

— 話 題 —

地域がん診療連携拠点病院におけるがん診療に必要な『連携』とは？：特に大腸癌診療に関して

日本医科大学大学院医学研究科臓器病態制御外科学
日本医科大学外科学（消化器・一般・乳腺・移植部門）

山田 岳史, 内田 英二

がん治療に集学的治療という概念が導入されて時間が経過した。今日の『集学的』がん治療は『学（知識）』を集めるだけではなく、多くの『人』が集まり、より『質』の高い治療が『短期間』のうちに終わることが望まれている。多くの『人』が短期間で質の高い仕事を行うためには知識や技術はもちろんであるが、共通した理念を持ち、お互いが連携を意識した診療を行うことが重要である。さらにはがん診療拠点病院である当院は、連携の中心的な役割を努めながらも、質の高いがん医療を提供し地域のがん医療水準の向上を図ることが求められている。

手 術

腹腔鏡手術の有用性についてはいまだ十分なエビデンスはないが、年間症例数が増加している施設では腹腔鏡手術症例数が多い。この傾向は大腸癌において顕著である。当院では大腸癌手術の約65%が腹腔鏡である。大腸癌のうち結腸癌手術症例で12日以内に退院したのは2009年には約40%であったが、2010年は約70%まで増加した。手術合併症の減少もあるが、手術中の水分コントロールの早期退院に及ぼす重要性が示されており、「麻酔科」との連携は欠かせない。

がん患者ががん診療拠点病院に集中するため施設の拡大においても術前CTの予約がとりにくくなってきており、放射線科あるいは「CT施行が可能である近隣医療機関」との連携は重要である。

化学療法

新薬の導入に伴い、大腸癌診療ガイドラインは暫時改定され、標準治療は定まった感がある。分子病理学等の進歩により標準治療を上回る個別化治療の可能性が見いだされ¹⁾、臨床研究の重要性は更に高まっている。「基礎教室」と連携をとり、宿主の遺伝子多型や癌腫の遺伝子変異による個別化治療に対し十分な対応をとらなければならない。また、医学の急速な進歩を考えると迅速に研究成果をだすことが求められており、単独施設研究だけではなく、十分なパワーを持った共同研究に積極的に参加するために、「他研究施設」との連携が重要となる。

緩和医療

低用量のオピオイドで十分に症状が緩和されるものは癌治療を行った担当科が責任をもって行い（初期緩和治療）、高用量のオピオイドが必要な場合や、麻酔科あるいは精神腫瘍学的アプローチが必要な場合（高度緩和治療）は緩和ケア専門化が担当することで、治療医、緩和ケア医双方に過大な負担をかけることを防ぐことができる。初期緩和治療については標準化や、クリニカルパスによる効率化が可能である²⁾。また両者が連携をとり、シームレスな緩和医療を提供することが望まれる。治療はもちろん、延命をも目的とせず、症状緩和のみを目的とした緩和手術も行われるようになってきた。そのようなケースでは治癒切除を目指す場合とは異なり、緩和医療独特の術前評価が必要であるため³⁾、外科医と「緩和治療医」との連携が必須である。また治癒が見込めずとも診療の目標は症状の軽減と在宅での生活である。高度な治療が施されていても「在宅医」との連携が不十分であればその目的が達成されることはない。

クリニカルパス

パスの目的は医師オーダーの省力化のみではない。看護介入の適切化、記録の効率化はもちろんであり、行われた医療、看護行為を評価し、継続的に医療の質を改善させることが主たる目的である。業務をスムーズに行うためのツールとしての役割が50%、施設における標準的治療の評価改善ツールとしての役割が50%である。「看護師」と連携し、効率よくかつ安全に医療行為が行われるパスを作成したい。多くの場合パスを改善することで平均的医療行為の質が改善されるが、バリエーション分析等パス改善には「医事系事務職」との連携は欠かせない。入院時からマネジメントされた急性期医療を施すことで、退院後にもマネジメントされた外来（慢性期）診療にスムーズに繋げることができる。

医療連携

がん連携パスの使用は拠点病院として必須である。行政はこれを導入することでDPC係数が増加するように改定し、連携パスの普及を図っている。外来収入の減少も心配されるが、治療計画策定料等の増収により診療人数が減少するにも係わらず収入は増大し、一人あたりの診療時間にもゆとりができる。術後サーベイランスは標準化されつつあり、患者が一時期主治医から離れることのデメリットは少ない。治癒が得られた患者を一般医に戻し、癌検診を中心とした2次予防を行う。前方連携（紹介患者）の増加を

目指すために後方連携（患者逆紹介）を増加させる。大病院に外来患者が集中すると大病院が機能不全をきたすだけでなく、周辺診療所の経営を圧迫し、紹介元という医療資源の保護という観点からも好ましくない。拠点病院を基幹とした有機的なグループを形成することでがん診療を初診時から終診時までシームレスに行うことができるが、「医療連携室」を中心とした連携体制を構築せずこのようなことを行うことは不可能である。関連施設の医師を対象として臓器別に連携パスの学習会を開始したが、開催には連携室が大きな役割を果たしている。

当院では昨年11月より連携パスの使用を開始し、23年2月現在大腸癌では6例に使用されている。今後症例を増加させ、恒常的に連携パスが使用される体制を構築するとともにバリエーション解析を行い、より有意義な連携パスを使

用した治療を行う必要がある。

文 献

1. 山田岳史, 田尻 孝: 5-FU 関連酵素 OPRT, DPD, TS 活性を用いた 5-FU の効果予測: CD-DST による検討. 癌と化学療法 2006; 33: 1603-1609.
2. 山田岳史, 田尻 孝: 消化器外科患者における癌疼痛治療に対するオキシコドン導入パスの有用性. 日本消化器外会誌 2009; 42: 1148-1153.
3. 山田岳史, 内田英二: 終末期大腸癌における oncologic emergency に対する予後予測に基づいた初期治療計画. 日本腹部救急医会誌 2010; 30: 805-808.

(受付: 2011年2月7日)

(受理: 2011年4月11日)