

兵庫県医師会「地域医療・地域ケア連携フォーラム」
「一多職種連携！ 今、地域医療・地域ケアに最も求められるもの」
(平成22年11月6日)



[第1部]：報告

—各種地域連携パス作成経過と連携の現状について—

②がん

兵庫県がん診療連携協議会幹事長
兵庫県立がんセンター—副院長

足立 秀治

がん診療連携拠点病院

「がんの専門的診療を行う拠点となる病院」

すべての国民が居住する地域にかかわらず、患者さんの状態に応じた適切ながん医療を受けられるように整備を行う

平成19年4月 「がん対策基本法」施行

平成19年6月 「がん対策推進基本計画」の策定
「がん患者を含めた国民」の視点に立ったがん対策を実施

がん診療連携拠点病院の整備

2次医療圏に1箇所程度の整備＋民間病院の参画を促す

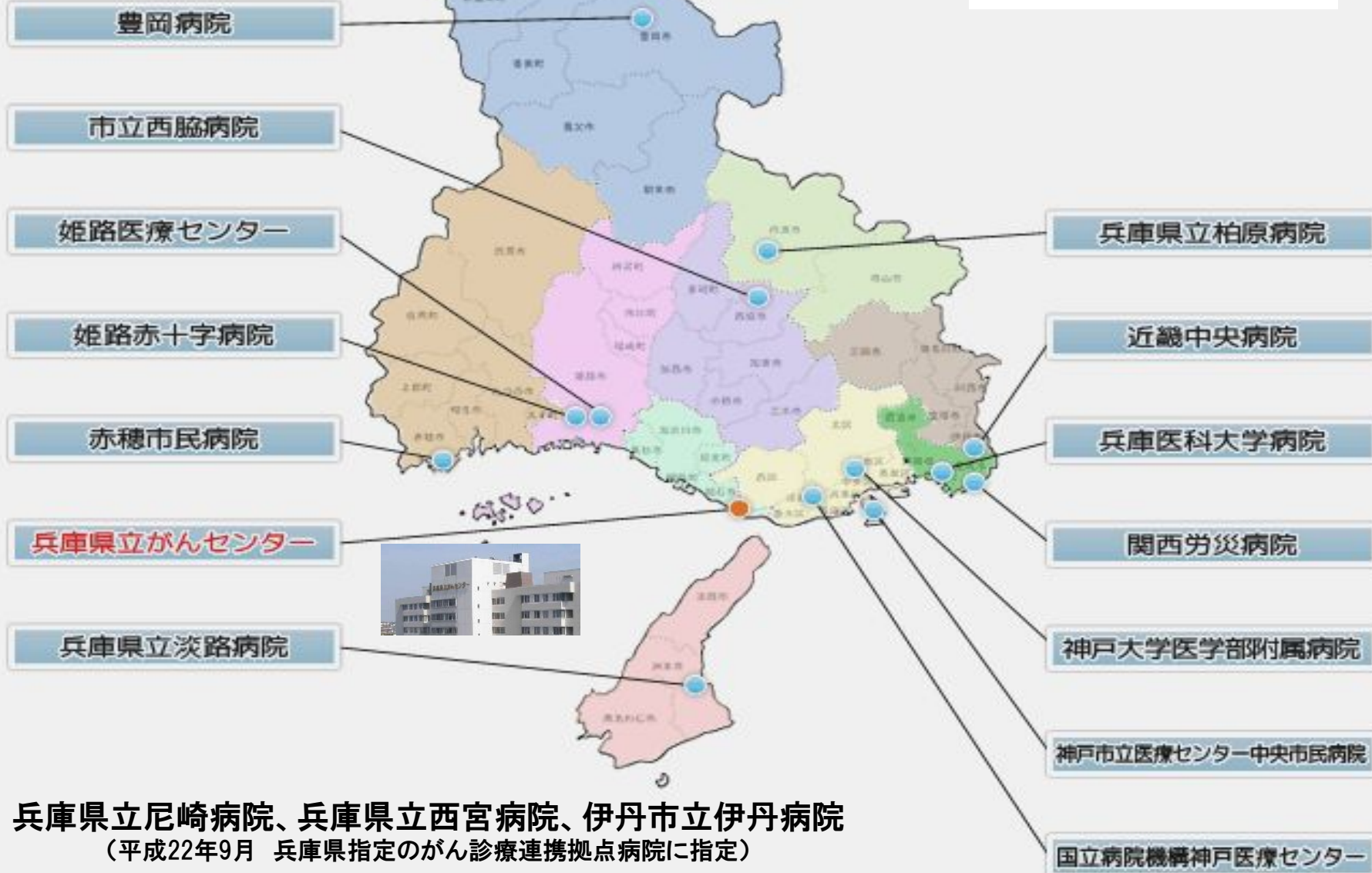
地域がん診療連携拠点病院 326病院

都道府県がん診療連携拠点病院 51病院

知事が推薦し全国で計377病院が厚労大臣に指定された(平成22年4月)

兵庫県内のがん診療連携拠点病院(14病院)

(平成22年11月現在)



兵庫県がん診療連携協議会

兵庫県におけるがん診療の連携協力体制、相談支援の提供体制、その他のがん医療に関する情報交換を行う（平成19年5月19日に設置）

協議会 14病院長、兵庫県医師会長、兵庫県放射線技師会長、医療団体と患者団体代表、兵庫県、等で構成

幹事会 協議会を円滑に運営するため、協議事項に係る調整等を行う

1. 研修・教育部会

- ・ 抗癌剤治療, 放射線治療の専門医養成
- ・ 集学的治療推進のための研修の企画実施

2. 情報・連携部会

- ・ 情報提供
- ・ がん医療に関する情報交換
- ・ **地域クリニカルパスの整備**

3. がん登録部会

- ・ 統計
- ・ 県内のがん登録データ分析・評価

4. 緩和医療部会

- ・ 病院、診療所、ホスピス等との連携体制構築
- ・ 治療の初期からの緩和医療の推進など

「がんの地域連携パス」の背景

- がん対策基本法：療養の質の向上とがん医療の均てん化
「がん診療連携拠点病院」の指定、がん医療の機能分担と連携
- 医療費適正化計画：平均在院日数短縮、外来診療へのながれ
- がん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、地域連携を進めて欲しい
(患者会からの要請もあり)

従来型の医療連携

診療情報提供書をベース
にした医師医師間の連携

地域連携パス

診療計画の共有とチーム医療
を基本とした医療連携

「がんの地域連携パス」

がん患者に対する診療全体を体系化したもの

- 従来以上に、患者中心の「地域チーム医療」を推進
- がん患者を「地域のチーム」で診る
- がん患者をどの医療機関で診療を受けても、がん医療の質が保証される
- がん患者が安心して連携診療を受けられる

以上を実現するためのツールとして位置づけ

患者、地域、がん拠点病院で患者情報と目標を共有

- 目標：
- ・ 再発、合併症の早期発見
 - ・ 全身管理(併存疾患の管理)

あくまでも

「患者中心の地域チーム医療の推進」

患者・家族の立場に立って医療の質と安心を確保

目標：再発や合併症の早期発見
全身管理(併存疾患の管理)

- 患者・家族にとってメリットあり
- 連携医(かかりつけ医)にも理解が得られるように

地域連携パス策定の考え方

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、介護、看取りまで、**拠-病-診-在-訪看ST-介護-薬、などの連携をすべて包含する**
4. 地域連携計画を各疾患の治療法ごとに作成する
5. **パス作成の対象は、比較的病状が安定している病期・病態の患者とすること**
6. 連携の意志があるすべての医療機関が使えるもの
7. 連携を説明し同意を得る
8. **緊急時対応の取り決めを明記する**
9. 紙のひな型を提示。将来的には電子化への移行を考慮
10. **連携医療機関と定期的に協議する場を設け、研修会、勉強会を開催する**

兵庫県の地域連携パスの状況

1. H20年3月に「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が出され、5年以内(平成24年4月まで)に5大がんの連携パスの整備が求められた
2. H21年度に協議会で連携パスを**最重要課題**とすることが決定
3. 兵庫県がん診療連携協議会で幹部会の下に、がん診療における地域連携パスWGを組織(H21年8月)し、愛媛、大阪をモデルとして案を作成。12月に幹事会・WG合同委員会で兵庫県のモデル案を提示し、再度各拠点病院での多職種での検討
4. H22年4月に兵庫県医師会に**がんの地域連携パスの検討を依頼**
 - ・患者・住民医療の利益に適う方向で、医師会員の理解・協力が得られる形で進める事で了解
 - ・パス検討の前提として、拠点病院での緊急対応表とマニュアルを再確認
 - ・**県医師会の委員会での検討とWGへの参加と意見交換**
5. H22年7月にモデル案を一部修正して兵庫県内統一パス案を作成
6. 県医師会委員会に提示、WGでの検討、患者会との意見交換会などを行い、意見を集約して修正
7. H22年10月22日に**兵庫県統一パス案ver1.0を確定**

兵庫県の地域連携パスの前提

1. 再発時対応、緊急時対応などを目に見える形で記載
2. 各拠点病院での緊急対応表とマニュアルを再確認
3. 連携医にパス患者依頼時には、依頼書と一緒に緊急対応表とマニュアルを送付。緊急時の電話での要請時には、「連携医名と、地域パスで運用中の〇〇さんの件で・・・」と言うように要請
4. 患者にも説明と同意を依頼時に、緊急対応表を提示して確認する

できるだけトラブルの無いように！

かかりつけ医からの緊急相談における 電話対応の具体例

ケース1: 病院の通常診療中における対応(午前10時頃)

- 病院(電話交換士):
こちらは〇〇〇〇病院です。どのようなご用件でしょうか?
- 診療所:
こちらは〇〇市〇〇区の〇〇クリニックの院長〇〇です。がん地域連携パスを利用している患者さん、〇〇さんの件で、緊急に担当の方にご相談したいのですが。
- 病院(電話交換士):
地域連携室の担当者につながりますので、しばらくお待ち下さい。
- 病院(地域連携室):
もしもし、お待たせしました。地域連携室のMSWの〇〇(看護師の△△、事務の□□)と申します。(役職と名前を告げる)

その他、下記の対応例も記載

- ケース2: 病院の診療がほぼ終了し、診療所では午後診が続く時間帯における対応(午後6時頃)
- ケース3: 深夜、患者の様態が急変し、近隣での受け入れが困難で診療相談を受けた場合の対応

「地域連携パス」についての確認事項

1. 「地域連携パス」の対象患者は？

まずは比較的病状が安定している病態の患者さんが対象

2. 連携医はどう決めるのか？

原則として、紹介元の先生

紹介元の先生が困難な場合は、患者・家族と相談のうえ、適切な連携医に依頼する

連携医の決定は、透明性のある方法で（**逆紹介システム**の構築整備も考慮）

3. 今までの地域連携との違いは？ **基本的には同じ**

すべての患者さんに地域連携でお願いする方針

しかし、パス適用の場合は、連携診療計画表などを提示して、地域のチームでの治療方針や再発時対応、緊急時対応などを目に見える形に記載

安心感 ↑

あくまでも

「患者中心の地域チーム医療の推進」

患者・家族の立場に立って医療の質と安心を確保

目標：再発や合併症の早期発見
全身管理（併存疾患の管理）

- 患者・家族にとってメリットあり
- 連携医（かかりつけ医）にも理解が得られるように
- 拠点病院にとってもメリットあり

「地域連携パス」で作成するもの

1. 医療機関(連携医)への依頼書と診療情報提供書、
役割分担表、緊急時マニュアル
2. 共同診療計画書(拠点病院用、連携医用、狭義のパス)
3. 患者さんへの説明文書(同意書)、緊急時対応表
4. 連携ノート (私のカルテ、連携手帳)
5. パス説明用のパンフレット(地域連携パスのご案内)



兵庫県立がんセンター

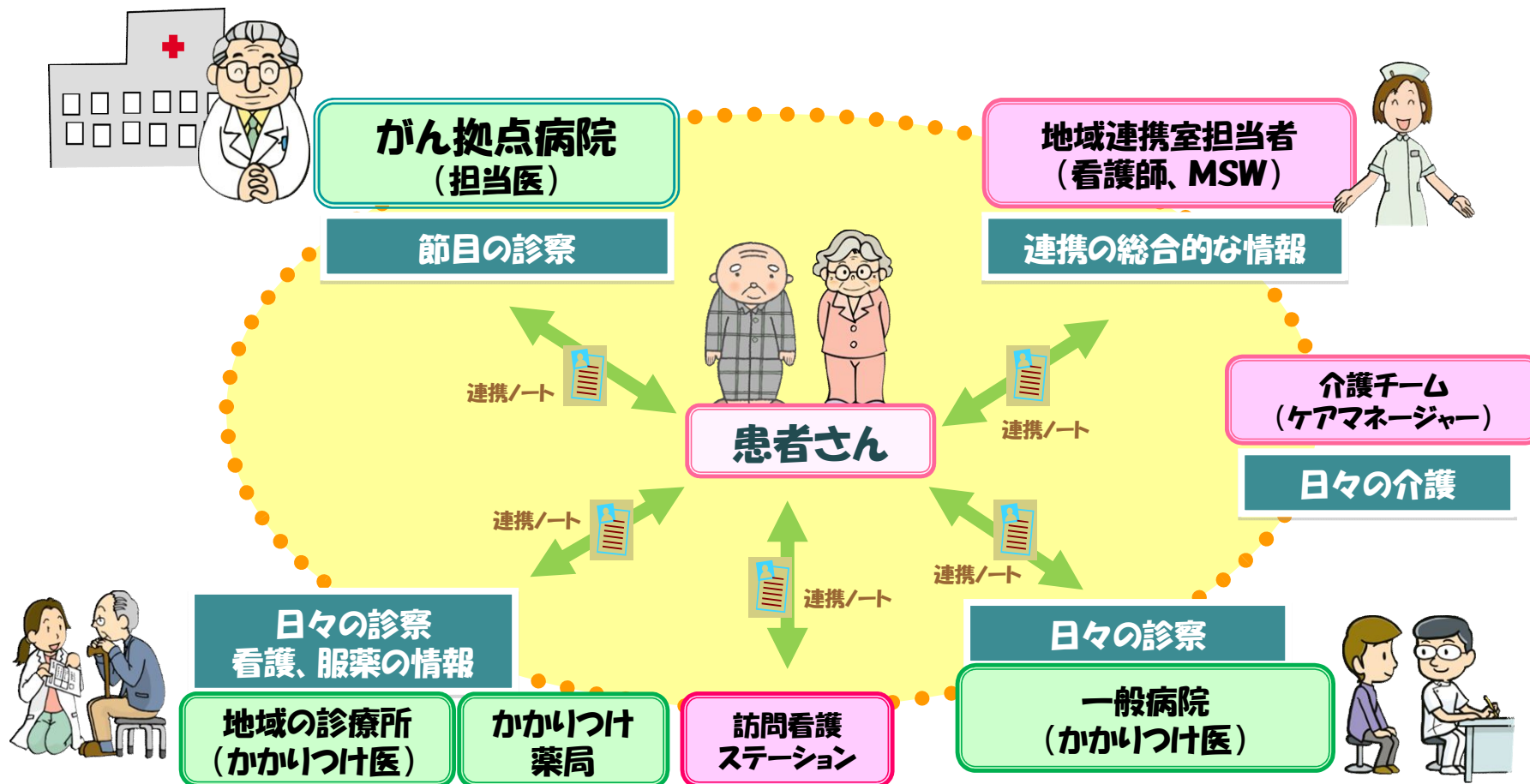
パス説明用のパンフレット

5大がん共通で使用

- ・A5版、8ページ
- ・患者さん・家族に外来受診時に配布
- ・地域連携パスについての理解を深める
- ・説明時間の節約に貢献

あなたを支える「地域連携システム」

地域の中で役割分担と医療連携をおこない
それぞれの特徴を活かした医療を提供する（地域完結型医療）



患者さんを中心にして、地域のかかりつけ医と拠点病院などが情報共有
適切で、より良い医療と安心を提供する仕組みです

患者さんのメリット

かかりつけ医と〇〇〇〇病院とを定期的を受診することで、患者さんの主治医が複数になる（味方が増える）と考えることができます。

- 異常の早期発見やきめ細かな対応が、複数の担当医、看護師、薬剤師等のチームから受けられます
- 通院時間や交通費など、患者さんの負担軽減も望めます
- 重複した検査・投薬が避けられます

地域連携パスを利用することで、患者さんやご家族のお話をもっとお聞きできるようなものと考えています。

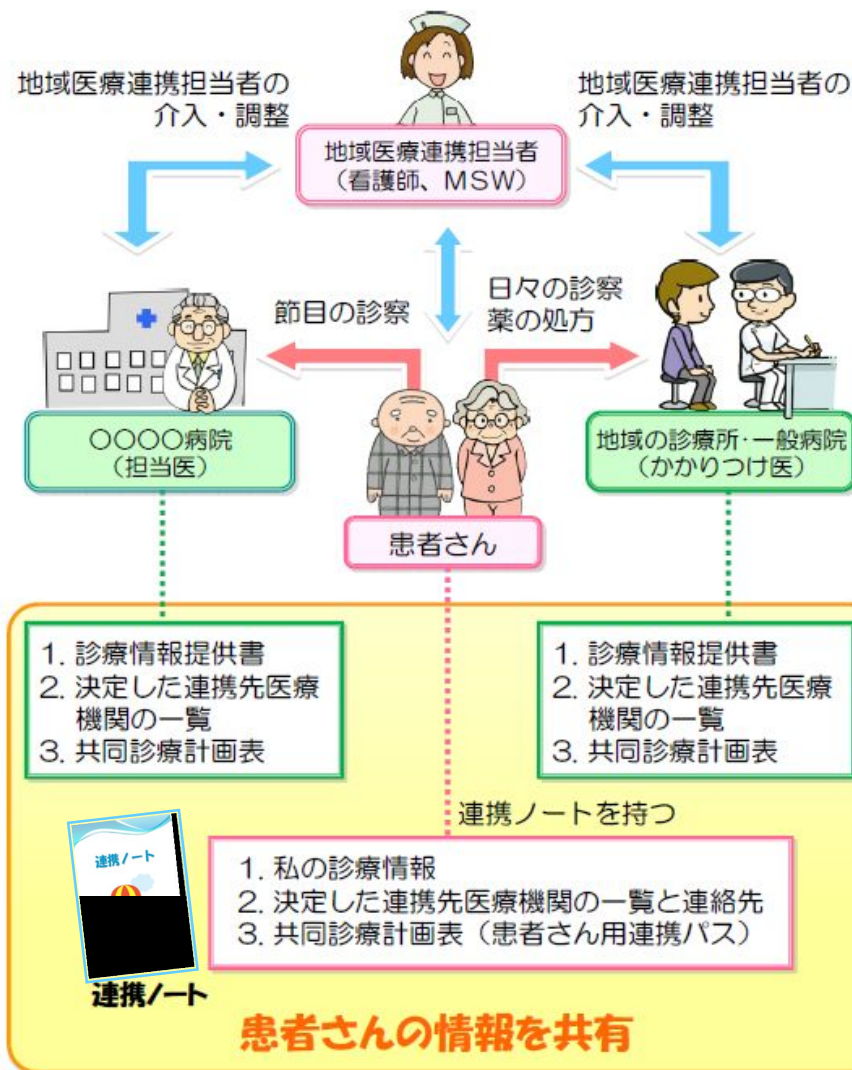


地域連携パスの利用

私たちは、地域連携診療計画書（地域連携パス）が患者さんの療養生活や診療の方針に合っているかどうかを検討し、利用した方が良いと考えた場合におすすめしています。

関係する医療機関、患者さん・ご家族と相談しながら運用し、変更・中止の申し出にも応じます。

地域連携パスの流れ(連携医療機関決定後)



地域連携パスの流れ(連携医療機関決定まで)

外来受診時

- 入院前から地域での連携診療について説明・相談します

入院・治療

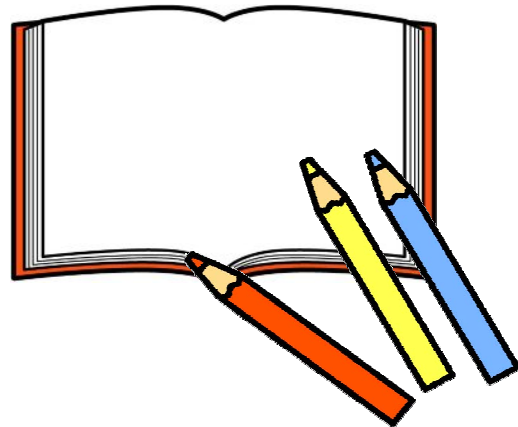
- 患者さんに院内パス、地域連携パス、連携医療機関について説明します。
- 患者さんの同意後に、今後の共同診療について連携医療機関と調整を行います。

退院・連携開始

- 連携医療機関の了解後に、患者さんに「連携ノート」をお渡しします。
- 退院後の落ち着いた時点(およそ退院1-3ヶ月後)から開始します。
- かかりつけ医(地域の病院、診療所)が日々の診察と投薬を担当し、〇〇〇〇病院が節目(3~12カ月ごと)の診察を行います。
- 血液検査や画像診断などは、患者さんの希望を聞いて、かかりつけ医と〇〇〇〇病院のどちらで行うか相談をします。
- 病状が変わった時や、副作用が強い時などに備え、夜間休日にも安心できるような連携の体制を作ります。



連携ノート



(お名前:)

兵庫県がん診療連携拠点病院
〇〇 〇〇病院

ステージ I A

胃がん治療に関する連携計画書 (患者さん用)

患者氏名: _____ 様
 計画策定病院 (A): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____
 連携医療機関 (B): _____ 担当医師: _____ 連絡先: _____

術後 受診・検査は現在治療中の病気や体調により変化します。

病院	1-2週間	1-2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月
診察	●		●		●		●	
採血	●		●		●		●	
CT							●	
エコー							●	
胃カメラ							○	
かかりつけ医	／		／		／		／	
診察		●		●		●		●
採血		●		●		●		●
エコー								
胃カメラ							○	

※●は必須、○はどちらかの施設で実施する。

血液データ (病院でもらった血液検査プリントをご自身で書き写してご利用下さい)

Hb								
Alb								

医療機関の分担と連携を明記

Ca								
----	--	--	--	--	--	--	--	--

腫瘍マーカー 基準値 (病院) CEA: ng/ml, CA 19-9 ng/ml, CA 125 ng/ml

CEA								
CA19-9								
CA125								

術後状態 (受診日前に状態をご自身でご記入ください)

体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
食欲	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3	1, 2, 3
食事量	A: B: C: D	A: B: C: D	A: B: C: D	A: B: C: D	A: B: C: D	A: B: C: D	A: B: C: D	A: B: C: D
食事回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日
便秘	a: b: c: d	a: b: c: d	a: b: c: d	a: b: c: d	a: b: c: d	a: b: c: d	a: b: c: d	a: b: c: d
便秘回数	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日	回/日

食欲 1. 旺盛 2. まあまあ
 食事量 A 前と同じくらい B 3分の2程度
 便秘 a 良好 b 便秘がた

多職種連携(チーム医療)の視点をいれた 計画表の作成

がん地域連携パス がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



がん診療連携拠点病院等



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有

近畿厚生局への登録が必要



連携医療機関

200床未満の病院
診療所

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、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。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する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

300点

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

750点

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



(H22年4月診療報酬改訂)

患者会からの意見

- ・ **やはり不安**

「患者・家族が安心して治療を続けられることを目指すもの」であることを記載してほしい（見放され感、見捨てられ感、患者の不利益感の払拭）

- ・ **再発時対応、緊急時対応**についての取り決めに明記してほしい

- ・ 形式は「**A4**」サイズ（字が大きくてみやすい）のクリヤーファイル形式として、患者の判断で「診療時携帯」分と「参考用保管」分に分けて利用できるようにしてほしい

（孫の写真や家族の写真などを入れて、**自分のノート**を作りたい）

- ・ 「連携ノート」は、患者と医療機関が連携して患者中心の治療を切れ目なく続けるための貴重な資料です。患者さんご本人にしっかりと管理していただく必要があります」、などをいれて。（自己管理で大切に、記載も患者さんに）

- ・ ホームページへの掲載を！

- ・ 患者・家族及び一般市民対象の**説明会**を開催してほしい！



- TOPICS
- 医療関係者の方へ 03/14 第3回兵庫県放射線技師会臨床学術講演会を開催しま
 - 医療関係者の方へ 03/13 第13回臨床腫瘍医の会を開催します。
 - 医療関係者の方へ 03/11 第102回兵庫県肺癌懇話会を開催します。
 - 一般の方へ 03/10 中播磨地域がん診療連携拠点病院市民向け講演会
（「がんと向き合う」～命を輝かせるために～ 講演者：向井 亜紀氏）を開催します。

- がん診療連携拠点病院
- 兵庫県がん対策推進計画
- がん情報サービス ganjoho.jp がん相談支援センター一覧
- 関連情報リンク
- 国がんセンターがん情報サービス ganjoho.jp
- 都道府県がん診療連携拠点病院 兵庫県立がんセンター

兵庫県がん診療連携協議会のホームページもご参照下さい

「地域連携パス」を稼働させるための課題

1. 地域連携のネットワーク構築

まずは信頼関係の構築、チーム医療の構築が必要

2. 現場の医師(連携医)の御意見は？、

本当に地域連携推進に繋がるのか？ 業務量は？ メリットは？

連携医の理解と協力(積極的な関与)が必要

3. 患者・家族の意向は？、納得は？

見放され感、見捨てられ感のないように

患者の不利益に繋がらないように

地域完結型医療についての理解が必要

意識の醸成を(患者・家族、県民対象の説明会を開催予定)

4. 連携調整は？

誰が？、いつ？、どこで？ まずは、拠点病院の地域連携室

県医師会も連携調整の役割を担う方向で協議をすすめる

さらに、定期的に協議を行い意見交換を行う

地域連携室の強化、調整担当者の育成が必要

- 患者が満足して安心できる連携と
- 連携のもとでのパスが必要
(情報共有、目標共有、方法の統一)

患者・家族、医師会（連携医）、協議会（拠点病院）
行政、訪問ST、介護チーム、など、みんなで情報共有

多職種での地域連携のネットワークを構成



まずは、信頼関係の構築から開始
チーム医療の構築
連携のないところにパスなし

「みんなで作る地域連携パス」

簡潔で使いやすいものを作成し運用開始予定

がんの地域連携パス

－今後の予定－

- 各地域(郡市区医師会)での医療状況、地域の特性に即して、文言など必要であれば修正。
- 郡市区医師会への周知。説明会を開催し、登録を依頼、運用開始
- 患者・家族、県民・市民の意識の醸成、県の広報誌、新聞報道などでも啓蒙を行う
- 適当な時期(年度末、23年度?)に、各パスについて検証、修正などを行う
- 抗癌剤治療パス、その他のパスも継続して検討を行う



ご静聴ありがとうございました

参照ホームページ:

- ・ 兵庫県がん診療連携協議会
- ・ 兵庫県立がんセンター

<http://www.hyogo-ganshinryo.jp/>

<http://www.hyogo-cc.jp/>