

は全がん協18施設で最高43.5%、最低18.3%で25.2ポイント差、乳がんは全がん協14施設で最高92.6%、最低79.0%で13.6ポイント差だった。がんの専門医療施設と考えられていた全がん協加盟施設でも、がん治療の成績にこれほどの差があることが驚きを呼んだ。

また、がんの5年生存率に都道府県格差があることも明らかになってきた。これは5年生存率を比較的信頼できる精度で把握している府県の7カ所(山形県、福井県、大阪府、新潟県、宮城県、長崎県、鳥取県)で、胃がん、大腸がん、肺がんの5年生存率を比較したところ、10%以上の差が存在することが明らかとなった。こうした5年生存率の差の要因としては、がん医療に関する診断・治療技術の都道府県格差による可能性も考えられる。

4. 標準治療普及の地域格差

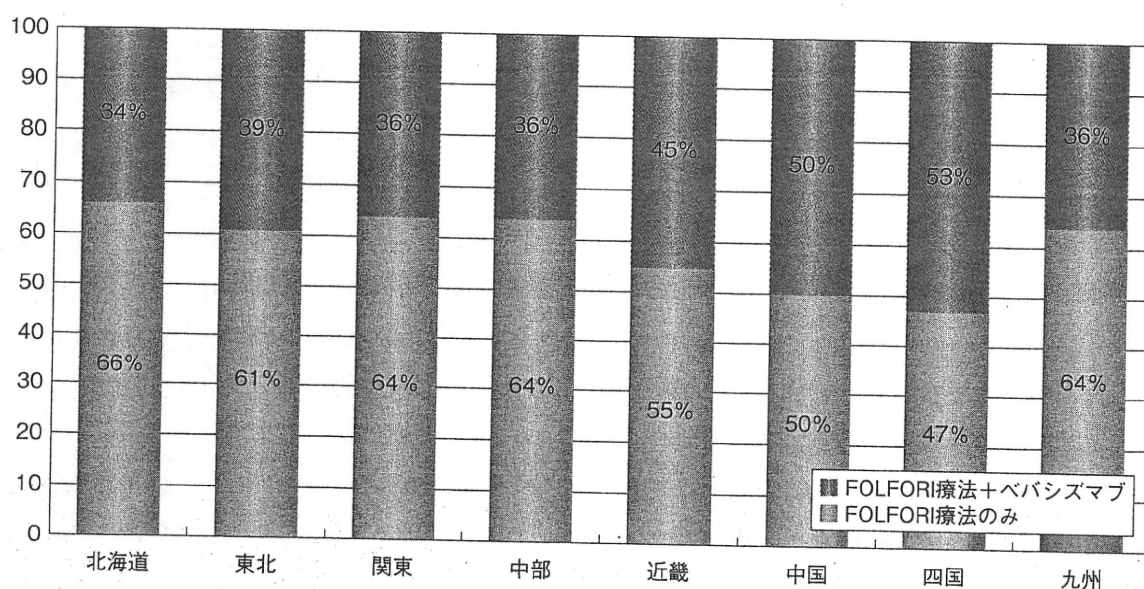
さてこうしたがんの治療成績の都道府県格差の要因は一体どこからくるのだろうか？ この1つの理由に標準的ながん治療技術が全国各地に均一に普及していないことが考えられる。この標準的ながん治療技術というのは、「標準治療」とも呼ばれていて、この標準治療を国内どこでも受けられるような体制の整備が、がん対策基本法の「がん医療の均てん化」の趣旨でもある。ちなみに標準治療とは、大規模な臨床試験によって、現状で最も効果の高い治療法であることが科学的に証明された治療法のこと、どこの病院で実施しても一定以上の治療効果が得られるものとされている。

例えば卵巣がん(上皮性卵巣がん)の化学療法の治療の標準治療といえば、「TC療法」と呼ばれる治療法があげられる。TC療法は、パクリタキセル(タキソール)とカルボプラチン(パラプラチン)の2種の抗がん剤を併用し3週ごとに投与する治療である。また切除不能の大腸がん・直腸がんの領域では、FOLFOXおよびFOLFORI療法が2005年の大腸がん治療ガイドラインでは推奨されている。そして最近ではこれにベバシズマブ(アバスタチン)を併用した化学療法が標準治療となっている。ただ、こうしたがん化学療法における標準治療が全国一律に普及しているとは限らない。

例えば、FOLFORI+ベバシズマブの普及状況を全国の地方別でみたのが図3である。このデータは全国のDPC病院587病院で大腸がん、直腸がんの手術なし症例のうちFOLFORI実施率とFOLFORI+ベバシズマブ実施率の比率を見た図である。これによるとその実施率が地方別に異なっていて、東北地方が低く、近畿・四国地方が高いことがわかる。これは1例であるが、このようにがん医療に地域差があることは容易に推察できる。

5. 地域がん診療連携拠点病院

2006年2月にはがん診療の地域拠点となる「地域がん診療連携拠点病院」の指定要件も定められた。同拠点病院の設置の目的は、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるよう「がん医療の均てん化」の最前線基地となることにある。その指定要件では、わが国に多い、肺・胃・肝・大腸・乳などがんについて診療ガイドラインやクリティカルパスに基づいた標準的治療をすすめることや、集学的治療やセカンドオピニオン機能を推進することが求められている。また、緩和医療などがん患者の生活の質を高める医療の提供や、地域の医療機関への診療支援や医療連携の推進等が求め



(メディカルアーキテクト「ヒラソル」を用いて作成)

図3 FOLFORI療法実施状況/DPC関連病院

表1 地域がん診療連携拠点病院の指定要件

- | |
|-----------------------------|
| (1) 診療機能 |
| ○診療ガイドライン, クリティカルパス |
| ○緩和医療 |
| ○地域医療機関への診療支援, 地域連携クリティカルパス |
| (2) 医療従事者 |
| ○がん治療専門医, 薬剤師, 看護師 |
| (3) 医療施設 |
| ○ICU, 無菌治療室, 放射線治療 |
| (4) 研修体制 |
| (5) 情報提供体制 |
| ○相談支援センター, セカンドオピニオン |
| *概ね2次医療圏に1つ |

られている(表1)。

実は、がん診療連携拠点病院は、それまでの「がん診療拠点病院」を地域の医療連携を行う点を強調して「がん診療連携拠点病院」と名称を改めたものだ。このためがん診療連携拠点病院では、開業医と病院のがん専門医との連携を強化するために「地域連携クリティカルパス」の導入が努力目標とされている。

さて、こうして新たに設置された地域がん診療連携拠点病院は2008年2月現在までに全国351病院に達した。がん診療連携拠点病院は2次医療圏に概ね1カ所の整備目標であるので、全国360病院ほどのがん診療連携拠点病院が整備されるのも間近いだろう。

6. 地域連携クリティカルパス

さて、がん診療連携拠点病院では指定要件の中に、地域連携クリティカルパスが努力目標として

あげられた。またがん対策基本法を受けて2007年6月に閣議決定した「がん対策推進基本計画」の中でも「5年以内(2012年まで)にすべてのがん診療連携拠点病院で、5大がん(胃、大腸、肺、乳、肝がん)の地域連携クリティカルパスを整備する」と定められたため、がん領域における地域連携クリティカルパスが注目を集めている。

ここでは、まず地域連携クリティカルパスについて振り返ってみよう。地域連携クリティカルパスについては、すでに2006年、2008年の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折と脳卒中において保険収載されて注目を集めていた。また2008年からスタートした新たな地域医療計画の中でも4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)の医療連携のツールとして地域連携クリティカルパスが採用されていることでも関心が高まっていた。

では、地域連携クリティカルパスとは何だろう？ 地域連携クリティカルパスとは「疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画」といえる。もともとクリティカルパスは院内で疾病別や処置別に作られる標準診療計画であった。これを病院と病院、病院と診療所等の間で共有しようというのが地域連携クリティカルパスの趣旨である。このため地域連携クリティカルパスは連携する医療機関の種類によって、病病連携クリティカルパス、病診連携クリティカルパス、在宅連携クリティカルパスのように種類分けをすることができる。

2006年、2008年に保険収載された大腿骨頸部骨折や脳卒中の地域連携クリティカルパスはこのうち急性期病院と後方のリハビリ病院を結ぶ、いわゆる病病の地域連携クリティカルパスである。これに対してがんの地域連携クリティカルパスは病院と診療所を連携した病診連携クリティカルパスであることが多い。またがん地域連携クリティカルパスは、がんの種類や病期に応じて、今後は訪問看護ステーション、保険薬局などを結ぶ地域連携クリティカルパスとして発展する可能性も高い。

7. がん地域連携クリティカルパス

さて、がん地域連携クリティカルパスは前述したように地域がん診療連携拠点病院の施設要件となったこと、地域医療計画の4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)の地域連携ツールとしても明記されたことから注目を集めている。特にがん診療連携拠点病院では、前述のように2012年までに5大がん(胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、肝臓がん)の地域連携クリティカルパスの整備を求められていることもあり、関心が高い。このため全国のがん診療連携拠点病院ではその作成や運用の機運が高まっている(図4)。

こうしたこともあって、がん診療連携拠点病院で使用するがん地域連携クリティカルパスのモデル開発のために厚生労働省の研究班も2008年よりスタートした。この研究班は「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」(谷水班)で、筆者もこの研究班の班員として検討に加わっている。谷水班では、がん地域連携クリティカルパスの作成方針とがん地域連携クリティカルパスに必要な要件を2009年に提示している。次にこの谷水班で提示されたがん地域連携クリティカルパスについて見ていこう。

谷水班のがん地域連携クリティカルパスの作成方針は、以下のポイントがある。①診療ガイドラ

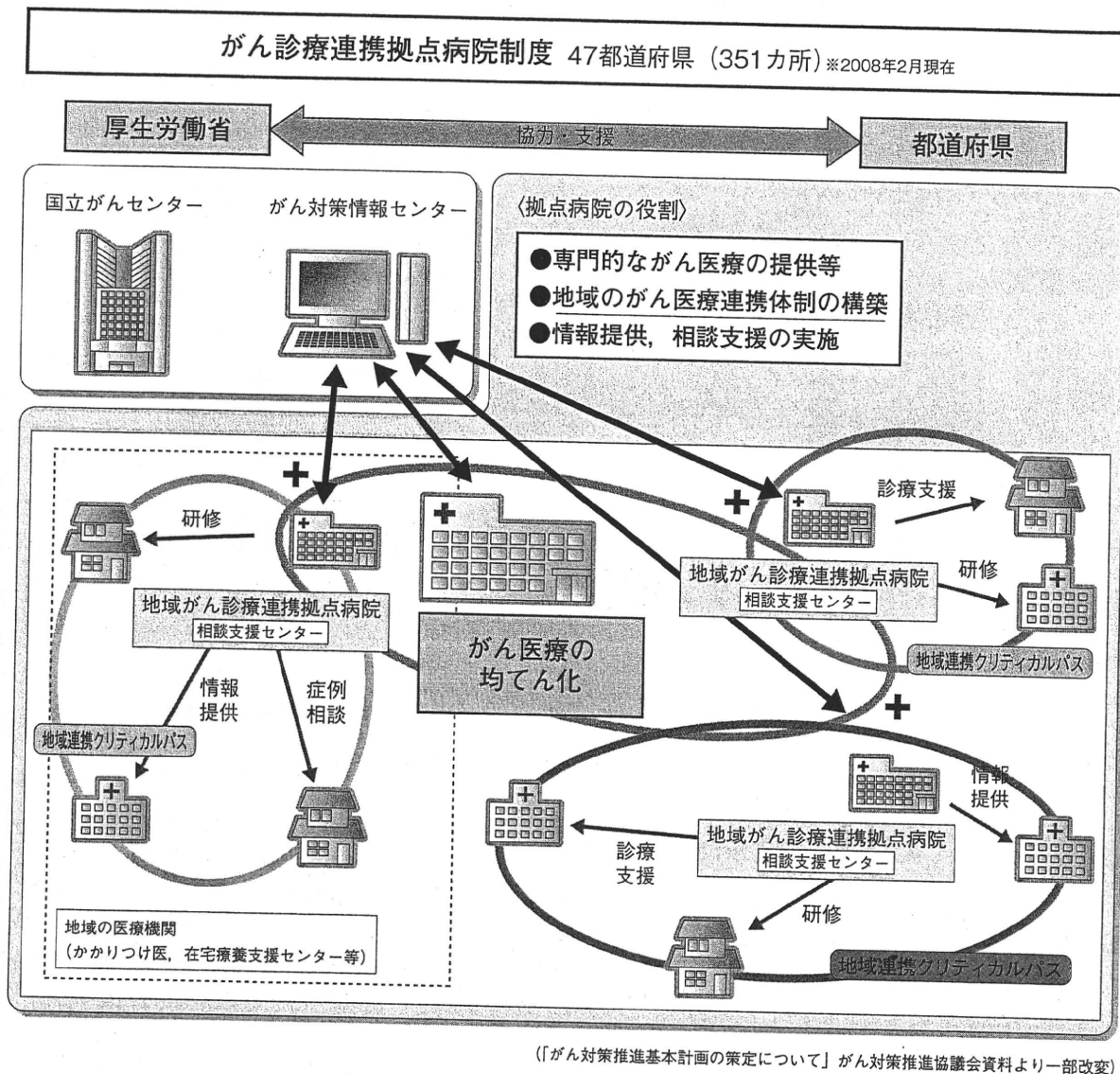


図4 がん診療連携

インに沿って作成する, ②医療機関の機能と役割分担を明記する, ③診断, 治療, 外来, 緩和ケア, 在宅, 看取りまでをカバーする, ④がん診療連携拠点病院, 一般病院, 診療所, 訪問看護ステーション, 保険薬局, 在宅の連携を包含する, ④共同診療計画(医療者用地域連携クリティカルパス)を各疾患の治療法ごとに作成する, ⑤連携意志のある地域の全医療機関が使えることを要件とする, ⑥地域連携クリティカルパスの使用を医療機関や患者に説明する, ⑦緊急時対応の取り決めを明記する, ⑧紙のひな型を提示する, ⑨将来的には電子化を見据える, ⑩連携医療機関と定期的に協議する場を設ける。

そして用意すべきがん地域連携クリティカルパスの4つの要件は以下である(図5)。①医療機関の機能・役割分担表, ②共同診療計画表(医療者用地域連携クリティカルパス), ③私のカルテ(患者用地域連携クリティカルパス), ④医療連携のポスター。

①医療機関の機能・役割分担表は横軸に医療機関(がん診療拠点病院, 一般病院, 診療所, 訪問看護ステーション, 保険薬局など)をとり, 縦軸にケアプロセス(診断, 検査, 治療, 経過観察など

がんの地域連携クリティカルパス

- ①病院と診療所の役割分担表
- ②共同診療計画表（医療者用地域連携クリティカルパス）
- ③私のカルテ（患者用地域連携クリティカルパス）
- ④連携ポスター

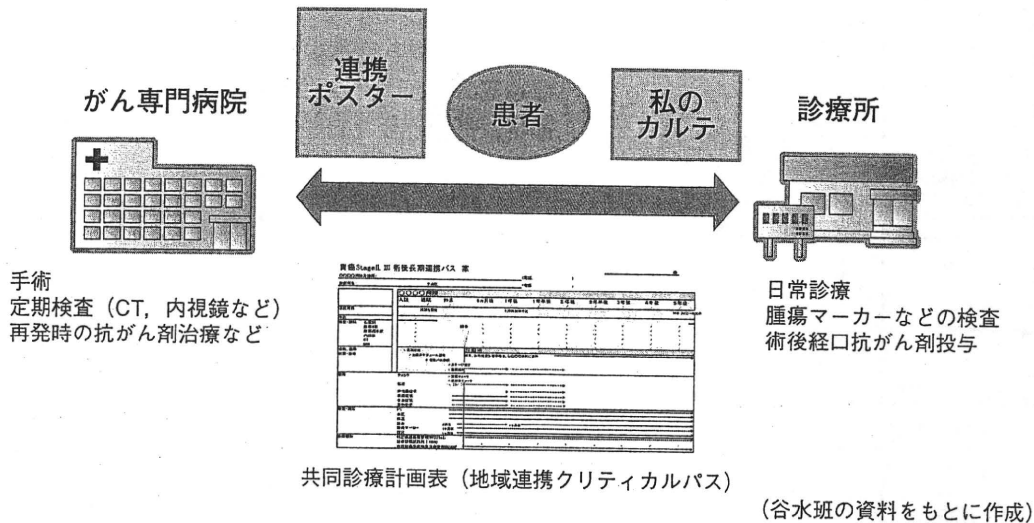


図5 がん地域連携クリティカルパスの4つの要件

を配置したマトリックス表でそれぞれのセルに機能・役割分担を記入する。②共同診療計画表はいわゆる医療者用がん地域連携クリティカルパスで、疾病別、治療処置別、症状別に作成する。基本は①の医療機関の機能・役割分担を時系列表に落とし込んだスケジュール表(パス表)である。病院と診療所で共有すべき到達目標、薬剤投与計画、検査、観察項目等をスケジュールとして記入してある。図6に乳がんの地域連携クリティカルパスの事例を示す。③私のカルテは患者自己携帯式で以下の項目を含む。がん地域連携クリティカルパス説明書、連携先医療機関の一覧、知っておきたい私の診療情報、患者用がん地域連携クリティカルパス、自己チェックシート、おくすり手帳、副作用の説明書、緊急時の対応と連絡先など。④連携ポスターは連携先医療機関名を記入した連携啓発用ポスターで病院・診療所の診察室に掲示する。

おわりに

さて、がん対策基本法とがん地域連携クリティカルパスについて見てきた。がん対策基本法の趣旨は「がん医療の均てん化」にある。「均てん」とは「均霑」と書く。この「霑」とは「(雨露の)うるおい」のことである。つまり全国どこにいても最新のがん医療の利益の恩恵を等しく国民が享受するということを意味している。

具体的には、全国各地のがん診療連携拠点病院を中心に、地域の病院や診療所との間に網の目のように医療連携のネットワークを張り巡らして、がんの標準治療を地域にいきわたらせることでがん医療の均てん化を達成しようとしている。そのときの連携ツールとしてがん地域連携クリティカルパスが位置づけられている。

4

2010年度診療報酬改定と がん地域連携クリティカルパス

国際医療福祉総合研究所所長・国際医療福祉大学大学院教授・医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

はじめに

2010年度診療報酬改定は、民主党による政権交代後の初の診療報酬改定である。改定幅は厳しい財源事情から、当初の期待よりは、ずっと小幅の0.19%の引き上げ幅とはなった。しかしその内訳を見ると、診療報酬本体部分はプラス1.55%で、これは2000年の1.80%以来の10年ぶりのプラス1%超えの改定である。さらに入院部分については3.03%と大幅引き上げとなっている。この3.03%はおおよそ4,400億円に相当し、そのうち急性期入院分は4,000億円と言われている。この診療報酬増額分に、さらに医療費の毎年の自然増2~3%を足し合わせればおおよそ5~6%の入院医療費の増額となる。このため2010年診療報酬プラス改定に病院関係者の期待が高まっている。

さて、今回、がん地域連携クリティカルパスに初めて診療報酬点数がついた。算定の対象となるのは、がん診療連携拠点病院等とその連携先の200床以下の病院や診療所である。これによって、「がん地域連携クリティカルパスの普及に弾みがつく」と関係者の期待は高い。本章では診療報酬改定とがん診療連携クリティカルパスについて見ていこう。

1. 診療報酬改定の基本方針

まず2010年度診療報酬改定の基本方針である。2009年11月25日、厚生労働大臣の諮問機関である社会保障審議会の医療保険部会(部会長=糠谷真平・国民生活センター顧問)は、2010年診療報酬改定について、以下の基本方針案を打ち出している。

基本方針案は2つの重点課題と4つの視点からなる。2つの重点課題は①救急、産科、小児、外科等の医療の再建、②病院勤務医の負担の軽減。4つの視点は①充実が求められる領域を適切に評価していく視点、②患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点、③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点、④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点である(表1)。地域連携パスが取り上げられたのは、4つの視点のうち③医療と介護の機能分化の中である。本章ではこの地域連携パス、特にがんの地域連携クリティカルパスについて、その詳細を見ていくことにする。

表1 2010年度診療報酬改定の基本方針

- 重点課題
 - ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - ②病院勤務医の負担の軽減
- 4つの視点
 - ①充実が求められる領域を適切に評価していく視点
 - ②患者からみてわかりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

(2009年11月25日 社会保障審議会医療保険部会)

2. 地域医療連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパスについては、2006年診療報酬改定で大腿骨頸部骨折、2008年改定で脳卒中が導入された。あらかじめ作成した共通の診療計画表(地域連携クリティカルパス)に基づく一連の治療を複数の医療機関が実施した場合、連携に加わった医療機関を評価する。具体的には、急性期病院から後方のリハビリ病院などの連携先医療機関に患者が転院した場合に「地域連携診療計画管理料」(900点)を算定し、転院先の医療機関は、患者の退院時に「地域連携診療計画退院時指導料」(600点)を算定する仕組みだ(図1)。

2009年以来、この地域連携クリティカルパスについて中医協では以下の2つの議論が行われていた。1つは地域連携クリティカルパスを診療所や介護施設へ施設拡大するという議論と、2つ目は地域連携クリティカルパスの対象疾患を拡大して、脳卒中のみならずがんや糖尿病、急性心筋梗塞等に広げるといった議論だ。これについて見ていくことにする。

算定要件

- ・医療計画に記載されている病院または有床診療所であること
- ・退院基準、転院基準および退院時日常生活機能評価を明記

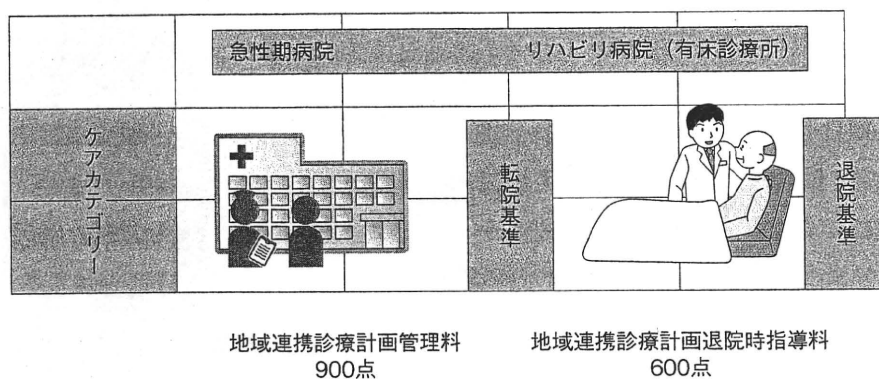


図1 脳卒中地域連携クリティカルパス (2008年診療報酬改定)

3. 地域連携クリティカルパスの施設拡大

まず、施設拡大の議論である。先述したように地域連携クリティカルパスは現状では、急性期病院と後方病院(有床診療所も含む)の間でしか算定できない。これを施設拡大して維持期のリハビリを行う介護施設や在宅まで拡大してはどうかという議論が行われた。例えば脳卒中の地域連携クリティカルパスの参加施設は、急性期病院と回復リハビリ病院以外にも維持期のリハビリを行う介護老人保健施設、介護老人福祉施設も連携に参加することが多い(図2)。例えば脳卒中の地域連携クリティカルパスの東京都内のネットワークの1つである「メトロポリタン・ストローク・ネットワーク」(事務局:慈恵医大リハビリ医学講座)の場合、同ネットワークに参加する施設は急性期病院22施設、回復期病院20施設に加えて維持期の介護施設等が11施設参加し、地域連携クリティカルパスによる情報共有を行っている。

こうした事情から中医協では、今回の診療報酬改定で地域連携クリティカルパスについては、議論の結果、以下のように施設拡大を行うことになった。具体的には従来の急性期病院と回復期病院の間でしか認められていなかった地域連携クリティカルパスの報酬評価を、200床未満の病院や診療所、老人保健施設や通所リハビリ事業所、訪問リハビリ事業所までに施設拡大を行うことになった。

具体的には、まず従来の回復期病院における地域連携診療計画指導料(600点)を「地域連携診療計画指導料1」として改めて、次いで回復期病院において「地域連携診療計画退院計画加算」を新設して、回復期病院から在宅医療や診療所や介護施設等への通院・通所への連携を評価することとした。そのため、回復期病院で「地域連携診療計画指導料1(600点)」を算定した患者を受け入れた200床未満病院や診療所、老人保健施設や通所リハビリ事業所、訪問リハビリ事業所で算定する「地域連携診療計画指導料2」(300点)を新設することになった(図3)。この結果、脳卒中や大腿骨頸部

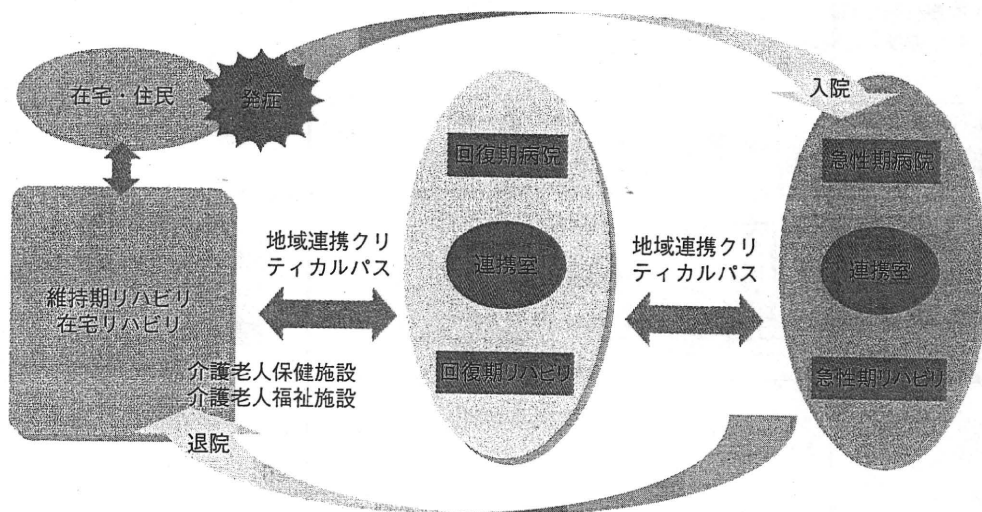


図2 脳卒中連携と地域連携クリティカルパスの流れ

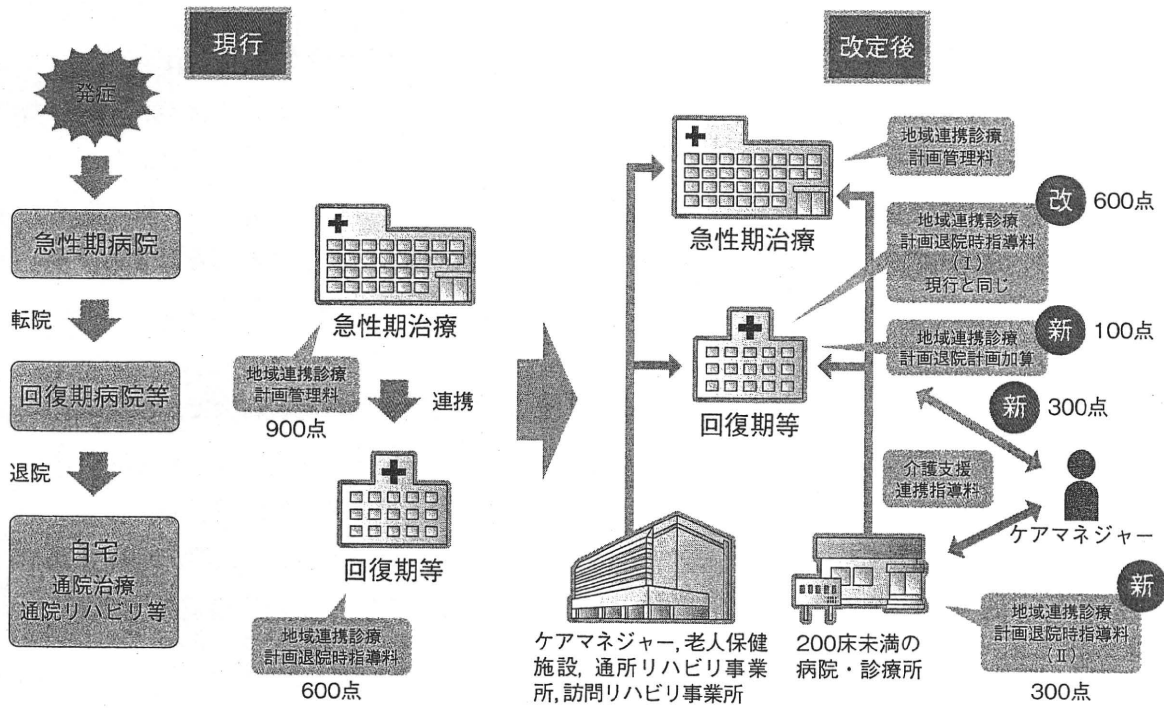


図3 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価

骨折の地域連携クリティカルパスは急性期病院、回復期病院そして在宅や介護施設等の3段階となり、それぞれ900点、600点、300点と300点の倍数で点がつくことになった。

4. 地域連携クリティカルパスと疾病拡大

地域連携クリティカルパスのもう1つの論点である疾病拡大についても中医協の基本問題小委員会で議論がなされた。前述したように現在、地域連携クリティカルパスが認められているのが大腿骨頸部骨折と脳卒中の2疾患のみである。この対象疾患を拡大することも議論された。現在、地域連携クリティカルパスは全国で、さまざまな疾患において作成し運用されている。具体的には地域医療計画に定められた4疾病(がん、脳卒中、糖尿病、心筋梗塞)をはじめとして、慢性閉塞性肺疾患や喘息などの呼吸器疾患、さらには内視鏡的胃ろう術などの消化器疾患、白内障などの疾患において作成されている。

特にがんの地域連携クリティカルパスはがん対策推進基本計画で、2012年までに全国のがん診療連携拠点病院で5大がん(胃、大腸、肺、乳、肝)の作成が義務づけられていることもあり、胃がん、大腸がん、乳がんなどを中心に全国で作成が進んでいる。東京都連携実務者協議会の下村裕見子氏が2009年に実施したがん連携クリティカルパスのアンケート調査の結果によると、この時点で全国ではすでに176のがん地域連携クリティカルパスが作成されており、3,542人の患者が適応となっていたという。このような事情から、関係者の間では、がんの地域クリティカル連携パスの診療報酬による評価を求める声が強かった。

しかし当初、厚労省は地域連携クリティカルパスの疾病拡大については「(2010年改定では)疾病

拡大の予定はない」としていた。「大腿骨頸部骨折や脳卒中では、地域連携クリティカルパス導入で総入院期間の短縮というエビデンスがあるが、他の疾患ではない」という理由からである。そして、がんの地域連携クリティカルパスのモデル的開発を行っている厚生労働科学研究「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」(班長・谷水正人、以下、谷水班)でも、「がんには初期や末期など病期ごとにさまざまなケースがあるなど、一律に評価するクリティカルパスには向かないのではないか?」との班員の意見もあった。こうしたことにより地域連携クリティカルパスの疾病拡大、特にがん領域への拡大については当初、見込み薄の状態であった。

しかし、2010年2月5日の中医協(会長=遠藤久夫・学習院大経済学部教授)の総会で、がんの地域連携クリティカルパスの診療報酬収載が一転して合意に至った。具体的には、がん診療連携拠点病院とそれに準ずる病院が、患者の退院後の治療を地域の医療機関との地域連携診療計画に基づいて連携して行うことを評価する「がん治療連携計画策定料」(750点)と、地域の医療機関が同拠点病院と適切な情報交換を行った際に200床以下の病院や診療所で算定できる「がん治療連携指導料」(300点)を新設することになった。

5. 2010年診療報酬改定とがん地域連携クリティカルパス

導入されたがん地域連携クリティカルパスは、がん診療連携拠点病院等(計画策定病院)と、連携先の医療機関(200床未満の病院と診療所)の間で算定することができる。計画策定病院には全国371カ所のがん診療連携拠点病院と、がん診療連携拠点病院に準じて都道府県が認定したがん診療連携拠点病院(東京、大阪)が含まれる。計画策定病院では、がんの治療を目的として、初回に入院した

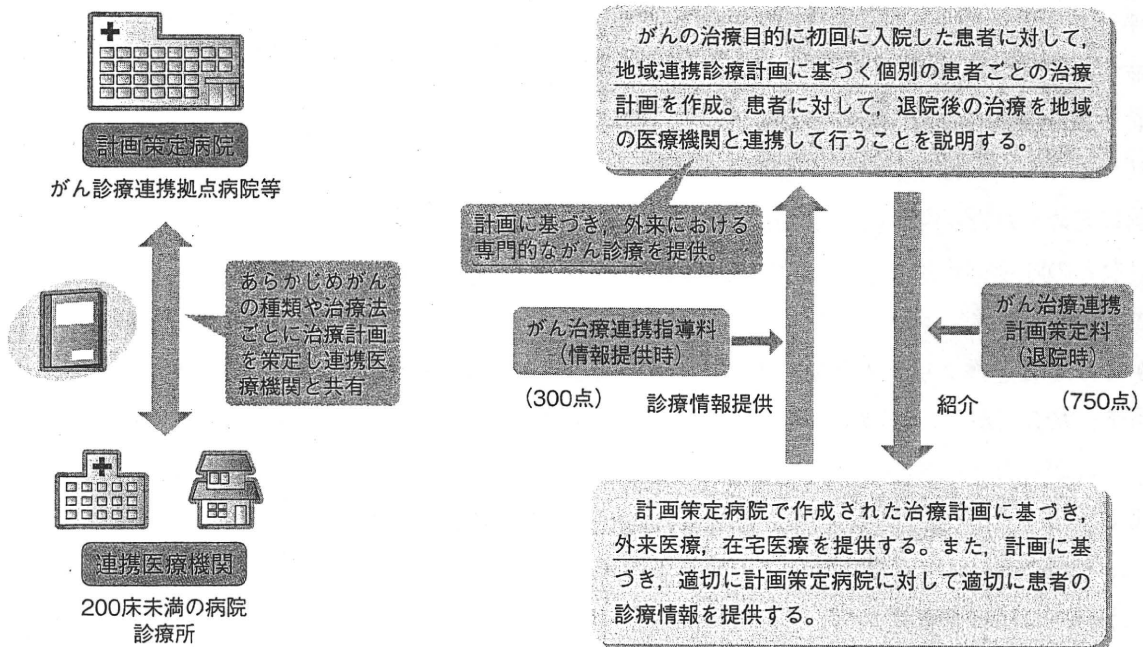


図4 がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者に対して、地域連携診療計画(地域連携クリティカルパス)に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に対して退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明したうえで、文書で提供した場合に「がん治療連携計画策定料」(750点)を退院時に算定することができる。

また連携先の医療機関においては、患者ごとに作成された治療計画(がん地域連携クリティカルパス)に基づき、外来医療、在宅医療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供を適切に行った際に「がん治療連携指導料」(300点)を算定することができる(図4)。

がん地域連携クリティカルパスの実際の具体的な手順については、2010年3月5日の「留意事項」(厚生労働省保険局医療課)を参照されたい(表2)。

またがん地域連携クリティカルパスが診療報酬に今回、導入されたことを受けて、診断群別包括支払い制(DPC)の対象病院の新機能評価指数にもがん地域連携クリティカルパスが反映されることになった。現在、DPC対象病院は1,283施設(2009年)で、この中には先述のがん診療連携拠点病院やそれに準ずる病院も数多く含まれている。がん診療連携拠点病院が、同時にDPC拠点病院であ

表2 がん治療連携計画策定料(B005-6)、がん治療連携指導料(B005-6-2)に関する留意事項

- (1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関する医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。
- (3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。
- (5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。
- (6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

表3 DPC対象病院における新たな機能評価係数

- 地域医療指数：地域医療への貢献を評価
 [指数] = 以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0～7ポイント)(2010年8月より評価)
- ① 「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」, 「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(I)」または「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(II)」を算定している医療機関を評価
 - ② 「がん」について、「B005-6がん治療連携計画策定料」または「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価
 - ③ 「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価
 - ④ 「救急医療」について、医療計画上定められている2次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、拠点型もしくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価
 - ⑤ 「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価
 - ⑥ 「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定または社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価
 - ⑦ 「周産期医療」について、総合周産期母子医療センターまたは地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価

る場合は、新たに導入される新たな機能評価係数の適応となる。新たな機能評価係数とは、病院の機能に応じて評価する係数のことで、今回、以下の6項目について新規に導入された。①データ提出指数、②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率、⑤地域医療指数、⑥救急医療係数。

このうちがん地域連携クリティカルパスが評価されるのは⑤地域医療指数で、地域医療への貢献の度合いを評価する指標として、脳卒中地域連携クリティカルパスやがん地域連携クリティカルパスを実施していることをポイントの1つとしてあげている(表3)。

6. 谷水班のがん地域連携クリティカルパス

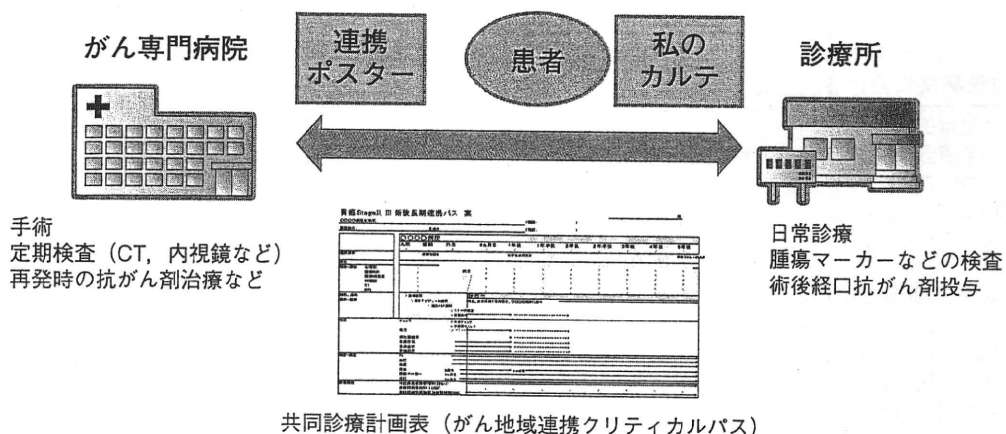
さて、こうしてがん地域連携クリティカルパスの診療報酬への取載が決まった。では具体的にはどのようながん地域連携クリティカルパスを作成したらよいのだろうか？ このがん地域連携クリティカルパスのモデル作成を2009年より行っているのが、先述の谷水班による厚生労働科学研究「全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」である。谷水班では、がん地域連携クリティカルパスの作成方針とがん地域連携クリティカルパスに必要な要件を2009年に提示している。ここで提示されたがん地域連携パスが今後のがん地域連携クリティカルパス作りの参考になる。

谷水班のがん地域連携クリティカルパスの作成方針には、以下のポイントがある。

- ①診療ガイドラインに沿って作成する。
- ②医療機関の機能と役割分担を明記する。
- ③診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまでをカバーする。

がん地域連携クリティカルパス

- ①病院と診療所の役割分担表
- ②共同診療計画表（医療者用連携クリティカルパス）
- ③私のカルテ（患者用連携クリティカルパス）
- ④連携ポスター



(谷水班資料)

図5 がん地域連携クリティカルパスの4つの要件

本は①の医療機関の機能・役割分担を時系列表に落とし込んだスケジュール表(パス表)である。病院と診療所で共有すべき到達目標、薬剤投与計画、検査、観察項目等をスケジュールとして記入してある。図6に乳がんの地域連携クリティカルパスの事例を示す。③私のカルテは患者自己携帯式で以下の項目を含む。がん地域連携クリティカルパス説明・同意書、連携先医療機関の一覧、知っておきたい私の診療情報、患者用がん地域連携クリティカルパス、自己チェックシート、おくすり手帳、副作用の説明書、緊急時の対応と連絡先など。④連携ポスターは連携先医療機関名を記入した連携啓発用ポスターで、病院・診療所の診察室に掲示する。

今後、がん地域連携クリティカルパスは診療報酬の後押しもあって、その普及に拍車がかかるだろう。その時はぜひとも谷水班のがん地域連携クリティカルパスの4点セットを使ってもらいたいものだ。谷水班の共同診療計画表は、そのまま今回の診療報酬算定用の「地域連携診療計画」表として使用することができる。

おわりに

2010年診療報酬改定とがん地域連携クリティカルパスについて見てきた。5大がんのがん連携クリティカルパスの策定は2007年に閣議決定された「がん対策推進基本計画」によって、すべてのがん診療連携拠点病院において2012年までに作成・運用が義務づけられている。これに加えて、今回は診療報酬改定によりがん地域連携クリティカルパスが点数化された。特に診療報酬上のがん地域連携クリティカルパスは、がん対策推進基本計画のようにがん種については規定していない。つまり5大がんにこだわらず、どのような種類のがんで行ってもよい。例えば前述の東京都連携実務者協議会の調査によると、5大がんのほか、前立腺がん、膀胱がん、子宮がん、膵臓がん、舌がんの地域連携クリティカルパスがすでに作成され運用されていた。こうしたがんについて作られた地域連携クリティカルパスも診療報酬で評価が可能となった。

さて、がん対策推進基本計画にがん地域連携クリティカルパスを強く要望したのはがん患者団体であった。「がん患者の切れ目のない連携によって、がん難民をこれ以上出さないで欲しい」という切なる願いからがん地域連携クリティカルパスが導入された経緯がある。こうした経緯から考えると、再発がんやがん緩和ケアの連携クリティカルパスもこれからはその開発と普及が急務だ。こうした患者会の声を受け止める地域連携クリティカルパスの普及に、今回の診療報酬による加点をぜひ追い風として活かしたいものだ。

参考文献

- 1) 中央社会保険医療協議会総会資料(2010年1月13日, 1月15日, 1月29日, 2月3日, 2月5日)
- 2) 厚生労働省:平成22年度診療報酬改定説明会資料(2010年3月5日)
- 3) 厚生労働科学研究「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」オープンカンファレンス資料(2010年2月14日)

2

大腸がん

岩手県立中央病院副院長、消化器センター長、消化器外科長

望月 泉

はじめに

がん対策基本法が2007年に施行、がん対策基本計画が策定された。がん対策基本計画の中で、原則すべての2次医療圏に拠点病院を設置、今後5年以内に5大がんの地域連携クリティカルパスを整備することが求められている。また標準的な治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施を通じて医療機能の分化連携を推進している。

がんの病診連携とは地域の医療機関がおのおのの特性を生かして円滑な連携を図り、役割分担を進めて機能を有効活用することによって、安全で質の高い効率的な医療を地域全体に提供することであり、地域連携クリティカルパスはがん診療において、診断、治療、在宅、緩和ケアまでを診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画といえる。医療者同士が顔の見える連携、しっかりとした情報の共有を行えない限り、患者を紙1枚で送る冷たい医療となりかねず、個別に丁寧な説明が必要である。地域連携クリティカルパスを作ることが目的ではなく、地域連携クリティカルパスを用いたシステム・連携ネットワークを構築し、患者中心の医療連携を図ることが目的である。地域連携クリティカルパスはあくまでもツールである以上、連携構築のためのネットワーク作りが極めて重要となり、連携の成果(アウトカム)を国民や住民に広く提示していく必要がある。

この地域連携クリティカルパスに関しては、患者会からの切れ目のないがん治療継続の要望が強く出され、がん対策基本計画に盛り込まれた経緯があり、医療機関の都合ではなく、患者目線での作成、運用が望まれる。

本稿のテーマである大腸がん治療においては、再発を早期に発見し、治療可能であれば治癒を得ることができる可能性があり、再発の早期発見のために、適切なサーベイランス計画を立てることは意義のあることと思われる。本稿では大腸がんの地域連携クリティカルパスの作成、運用、ネットワーク作りについて述べ、大腸がん診療における病診連携のあり方を考える。

1. 地域連携クリティカルパスとは

疾患ごとに診療計画を作成し、治療を受けるすべての医療機関で共有して用いるものであり、診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明すること

により、患者が安心して医療を受けることができるようにするものと定義できよう。内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。これによ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ことが可能となる。がんの病診連携を進めるにあたり、この地域連携クリティカルパスは極めて有用なツールである。地域全体で医療連携を図るためには、地域連携クリティカルパスは地域内で共通であることが望ましく、患者にあらかじめ診療内容を提示し、十分に説明する必要がある。また、臓器別、がん種ごとの地域連携クリティカルパスが必要で、それぞれ術後経過観察、補助化学療法、再発治療、緩和ケアなど多岐にわたる地域連携クリティカルパスを作成する必要がある。診療ガイドライン等に基づき、検査・治療内容や達成目標を明示し、患者情報の共有により重複した検査・投薬は回避できる。

このような一貫した診療計画により、統一した治療方針、治療内容を共有でき、ひいては医療の質向上につながると考えられる。従来の単なる紹介・逆紹介の形ではフォローアップ計画が明示されておらず、病院、診療所の役割分担が明確にされていない。また問題解決は診療所医師(かかりつけ医)に依存することが多く、緊急入院など病院での対応規則が決められていないなどが問題点としてあげられる。

地域連携クリティカルパスには大腿骨頸部骨折、脳卒中などの一方向型と、がん、糖尿病、心筋梗塞に代表される双方向型(循環型)、在宅に帰った患者を地域で支える在宅支援型連携がある。一方向型連携は急性期病院から回復期病院、そして維持期リハビリ病院や在宅へと一方向性に進む。双方向型(循環型)連携においては患者は病院の専門医と診療所の医師の間を双方向に動き、患者にとっては病院と診療所と主治医が2人できるので、2人主治医制とも呼ばれている。がん診療に関しては普段の検査・経過観察は診療所で行い、定期的ながん治療専門病院に通院し、精密検査を受ける必要があり、情報の共有が図られる。地域連携クリティカルパスの目指すところは、第1に医療の質を保証し、第2に医療機関の機能分化、役割分担を進め、第3にそれを広く国民に明示することである。

2. 大腸がん地域連携クリティカルパスの作成

2008年、厚労省研究班として「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」が立ち上がった。本研究班は5大がんの地域連携クリティカルパスの基本形(要件)を示し、具体的なひな形を公表し、連携のあり方も公表する。拠点病院向け講演会を開催し、一般向け啓蒙活動を進める(医療連携ポスターを公表する)。各地域での検証を踏まえて、地域連携クリティカルパスを提示し、地域連携クリティカルパスの稼働を可能とする「調整する組織」、連携体制のあり方を提案することが最終の目的である。筆者も班員として参加し、大腸がん地域連携クリティカルパス開発に携わった。作成するものは4つを想定。①医療機関の機能・役割分担表、②共同診療計画表、③私のカルテ、④医療連携のポスターである。地域連携クリティカルパスの作成指針としては、診療ガイドラインに沿って作成し、医療機関の機能と役割分担を明記する。診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまでを包括し、拠点病院、一般病院、診療所、訪問看護ステー

表1 役割分担表は共同診療計画表ごとに作成

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(血液, 画像)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

ション, 在宅支援, 保険薬局を包含する。

1 医療機関の役割分担表

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, 患者の視点から見たときわかりやすいのは, 「医療計画の見直し等に関する検討会」の提案をベースとする。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。がん診療の機能分担に関しては, 医療計画の中になんか診療における連携のイメージが示されている。かかりつけ医が継続的な管理指導を行い, 専門的ながん治療を行う医療機関と緩和ケアを行う医療機関を利用, 在宅療養をサポートする図として描かれており, 患者の視点に立ち「調整する組織」があらゆる場面で患者の納得の医療を調整する, 患者の個別性に対応するというイメージで考えることが可能である。施設の機能・役割を1つに限定するものではないが, 利用者の側から機能・役割が見えることが重要である。

役割分担表は共同診療計画表ごとに作成され, 専門的ながん診療を行う病院, かかりつけ医, 緩和ケア, 居宅などの機能別に役割分担を明確にする(表1)。

さらに大腸がんの進行度, 診療所の機能のどちらも層別化することが必要である。ステージごとに治療成績, 治療内容などが異なるのは明らかで, またかかりつけ医が行えるのは大腸がん術後の経過観察のみで, 補助化学療法として抗がん剤の投与はできないといったように機能を明確にしていく必要がある。

つまり Stage I のみの患者は診られるが, Stage II はクリティカルパスに従い可能な検査項目を実施できる施設で, 場合によっては低リスクの抗がん剤投与も必要になることもある。Stage III はクリティカルパスに従い可能な検査項目を実施すると同時にハイリスクの抗がん剤も可能であるとか, 内視鏡検査, エコー検査も可能であるとか診療所の持つ機能を層別化して連携を構築する必要がある。

2 共同診療計画表

(1) 大腸がん術後のサーベイランス

共同診療計画表に盛り込む経過観察計画の内容, 検査項目, 検査の頻度は極めて重要で, 大腸が

ん手術後の適切なフォローアップにより予後が延長したという明確なエビデンスは存在しないが、再発しても、特に肝・肺転移に関しては、切除できれば予後の改善につながることは明らかである。

したがって、多数例の綿密なフォローアップを行った結果から欧米、日本でフォローアップのガイドラインが策定されている。代表的なガイドラインには「ASCO 2005」, 「ESMO 2009」, 「大腸癌治療ガイドライン医師用2009年版」(金原出版)がある。

欧米のガイドラインではCEAを含めた血液検査の重要性、CT検査についてもあまり推奨されておらず、日本のガイドラインは欧米に比して、フォローアップ計画において緊密性が優れていると思われる。そこで、共同診療計画書の大腸がん手術後のサーベイランスは「大腸癌治療ガイドライン医師用2005年版」, 「同2009年版」に従い作成した。このガイドラインは日本全国の多施設から集積した多数例を、stage別の再発時期や再発形式別の再発の特徴について分析し、再発を効率よく、早期に見つけるためにはどのようにすべきかが詳細に検討され出版されている。大腸がんの再発形式としては肝転移が最も頻度が高いが、直腸がんに関しては肺転移と局所再発も多いので留意すべきであるとしている。肺転移は他の再発に比べ遅れて出る傾向があり、肺転移の5%は術後5年以後に起こることがあり、念頭に置くべきとしている。一方、局所再発である吻合部再発は術後3年以内に起こることが多く、3年までを目安にサーベイランスを行うべきであるとしている(表2)。

表2 大腸癌術後サーベイランスのまとめ

根治度 A	Stage 0	断端に癌陰性	→	サーベイランス不要
		断端の評価困難	→	6カ月から1年後にCFを
	Stage I	sm癌	→	サーベイランス不要
		mp癌	→	Stage IIに準じる
	Stage II	術後5年間を目安に		
	Stage III	術後3年以内は短めに		
	直腸癌	肺転移と局所再発にも留意		
	肺転移	5%は術後5年以降に		
	吻合部再発	術後3年までを目安に		

根治度 B Stage IIIに準じる

(大腸癌研究会編：大腸癌治療ガイドライン医師用2005年版，金原出版，2005をもとに作成)

表3 Stage I のmp癌およびStage II大腸癌に対するサーベイランススケジュール

	術後経過年月		1年				2年				3年				4年				5年			
	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12		
問診・診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
直腸指診(直腸癌)		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		
CEA, CA19-9	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		
胸部X線検査		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		
CT*																						
腹部超音波検査		●				●				●				●						●		
CT				●				●				●			●					●		
骨盤CT(直腸癌)				●				●				●			●					●		
大腸内視鏡検査#				●								●								●		
MRI検査*												●										

*必要に応じて #吻合部再発検索目的

(大腸癌研究会編：大腸癌治療ガイドライン医師用2005年版，金原出版，2005)

表4 Stage III大腸癌に対するサーベイランススケジュール

	術後経過年月				1年				2年				3年				4年				5年			
	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
問診・診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
直腸指診(直腸癌)		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●
CEA, CA19-9	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
胸部X線検査		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●
CT				or ●				or ●				or ●				or ●				or ●				or ●
腹部超音波検査		●				●				●				●				●				●		
CT				●				●				●				●				●				●
骨盤CT(直腸癌)		●*		●		●*		●		●		●		●		●		●		●		●		●
大腸内視鏡検査*				●				●				●				●				●				●
MRI検査*																								

*必要に応じて #吻合部再発検索目的

(大腸癌研究会編：大腸癌治療ガイドライン医師用2005年版，金原出版，2005)

表5 大腸癌術後サーベイランススケジュール

	術後経過年月				1年				2年				3年				4年				5年			
	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
結腸・RS癌																								
問診・診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
胸部CT検査		●		●		●		●		●		●		○		●		○		●		○		●
腹部CT検査		●		●		●		●		●		●		○		●		○		●		○		●
大腸内視鏡検査				●				●				●				●				●				●
直腸癌																								
問診・診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
腫瘍マーカー	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
直腸指診		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●		●
胸部CT検査		●		●		●		●		●		●		○		●		○		●		○		●
腹部・骨盤CT検査		●		●		●		●		●		●		○		●		○		●		○		●
大腸内視鏡検査				●				●				●				●				●				●

●：Stage I～Stage III大腸癌に行う

○：Stage III大腸癌に行う。Stage I～Stage II大腸癌では省略してもよい。

胸部の画像診断：CT検査が望ましいが，胸部単純X線検査でもよい。

腹部の画像診断：CT検査が望ましいが，腹部超音波検査でもよい。

(大腸癌研究会編：大腸癌治療ガイドライン医師用2009年版，金原出版，2009)

「大腸癌治療ガイドライン医師用2005年版」では，大腸がんのフォローアップ計画はstage別に記載されており，表3にはStage Iのmp癌およびStage II大腸癌に対するサーベイランススケジュール，表4にStage III大腸癌に対するサーベイランススケジュールを示す。MRI検査は必要に応じてとなっている。表5は2009年7月に出版された大腸癌治療ガイドラインのフォローアップ計画をまとめたもので，骨子は2005年版と同じであるが，結腸(直腸RS部を含む)と直腸とを分けたものになり，より実践的でわかりやすいものとなった。2005年版と異なり，Stage I～Stage III大腸癌に対するサーベイランスが基本的に同一となり，Stage IIIのみ胸部・腹部CT検査が術後3年を経過しても6カ月