

<原 著> 第42回 日本赤十字社医学会総会 優秀演題

地域がん診療連携の取り組みと課題

福井赤十字病院 地域医療連携課¹⁾, 外科²⁾, 副院長³⁾, 院長⁴⁾
青柳芳重¹⁾ 向嶋 衛¹⁾ 廣瀬由紀²⁾ 豊岡重剛³⁾ 野口正人⁴⁾

Our management and problems of the local medical network for the malignant disease

Yoshie AOYAGI, Mamoru MUKOUJIMA, Yuki HIROSE

Shigetake TOYOOKA, Masato NOGUCHI

Fukui Red Cross Hospital

Key words : 病診連携, 悪性腫瘍, 連携パス

はじめに

標準医療と地域連携が唱えられる医療の現況の中で、「がん診療」においても地域完結型の新しい診療体系が望まれている。

当院は平成15年8月地域がん診療拠点病院の指定を受けた。その際、地域住民、かかりつけ医を中心とした地域の医療機関そして当院のような急性期病院との間でのネットワークを再構築し、またそのネットワークでのがん診療の運用マニュアルというべき「地域がん診療ガイドライン」の作成にとりかかった。あくまでもがん診療連携は専門性にこだわらないネットワークの形成である。そして「地域がん診療ガイドライン」は連携パスがその主体である。

今回以上の現状を紹介し、また今後の課題について報告する。

目 的

今回の目的は①がん診療におけるネットワークの再構築と②がん診療連携における「地域がん診療ガイドライン」の作成③地域全体でのがんによる死亡率の低下がその目的である。

対象と方法

地域のかかりつけ医である当院の登録医170

名を対象に、がん診療に対する現状と認識を把握するための調査を実施する。その内容は①在宅ケアの実施の有無、②終末期の患者の受入りの有無、③訪問看護の利用の有無、④抗がん剤療法の可否、⑤実施した実績がある場合の問題点あるいは要望である。

また今回ガイドブック掲載の対象とする疾患を、実績のある多い癌として①胃癌、②大腸癌、③乳癌、④肝癌、⑤肺癌、⑥前立腺癌の6疾患に選定し、その疾患にかかわる医師、看護師、地域医療連携スタッフで院内ワーキンググループを立ち上げた。そしてそれぞれの疾患での前方連携、後方連携について協議してその運用内容を決定した。特に後方連携では連携パスを作成した。

また、連携施設の医師ならびにコメディカルそして当院スタッフによる地域がん診療研修会を定期的で開催し上記に運用も協議していくこととした。

結 果

アンケート調査内容の結果を表1に示した。回答が得られた110施設のうち、がん診療の連携については79%の施設で賛同が得られ、抗癌剤治療が可能な施設は74%で更に在宅医療が可能な施設は64%であった。またアンケートの際の

問題点と要望としてはがん連携にはその専門性に不安があるという意見が多数見られた。また疼痛コントロールへの不安も多く見られた。病院側への要望としてはバックアップ入院なども含めた看取りまで継続性や、予後も含めた十分な告知の依頼、さらに終末期にはいる以前から連携してほしい、病院側と家庭医での二人主治医制の確立してほしいという意見がみられた。

ガイドラインの内容には連携を重視し①最近の動向、②がんの一次予防診断フローチャート、③逆紹介時の標準的な治療法、④経過観察方法

をパスにしたものを骨格とし、Evidence levelの高いものを第一に取り入れることとした。更に当院におけるがん疾患の内訳と生存率等の治療成績を盛り込むこととした。

このような過程から、平成15年10月にがん診療の連携体制をテーマに「第1回地域がん診療研修会」を開催した。登録医とコメディカルと当院スタッフらで6がん疾患のガイドラインについて協議を行い変更と確認を行った。

なお、平成17年1月には6疾患を対象とした「地域がん診療連携ガイドブック」の発行を行った。ガイドブックに盛り込んだ診断・治療フローチャートと経過観察をフローチャート式に示したパスを作成した。図1に胃癌のパスを提示した。

平成17年1月から平成18年10月末までに44例に使用され、その内訳では胃癌が47.7%、大腸癌34.1%であった(表2)。

また、地域がん診療研修会についても平成15年10月以降年2回開催している。内容は「地域がん診療ガイドライン」についての協議から更に話題をすすめて、第6回目には「在宅医療と連携」というテーマで家庭医、病院医師、訪問看

表1 がん診療に関するアンケート結果

【対象170名、回収率 65.3%】

○がん診療における連携について賛同されますか？	Yes	No	不明
	79%	8%	14%
○終末期の患者様を受け入れていただけますか。	Yes	No	不明
	79%	8%	14%
○抗がん剤療法は可能ですか。	Yes	No	不明
	79%	8%	14%
○1年毎の追跡調査にご協力いただけますか。	Yes	No	不明
	79%	8%	14%

連携医先生用

【胃切除術後】 様 生年月日： 患者ID：

早期胃癌症例

		1年 (3ヶ月毎)	2年 (6ヶ月毎)	3年 (12ヶ月毎)	4年 (12ヶ月毎)	5年 (12ヶ月毎)	6年 (12ヶ月毎)	7年 (12ヶ月毎)	8年 (12ヶ月毎)	9年 (12ヶ月毎)	10年 (12ヶ月毎)
【診察】		□□□□	□ □	□	□	□	□	□	□	□	□
【治療】		←→									
		化学療法		□有 □無							
【検査】	腫瘍マーカー	□□□□	□ □	□	□	□	□	□	□	□	□
	一般採血	□□□□	□ □	□	□	□	□	□	□	□	□
	胸部X-P	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	US or CT	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	上部内視鏡検査	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	下部内視鏡検査	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

担当医 _____

図1 胃がん 連携パス 連携医用

看護師と共にディスカッションを実施した(表3)。地域レベルのチーム医療をしていくため、患者

家族の協力の重要性のもと、多職種のスタッフが関わり患者本人を支える構図を参加者全員で確認した。

表2 疾患別実績 (H17.1~H18.10:44件)

胃	stage I a	6	21
	stage II	2	
	stage II a	3	
	stage II c	8	
	stage III a	1	
	stage III b	1	
大腸	stage I	7	15
	stage II	1	
	stage II a	1	
	stage III a	5	
	stage III b	1	
乳	stage I	2	4
	stage II b	2	
肝	stage I	2	3
	stage III	1	
肺	stage I B	1	1

考察と課題

現在、日本の医療は大きくその体制が変わろうとしている。2006年の診療報酬改定において、これまで以上の機能分化と病院から施設、在宅への移行が示唆された。また急性期病院では7:1の看護体制をとり、更にDPC (Diagnostic Procedure Combination) への参加が求められている。在院日数の制限から検査の外来へのシフト、パスを用いた標準医療のもとでの合理化など各病院での工夫が余儀なくなされている。一方今後の“かかりつけ医制度”や2006年の在宅療養支援診療所という新しい制度の導入から、医療制度は患者とかかりつけ医を中心とした医療のネットワーク体制へと移行しつつあるといえる。患者の視点からすれば、かかりつけ医を中心とした医療は、急性期病院での待ち時間の負担や通院にかかる時間と費用の面でより合理的であり利便性が高い一方で、病院の移動、主

表3 地域がん診療研修会実績

	開催日	参加者数	テーマ
第1回	平成15年10月24日(金)	62名	「悪性疾患の連携体制—がん診療連携ガイドライン作成について—」 各悪性疾患(胃, 大腸, 乳, 肺, 前立腺, 肝) 診療フローチャート, 経過観察方法の提示とディスカッション
第2回	平成16年7月15日(木)	86名	「悪性疾患患者との関わり」 精神科医・緩和医療チーム・薬剤師の立場から
第3回	平成16年10月22日(木)	75名	①「当院中央点滴室における外来化学療法の現状と課題」: 看護師 ②「癌化学療法の副作用対策と外来化学療法」 (外部講師)
第4回	平成17年7月15日(金)	80名	1. がん診療における診断のピットホール 乳癌・大腸癌: 外科医師, 前立腺癌: 泌尿器科医師 2. がん患者の看護 ~ストーマケア~: 看護師
第5回	平成17年12月8日(木)	57名	1. がん診療における診断のピットホール 胃癌: 外科医師, 肺癌: 呼吸器外科医師 2. 在宅酸素導入患者の看護: 看護師
第6回	平成18年6月28日(水)	80名	在宅医療と連携 ~より綿密で効率的な連携を目指して~ ①連携医, ②院内医師, ③訪問看護師の立場から
第7回	平成18年10月12日(木)	74名	泌尿器科の病診連携 (外部講師)

治医の交替など不安材料が多いのも実情である。このような状況においてはネットワークが単なる情報交換ではなく安全と安心のもとにシームレスに運用されるより成熟したネットワークが望まれる。がん診療においてもこのより発展したネットワークが必要であり、当院でもその一歩として連携医として登録されている医師あるいは施設に対してがん診療におけるアンケートを実施した。多くの医師はがん診療に関心があり、がん化学療法、在宅緩和ケアにも関心がよせられていることが確認され、その礎が築かれたといえる。

医療ネットワークの運用には何らかのガイドブックあるいはネットワーク参加者の討議の場が必要である。今回我々はがんの1次予防、2次予防を中心とした前方連携と治療後の経過を中心とした後方連携からなるがん診療連携のガイドブックを作成したが、特に後方連携において、その重要な項目の一つに連携パスがある。2006年の診療報酬改定にて連携パスが取り上げられたが、藤本ら¹⁾の報告のように大腿骨頭の手術などの整形外科領域が中心であり、現時点ではがん診療における連携パスはまだほとんど利用されていないのが現実である。一方で各学会などを中心としたがん疾患のガイドラインが近年続々と出版されている。治療後の経過観察についてもそのEvidenceが示されつつあり、我々はいち早くそのEvidenceを取り入れ連携パスに活用してきた。参加していただいている登録医からは患者の説明や診療の計画に有用であるとの意見をいただいているが、現在までの利用の内訳をみるとStageの早い段階での利用が多い。Stageが進むにつれ再発や進行が出現し治療の定型化は困難であろうし、患者の不安もあって連携パスの適応が難しいことが伺える。

この適応拡大は今後の課題である。パスの原則としてPDCA (Plan-Do-Check-Action) サイクルの活用には必須であるが²⁾、今回はまだバリエーションの集計にはいたっておらずこれも今後の課題のひとつである。さらに、在宅医療は今後さらに推し進められていくと思われるが、中川ら³⁾の報告にあるように在宅緩和ケアにおいても連携パスの有用性が示唆されている。在宅NSTも含めて今後その進展が期待される。

がん診療連携の課題と今後の展望として、現在当院でのがん診療の連携では連携医の専門性を問わず、Uターンの患者を中心にパスの適用を行っている。しかし、より利用しやすいパスとするため、ある程度専門性を重視するために、連携先医療機関の機能をより詳しく知るための調査を進めているところである。

結 語

当院でのがん診療連携における取り組みについて、ネットワークの作成経過、診療のガイドブックの作成そしてその中心となる連携パスの現状と問題点、さらに今後の展望にて報告した。連携パスは今後さらに改善され、また在宅緩和ケアあるいは在宅NSTへと適応が拡大され、より有用なツールとして期待される。

参 考 文 献

- 1) 藤本俊一郎(編):地域連携クリティカルパス 脳卒中・大腿骨頸部骨折・NST. メディカルビュー社, 2006.
- 2) 野村俊一:アウトカムマネジメントのためのクリティカルパスの原則. 医療マネジメント学会誌 4: 360-364, 2003.
- 3) 岡田信吾(編):地域連携パスの作成術・活用術. 医学書院, 2007.