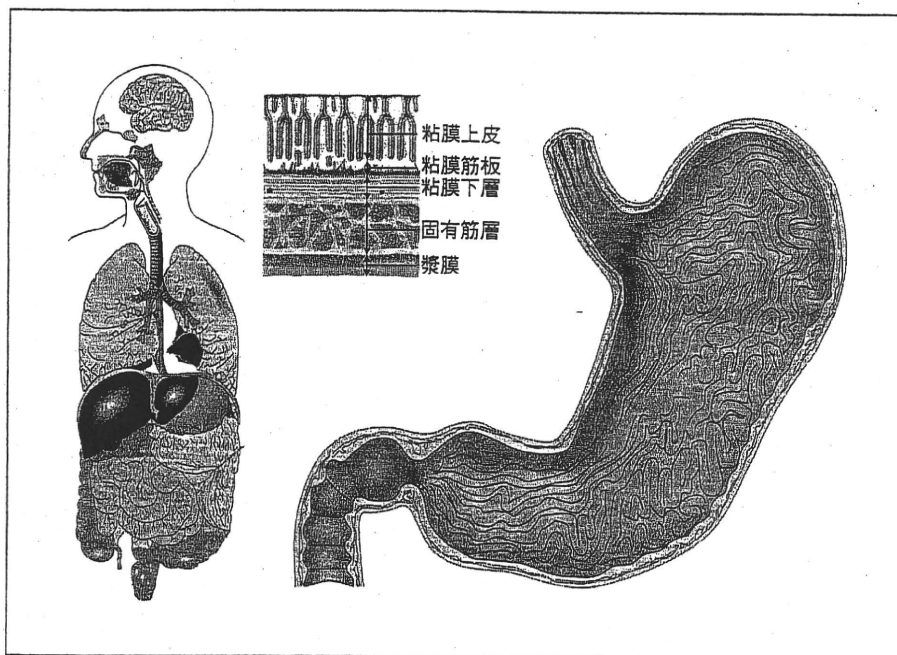


図5 病変説明ツール

3) 病変説明ツール(患者, 医療者共用)

胃がん病変の位置, 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(図5).

4) 高額医療費の申請ガイドブック (患者用説明ツール)

通院や検査・投薬により, 高額医療費の申請対象となる場合がある. その手続きの詳細を冊子化して地域連携パス対象患者に事前に説明することでコンプライアンスを高める効果があると期待される(図6).

5) コスト計算シート(医療者用)

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る(図7).

6) 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)

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(図8).

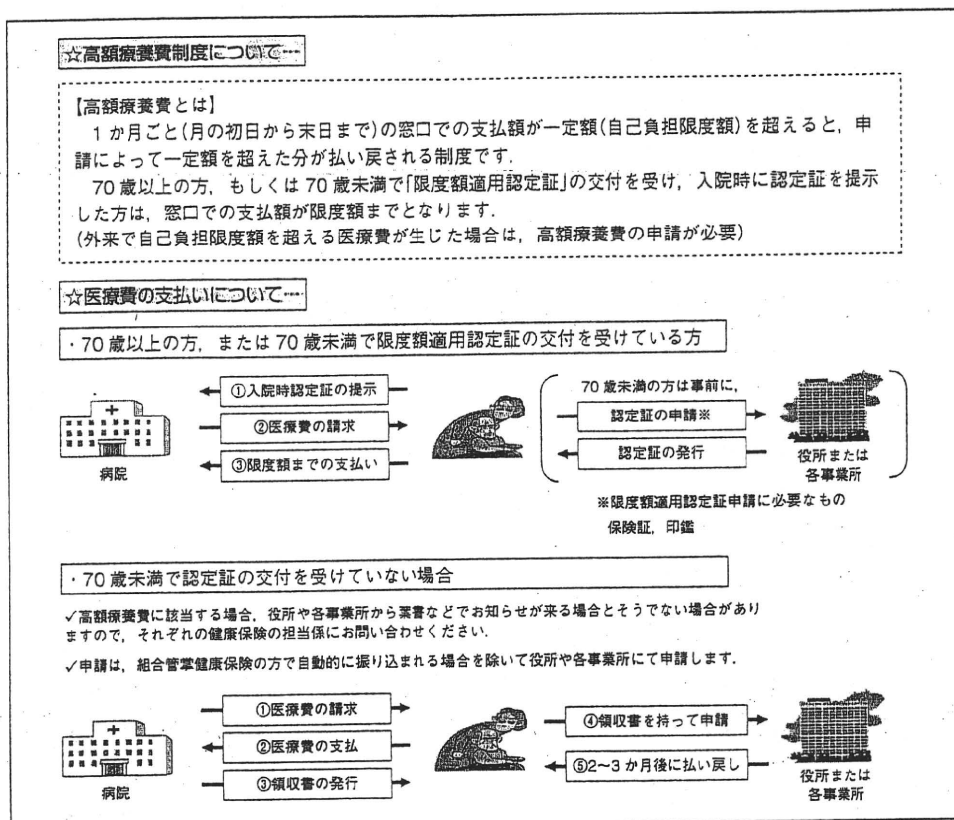


図6 高額医療費申請ツールの一部

7) EBM book, 文献集(医療者用, 患者参照用)

胃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, 随時改定を行っていく方針である。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(図9)。

3 胃がん地域連携バスの進め方

1) 患者の理解を得るポイント

胃がんのステージは術後病理組織学的所見が判明してから決定され, そのステージに基づいて地域連携バスが発行される。しかしながら当院では, 患者に地域連携バス導入に対してスムーズに承諾してもらうため説明の時期を特に重視している。考えられるタイミングとしては周術期と退院後があるが, 特に周術期(術前, 退院前)における説明はスムーズに承諾を得られやすい。しかしながら, 退院後の導入は病院外来に通院するというメンタルモデルが既に形成され, そのため地域連携バスへの承

諾に困難を伴うことが多いため, 当院では退院後に導入するための対策として4つのケースに分類し, 対処を行っている。

①紹介医を経て病院で治療, 同時に診療所には他疾患で通院中, ②紹介医を経て病院で治療, 診療所への通院なし, ③発見契機が病院または検診であるが, かかりつけあり, ④発見契機が病院または検診であり, かかりつけなし。

これらのケースに対する対応方法をシステマティックにするため患者, 診療所, 病院の関係を図式化したものを筆者らは連携の三角形と定義し利用している(図10)。

これらを連携の三角形で検討すると, ①および③は患者, 病院, 紹介医の間に既にがん以外の連携が成立しており, クリティカルパスによる連携は容易に可能である。②については, 一時的ではあるが連携の三角形は成立しており, 患者に地域連携バスの説明を実行するとともに, 紹介先に説明文を持参してもらうことで連携は再度成立することが多い。また, ④については, 患者の複数回説明を行った後に適切な診療所を選定することで, 問題が解決することができうる。いずれにしても結びつきの程度や形を見極めて連携の三角形を形作ることが必要となる(図11)。

		退院時		外来診察		再診月1回目		再診月2回目				
		点	回	円	回	円	回	円	回	円	回	円
		円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
診療所コストシート												
横浜医療センター												
退院指導料	退院時	300	1	3,000	1	3,000						
調剤料	退院時	7	1	70								
調剤技術基本料(入院)	退院時	42	1	420								
診療情報提供料	逆紹介時	520	1	5,200	1	5,200						
計				8,690		8,200						
診療所												
投薬以外												
初診料	初回	274			1	2,740	1	2,740				
再診料	診察時毎	73										
外来管理加算	診察時毎	52					1	730	1	730	1	730
継続管理加算(治療計画に基づく)	月1回	5						520	1	520	1	520
血液採取	実施時	12						50	1	50	1	50
末梢血液像	実施時	22			1	120	1	120	1	120	1	120
末梢血液一般検査	実施時	27			1	220	1	220	1	220	1	220
生化学検査(I)10項目以上	実施時	140			1	270	1	270	1	270	1	270
悪性腫瘍特異物質治療管理料(2項目以上)	月1回	400			1	1,400	1	1,400	1	1,400	1	1,400
悪性腫瘍特異物質治療管理料初回加算	初回のみ	150			1	4,000	1	4,000	1	4,000	1	4,000
血液学的検査判断料	月1回	135			1	1,500	1	1,500				
生化学検査(I)判断料	月1回	155			1	1,350	1	1,350	1	1,350	1	1,350
特定疾患療養指導料	月2回まで	225			1	1,550	1	1,550	1	1,550	1	1,550
計					1	2,250	1	2,250	1	2,250	1	2,250
投薬(院内処方)												
処方料	処方時毎	42			1	420		420		420		420
処方料加算	月2回	15			1	150		150	1	150		150
調剤料	処方時毎	9			1	90		90	1	90		90
調剤技術基本料(外来)	月1回	8			1	80		80	1	80		80
計						740		740		740		740
投薬(院外処方)												
処方せん料	処方時毎	69			1	690		690	1	690		690
処方せん料加算	月2回	15			1	150		150	1	150		150
計						840		840		840		840
薬剤費												
UFT: 300mg 顆粒	1日分	124	14	17,323	14	17,323	14	17,323	14	17,323	14	17,323
UFT: 450mg 顆粒	1日分	186	14	25,984	14	25,984	14	25,984	14	25,984	14	25,984
UFT: 600mg 顆粒	1日分	247	14	34,646	14	34,646	14	34,646	14	34,646	14	34,646
UFT: 100mg3cap	1日分	98	14	13,709	14	13,709	14	13,709	14	13,709	14	13,709
UFT: 100mg4cap	1日分	131	14	18,278	14	18,278	14	18,278	14	18,278	14	18,278
UFT: 100mg5cap	1日分	163	14	22,848	14	22,848	14	22,848	14	22,848	14	22,848
UFT: 100mg6cap	1日分	196	14	27,418	14	27,418	14	27,418	14	27,418	14	27,418
TS-1: 20mg4cap	1日分	296	14	41,474	14	41,474	14	41,474	14	41,474	14	41,474
TS-1: 25mg4cap	1日分	356	14	49,907	14	49,907	14	49,907	14	49,907	14	49,907
TS-1: 25mg6cap	1日分	444	14	62,210	14	62,210	14	62,210	14	62,210	14	62,210
UZEL: 25mg3tab	1日分	730	14	102,262	14	102,262	14	102,262	14	102,262	14	102,262

【田中克己, 他: 癌と化学療法. 30(1): 73-80, 2003】

図7 診療所に提示するコストシート

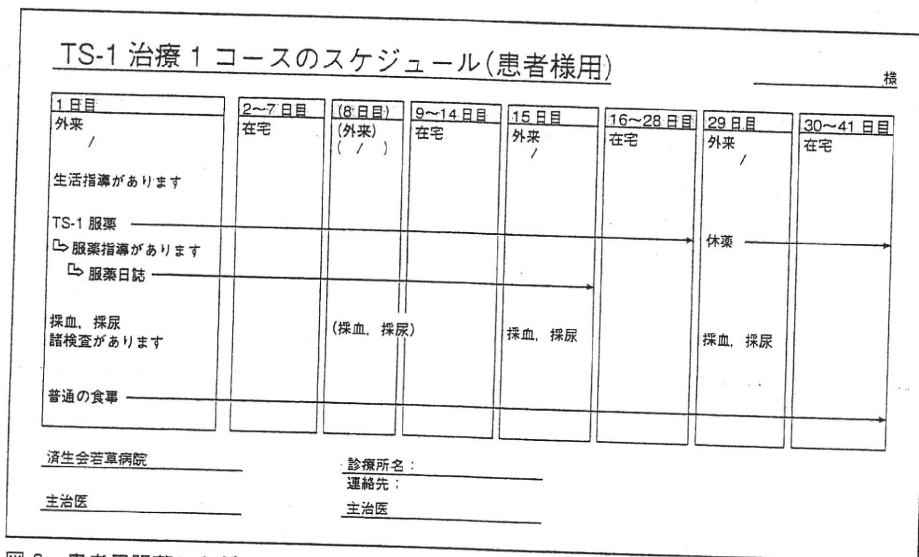


図8 患者用服薬スケジュールの例

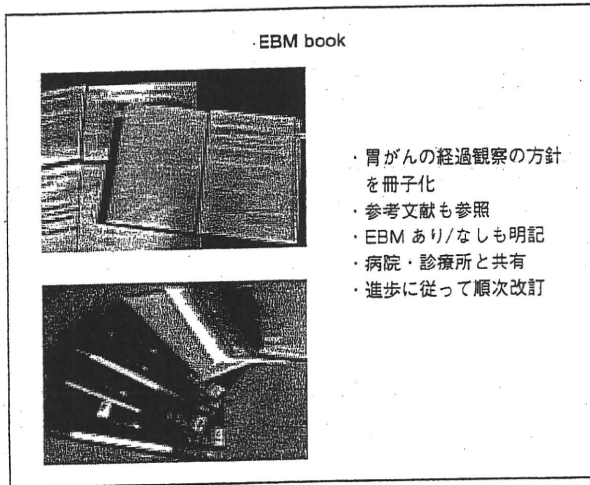


図9 EBM book

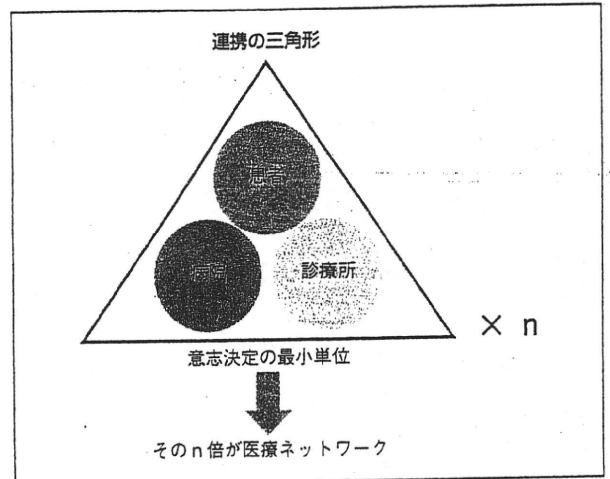


図10 医療ネットワークを構築するための連携の三角形

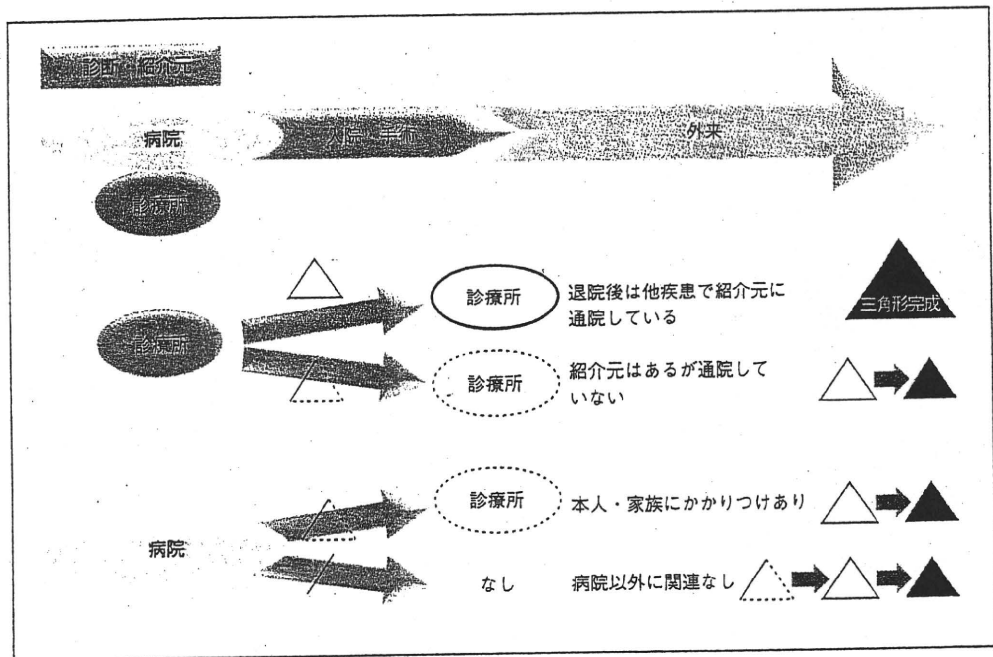


図11 地域連携パス導入のための連携三角

2) 地域連携パス導入のポイント

地域連携パスを地域単位で実行する場合に重要な点は、最初は病院で実際に勤務した経験がある診療所医師に協力していただき、その先生方と一緒に流れの経験を積むことである。

その後は徐々に他の診療所にも拡大するが、その場合最初のステップとして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、次のステップ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、診療所の地域連携パスに対する認知を徐々に進めていくことが肝要である。また、別の工夫として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か月は自院外来で発現の有無を確認することも必要

である。以上の如く、地域連携パスは作成直後から大規模に実施できるわけではなく、少しずつステップを踏みながら進めていくことがポイントと考える。

4 胃がん地域連携パス導入によるメリット

術後における外来患者の流れは、進行度に関わらず病院に定期的に通院し、患者⇄病院という構造になっている。そのため病院にとっては、時間的な問題が患者の満足度の低下、効率の低下を招いていることは先に述べた。地域連携パス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があると考えられる。

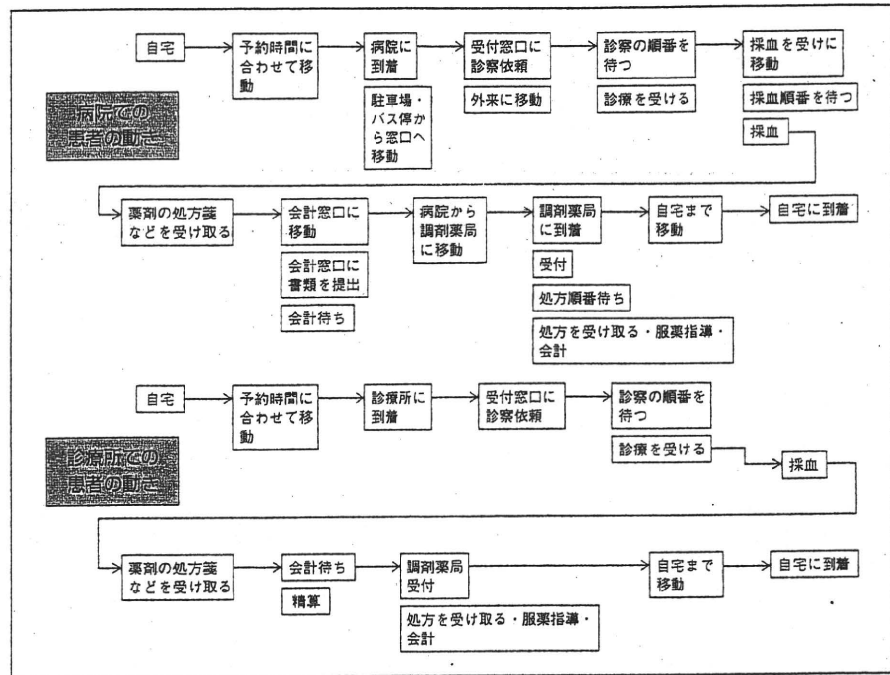


図 15 病院外来と診療所での患者の動きの比較(下段が診療所を示す)

導入前	6.1%	1
がん連携バス導入後		
10分(診療時間)	17.2%	2.8
58分(総滞在時間)		
	9.4%~11.6%	1.54~1.9

図 16 地域連携バス導入による価値変化

少し、価値比率は11.6%と高まった。

一方、患者が地域診療所に通院した場合のステップはおおよそ12ステップと病院より8ステップ少ないと概算できる(図15)。

それは診療所が病院に比してコンパクトであり受付窓口から診療、検査を経て会計に至るまで一体化されており、移動時間もほとんど要さないことにある。筆者らの調査により、診療所での滞在時間は平均58分と病院に比して短時間であり、診療時間を平均10分とすると価値比率は17.2%であった。即ち地域連携バス導入前の価値を1とした時、導入後の病院外来においておおよそ1.5倍から1.9倍、地域診療所に通院することにより2.8倍の価値があることが推定できうる(図16)。

また、患者が手術後5年間病院のみに通院する(外来診察と血液検査のみの状況と設定)とトータルで1,200

連携バス導入前	60×18=1,080 ステップ
連携バス導入後	6×18=108 ステップ
982 ステップ節約	年間 81.8 ステップ/患者
100人当たり年間: 8,180 ステップの節約	

図 17 地域連携バスによる病院側対応の節約効果

ステップの段階が必要だと概算できる。それが地域連携バス導入により病院では120ステップ、診療所では648ステップであり、合算すると786ステップに減少する。また、病院側の対応も、導入前は患者一人当たり1,080ステップ(5年間)であったものが導入後には108ステップと劇的に減少し、導入前後で982ステップ(患者1人当たり5年間)、年間では81.8ステップの減少となる。もし100人の患者を地域連携バスに導入したと想定すると、年間8,180ステップの劇的な減少につながるものと推定される。そこで得られた効果は施設ごとに利用することが望ましい(図17)。

さらに地域連携バス導入前に病院通院で月当たり平均11,790円:3割負担で3,537円の自己負担金、一方、地域診療所通院では19,310円:3割負担で5,793円と割高ではあるが、そこに往復の交通費(タクシー代として計算)3,000円、待ち時間の差:約2時間(時間当たり1,500円)を3,000円のケースを想定すると、病院通院により

	病院 1,179点(N=9)	診療所 1,931点(N=10)
	11,790円	19,310円
3割負担	3,537円	5,793円
タクシー代(往復)	3,000円	徒歩で計算
待ち時間の差 2時間(1,500円/時間)	3,000円	0時間と計算
患者自己負担 の想定金額	9,537円	5,793円

3,744円の差額

図18 地域連携バス導入による患者自己負担軽減の可能性

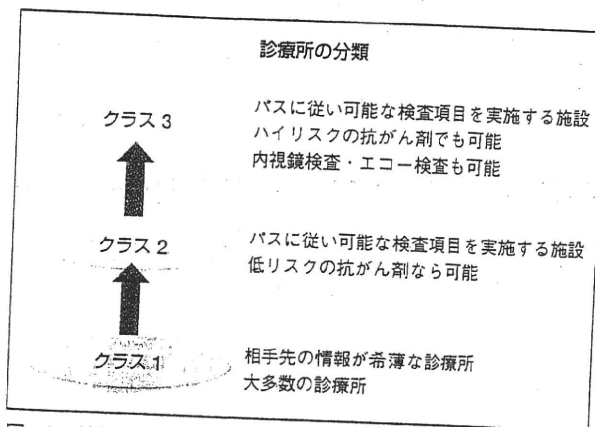


図19 地域診療所のクラス分類

9,537円(1回あたり)、診療所通院5,793円(1回あたり)と算定でき、その差額3,744円の節約となりうる(図18)。

今後は患者の病院への通院状況、仕事の状況などの情報をよく検討し、費用面から患者の理解を得ることも大切であると思われる。

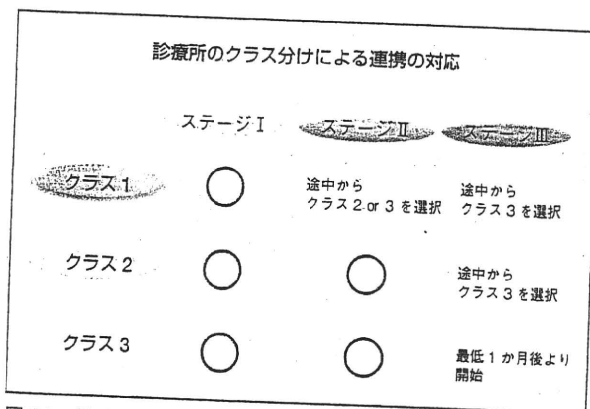


図20 診療所のクラス分けとステージによる対応規則

5 地域連携バス適用の考え方(バスに乗る患者と乗らない患者の適応について)

前述したように地域連携バス対象患者はステージIからIIIまでの患者であるが、患者の状況にきめ細かく対応することが施設内・地域内のスムーズな協力にとって大事である。したがって、筆者らは非適応患者を以下のようになっている。

①PSが明らかに低い場合、②手術後すぐに施設などに入所するような患者の場合(病院でだまかにフォローする)、③病院の近所に居住しており、近くに適切な診療所が存在しない場合。

以上の①②③以外に関しては、患者のステージや対応する診療所の条件によりその導入時期に違いはあるが、適応範囲である。病院の条件によるが胃がん当該ステージの6割から8割程度まで適応可能と考える。

6 かかりつけ医との連携について

がん地域連携バスを導入する場合、対象患者と病院、および診療所との関係を分析し、効率的な患者への導入が必要である。その際の基本的なルールとして、以下の2つがある。

①患者にかかりつけの診療所がある場合、その診療所と連携体制を取る。ただし、その時期についてはステ-

7 その他の面での配慮

胃がん地域連携バスには記されていないが、胃がん特異的な配慮が必要である。特に重要なものとして以下の4点が挙げられる。

①胃がん再発の診断、抗がん剤投与とその副作用への対応、②術後合併症への対応、③2次がん診断、④栄養面での考慮、の4点が挙げられる。

胃がん術後患者に対して再発や2次がんの早期発見のために、術後定期的にフォローアップするのが現状であ

るが、再発の早期発見および治療が生存期間を延長させるというエビデンスはない。しかし、胃がん術後フォローアップの大きな目的の1つはできるだけ早期に再発を発見することである。その理由として早期に発見された残胃癌再発やリンパ節再発、一部の血行性再発は手術による切除が可能な場合も存在すること、また近年の化学療法の進歩により奏効率の向上が認められることから、意義があるものと考えられる。当科で行っている経過観察の要点を以下に示す。

1) 胃がん再発診断、抗がん剤とその副作用への対応

最も簡便な方法として腫瘍マーカー(CEA, CA19-9)の定期的測定を施行する。病院より報告された術前および退院後の腫瘍マーカー値の推移と合わせて検討する。ステージⅠ, Ⅱでは術後2年目までは3か月に一度、2年目以降は6か月に一度、ステージⅢでは術後2年目まで2か月ごと、術後2年目以降は3か月ごとに測定する。

腫瘍マーカーが基準値を超えて増加傾向にある場合には病院へ精査を依頼する。この場合ある特定の診療所において、X線検査や超音波エコー、内視鏡を実施したうえで病院紹介を実施するケースもある。

従来、病院において予防的抗がん剤の投与を実施していたが、地域連携パスの導入により特定の地域診療所において投与を依頼するケースも認められるようになってきた。予防的抗がん剤の投与はステージⅡ, Ⅲにおいて実施するが、投与時期を過ぎてから診療所に返送を行う場合も多い。また、診療所において投与を行う場合でも原則的にあらかじめ病院で1~2か月副作用が認められないことを確認してからにしている。

副作用チェック項目としては白血球数(好中球数)などの血液症状、口内炎、下痢などの消化器症状、発疹、発熱等の全身状態を含めた患者状態の観察が必要である。PSのチェックに採血検査、検尿などを組みあわせて行う。

2) 術後合併症への対応

胃がん手術に特徴的なものとして、①ダンピング症候群、②吻合部潰瘍、③貧血、④逆流性食道炎、⑤輸入脚症候群・輸出脚症候群などがある。

(1) ダンピング症候群

早期ダンピングと晚期ダンピングに分類され、早期ダンピングでは、食後30分以内の発汗、頻脈、顔面紅潮、

脱力感、腹部症状(下痢、腹痛、膨満感)などが現れる。原因は胃の食事貯留能の低下によって、食後急速に食事内容が小腸へ流入することによって起こるとされる。また晚期ダンピングでは、食後2~3時間後に、全身脱力感、冷や汗、めまい、手指の震えなどが現れる。原因は、食後に食事内容が急速に小腸へ流入したために起こる高血糖と、それを是正するインスリン過分泌により、ある程度食後時間をへて低血糖症状が生じるためである。早期ダンピングは、食事療法が有効なので、高蛋白、高脂肪の食事にし、糖分摂取による血糖値の大きな変化を防ぐことが肝要である。また、1回の食事量の減量、ゆっくりした食事、食後の休憩も効果的とされている。また晚期ダンピングでは、低血糖による発作の際に糖分(アメなど)を摂取することも有効である。早期ダンピングに対するものと同じ食事療法も効果がある。

(2) 吻合部潰瘍

切除胃と十二指腸や小腸を吻合した部分の周囲に潰瘍ができるため、空腹時の上腹部痛、胸やけ、悪心、嘔吐などの症状が現れる。出血を伴う場合は吐血や下血を認めることもある。潰瘍になる原因は、残存胃酸分泌腺の機能過剰、再建部周囲血流障害などである。原因が胃酸による場合、制酸剤の投与が有効である。一方、血流障害などさまざまな因子によって起こる難治性潰瘍の場合には、手術が行われる場合もあり、その場合には病院への紹介が必要となる。

(3) 貧血

胃切除後貧血には以下の2種類がある。

(1) 鉄欠乏性貧血；血球成分に必須の鉄分の吸収が酸分泌低下とともに低下するために発生する。

(2) 悪性貧血(ビタミンB₁₂欠乏性貧血)；内因子であるビタミンB₁₂吸収に必須の物質が胃全摘により欠如して起こる貧血。

いずれも症状として、めまい、脱力感、倦怠感が起こりうる。鉄欠乏貧血には鉄剤投与、悪性貧血にはビタミンB₁₂投与が有効である。

(4) 逆流性食道炎

胸やけ、胸痛、消化液の逆流として訴えることがある。原因は胃切除による胃噴門部の逆流防止機構の障害で、消化液(胃液や胆汁・小腸液)が食道に頻回に逆流することによる。薬物療法が主となり、制酸剤、アルロイドG、蛋白分解阻害薬の投与により対応する。

(5) 輸入脚症候群・輸出脚症候群

輸入脚症候群の症状としては上腹部痛、腹部膨満、背

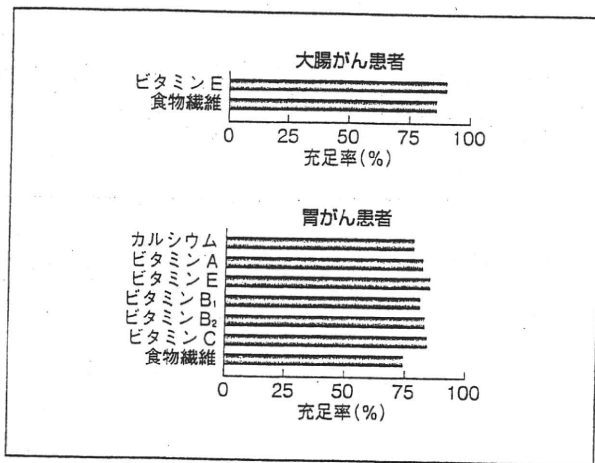


図 21 自験例における胃がん術後患者の栄養摂取量の特徴 (大腸がん患者と比較)

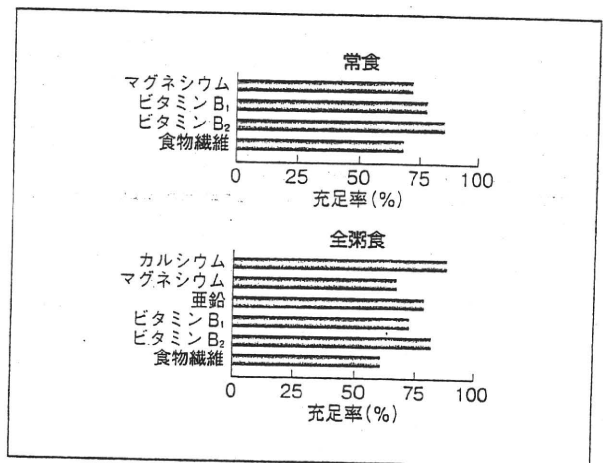


図 22 病院における食事の分析(自験例)

部痛などがありうる。胃切除後、再建腸管の輸入脚に狭窄や閉塞があり、腸内容物が輸入脚内でうっ滞することによって症状が現れる。

輸出脚症候群は輸入脚症候群と同様に、再建腸管の輸出脚での狭窄や閉塞が原因になる。また、悪心、嘔吐、腹痛などが症状として現れうる。

ともに消化液の貯留に対して減圧処置をすることで軽快することもあるが、難治性の際には手術が選択されるため病院への紹介が必要である。

それ以外に食思不振や体重減少などがある。それらの症状が患者に出現し、食事療法や薬物療法に反応しない場合は、病院への紹介の適応となる。

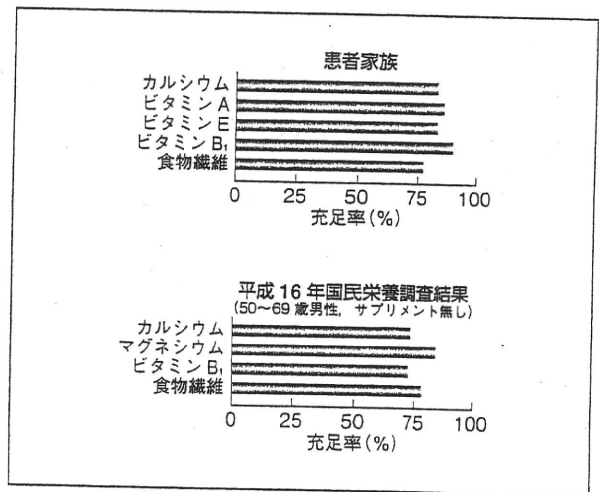


図 23 患者家族と国民栄養調査による栄養摂取面の特徴

3) 2次がん診断

胃がんのフォローアップ中において、残胃がんの発生や異時性の他臓器がんが発生する場合もあり、注意が必要である。地域連携パスにおいて、患者の問診とともに診療所の役割分担として一般採血、尿検査、一般X線検査の項目が入っており、ある程度の範囲でこれらの範囲に対応可能であるが、患者に対して検診をすすめることや発生しやすい疾患を念頭に入れた日常診療をすすめることが重要である。

4) 栄養面での管理

筆者らが行った胃がん地域連携パス導入患者での検討の結果、幽門側胃切除(11名)では摂取カロリー 88.6% (1,638kcal), Zn 83%, VitaminB₁ 83.6%, B₂ 86.5%, B₆ 78.9%, パントテン酸 84.2%, C 73.2%であった。胃全摘(4名)では摂取カロリー 86.9% (1,608kcal), Zn 89.5%, VitaminB₁ 78.3%, B₂ 89.4%, B₆ 100.1%, パントテン酸

88.6%, C 98.7%であった。

大腸がん術後症例(7名)では摂取カロリー 107.5% (1,989kcal), Zn 108.6%, VitaminB₁ 100.4%, B₂ 119.9%, B₆ 113.4%, パントテン酸 116.6%, C 134.5%であった。すなわち胃がん術後外来患者では大腸がん術後患者に比較して、水溶性ビタミン群(特にB₁, B₂), Znの摂取量が低い傾向が認められた(図 21)。

病院食(流動食, 分粥, 常食)における30日分のメニュー、患者家族の検討を栄養価計算ソフト(ヘルシーメーカー pro: マシユルムソフト社)にて入力し、摂取カロリー、微量元素、ビタミンなどを(70歳としたときの推奨量を基準)計算した。その結果、病院食においては常食・全粥食においてもビタミンB₁, B₂が低く(図 22)、また患者家族においてもビタミンB₁の摂取量が不十分であった(図 23)。

以上の結果より、病院の食事に含まれるビタミンB₁の量が十分でないこと、退院後におけるビタミンB₁の摂取量が共通して不足していることが示唆された。ピタ

ミン B₁ は代謝上ピルビン酸から TCA cycle のアセチル CoA への反応の重要な補酵素としての役割を担っており、ビタミン B₁ 欠乏の結果、乳酸アシドーシスや代謝上の最も重要なエネルギー源である ATP にも影響する可能性もあると考えている。

また一方、胃がん術後においてはステージにより予防的抗がん剤投与を連携パスに基づき施行する場合も多い。胃がん術後地域連携パス患者においては、投与の継続性を重視しており、その基本となるものとして栄養面での患者 performance status (PS) 面もまた大切であると考えている。個別的な栄養摂取の分析は患者負担(記載の手間)、入力コストなどを勘案し現在は行っていない。今回、食事摂取調査により明らかになった比較的共通して存在するビタミン B₁ 摂取不足の可能性を最小限にするために、術後からビタミン B₁ を多く含む栄養剤(グランケアなど)、ビタミン剤を投与することや術後外来においても同様の栄養療法を継続することなどにより、患者の栄養面での PS 確保の対策を行っている。

また、地域連携パス(医療者用)のフォローアップ項目として、PS、体重測定、一般採血の項目を明記してお

り、PS 低下、体重減少、血液検査などにより栄養障害の可能性が認められた場合には、病院受診のうえ、随時精査を実行し、栄養摂取の問題が明らかになった際には、定期的病院受診以外に随時栄養指導を行う必要がある。

8 おわりに

胃がん地域連携パスを円滑に導入するためには、ステージと診療所側の受け入れをよく検討し、患者に対しても適切な時期に説明することが必要である。また、時間的な分析により患者にとって胃がん地域連携パス導入後の診療所、病院外来に通院する価値が高まる効果があると期待される。また病院側のステップが大幅に削減できうる可能性があることから、外来診療の質と時間の再考が今後必要になると思われる。さらに胃がん術後の再発の有無の診断や抗がん剤投与だけでなく、術後合併症への対応、2次がん診断、栄養面までのきめ細かい対応が必要とされる。

(佐藤靖郎)

4. 肺がん

1 当院の肺がん術後地域連携パス

当院では2005年5月より肺がん術後地域連携パスを使用してきた。地域連携パス導入の目的は施設によってさまざまであると思われるが、到達する目標は、患者さんに対する医療を適切かつよりよくすること、その一点に集約されてくる。そのためには、地域連携パスを作成するにあたって、その目的と連携する内容が明確である必要がある。

当院の肺がん術後地域連携パスの目的は、手術を担当する病院-患者-診療所の三角形の連携によって、患者の生活の質(QOL)を向上させ(安全)、納得できる医療を提供する(安心)ことにある。このためには、①再発した場合にも可及的にQOLを損なわず、至適な治療に移行できる仕組みを確立する、②その仕組みを患者にあらかじめ示し、現状を三者間で共有(連携)することを大切に行っている。

三者間で連携する内容は図1のように三層構造であると考えている。われわれ医療者は患者を診察して検査や治療を行うと同時に、その内容や結果を説明する。そして、治療選択には医療以外のことも大きく関与する。最後のより形而上学的な部分を「思い」として総称すれば、がん医療ではこの三層が連携されることが望ましく、術後連携では少なくとも下部二層は確実に連携される必要がある。

このような連携を図るためには、患者が紹介された時点から連携の仕組みを説明して、患者への説明が一貫して齟齬なく行われていくことが大切である(図2)。連携

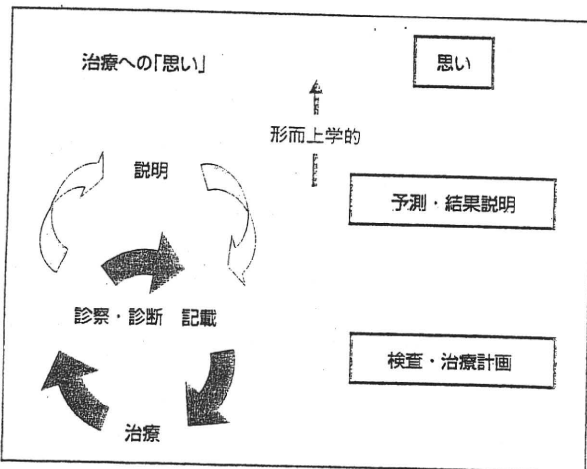


図1 連携の三層構造

パスは連携最下層の退院後の検査の予定表であるから、その大元である院内パスがしっかりしていることは必須で、地域連携パスと連続していなければならない。また、第二層の説明事項がスムーズに診療所へ連携されるためには、説明文書が定型化かつ個別化可能な文書管理のシステム作りも必要であり、すべての患者に同様に説明が行われていくことが大切であると考えている。

こうして来院時からの連携が確実に行われていれば、退院前に連携説明書(図3)を用いて連携の要点を説明す

入院前ユニット		入院ユニット			連携ユニット	
受診		入院	手術	病理	退院	外来
病状説明書	手術説明書	手術説明書	術後説明書(病期・予後)	術後療養計画書	退院報告	検査結果病状説明
連携説明	入院診療計画書(パス)	入院時説明書(パス)	入院診療計画書(パス)	連携説明書(パス)	地域連携パス	

図2 肺がん地域連携パスの文書管理

枠によるかこみは診療所と連携するための文書、それ以外は患者への説明文書を示す。下段が定型化された、いわゆるパス、上段が個別化された説明文書に相当する。

肺がん術後の経過観察について

徳島 太郎 さん

胸外科部門：住友 正幸

【病気について】

- 術後病理病期(進行度)は別にお話します。
- 術後がかかりつけ医の先生と一緒に診させていただきますので、大体の予定を書いてあります。

【観察時期】

- ほぼ標準的な観察時期を示してありますが、体調などによって多少変更します。
- 術後1ヶ月頃までの予約は県立中央病院で再診予約を取らせて頂きます。
- それ以降の外来はかかりつけ医の先生から、患者さんの都合にあわせてFAX予約を取って頂きたい。受診日にCT検査などを済ませて説明し、かかりつけ医の先生にもお返事しますので、受診回数を減らすことができます。
- 5年を目標に頑張ります。
- 治療内容によっては来院期間の変更をする事もあります。

【緊急時など】

- 緊急時には、かかりつけ医の先生の判断で、外科外来や救命救急センターに連絡をしてくれますので心配ありません。

【血液検査】

- 血液検査はかかりつけ医の先生にお願いします。

【喀痰検査】

- 扁平上皮癌(特に肺門部)の患者さんは年1回の喀痰細胞診を提出します。
- 喫煙係数の高い方や気管支形成術を施行した患者さんは気管支鏡を予定する事もあります。

【画像検査予定】

1 胸部レントゲン	1, 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60ヶ月目
2 胸部部CT	6, 12, 18, 24, 30, 36, 48, 60ヶ月目
3 脳MRI	6-12, 24, 36ヶ月目頃
4 骨シンチ	骨痛などの症状がある場合に施行します。
5 脊椎MRI	腰痛や下肢のしびれがある場合に施行します。
6 PET-CT	(マーカーを含む)他の検査で異常の場合に施行します。

上記にかかわらず、症状がある場合は直ちに検査を予定します。かかりつけ医の先生にご相談して予約を取って下さい。

図3 肺がん地域連携パス説明書(患者用)
内容は患者用・医療者用ほぼ同様に作成してある。

肺がん患者さんの経過観察予定 徳島県立中央病院・外科 ☆患者さん用★			肺がん患者さんの経過観察予定 徳島県立中央病院・外科 ☆患者さん用★					
徳島 太郎 さん 担当：佐友 正幸			徳島 太郎 さん 担当：佐友 正幸					
手術日 2009年10月24日			手術日 2009年3月14日					
項目	退院後 2-4 週	手術後 2-3ヶ月	手術後 6ヶ月	手術後 1年	手術後 1年6ヶ月	手術後 2年	手術後 2年6ヶ月	手術後 3年
達成目標	術後障害を乗り越えられる。	2010年1月頃	2010年4月頃	2010年10月頃	2011年4月頃	2011年10月頃	2012年4月頃	2012年10月頃
達成目標	術前の生活に近づく。		安定した生活状況。					
達成目標	再発がない。		再発がない。					
症状	気胸・無気胸・胸水増加などの合併症がない。		再発がない。					
症状	創痛が少なくなってきました。咳が少なくなってきました。		再発がない。					
症状	坐剤の必要も徐々に少なくなります。痛みを忘れてよく寝られる様になってきます。		再発がない。					
生活	特に制限はありません。体重が減少した方は元に戻るよう徐々に食事をアップしましょう。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
生活	特に制限はありません。術前の生活リズムに戻ってきましたか?		安定期です。					
検査	腹式呼吸の練習をしましょう。風邪に気をつけてうがいしましょう。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	抗がん剤を服用される方は開始します。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	血液検査はかかりつけの先生をお願いします。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	受診時には胸部レントゲンを撮影します。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	[疼痛(いたみ)]		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	術後創痛、肋間神経痛として次のような痛みや不快感、感覚異常が起こることがあります。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	1)手術創部に沿う肋骨		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	2)手術を行った肋骨と椎体との間の関節		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	3)手術を行った肋骨と胸骨との間の関節		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	4)手術を行った肋間神経に沿うみぞおちから腰への痛み・不快感		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	[咳(せき)]		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					
検査	術後1-3か月の間、痰を伴わない咳が出ることがあります。痰を伴わない場合はおおむね無害で、気管支断端が粘膜で覆われる頃に消失します。痰が増加するようなら、必ず申し出て下さい。		再発の可能性も少なくなってきました。安心して生活しましょう。					

図4 肺がん術後地域連携パス(患者用)

肺がん患者さんの経過観察予定 ☆院内・院外医療者用★			肺がん患者さんの経過観察予定 ☆院内・院外医療者用★					
徳島 花子 さん 担当：佐友 正幸			徳島 花子 さん 担当：佐友 正幸					
手術日 2009年3月14日			手術日 2009年3月14日					
項目	退院後 2-4 週	手術後 2-3ヶ月	手術後 2年	手術後 2年6ヶ月	手術後 3年	手術後 4年	手術後 5年	それ以降
達成目標	2009年4月頃		2011年3月頃		2011年9月頃		2012年9月頃	
達成目標	術後障害を乗り越えられる。		安定した生活状況。					
達成目標	再発がない。		再発がない。					
症状	創痛の減少		再発がない。					
症状	咳の消失		再発がない。					
生活	肺気腫などでの体重低下に注意して測定。		再発がない。					
生活	腹式呼吸・うがいの指導		再発がない。					
検査	運動の指導		再発がない。					
検査	stageB では UFT を 2 年間(連携医依頼)		再発がない。					
検査	連携医に依頼(UFT の場合は 1-3 月毎)		再発がない。					
検査	胸部単純線		胸部レントゲン 胸部 CT 脳 MRI(この頃)		胸部レントゲン 胸部 CT		胸部レントゲン 胸部 CT 脳 MRI(この頃)	
検査	胸部単純線		(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600		(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600		(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600	
検査	*気管支断端瘻(痰液性咳嗽の著増)、肺炎(粘膜炎)、皮下腫など		再発がない。					
検査	手術後 6ヶ月	手術後 1年	手術後 1年6ヶ月	手術後 4年	手術後 5年	それ以降		
達成目標	2009年9月頃		2010年3月頃		2010年9月頃			
達成目標	術前の生活に近づく。		安定した生活状況。					
達成目標	再発がない。		再発がない。					
症状	H.J.<3 P.S.<2		再発がない。					
生活	術前の生活リズムに戻す。		安定期に入る。					
検査	胸部レントゲン 胸部 CT 脳 MRI(～12ヶ月目)		胸部レントゲン 胸部 CT		胸部レントゲン 胸部 CT		胸部レントゲン(毎年) 胸部 CT(2年毎)	
検査	(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600		(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600		(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600		(肺門型) 扁平上皮癌 B.I.>600	
検査	p2 以上では胸水チェック。		再発がない。					
検査	n2 症例は頸部リンパ節、遠隔転移をチェック。		再発がない。					
検査	肺気腫症例では持続的感染による残存肺の荒無化に注意。		再発がない。					

図5 肺がん術後地域連携パス(医療者用)

る頃には、患者は術後連携を受け入れてくれるようになっていく。

当院で用いている肺がん術後連携パスを図に示す(図4, 5)。患者用と医療者用は同様に作成しており、三者間での共有をすすめている。また、できるだけシ

プルにすることで、多忙な外来での予定を分かりやすくしている。連携パスで検査を定型化して余裕を得た分、診療所への返書を書くことで上部二層の連携を心がけている。

当院ではこれまで約4年間に100例以上の肺がん術後

表1 肺がんの再発部位と検査・治療

- 脳転移→定位放射線療法(ガンマナイフなど)
 - 脳 MRI
- 骨転移→放射線療法
 - 胸腹部 CT 再合成
 - 必要なら骨シンチ、MRI、PET
- 副腎(単独)→摘出術など
 - 腹部 CT
- がん性胸膜炎→胸腔穿刺・胸膜癒着術
 - 胸部レントゲン、胸部 CT
- その他の部位の転移→化学(放射線)療法
 - 胸腹部 CT
 - 必要なら PET

表2 連携バスのメリット

- 全体
 - 信頼度の向上
 - 検査の確実な施行
- 患者
 - 待ち時間の短縮
 - 再来の減少
- 診療所
 - 納得の逆紹介
- 病院
 - 紹介率の増加
 - 外来単価の増加
 - 患者当たり CT/MRI の増加

連携を行ってきたが、この間に患者の QOL 上の有害事象は発生しておらず、忍容性は高いと考えている。

2 肺がん術後地域連携バスの特徴

肺がん術後の経過観察を専門医が行うことが予後に寄与するとの証拠は乏しい。しかし、肺がん術後の経過観察方法は、経験的ではあるものの幾つかの報告があり、概ね似通っている。それは肺がんの再発部位と頻度から経験的に作成されている。再発部位の中でも QOL や予後に関係する部位が重視されており、当院の検査もこうした報告に準じている(表1)。

現在、定位脳照射の発達で、脳転移はかなりの確率でコントロールが可能となった。当院では、脳 MRI を定期化して以来、脳転移を主体として失った症例は経験していない。また、当院でのデータでは、脳転移は術後3年までにほとんどの症例が発見されているため、脳 MRI は術後3年までとしている。

次に、骨転移、特に脊柱への転移は対麻痺などをきたすため重要である。近年 helical CT の発達で、胸腹部 CT の再合成像で転移の有無を知ることができるため、これを用いている。しかし、定期検査よりも症状の発見が大切であるので、患者・連携医に説明して、有症状時には直ちに紹介してもらうようにしている。

がん性胸膜炎は trapped lung syndrome のように、特に慢性肺疾患を有する患者の QOL を低下させる可能性がある。胸水の発見は胸部 X 線でも十分であるため、特に胸膜表面に浸潤のあった症例では注意をお願いしている。

これ以外の転移では、ほとんどの場合は化学療法の対象となり、1~2 か月の発見の違いが QOL や予後に関与する可能性は高くないのが実情である。このため、連携バスでの検査は6か月間隔を基本としている。また、術後3年を経ると再発が減少するため、1年間隔としている。

3 連携バスを使うメリット

連携バスのメリットを表2に示す。まず、何よりも重要なのは、連携による信頼度の向上である。これは、病院にとっても、診療所にとっても大きなメリットであるが、患者にとって「納得」という点で最も大切なことであると考えている。これには、第二層の連携が重要なポイントである。

ついで、バスによる確実な予定検査の施行がある。これは信頼度の向上とも関連するが、予後や QOL にも関係する。多忙な外来においても、連携バスを使えば患者や連携医が検査事項をチェックしてくれるので、より安全である。

その他、患者側のメリットとしては、紹介患者は優先的に診察し、即日 CT 検査が行われるので、待ち時間の短縮と再来の手間を減らすことができる。

診療所側のメリットとしては、連携により術後も安心して患者に診療所を受診してもらえ、連携を確実にすることで、呼吸器疾患に多少の苦手意識を持つ場合であっても、不得意部分をカバーできる仕組み(例えば緊急連絡や、疑問が生じた時の電話対応など)があれば、患者からの信頼を得ることができる。

病院側のメリットとしては、紹介率と外来単価は上昇する。患者当たりの CT、MRI も増加した。ただし、予想に反して再来患者は減少しなかった。この理由としては、単なる再診は減少したが、外来化学療法など緩和医療の患者が増加したからである。今後担うべき重要な分野のひとつと思っている。

4 連携バス適用の考え方

連携バスの適用と連携医は基本的に患者が選択すべきであり、当科では来院時から連携について説明してい

病期 I 期 野口 A・B(非浸潤)型 野口 C~F(浸潤)型	野口 A・B 型パス (1 年間隔観察) 通常パス (6 ヶ月間隔観察)
病期 II 期	通常パス(+外来化学療法パス) (6 ヶ月間隔観察+術後化学療法)
病期 III・IV 期	III・IV 期パス(+外来化学療法パス) (2 年間 3 ヶ月間隔観察+術後化学療法)

図 6 肺がんの進行度と連携パス

る。現在、約 7 割の患者は紹介医を連携医として選択している。

組織型では、小細胞がん例は基本的に適応外としている。進行度では、野口 A・B 型のように早期のものは 1 年観察のパスを別に用意している。一方、病期 III 以上では再発率が高いため、連携医の希望もあって最初 2 年の再来を 3 か月おきとするパスも使用している。また、病期 II 以上に行う術後化学療法は通常当院で行うため、

この間は連携パスに化学療法パスを重ね、返書で情報を送る部分連携を行っている(図 6)。

5 診療所との連携について

当科では肺がん術後地域連携パスの使用にあたって、特別の会合は持たなかった。ただ、患者紹介をいただく診療所の先生方とは以前より返書交換の中で、意思疎通を計ってきたと思っている。病院側は呼吸器疾患が得意であるのは当然で、診療所側はプライマリ・ケアが得意である。このことを念頭に、患者を中心としてオープンな三角形の連携をお願いし、診療所側の得意な部分やモダリティは最大限に利用させていただいている。求める医療と、求められる医療を計ること、それが今後の連携医療の鍵であると思っている。

(住友正幸)

地域連携クリティカルパスの事例報告

(5) 肺がん

徳島県立中央病院 外科総務部長 住友正幸

はじめに

地域連携クリティカルパスは大腿骨近位部骨折においてその成果が認められて以来、糖尿病や脳卒中など種々の疾患領域に応用されてきた。がん領域においては胃がんにおける佐藤らの先進的な試みを始めとしていくつかの疾患に応用されてきたが、2007年の「がん対策推進基本計画」の決定において、いよいよ地域ないし全国レベルでの展開の時期に入ったと言える。

「がん対策推進基本計画」に示されるがんの地域連携クリティカルパス導入の目的は2つであると考えている。1つは、がん対策推進協議会において患者側から要望された「切れ目のない、見放さないがん医療」であり、もう1つは「医療機能の分化・連携の推進」である。いずれも「がん医療レベルの向上と均てん化」を目標とするものだが、各施設・地域での両者への立ち位置は微妙に異なっている。

本章では、2005年以来当院で行ってきた「肺がん術後地域連携クリティカルパス」の経験を踏まえ、その概要と、肺がんにおける地域連携クリティカルパスの今後について述べる。

I. 肺がん術後地域連携クリティカルパスの適応と連携形態

当院では2005年5月以来、肺がん手術患者に

は合併症例などの特殊例を除き、基本的に全例、地域連携クリティカルパスの適応としてきた。その結果、術後患者の約7割が地域連携クリティカルパスの適用となっている。

連携の形態は、当院と診療所、患者を三角形に連携する場合と、当院と紹介病院、さらにその前段階の紹介診療所、患者の四角形の連携を行う場合とがある。後者の場合は、紹介元の病院と診療所の両方に地域連携クリティカルパスを送るが、受診ごとの情報は患者の了解を得て診療所にも送っており、連携は診療所に移行していく場合が多い。この方が、再発などの諸症状がより早く捉えられると考えるからであるが、再発時の連携もスムーズにいく場合が多い。

がんの地域連携で共有すべきものは、臨床の場に即して3層に分かれていると考えている(図1)。第1層は検査・治療計画などの「予定」であり、地域連携クリティカルパスがこれを担っている。第2層は検査・治療の結果や、これから導き出される予後推測などの「説明」であり、毎回の連携返書がこれを担っている。第3層は治療や生き方に対する考え方などの科学を超えた形而上学的な「思い」であり、やはり返書によってこれを補っている。これらの内、少なくとも下位2層が共有されなければ連携は円滑にいかず、一方向性になってしまう危険性がある。地域連携クリティカルパスにすべてを織り込んでしまおうとする考えもあるが、それはクリティカルパスを導入しても説明書や診療

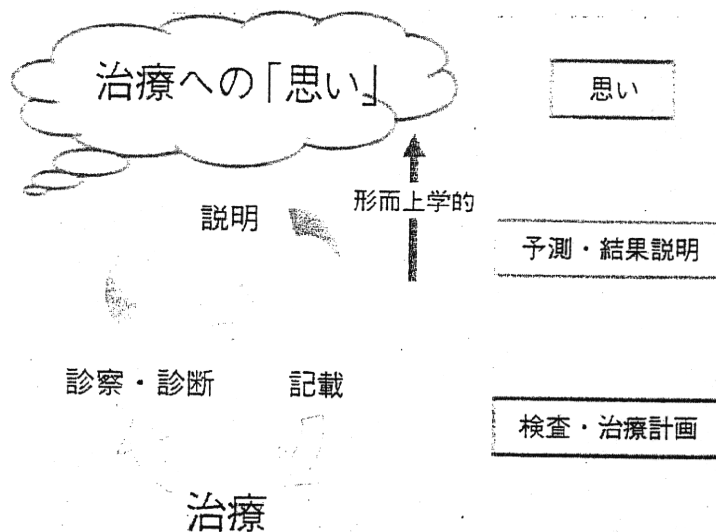


図1 連携内容の三層構造

録記載を省くことができないのと同じ理由で困難であると考えている。

II. 肺がん術後地域連携クリティカルパスの導入と連携方法

当院では肺がん術後地域連携クリティカルパスへの導入を図2のように行っている。地域連携についての説明は、患者が紹介されたその日から行う。地域連携を行う目的はより良い医療提供にあっても必ずしも個々の患者の希望ではないため、術後連携については治療前より説明しておくことが重要である。もちろん、連携の仕方や連携医の決定には患者に選択権があることを説明する。また、医療提供の体制は、施設単独ではなく地域全体の連携体制であることがより望ましい。

予測される手術や術後の経過については、来院時から定式化した説明書類とクリティカルパスを用いて行っているが、説明文書は外来から入院、そして外来へ、内容が齟齬なく連携でき

るように、電子カルテの院内ネット上で文書管理を行っている。患者は種々の説明文書をポートフォリオのようにまとめて何度も読み返していることが多く、内容が正確に院内、院外に連携されていることが大変重要である。

また、患者には知る権利と知らない権利があるので、来院時や重要な局面では再確認する。そして、知りたくない部分は一律には押しつけず、この部分の患者の「思い」は説明事項を診療情報として正確に記載することで「行間」で連携医に伝えることもある。ちなみに、返書などは原則的に患者の前で記載し、患者の知らないところで連携医宛の文書を記載することはしない。

退院後は肺がん術後地域連携クリティカルパスに沿って経過観察の検査や治療を行う。この頃になると、患者は再発に対する不安を有するものの、連携に対する不安を呈することは少ない。地域連携の成否は、入院中の患者との連携確立により決まると感じている。

外来受診は連携医からのFAX予約による紹

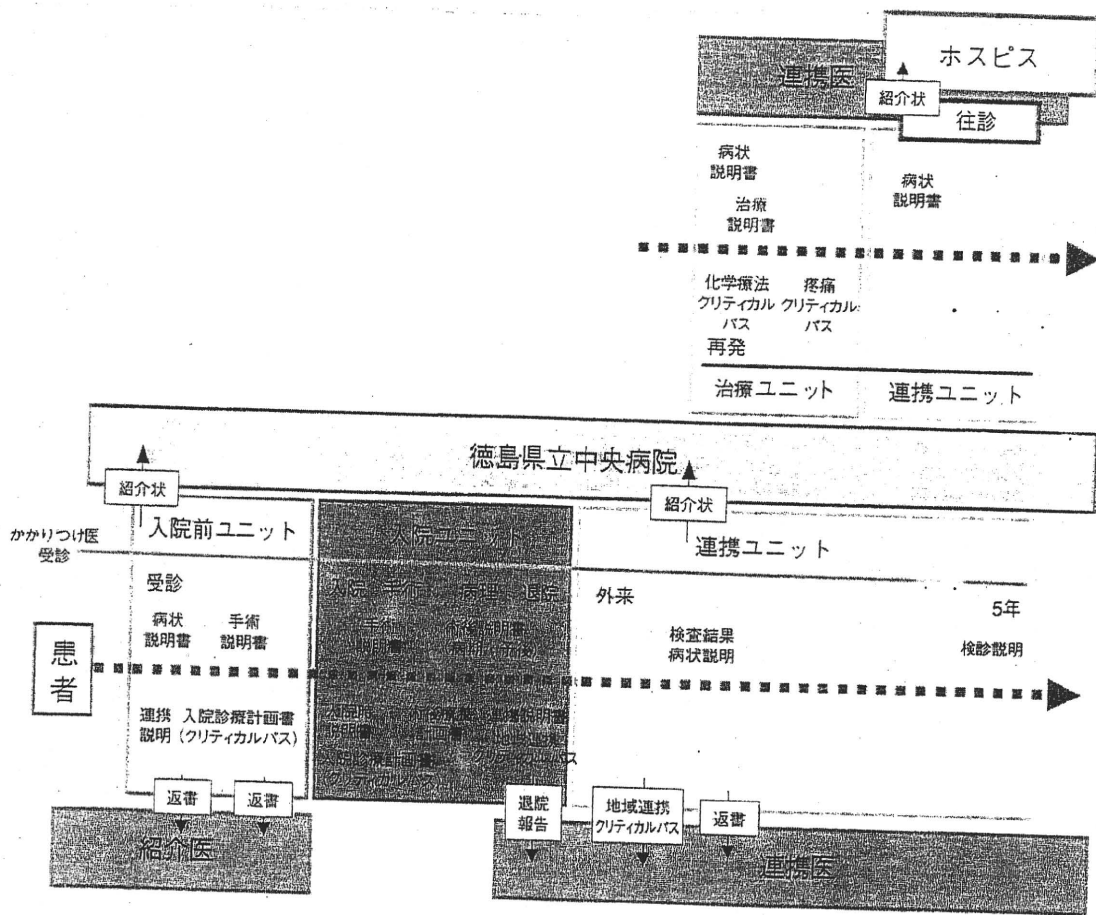


図2 肺がん術後地域連携クリティカルパスの概要

介を基本としている。検査は即日行い、結果を説明の後、返書を患者の前でしたためて手渡している。患者は自分が内容を知っている情報を仲介することによって、その信頼性を再確認するようである。

Ⅲ. 肺がん術後地域連携クリティカルパスの実際

当院で用いている肺がん術後地域連携クリティカルパスの患者用を図3に、医療者用を図4に示す。患者用はオーバービューに近づける目的でA4横とし、医療者用は診療録に保存しやすいようA4縦としているが、内容はできる

限り似た形にしている。地域連携クリティカルパスには図5で示すような連携説明書が付いており、希望する連携の仕方、緊急時の対応方法、依頼する検査、予定している受診と検査の間隔などについて記載してある。連携説明書も患者用、医療者用があるが、共有しやすいようにほとんど同じに作ってある。

術後観察回数は、術後1・3・6カ月目、術後3年目まで6カ月ごと、その後4年目、5年目の5年間、計10回を標準としている。このほかに、野口A型・B型用と進行期(Ⅲ・Ⅳ期)用のものも用意しているが、後者はあまり使用していない。



担当:住友 正幸

手術日 2007年2月24日

項目	退院後2-4週間 外来予約票をお渡します。 術後障害を乗り越えられる。 気胸・無気肺・胸水増加などの合併症がない。	手術後2-3ヶ月 2007年5月頃
達成目標		
症状	創痛が少なくなってきました。 坐剤の必要も徐々に少なくなりました。	咳嗽が少なくなってきました。 痛みを忘れてよく眠られる様になってきます。
食事	特に制限はありません。体重が減少した方は元に戻るよう徐々に食事をアップしましょう。	
生活	腹式呼吸の練習しましょう。風邪に気を付けてうがいをしてください。	術前の状態に戻る様に徐々に運動を増やしましょう。
服薬	抗癌剤を服用される方は開始します。	咳や痰などの症状が治れば服薬の必要はありません。
血液検査	血液検査はかかりつけ医の先生にお願いします。	
レントゲン	受診時には胸部レントゲンを撮影します。	

【疼痛(いたみ)】

術後創痛、肋間神経痛として次の様な痛みや不快感、感覚異常が起こることがあります。

- 1) 手術創部に沿う肋骨
- 2) 手術を行った肋骨と椎体との間の関節
- 3) 手術を行った肋骨と胸骨との間の関節
- 4) 手術を行った肋間神経に沿うみぞおちから膈への痛み・不快感

【咳嗽(せき)】

術後1-3ヶ月の間、痰を伴わない咳が出る場合があります。痰を伴わない場合はおおもむね無害で、気管支断端が粘膜で覆われる頃に消失します。痰が増加するようなら、必ず申し出て下さい。

図 3 a 肺がん術後地域連携クリティカルパス(患者さん用1)



項目	手術後6ヶ月	手術後1年	手術後1年6ヶ月	手術後2年	手術後2年6ヶ月	手術後3年
	2007年8月頃	2008年2月頃	2008年8月頃	2009年2月頃	2009年8月頃	2010年2月頃
達成目標	術前の生活に近く、再発がない。					
症状	咳は少し息切れがするかもしれませんが、特に制限はありません。術前の生活リズムに戻ってききましたか？					
生活	安定した生活状況。再発がない。					
レントゲン	胸部レントゲン 胸部部CT 脳MRI(～12ヶ月目)	胸部レントゲン 胸部部CT	胸部レントゲン 胸部部CT	胸部レントゲン 胸部部CT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 胸部部CT	胸部レントゲン 胸部部CT 脳MRI(この頃)
喀痰細胞診		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。		扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。

項目	手術後4年	手術後5年	それ以降
	2011年2月頃	2012年2月頃	
達成目標	安定した生活状況。再発がない。		
症状	殆ど気にありません。健診を受けましょう。		
生活	術前の生活に近く、再発がない。		
レントゲン	胸部レントゲン 胸部部CT	胸部レントゲン 胸部部CT	肺癌の方は2年毎のCT検査をお勧めします。
喀痰細胞診	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は提出します。	扁平上皮癌・喫煙の多かった方は毎年検査をお勧めします。

図 3 b 肺がん術後地域連携クリティカルパス (患者さん用 2)

肺癌患者さんの経過観察予定

徳島県立中央病院・外科

担当:住友 正幸

手術日 2009年3月14日

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

手術日 2009年3月14日

項目	手術後2-4週	手術後2-3ヶ月	手術後2-3ヶ月	手術後3年
達成目標	術後腫瘍を乗り越えられる。	2009年4月頃	2009年6月頃	2012年3月頃
症状	気胸・無気胸・胸水増加などの合併症がない。			
食事	別痛の減少			
生活	肺気腫などでの体重低下に注意して測定。			
服薬	鎮咳呼吸・がいの指導			
血液検査	stage II ではUFを2年間に1-3回			
レントゲン	胸部単純シネ			
パリアンス	胸部単純シネ			

* 気管支肺腫瘍(経湾性喀痰の著増、肺炎(粘膜炎)、皮下水腫など

肺癌患者さんの経過観察予定

徳島県立中央病院・外科

担当:住友 正幸

手術日 2009年3月14日

徳島 花子 さん

担当:住友 正幸

手術日 2009年3月14日

項目	手術後2年	手術後2年6ヶ月	手術後3年
達成目標	2011年3月頃	2011年9月頃	2012年3月頃
症状	安定した生活状況。		
食事	再発がない。		
生活	H.J.K3 P.S.K2. 殆ど症状なし。		
レントゲン	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(この頃)	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(この頃)
喀痰細胞診	(肺門型)扁平上皮癌 BLD600		(肺門型)扁平上皮癌 BLD600
パリアンス			

項目	手術後0ヶ月	手術後1年	手術後1年6ヶ月
達成目標	2009年9月頃	2010年9月頃	2010年9月頃
症状	術前の生活に近づく。		
生活	再発がない。		
レントゲン	H.J.K3 P.S.K2		
喀痰細胞診	術前の生活リズムに戻る。		
パリアンス	胸部レントゲン 胸腹部CT 脳MRI(〜12ヶ月目)	胸部レントゲン 胸腹部CT	胸部レントゲン 胸腹部CT
	(肺門型)扁平上皮癌 BLD600		(肺門型)扁平上皮癌 BLD600

p2以上では胸水チェック。

n2症例は頸部リンパ節 遠隔転移をチェック。

肺癌症例でも再発的感染による生存率の低下に注意。

図 4 肺がん術後地域連携クリティカルパス(医療者用)