

がん地域連携パスと脳卒中地域連携パス －より良い地域連携を目指して－

座長 高橋 竜哉[†] 木崎 輝男^{*}

第68回国立病院総合医学会
(平成26年11月15日 於横浜)

IRYO Vol. 70 No. 2 (95-97) 2016

要旨

がん地域連携パスは、五大がんにおいてがん診療連携拠点病院と診療所とで役割分担を行いながら連携して診療するためのツールである。脳卒中地域連携パスは、患者が急性期計画管理病院から回復期リハビリテーション病院を経て診療所へと移っていくためのツールである。連携パスを有効に活用するためには、各職種がどのようにパスに関わり、地域の医療機関への情報交換を含めた医療連携をどのように普及させていくかを検討し、今後の連携パスの有効な使い方の普及に努めることが国立病院機構の役割である。本シンポジウムでは多職種連携という視点から、事務職、看護職、医療ソーシャルワーカー、基幹病院の医師と開業医に発表していただいた。それぞれの発表を終えていくつかの問題点が明らかになった。第1に、基幹病院の医師一人一人の比重が大きいこと、第2に、地域連携を始めるにあたって事前の準備が大変である点、第3に、多くのパワーを医師のみならず多くのメディカルスタッフに要求する割には、診療報酬だけでなく診療上の利便性や医学上の興味などの点で得られるものが少ない点、第4に、最終的な利用者である開業医にとって使い勝手のよいものとはなっていないことが報告された。連携パスを使う人みんなにとってプラスになるように連携パスやシステムを構築することで、よりよい地域連携に繋がっていくことが期待される。今後は本シンポジウムでは明らかになった問題点をどのように克服していくか、各地で取り組みがなされ、その結果を本シンポジウムのような企画を通じてまたみんなで共有することによってさらなる進歩を遂げていければ本望である。

キーワード 地域連携, クリティカルパス, がん, 脳卒中

現在、がん地域連携クリティカルパス(連携パス)は平成19年に閣議決定された「がん対策推進基本計画」に基づき計画的に推進されている。がん診療連

携拠点病院に指定されるためには、連携パスの整備が必要である。一方、脳卒中連携パスは、平成20年度から「厚生労働省における医療の効率的な提供の

国立病院機構横浜医療センター 神経内科 [†]医師 ^{*}国立病院機構埼玉病院 事務部
著者連絡先: 高橋竜哉 国立病院機構横浜医療センター 神経内科 〒245-8575 神奈川県横浜市戸塚区原宿3-60-2
e-mail: tkhsh@yokohama-cu.ac.jp
(平成27年3月13日, 平成27年9月11日受理)

Regional Cooperation Critical Path of Cancer and Stroke: Aiming for Superior Regional Cooperation
Tatsuya Takahashi and Teruo Kizaki, NHO Yokohama Medical Center, ^{*}NHO Saitama Hospital
(Received Mar. 13, 2015, Accepted Sep. 11, 2015)

Key Words: regional cooperation, critical path, cancer, stroke

推進に関する施策」に基づき急性期計画管理病院－回復期リハビリテーション病院間で保険収載され広く活用されるようになった。さらに平成22年の診療報酬改定にとともに、回復期リハビリテーション病院－診療所間に拡大され今日に至っている。

がん連携パスは、五大がんにおいてがん診療連携拠点病院と診療所とで役割分担を行いながら連携して診療するためのツールである。患者は拠点病院と診療所を行ったり来たりするが、医師を含めた職員同士が直接顔を合わせることは必須ではない。一方で、脳卒中連携パスは、患者が急性期計画管理病院から回復期リハビリテーション病院を経て診療所へと移っていくためのツールである。それぞれの医療機関の医師をはじめ、看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション療法士など多職種が顔を合わせる会合を年に3回もつことが算定要件である。以上のように同じ連携パスといってもがんと脳卒中では内容や使われ方は大きく異なっているが、連携パスはあくまでツールであるという点では一致している。いずれも義務づけられている以上連携パスを道具として、あるいはきっかけとしてどのように活かすかが問われている。

地域連携の難しさは絶対の正解がないことである。それぞれの地域によって連携の形が大きく変わる。都会と田舎で違うのはもちろんのこと、基幹病院（がん診療連携拠点病院と急性期計画管理病院）や回復期リハビリテーション病院や開業医の規模や数、行政の規模の大きさとその関わり方、医師会の参加の仕方、どれをとってみても同じ地域は二つとない。そのような環境において多くは基幹病院の医師が音頭をとって始めるのであるが、その音頭取りの医師のやり方にも大きく影響を受ける。そして他の病院や開業医との意見調整を経て、場合によっては行政や医師会の意見も取り入れながらようやく形になっていく。そのようなわけで地域連携の形は千差万別となるのである。

ところで、連携パスを十分に活かしている病院はどのくらいあるのだろうか。連携パスを有効に活用するためには、各職種がどのようにパスに関わり、地域の医療機関への情報交換を含めた医療連携をどのように普及させていくかを検討し、今後の連携パスの有効な使い方の普及に努めることが国立病院機構の役割ではないかと考えられる。各地域で個々に行われている活動や試みを一堂に会する場で情報共有し検討することができればよりよい連携パスの使

い方ができるとともに、グループ病院における連携パスが強化されるのではないかと。その結果、病院・患者・連携医療機関の3者が文字どおり連携することで相乗効果を生み、切れ目のない、最良の医療が提供できることが期待される。そのような目的の下、本シンポジウムを行った。

本シンポジウムでは多職種連携という視点から、事務職、看護職、医療ソーシャルワーカー、医師に、医師の中でも基幹病院の立場と開業医の立場から発表していただいた。地域も開催地の横浜をはじめ、埼玉、宮城、愛媛とさまざまな地域からシンポジストを選び出した。それぞれの発表を終えていくつかの問題点が明らかになった。

まず、基幹病院の医師一人一人の比重が大きいことがあげられる。たとえばがんの場合では、地域連携に熱心な医師が一人いるだけで連携パスの発行数が大きく増加する一方、その医師が異動になり病院にいなくなれば再び大きく減少することが報告された。それは制度として成熟していない証拠である。ゆくゆくは誰がやっても同じ結果になるようにシステムを変えていく必要がある。第2に、地域連携を始めるに当たって事前の準備が大変である点である。がんの場合は基幹病院の地域連携責任者が開業医を訪れて直接説明をしなければならない。脳卒中の場合も基幹病院の脳卒中診療医が回復期リハビリテーション病院の医師を集めて話し合いを持つ必要がある。とくにがんの場合は診療科が多科にわたるため病院として取り組まないと進まない。そして連携に熱心な医師からみるといろいろな職種の人とコンタクトがとれ、ある程度の満足感は得られるものの、多くのパワーを医師のみならず多くのメディカルスタッフに要求する割には、診療報酬だけでなく診療上の利便性や医学上の興味などの点で得られるものが少ない点が問題である。最後に、最終的な利用者である開業医にとって必ずしも使い勝手のよいものとはなっていないことが報告された。そもそも、がんと脳卒中いずれの連携パスも基幹病院の負担を減らすことを主な目的として導入されたものである。開業医のニーズから生まれたものではないため、必ずしも開業医のニーズに合っていない。そこに工夫する余地が残されている。連携パスを使う人みんなにとってプラスになるように連携パスやシステムを構築することで、よりよい地域連携に繋がっていくことが期待される。

地域連携はしないよりはした方がいいに決まって

いる。実際、連携パスとして診療報酬上規定されたことにより、地域連携は一步進んだことは疑いようがない事実である。今後は本シンポジウムでは明らかになった問題点をどのように克服していくか、各地で取り組みがなされると思う。その取り組みを本シンポジウムのような企画を通じてまたみんなで共有することによってさらなる進歩を遂げていければ本望である。

〈本論文は第68回国立病院総合医学会シンポジウム「がん地域連携パスと脳卒中地域連携パス –より良い地域連携を目指して–」として発表した内容を座長としてまとめたものである。〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。