

地域連携パスを考える会を始めて（胃癌を中心に）

若月 俊郎¹⁾，竹林 正孝¹⁾，渡邊 義久²⁾

¹⁾山陰労災病院外科

²⁾山陰労災病院薬剤部

（平成 21 年 3 月 16 日受付）

要旨：2006 年 4 月診療報酬改定により地域連携クリニカルパスが保険適応となり，2007 年から新たな医療計画が始まり，そのなかで地域連携パスは連携ツールとして明確に位置づけられている。今後 5 つの癌（肺癌，肝癌，乳癌，胃癌，大腸癌）に対する地域連携パスが必須となるのは時間の問題だと思われる。そこで，当院の地域連携パスを作成運用するに至った経緯，および現状，今後の課題について報告する。

当院で症例の多い胃癌から始めることにした。しかし，地域連携パスを始めるに当たり，問題点として 1. ネットワークづくりは，小さいものから始めるか，それとも大きなネットワークで始めるのがいいのか。 2. 医師会との関係は 3. 地域連携室との関係は 4. 疾患別のパスが必要で疾患別のネットワークが必要では 5. 米子市内の病院がすべて同じパスで動けるか 6. 化学療法をしてもらえるかなどが挙げられた。

大きなネットワークから開始するには時間がかかり，いろいろな制約もかかることから，まずは有志の県西部地区開業医と山陰労災病院外科とのセミクローズの会としてはじめることにした。

癌のパスであり，特徴は再発を考慮した検査項目と観察期間である。パスは医療者用と患者用の 2 種類を作成し，期間は 5 年間とした。地域連携パスは期間が 5 年と長く，細かい設定が困難である。そこで施設間で共有する重要事項のみ記載することにした。再発のチェックを重視し，3 カ月ごとに血液検査（腫瘍マーカーを含む），1 年ごとに胃カメラ，CT などを施行することにした。内服投与，出来る検査は開業医で，無理な検査は当院で行うことにしている。患者は原則 3 カ月に 1 度当院を受診し，それ以外は開業医で診察してもらうことにしている。今後，化学療法の必要な患者が増加することが考えられ，TS-1 の化学療法パスも作成した。

会は，2007 年 5 月から今までに 4 回開催してきている。その結果，市内の 4 病院が同じ胃癌地域連携パスを使用することになり，医師会，薬剤師会からも共催も得た。現在まで化学療法 8 人を含む 52 症例に使用している。内訳は開業医 29 施設，病院 5 施設である。

今後の課題としては，進行度別の胃癌パス作成，調剤薬局との連携，患者満足度調査，大腸癌のパス作成，開業医の積極的参加があげられる。

（日職災医誌，57：210—216，2009）

—キーワード—

地域連携パス，胃癌，化学療法

はじめに

最近の医療の変化はめまぐるしく，2006 年 6 月のがん対策基本法成立などによってがん医療の形態を変えざるを得なくなっている。さらに，病院は入院主体となり，外来は開業医（かかりつけ医）にお願いするしかなく，世の中，不景気で簡単に患者は仕事を 1 日休んで病院に

入院するのが困難になっている。また，DPC 導入により入院期間の短縮が生じ，退院後の患者フォローがますます重要となってきている。このような状況下，患者が 1 つの施設で治療完結するには無理があり，地域全体で診ようという地域完結型の連携医療が求められるようになってきた。2006 年 4 月診療報酬改定により大腿骨骨折のみであるが，地域連携クリニカルパス（以下パス）が

保険適応となり、これに加え2007年から新たな医療計画が始まり、そのなかで地域連携パスは連携ツールとして明確に位置づけられている。現在保険点数はついていないが、今後5つの癌（肺癌、肝癌、乳癌、胃癌、大腸癌）に対する地域連携パスが必須となるのは時間の問題だと思われる。そこで、当院の地域連携パスを作成運用するに至った経緯、および現状、今後の課題について報告する。

当院外科の背景

当院外科の年間手術件数は約600例で、1999年8月よりパスを腹腔鏡下胆嚢摘出術から開始し、2001年から胃癌、大腸癌の周術期の管理をパスで行ってきている。胃癌、大腸癌のパス適応率は90%を超えており、現在外科のパスの種類は35種類、全体の入院患者に対するパス適応率は60%弱である。外来に通院中のがん患者総数は毎年増加し、がんの再発チェック、抗癌剤投与など他疾患に比較し外来に時間がかかることが多く、予約制にしているが、時間が遅れることが多く、患者から苦情も多いのが実情である。

がん地域連携パスの会を始めるにあたって

がんの治療は図1に示すように大変複雑であり、がんの地域連携を始めるに当たって患者の希望は以下のごとくであった。

1. どこでも同じ治療が受けたい。
2. 安全で間違いのない医療を提供してほしい。
3. 大きい病院で診てほしい→良い機械がある。
4. できれば自宅、会社から近いところ→アクセスがよい。
5. すぐ診てもらえる→待ち時間が短い。
6. 自分が仕事を休まなくてもみてもらえる→土曜日や夕方診察してもらえる。

また、地域連携パスを開始した場合、患者、開業医、病院には以下のような三者三様の悩みがあると考えられた。

患者：1. 開業医さんと病院とで同じ治療、検査が受けられるのか。

2. 手術したのに診察は内科の先生でいいのか。

開業医：1. 何か問題が生じたら、いつでも病院がちゃんと患者さんを診てくれるか。

2. 化学療法にかかる費用、副作用は大丈夫か。

3. 勤務医の専門、人柄を良く知らない。

4. 病院の情報が少ない。

当院：1. 病院は逆紹介して病院稼働率は保てるのか、外来が減るのでは。

2. 開業医さんを良く知らない。

これらの悩みを克服するためには患者、開業医の不安感を取り除き、信頼関係を築くことが第一と考え、そのた

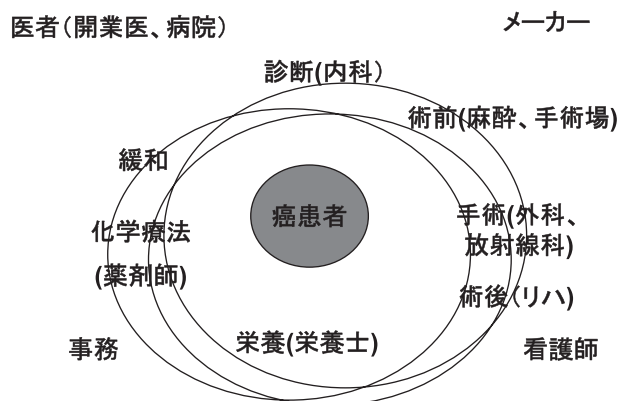


図1 癌治療の現状

めにはどこの施設でも同じ治療（治療の統一）が、みんなに判りやすくできること（情報の共有化）が必須と感じた。そして、これを達成するにはパスを利用することが1番と考え、まず当院で症例数が多く、栄養士を含め多職種が参加できることから胃癌から始めることにした。地域連携パスとは疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリテーションまでを、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であると武藤は述べている¹⁾。そこで、がん地域連携パスの目的を以下のように定めた。

1. 相手の顔が見える、コミュニケーションを大切に
2. 患者にとって開業医と病院のダブル主治医
3. 治療法の統一と確認
4. 患者満足度の向上

さらに野村²⁾は、地域連携パスはパスの原則に則り、作成、活用されなければパスとしての連携医療の質と効率の向上効果は期待できないと報告している。そこで、癌地域連携パスへの取り組みに必要なものとして次の6点を考えた。

1. 医療連携のネットワーク構築
対象疾患別のネットワークが必要
2. 開業医と病院の明確な役割分担
3. 医療者用と患者用のパス
4. バリエーション分析
5. アンケート
6. 定期的な会合（年2回）

しかし、がん地域連携パスを始めるに当たり、問題点として 1. ネットワークづくりは、小さいものから始めるか、それとも大きなネットワークで始めるのがいいのか 2. 医師会との関係はどうするか 3. 地域連携室との関係は 4. 将来的には市内の病院がすべて同じパスで動けるか 5. 化学療法をしてもらえるかなどが挙げられた。

大きなネットワークから開始するには時間がかかり、

表 1 胃痛地域連携パス医療者用

山陰労災病院外科胃腸地域連携パス

10-33

観察期間

手術日 H 年 月 日

手術術式

退院時体重: Kg

化学療法

STAGE

退院後2週間まで

術後3ヶ月まで

術後6ヶ月まで

術後1年まで

術後2年まで

術後5年まで

観察項目

退院後2週間まで

術後3ヶ月まで

術後6ヶ月まで

術後1年まで

術後2年まで

術後5年まで

退院後2週間後

1ヶ月に1回程度

3ヶ月に1回程度

1ヶ月に1回程度

3ヶ月に1回程度

6ヶ月に1回程度

食事の取れ具合*

退院時と比較して2kg以上の体重減少がない

退院時の10%以上の体重減少がない

退院時の10%以上の体重減少がでない

再発の兆候がない

再発の兆候がない

再発の兆候がない

食事が出来る

食事が出来る

食事が出来る

食事が出来る

食事が出来る

食事が出来る

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

食事が出来ない

*:食事が出来ないとは、タンパク質不足、腹膨満感、胸膨満感、食後の腹痛がない

外科外来受診誘導をお願いします

表2 胃癌地域連携パス患者用

胃癌地域連携パス

10-33



退院後2週間まで		術後3ヶ月まで		術後6ヶ月まで		術後9ヶ月まで		術後1年まで		術後2年まで		術後5年まで	
手術日 H 年 月 日	退院後2週間後	1ヶ月に1回程度	1ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度	3ヶ月に1回程度
開業医	山陰労災病院外科	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	食事が出来る	検査の結果再発の兆候がない
受診間隔	退院時体重より2kg以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	退院時の10%以上の体重減少がない	検査の結果再発の兆候がない
連携目標	頻回な嘔吐がない	37度以上の発熱がない	傷の感染がない	我慢出来ない痛みがない	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	検査の結果再発の兆候がない
検査	採血	月1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回
	腫瘍マーカー	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回
	CT(胸部・腹部・骨盤部)	〇(進行がんの場合)	〇(進行がんの場合)	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	1年に1回 (進行がんの場合6か月毎)
	腹部超音波検査	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回
	胃内視鏡	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回	3ヶ月に1回
処置	投薬	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	食事摂取量が少くない場合には 飲む栄養剤 消化剤や胃薬など 必要あれば抗がん剤 貧血があれば鉄剤 必要あれば抗がん剤	消化剤や胃薬など 貧血があれば鉄剤 抗がん剤
	点滴	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	食事摂取量が極端に少ない場合には 点滴から栄養剤を （出来るだけ）口から栄養剤を 飲む方が望ましい	貧血があれば鉄剤 抗がん剤
目標が達成されない場合	傷の感染⇒家庭医で診てもらい 月曜日以降は無理であれば 山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診
	嘔吐がある場合⇒縫い合わせ た箇所の一時的な腫れが先ず 考えられます。この場合は点滴 と軽めの食事(場合によっては 経管栄養剤のみ)で数日様子 を見て見えない場合山陰労 災病院外科受診。	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診
	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診	嘔吐が頻りに繰り返す 場合⇒山陰労災病院外科受診

山陰労災病院外科受診の際に栄養指導を受けていただきます。

いろいろな制約もかかることから、まずは有志の県西部地区開業医（主に消化器の専門）と山陰労災病院外科とのセミクローズの会としてはじめることにした。2006年秋ごろより準備を開始し、地域医療連携ネットワーク構築を目的とした地域医療連携パスを考える会を2007年5月から始めた。

がん地域連携パスの特徴（胃癌）

癌のパスであり、特徴は再発を考慮した検査項目と観察期間である。パスは医療者用（表1）と患者用（表2）の2種類をオーバービュー形式で作成し、期間は5年間とした。院内で使用するパスは1日毎の細かな設定であるが、地域連携パスは期間が5年と長く、細かい設定が困難である。そこで施設間で共有する重要事項のみ記載することにした。再発のチェックを重視し、3カ月ごとに血液検査（腫瘍マーカーを含む）、1年ごとに胃カメラ、CTなどを施行することにした。内服薬、血液検査（腫瘍マーカーを含む）は原則開業医で、腹部エコー、胃カメラ、胃透視も可能であれば開業医で、CTなど開業医で無理な検査は当院で行うことにしている。患者は原則3カ月に1度当院を受診し、それ以外は開業医で診察してもらうことにしている。実際には、ステージ別、早期癌、進行癌別、化学療法別にパスを作るのが理想的であり、長島³⁾は抗癌剤投与形式別のパスを報告している。しかし、最初であり、簡潔さを求めて胃癌すべてを統一パスとした。ただし進行癌については再発チェックの頻度（CT）を多くしている。さらに2007年ACTS-GCによりStage II, IIIの胃癌根治術後の1年間のTS-1による術後補助化学療法の有効性が報告された。このことにより、化学療法の必要な患者が増加することが考えられ、TS-1の化学療法パスも作成した。開業医の理解を得るために、初めて地域連携パスを使用していただく場合には出向いてパスの説明を行い、TS-1を始めて使用される際には抗癌剤の説明をMRにお願いしている。

地域連携パスを考える会の現在までの成果

2007年5月第1回目を開催し、現在まで4回行ってきている。

第1回目（2007年5月29日）：開業医はパスに慣れておらず、まずは胃癌連携パスの目的、当院の胃癌パスにおける各職種による活動の報告を行い、パスについての理解を深めていただいた。開業医からは当院からの術後フォロー患者についての報告があった。

第2回目（2007年10月30日）：行政とのリンクも重要であり、医療計画における地域連携パスの重要性と題して行政から参加していただいた。また胃癌連携パスを使用していただいた開業医さんの意見などのアンケート報告を行った。さらに近隣の博愛病院、米子医療センターからの参加があり、パスの名称を山陰労災病院外科胃癌

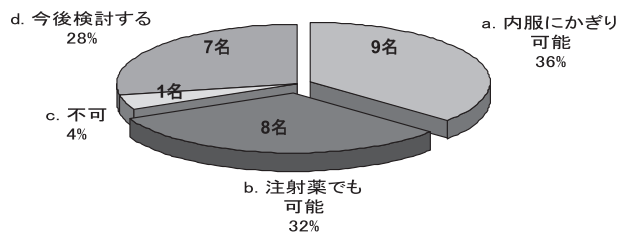


図2 抗がん剤治療のフォローは可能でしょうか

連携パスから県西部胃癌連携パスと改名した。

第3回目（2008年6月6日）：化学療法が必要なことから薬剤師との関係も重要である。そこで地域連携パスにおける薬剤師の役割と題して薬剤師からの報告を行った。また最新の状況を知るために特別講演を行った。さらに会の共催に西部医師会も参加し、医師会の協力が得られるようになった。

第4回目（2008年11月19日）：博愛病院から乳癌パスの提案があり、米子医療センターからも報告があり、大学からの参加も得られた。開業医からはパスを使用した報告をしていただいた。これで市内の4病院がそろい同じ胃癌地域連携パスを使用することになった。また薬剤師会からも共催していただけるようになった。

現在まで化学療法8人（TS-17人、UFT1人）を含む52症例に使用している。内訳は開業医29施設、病院5施設である。ステージはIA42例、IB2例、II2例、IIIA5例、IV1例である。再発は肝転移2例を認めている。

開業医からの反応

2007年10月に県西部の開業医25名にアンケートを施行した。その結果、パスを使用した開業医の80%がパスは有効と答え、使用していない開業医の60%が使えば有効であると感じていた。抗がん剤使用に対しては図2に示すように内服なら可能と答えた開業医が36%、注射も可能という回答は32%あり、約70%の開業医が化学療法も行うと答えている。

但し、すぐに血液検査が出来ない、副作用が心配などの声が認められた。胃癌以外の癌のフォローに関しても大腸癌では64%が可能と答え、その他の癌でも診ていただけることがわかった（図3）。

今後の課題展望

会を始めて2年間で市中の大きな4つのすべての病院の参加が得られ、統一パスが動き始めている。しかし、以下の課題があげられる。

1. 進行度別の胃癌パス作成：進行がんは、再発しやすく早期がんと検査間隔を変更していく必要がある。また、抗がん剤の使用も今後増加すると思われる。

2. 調剤薬局との連携：抗癌剤は服薬管理や有害事象など高度な専門的診療が求められる。そこで佐藤⁴⁾は開業

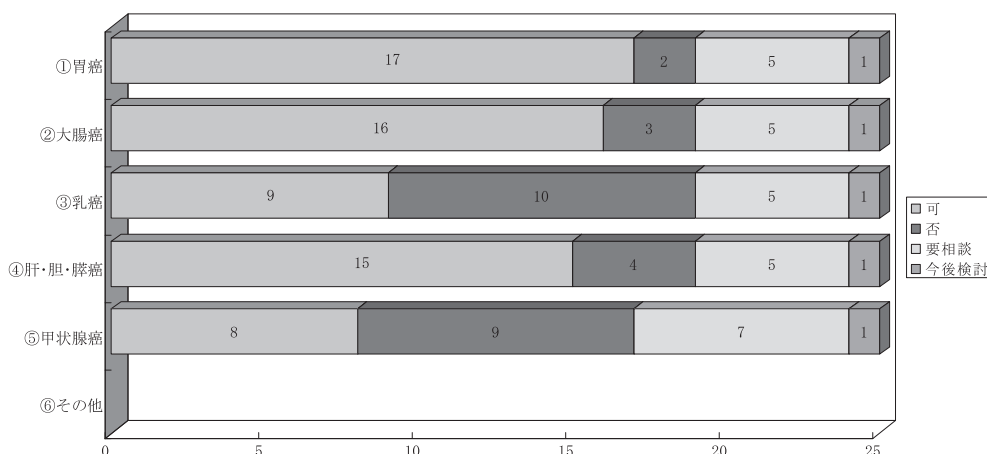


図3 外科悪性疾患の術後フォローについて

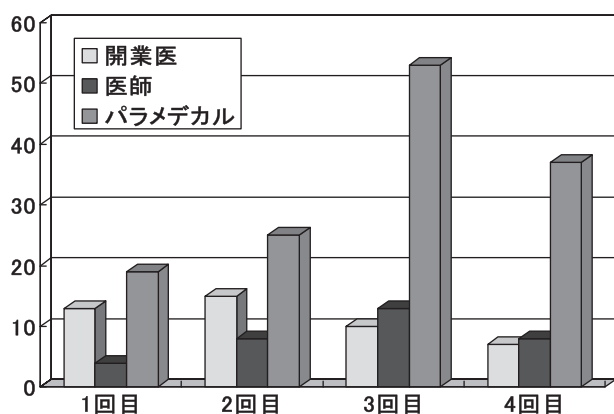


図4 会参加人数の内訳

医の区別化が必要と述べている。しかし、地方では開業医の数も少なく困難と思われ、調剤薬局と勉強会を行い開業医の手助けを行ってもらうことが必要と考える。

3. 患者満足度調査：当事者である患者がパスをどう感じているかパス改定のためにアンケートする必要がある。

4. 大腸癌のパス作成：開業医がフォローは可能という頻度の高い大腸癌をまず作成する。

5. 開業医の参加：図4からわかるように会全体の平均参加人数は60人前後であるが、開業医の参加人数が少なくどうやって興味を持っていただくかが問題である。

6. 地域連携の会の統一：地域連携に関して多くの会

があり、主催者もまちまちである。将来的には、これらの会を統一し窓口を1つにして疾患別に動いていくことが必要と思われる。

今後、これらの問題点を解決していくことが地域連携パスの発展につながると考える。

本内容は第56回日本職業災害医学学会総会におけるシンポジウム3にて報告した。

文献

- 1) 武藤正樹：地域連携クリティカルパスへの期待，地域連携クリティカルパスの意義と今後の展開 2. 宮崎久義編. 東京，中外製薬，2007，pp 1—6.
- 2) 野村一俊：地域連携クリティカルパスの基本. 日本医療マネジメント学会雑誌 9：401—403, 2008.
- 3) 長島 敦，江川智久：地元医師会と共同で作成した抗がん剤投与形式別胃大腸がん術後地域連携クリニカルパス. 日本クリニカルパス学会 11：89—92, 2009.
- 4) 佐藤靖郎：胃大腸がんの地域連携クリティカルパス. 治療 90：764—769, 2008.

別刷請求先 〒683-8605 米子市皆生新田 1—8—1
山陰労災病院外科
若月 俊郎

Reprint request:
Toshiro Wakatsuki
Department of Surgery, Sanin Rosai Hospital, 1-8-1, Shinden Kaike, Yonago City, Tottori, 683-8605, Japan

Newly Established a Regional Cooperative Critical Pathway for Gastric Cancer

Toshiro Wakatsuki¹⁾, Masataka Takebayashi¹⁾ and Yoshihisa Watanabe²⁾

¹⁾Department of Surgery, Sanin Rosai Hospital

²⁾Department of Medicine, Sanin Rosai Hospital

A regional cooperative critical pathway became the insurance adaptation on April, 2006. Next a new medical plan began from 2007 and a regional cooperative critical pathway is definitely placed as a cooperation tool.

It will seem that it is a matter of time that a regional cooperative critical pathway for five cancers (lung cancer, liver cancer, breast cancer, stomach cancer, colon cancer) becomes required in future. Therefore I report it about the process that we made the regional cooperative critical pathway of this hospital and came to manage and the present conditions, future's problem.

At first I decided to begin with the stomach cancer patients with many cases in this hospital. However, there are some problems on beginning regional cooperative critical pathway: 1. Does network making be begun by a small network or it be begun by a big network? 2. How is a relation with a medical association done? 3. How is a relation with an area cooperation room done? 4. It's necessary to make a network according to the disease. 5. Can hospitals in Yonago use the same regional cooperative critical pathway for stomach cancer? 6. Can a practitioner do chemotherapy?

It takes time to begin from a big network and there are also a lot of restrictions, so we decided to begin as a meeting of semi-closure with surgeons of this hospital and interested practitioners.

The features of this pathway are the inspection items and the observation period which considered recurrence. There are two types of pathway made for medical persons and for patients and they are set a period to 5 years. A period is long at 5 years for a pathway, and small setting is difficult. So we decided to mention only important part. We decided to carry out blood test (including tumor marker) every 3 months and, a gastroscope and CT every year for checking recurrence A practitioner prescribes to a patient and does a possible check and we do the check a practitioner can't do to a patient. Patients set a foreign check-up to 3 months once in this hospital. Also it's considered that the patient who will do chemotherapy from now on increases. So, we made another regional cooperative critical pathway for TS-1.

A meeting is being held 4 times by now from May in 2007. As a result, 4 hospitals in the city used the same stomach cancer's regional cooperative critical pathway and also got joint sponsorship from a medical association and a medicine medical association. It's being used for 52 cases including 8 people of chemotherapy up to now. Breakdowns are 29 establishments of practitioner and 5 establishments of hospital.

The following thing can be named as future's problems: 1. the regional cooperative critical pathway for stomach cancer making according to the degree of progress 2. cooperation with a dispensation pharmacy 3. patient satisfaction investigation 4. the regional cooperative critical pathway for colon cancer 5. practitioner's aggressive participation.

(JJOMT, 57: 210—216, 2009)