

第15回 愛知クリニカルパス研究会プログラム

日時：2010年6月19日（土） 13:00～16:30

会場：愛知県がんセンター中央病院、国際医学交流センター

当番世話人：名古屋第一赤十字病院 神谷 春雄

【世話人会】12:00～

会場：国際交流センター内「大会議室」

【開会の辞】13:00～13:05

【一般演題：セッションⅠ】13:05～13:35 *各演題：発表7分 質疑応答3分

座長：名古屋第一赤十字病院 神谷 春雄

座長：社会保険中京病院 豊内 美恵子

① 胃切除術後全国標準クリニカルパス導入による周術期管理についての検討

愛知県がんセンター 中央病院 消化器外科 伊藤 友一

② 当院におけるCPAパス ー使用経験と課題ー

豊川市民病院 内科 今井 宗憲

③ 急性心筋梗塞電子化クリティカルパスの試み

小牧市民病院 医療情報システム室 近藤泰三

【一般演題：セッションⅡ】13:35～14:15 *各演題：発表7分 質疑応答3分

座長：名古屋大学医学部附属病院 吉田 茂

座長：名古屋第一赤十字病院 渡邊 美佐子

④ 当院の整形外科病棟における連携パスの電子化への取り組み

医療法人 宏潤会 大同病院 看護部 整形外科病棟 田中里美

⑤ 当院における脳卒中地域連携パスの運用状況

名古屋第一赤十字病院 脳卒中科 後藤 洋二

⑥ 地域医療連携パスに対する連携室看護師のはたす役割

社会保険 中京病院 地域医療連携・相談室 大矢 早苗

⑦ 急性冠症候群における地域連携パスの試み

名古屋第一赤十字病院 循環器内科 丹羽 統子

【愛知クリニカルパス合宿報告】 14:15～14:25

名古屋市立大学 佐藤幹則先生

《 休憩 14:25～14:40 》

【シンポジウム】 14:40～16:30

テーマ「愛知県統一がん地域連携パス開発および普及の現状と課題」

座長 : 一宮市立市民病院 山中 敏広
社会保険中京病院 津下 圭太郎

各発表15分

- | | | |
|----------------------------|--------------|--------|
| 1. 地域連携パス部会における開発の経緯と今後の課題 | 社会保険中京病院 | 津下 圭太郎 |
| 2. 胃・大腸がんパス | 社会保険中京病院 | 弥政 晋輔 |
| 3. 乳がんパス | 豊橋市民病院 | 吉原 基 |
| | 愛知がんセンター中央病院 | 岩田 広治 |
| 4. 肺がんパス | 愛知がんセンター中央病院 | 光富 徹哉 |
| 5. 肝がんパス | 社会保険中京病院 | 長谷川 泉 |
| 6. 総合討論 | | |

【閉会の辞】 16:30～

当 番 世 話 人 : 名古屋第一赤十字病院

次回当番世話人御挨拶 : 国立長寿医療センター

今研究会のシンポジウムは「愛知県がん診療連携協議会地域連携パス部会」の協力を得ています。
引き続き同施設内で下記について開催されることをご了承ください。

愛知県がん診療連携協議会地域連携パス部会「愛知県統一がん地域連携パス説明会」

日 時 : 6月19日午後5時半から6時半 (愛知クリニカルパス研究会終了後)

テーマ : 愛知県統一連携パスの各施設に於ける運用法および今後の開発計画について

形 式 : パス運用施設からの質問に対する質疑応答形式

司 会 : 一宮市立市民病院 山中 敏広

回答者 : 部会委員および各がん種パス開発WG代表者

【シンポジウム】

テーマ「愛知県統一がん地域連携パス開発および普及の現状と課題」

座長 : 一宮市立市民病院 山中 敏広
社会保険中京病院 津下 圭太郎

1. 地域連携パス部会における開発の経緯と今後の課題

2. 胃・大腸がんパス

3. 乳がんパス

4. 肺がんパス

5. 肝がんパス

胃切除術後全国標準クリニカルパス導入による周術期管理についての検討

伊藤友一 伊藤誠二 三澤一成 千田嘉毅 小森康司 金光幸秀 佐野力 清水泰博
平井孝 山村義孝*

愛知県がんセンター中央病院消化器外科、名古屋記念病院外科*

【目的】入院期間短縮、患者満足度向上のため経口摂取の早期開始を盛り込んだ胃切除術後全国標準クリニカルパスを導入したのでその現状について報告する。【対象・方法】胃癌に対する開腹および腹腔鏡下胃切除術で2008年12月～2009年2月の27例（従来群）と2009年3月～5月の25例（新パス群）を比較検討した。前処置に関しては従来群で術前日にクエン酸Mg 1包、センノシド2錠を内服し、新パス群では術前々日からセンノシド2錠を2日間内服し、術当日に排便がなければ浣腸を追加した。経口摂取に関しては従来群で水分摂取を3POD、食事開始を4PODとし、新パス群ではそれぞれ1POD、3PODとし、点滴に関しては従来群で術前日から7PODまで、新パス群では手術当日から5PODまでとした。【結果】性別、年齢、術式、郭清度等の背景因子に差はなかった。新パス群で浣腸は12例（48%）に行われた。バリエーションは従来群5例（19%）、新パス群10例（40%）で、新パス群において食事開始の遅れがやや多かった。術後入院期間（中央値）は両群とも11日。新パス群における経口摂取を早期に開始した症例で特に大きな問題はなかった。【まとめ】医療者が経口摂取の早期開始にまだ馴染めておらず慎重になり、新パス群で食事開始を遅らせる傾向が見られバリエーションが増加した。早期に経口摂取を開始し点滴から早期離脱する新パス導入による入院期間の短縮は現状では見られなかった。症例の蓄積でさらに検討する予定である。

当院における CPA パス

ー使用経験と課題ー

豊川市民病院

内科 今井宗憲

看護部 高橋康世

研究要旨

現在心肺停止（CPA）に対しては米国心臓協会（AHA）が提唱するガイドライン 2005 に従って治療が行われるのが標準的となっている。従来当院では CPA に対しても通常と同様の医師、看護師の記録が行われており、1 分単位で指示が変化する CPA では記録の遅れが問題となっていた。救急外来の性質上限られた医師と看護師で診療を行っており、なおかつ重症な患者が同時に救急外来に存在することもしばしばあり、記録に専念することができないのも事実である。当院では心電図変化、脈拍の有無、心肺蘇生で必要とされる標準的な薬剤を縦軸に時間を横軸にした経過記録兼指示書を中心とした CPA パスを導入したことにより、記録を簡素化し記載遅れが解消され事後検証時に病態把握が容易となった。

A. 研究目的および方法

1. 記録の効率化
2. 処置の標準化

上記について導入の効果を検討する。

B. 研究結果

1. 記録の効率化

バイタル、薬剤を縦軸に時間を横軸にした記録用紙を作成したことにより治療開始から全身状態安定または死亡までの経過が時系列で把握しやすくなった。医師記録については生命予後を判断する材料となる項目が多く含まれているため聴取し忘れることは少なくなったが、経時記録に比べて使用率が低かった。

2. 処置の標準化

AHA ガイドライン 2005 に従い処置・薬剤を標準化することにより準備等にかかる時間を簡素化することが出来た。

C. 考察

CPA に対応する医師、看護師が必ずしも人の生死を分ける蘇生の現場を得意としているわけではなく何が重要なことか分からず立ちつくしてしまう者もいるが、パス導入により重要な所見の記載漏れが少なくなり、得手不得手による行動の差も少なくなった。医師記録については生命予後を判断する材料となる項目が多く含まれており蘇生処置を行っている現場では必ずしも必要とされない項目もあるため時間がかかるとの意見もあり、使用しない症例も存在した。

D. 今後の課題

現在救急外来を中心に使用されているパスだが、病棟での急変時には対応できていないため運用面での改善が必要と思われる。現在 CPA 患者が搬送されてきた場合も通常のカルテが作成されているが、パスが使用できない状況のない限りパスの形式でカルテが作成できるよう現在検討中である。

演題抄録

演題名：急性心筋梗塞電子化クリティカルパスの試み

医療機関名： 小牧市民病院
所属： 医療情報システム室
発表者： 近藤泰三
共同演者： 萩原大輔、林順子、
三谷敏江、手嶋久子、望月盈宏

要旨

急性心筋梗塞（AMI）電子化クリティカルパスを重症度、終了時間で、4 つに分類し作成した。AMI 後の採血時間の選択、IABP 挿入等のオプションを用意し、開始時または、それぞれのプロセス移行時に選択する方式で運用している。

A 目的

急性心筋梗塞（AMI）クリティカルパスは、紙パスでは各病院にて各種作成され運用されている。多くは、入院後 2 日目までの max CK により重症度を分ける形を取ることが多い。しかし、緊急 PCI が常識的加療になった今では AMI 症例の重症度は緊急 PCI 後の状態で判定することが望ましいと思われ、4 つに分け作成した。

B 方法

救急患者であるため、夜間に日をまたいで PCI を行うことも多く、入院日から開始する電子化パスで汎用性を持たせることは困難と考えられた。今回我々は、緊急入院時にパスとは関係なく個別に入院指示、緊急 PCI 指示をオーダーし、PCI 終了時に重症、軽症と午前終了、午後終了の別で 4 種のパスを作成し発行することとした。重症は、①カテコラミン等必要、②肺うっ血に対してハンプ等の使用が必要、③IABP、ペーシング、レスピレータ等のサポートが必要、④冠動脈に明らかな血栓を残す、⑤TIMI 2 以下で終了、と定義した。また、緊急 PCI 終了時間が患者毎に大きく異なるため、時間毎の採血指示が異なること、点滴等の指

示開始時間が異なること、安静度の進み方が異なってくるため、午前終了と午後終了に分類した。各パス開始時に CK 等の定期採血時間をオプション指示より選択することとしている。当初、基本的な点滴、ヘパリン点滴、抗血小板剤処方をデフォルトとしたが、点滴は各患者毎に微妙に異なり、処方も他薬剤と同時に処方日を合わせて投与開始することが多いためオプションに変更した。

C 結果

軽症パスが、8 日予定で 9.6 日であり、重症パスは 15 日予定でほぼ 15 日で退院となっている。バリエーションは安静度の変更等で多く見られている。

D 考察

バリエーションが多いが、疾患の性格上パス修正は困難な部分も多い。日程に関しては比較的予定通りで経過しているが、軽症は 1 日延長が望ましいかもしれない。

E 結論

ある程度、融通の利くパス作成できたが、臨床でのフィードバックを期待するためには、医師による症例毎の評価がパスに反映されるようにすべきであろう。

当院整形外科病棟における連携パスの電子化への取り組み

宏潤会 大同病院 看護部

田中里美 浅野智子

要項

当院では平成18年6月よりそれまで用いていた大腿骨頸部骨折パスを発展させ、地域連携パスとし稼働、さらに平成19年には院内の電子カルテの導入に伴い大腿骨頸部骨折のパスが電子化された。院内パスの電子化によりコメディカルとの情報共有が可能となり問題点の連携パスへの転記がスムーズになった。また、より良いシステムの構築目的に回復期病院3病院と運営協議会を行い、その中で対応策の協議を行い連携パスの修正を行ってきた。稼働してから3年が経過し、整形外科病棟における電子パスと連携パスの現状と今後の課題をここに報告する。

目的

大腿骨頸部骨折地域連携パスが稼働してから、過去3年間の運営協議会を振り返るとともに、連携パスの様式や運用の改善を行い、圧迫骨折パスを連携パス化する。

方法

現在連携している3病院と1年に3回過去3年間、運営協議会を行い、その都度問題点について討議し、バリエーション分析を行い、連携パスの修正を行った。

結果

院内の大腿骨頸部骨折パスを電子化することによって、各コメディカルとの情報を共有することが簡単に行え、必要とする情報を収集することがスムーズになった。

また転院先の回復期病院の意見を取り入れ、当初使用していた連携パスの修正、変更を行い、受け取る側の情報提供が円滑に行えるようになった。大腿骨頸部骨折の患者様に対しては95%が電子パスを使用しており、回復期病院への転院が必要な患者様に対しては連携パスを使用することへの病棟スタッフのパス理解の

定着にもつながった。

大腿骨頸部骨折連携パスを参考にすることで圧迫骨折連携パスの作成が容易となった。

考察

大腿骨頸部骨折の連携パスの修正を行うことで患者様の転院時の状態がわかりやすくなり、転院がスムーズに行えるようになった。その結果、今後の圧迫骨折患者に対しても転院の受け入れの体制が整ったと考える。圧迫骨折患者は体幹ギブス装着後も疼痛の程度、離床への意欲も幅広く、ひとつのパスでは対応が困難である。そのため大腿骨頸部骨折パスを参考にADLやリハビリの状況に応じた2パターンのパスを作成し電子化した。圧迫骨折についても連携パスの運用を開始する予定である。

今後は電子ファイルの共有などで電子化した連携パスの作成と運用を目標にしている。

まとめ

大腿骨頸部骨折パスの院内部分の電子化することで転院がスムーズになった。さらに圧迫骨折パスも電子化に伴い、今後複数の連携パスの運用にむけて進めていく。

演題抄録

当院における脳卒中地域連携パスの運用状況

医療機関名 名古屋第一赤十字病院

所属 脳卒中科・神経内科

演者名 後藤洋二

岡本剛、田中久美子、陸雄一、岡田暁典、櫻井秀幸、中野智伸、新美由紀、真野和夫

研究要旨 2008年4月に診療報酬が改訂され、脳卒中の地域医療連携管理料・退院時指導料が追加された。これに向けて、名古屋地区では急性期5病院と回復期3病院が合同で地域連携パスを作成し、当院でも2008年度から地域連携パスの運用を開始した。今回、運用後約2年が経過し、当院での脳卒中連携パスの運用状況とを調査した。全体としては、パス運用率は順調に増加していたが、くも膜下出血や重症脳出血患者においては、パスをほとんど運用していないことが分かった。地域住民に質の高い脳卒中医療を提供するためには、このような症例にも脳卒中地域連携パスの運用を拡大していく必要があると考えられた。

研究目的

名古屋地区の病院において合同で作成された脳卒中地域連携パスの当院での運用状況を調査し、その実態と問題点を把握すること。

研究方法

脳卒中地域連携パスに関して、2009年1月～12月における月別の総運用件数・脳卒中病型毎および科毎の運用件数と運用率を電子カルテ上で調査した。

研究結果

2009年1年間の脳卒中地域連携パス運用患者数は、53名であった。各月の脳卒中の総転院患者数は、11～22名（平均：15.3名）であり、その内で地域連携パス運用患者数は0～12名（平均：4.4名）、運用率は0～55%（平均：29%）であった。運用数・運用率ともに増加傾向であった。科別では、神経内科が大部分であり、脳外科症例は非常に少なかった。病型別では、くも膜下出血患者には全く運用されていなかった。

考察

地域住民に、より質の高い脳卒中医療を提供し、より多くの脳卒中患者を診療していくために、脳卒中地域連携パスを発展させていく必要がある。

当院においては、地域連携パスを行っていく体制が整うにつれて、当院でのパス運用率は増加傾向である。しかし、脳外科症例に対する運用は、まだ非常に少ない。その理由としては、この脳卒中連携パスは各病院の神経内科が中心となり作成したものであること、くも膜下出血や重症脳出血の場合には転帰の予測が難しく、入院7日以内に地域連携パスの説明・同意を得ることが難しいことなどが考えられる。

今後は脳外科とも協力し、重症患者にもあらゆる可能性を考え、早い段階で地域連携パスを説明し同意を得ていくことが必要であると考えられる。

結論

当院における脳卒中地域連携パスの運用率は順調に増加していた。

今後は、くも膜下出血や重症脳出血患者にもその運用を推し進めていく必要があると考えられた。

演題抄録

地域連携パスの運用に対する地域連携室看護師の役割

医療機関名 社会保険 中京病院
所属 地域医療連携・相談室
演者名 大矢 早苗

研究要旨

医療計画は、医療連携体制構築に取り組む動機付けと基礎資料を提供するものであり、地域連携パスは構築された連携体制を運営するための一つのツールにしか過ぎない。連携パスを効率的に運用するためには「患者・家族との調整」「院内手順の整備」「院外との調整」など専任の地域連携室の看護師がコーディネートし、マネジメントすることが必要と考える。

目的

現在実施している、地域連携パスの開発から運用までの関わりから、地域連携室看護師の役割を明確にする。

方法

当院で行っている連携パス（大腿骨頸部骨折、脳卒中、高血圧、冠動脈血管形成術施行後、がん）の開発から運用までの介入内容を検討した。

結果

2006年診療報酬改定で大腿骨頸部骨折の地域連携パスが導入された。当院でも同年9月より使用開始になったが、導入に先がけ、共通の診療計画表（地域連携パス）の作成に向けて、急性期病院と後方のリハビリ病院との話し合いの場の設定、勉強会を開催し、地域内の個々の医療機関からの意見を聴取し、パス書類の作成を行った。利用開始後は、定期的な会議を開催し、改善策を検討・提案し、連携医療機関の拡大を図った。また、名古屋整形外科医療連絡会合同会議にも参加した。2008年4月には脳卒中連携パス導入時も同様に連携病院との会議を開催し、開発・運用を行った。同年には高血圧症・冠動脈血管形成術施行後パスを開始した。パスを運用するための診療上の

役割を分担できる医療機関へのアンケート調査を行い、個々の医療機関へパスについて運用の説明を行った。がん地域連携パスにおいても同様に実施し、各診療科医師と地域連携室看護師が連携を図り運用している。

考察

各種連携パスの開発から運用において、地域連携室看護師は幅広く介入していることが分かった。各連携パスに関わる様々な職種との連携を図ることが要求され、患者が安心して地域で療養を受けるためには、地域の関係職種との連携を図るためのコーディネートおよびマネジメントが必要になると考える。

結論

地域連携室看護師の役割として以下のことがあげられる。

- ① 院内の医療関係者、地域の医療機関とのネットワークの構築
- ② 各種地域連携パスの開発・運用の管理
- ③ 定期的なバリエーション分析と連携パスの改善策の検討・提案
- ④ 連携先医療機関の選定、情報提供
- ⑤ 患者の再受診時の介入

急性冠症候群における地域連携パスの試み

名古屋第一赤十字病院 循環器科

丹羽統子 神谷春雄 松尾大志 平松瑞穂 市川智英 小栗光俊 北村智也 三浦学
柴田義久 花木芳洋 大野三良

【要旨】

急性冠症候群に対する地域連携パスを作成、運用を開始した。

【目的】

急性冠症候群は、発症急性期における入院高度治療と退院後早期の急性期治療効果維持、慢性期には二次予防対策が求められる。時期により性質の異なった長期にわたる疾病管理を行っていく上で、急性期病院が全ての診療を担うことは困難であり、地域連携システムを用いて機能分担を行っていく必要がある。そこで当院では、急性冠症候群に対する地域連携パスを作成、運用を開始した。

まだ試行段階であり、今後パス上の不備、運用上での問題点に関して、患者、連携医療機関の意見を積極的に取り入れ改良していく必要がある。そして患者には満足度の高い、連携医療機関には安心して医療を継続でき、当院における急性冠症候群症例を効率よく、効果的に診療・管理していく医療連携システムの構築を目指したい。

【対象と方法】

当院に急性冠症候群として入院、何らかのカテーテルインターベンション治療施行、またはカテーテル検査時残存狭窄が認められなかった症例のうち心不全症状のない（NYHA II以下）ものを対象にパスを適用、パススケジュールを作成。退院時に患者に今後の診療の流れを説明するとともにパススケジュール表を手渡した。同様のパススケジュール表を 1.病院側カルテ、2.地域連携室保管、3.かかりつけ医に診療情報提供書とともに提供した。

【結論】

当院における急性冠症候群地域連携パスは

シンポジウム

「愛知県統一がん地域連携パス開発および普及の現状と課題」

1. 地域連携パス部会における開発の経緯と今後の課題

社会保険中京病院 津下圭太郎

平成 18 年 6 月に成立したがん対策基本法に基づき、平成 19 年 6 月に政府のがん対策基本計画が策定され、5 大がんの地域連携パスを平成 23 年度末までに、全てのがん診療連携拠点病院が運用開始していることが、がん医療の均てん化を推進するための具体的戦略目標として掲げられた。これを受けて、愛知県がん診療連携協議会は、地域連携クリティカルパス部会（以下、連携パス部会）を設置して、この目標の達成に取り組むこととなった。

連携パス部会は、がん種毎に 4 つのワーキンググループ（WG）（注；胃がんと大腸がんは同じWGで扱う）を立ち上げ、これと協働して連携パスの開発と普及に取り組んでいる。部会の主な役割は、活動全体の計画立案と進捗管理、WGの活動支援とグループ間の調整、情報発信と外部への働きかけ、各拠点病院の院内組織やネットワーク整備の支援などである。各WGは全ての拠点病院の担当者と構成し、実際に運用する愛知県統一パスの基本形を作製した。今後は、分野ごとのパス運用情報収集と解析、パスの修正などを担当することになる。

全県統一パスとすることで、医療プロセスの標準化を目指すと共に、異種のパス間でもパスを構成するパーツをできる限り共通・共用化することで、かかりつけ医の負担軽減を図った。現在 5 つの愛知県統一連携パスは、愛知県がんセンターのホームページから閲覧可能である。<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center/>

次のプロセスは、各拠点病院でがん種毎、パス毎の地域ネットワークを立ち上げ、その活動を活性化することである。このためには、各診療科が連携パスネットワークを主催し運営することを、手助け・支援する院内組織を構築することが重要である。また、適応患者の連携パスへのリクルートや、患者および主治医、連携先診療所主治医など、連携パス当事者たちの支援を行うコーディネーター人材の確保も必須である。各拠点病院には、早急にこのような院内体制の整備を望みたい。また、次の段階では、これらのネットワークが県全体で統合され、様々な施設間の連携が可能になることが目標である。

今年度の診療報酬改定で、がん診療連携拠点病院もしくはそれに準ずる病院が、連携パスを用いてかかりつけ医とがんの連携医療を行った場合、病院・かかりつけ医の双方に診療報酬が算定できることとなり、がんの地域連携パス急速な普及が期待される。連携パス部会は、これに呼応して、愛知県統一パスを各施設が容易に活用できる体制の早急な整備に取り組んでいる。

シンポジウム

「愛知県統一がん地域連携パス開発および普及の現状と課題」 2. 胃・大腸がんパス

がん地域連携パスの開発—胃癌、大腸癌—

社会保険中京病院 弥政晋輔

「がん拠点病院が中心となり 5 大癌に対する地域連携パスを、ある程度共通した形式で開発する」という方向性のもとに、胃癌および大腸癌のパス作成を行った。胃癌、大腸癌ともに共通した事項が多いため、両疾患の代表者による合同会合を開き討議を行った。共通の代表者であった施設も複数存在した。

<共通した形式>

医療者用パス (A4 資料形式) : パス説明、同意書、患者情報、共同診療計画書 (オーバービューパス)、診療方針、成績 (ガイドラインより)

患者用パス (A5 バインダー形式) : パス説明、患者情報、共同診療計画書、検査データ記入用紙、結い日記 (病気の説明や各種情報、服薬日誌を含む)

この中で患者用パスに綴じられる検査データ記入用紙は基幹病院の主治医と連携医が診察時に記入するもので、これを患者が持ち運ぶことで情報の共有化を図るものである。

<胃癌>

術後のフォローアップパスとして、ステージ 1 a、ステージ 1 b、TS1 内服症例用の 3 種類を作成した。ステージ 1 a とステージ 1 b に分けたのは、基幹病院への通院頻度が異なるためである。

<大腸癌>

胃癌と同様にステージ 3 までを対象としたフォローアップパスであるが、術後の抗がん剤の有無や抗がん剤の種類によって、抗がん剤なし、UFT+LV (全大腸癌)、ゼローダ (結腸癌)、UFT (直腸癌) の 4 種類を作成した。

<今後の課題>

ガイドラインの改訂や新規薬剤の開発に伴い、パス自体の改訂も今後必要である。またステージ 4 を対象としたパスもいずれは必要になると考えられる。さらに結い日記中の各種情報は多くの施設からさまざまな情報を持ち寄って拡充整備していくべきものであると考えている。このために、パスを利用する施設間で定期的な意見交換ができるシステムの構築が望まれる。

シンポジウム

「愛知県統一がん地域連携パス開発および普及の現状と課題」

4. 肺がんパス

光富徹哉、伊藤志門

愛知県がんセンター中央病院 胸部外科

肺がんは日本の癌死亡原因の第一位であり、根治手術の後でさえ再発可能性が高く、予後が不良な疾患である。加えて、最近の新薬開発の活発化、肺がんの遺伝子型に基づく個別化した医療など、薬物治療は複雑化している。また、肺がんは消化器の癌と比べ、化学療法や外科手術を施行している施設は限られている。これらのことは肺がんが診療所の医師にとってはなじみが少なく、取っ付きの悪いという印象を与えることにつながることもかもしれない。平成22年2月に行った、当院の名古屋市内461連携医療機関へのアンケート(回答率31%)でも、地域連携パス存在下でも受け入れ可能ながん腫は胃(19%)、大腸(18%)、肝(17%)、肺(14%)、乳(10%)であった。

このような状況の中、連携パス部会肺がんワーキンググループ(WG)は2009年6月と12月に二回の拠点病院会議を開催し、肺がん領域における愛知県統一パスの作成を行った。当初の目標として、予後が良好で、バリエーションの生じにくい集団を対象に連携パスを普及させることを考えた。すなわち、切除後病理病期IA期の症例(標準治療は術後経過観察のみ)、IB期の症例(標準治療は経口剤であるUFTの内服2年間)を当初の対照群に設定した。先のアンケートでも、どのような患者を受け入れられるかという問いにたいして、経過観察のみ(28%)、術後経口化学療法(24%)に対して注射の術後化学療法(11%)、進行再発患者の化学療法(12%)では大きな差がみられる。このような患者群を対象に、連携パス部会の書式を踏襲して共同診療計画書、結い日記等を作成した。

患者にとっては拠点病院とかかりつけ医双方の受診による費用負担の増加や、拠点病院受診が減少することによる不安感がある。かかりつけ医にとっては、診療報酬改訂はインセンティブになるだろうが、不慣れである肺がんをみるということに対する拒否反応、拠点病院にとっては手続きの煩雑化、などネガティブな側面があることは否定できない。

今後はこの連携パスをきっかけに、地域での勉強会、患者会なども含んで三者それぞれにメリットを見いだすシステムを構築していくことが肝要である。

シンポジウム

「愛知県統一がん地域連携パス開発および普及の現状と課題」

5. 肝がんパス

社会保険中京病院消化器科 長谷川泉

がんに関する愛知県の統一地域連携パスは、基幹病院と連携施設が協力してがん患者さんを支える新たなツールとして、スタートラインに立っています。この中で肝がんにおける術後のフォローアップパスの特徴を述べる上には、肝がんの特徴、特殊性の理解が重要と思われれます。

我が国の肝がん死亡者数はがんの死亡者数の中で総計第3位です。病因として肝炎ウイルスとの関係が深く、肝がん患者さんの約8割がHBVあるいはHCVの感染者です。たとえ根治目的の治療を行えたとしても再発率が高いのも特徴です。しかしその一方再発の9割は肝内再発であり、手術だけでなくRFAなどの内科治療で局所治療(制御)できるかどうか予後に影響します。ですから肝がんでは(誰でも取りかかれるプロセス)再発をサーベイランスする意義が大きい訳です。

また肝炎ウイルス感染との関係が深いということは、前がん状態の肝炎、肝硬変の時期から長期にかけかかりつけの患者さんが多く、フォローすべき患者さんの明確な囲い込みや紹介が容易であります。また再発のサーベイランスには画像所見と共に、簡略で感度の高い腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-II)があり、採血、注射、投薬など基幹病院と連携医の役割分担がしやすいので、肝がんは連携医が比較的取り組みやすい領域であるとも言えます。

今回の術後のフォローアップパスは医療者用パスと患者さん用パスからなります。医療者用の構成は、医療者向けにパスの紹介、役割分担、バリエーションなどの説明、および同意書含む本文と、医療者用のオーバービューパスとから成ります。一方患者さん用のパスは、前半は本文、がんの治療状態と患者さん用のオーバービューパス、そしてデータを書き込み共有する記入シートと受診予定表、そして後半は結(ゆい)日記から成ります。患者への説明内容が「結い日記」に記載してあるので、患者が知っている情報がよくわかることや、連携による基幹病院への連絡対応がよりスムーズとなること、がん治療連携指導料(連携医療機関)300点、悪性腫瘍特異物質治療管理料(400点)を加算することができることなどが、連携医が地域連携パスを利用するメリットとして挙げられます。

今後の課題としては肝拠点病院をはじめとする他のパスとの住み分けを検討していく必要もあり、パス登録、使用していただく病院の先生方と今後より効率的なものにbrush upしていきたいと考えています。