

## がんにおける急性期病院と地域をつなぐ 地域連携パスの活用 —愛媛大学医学部附属病院の取り組み—

平成27年8月29日  
愛媛大学医学部附属病院  
総合診療サポートセンター 三好 真寿美



## 本日の内容

1. がん地域連携クリティカルパスについて
2. 愛媛大学医学部附属病院 総合診療サポートセンターの活動
3. 愛媛大学医学部附属病院のがん地域連携クリティカルパスの取り組みについて



1

## 1. がん地域連携クリティカルパス について



2

## 地域連携クリティカルパスについて

### 地域連携クリティカルパスとは？

- ▶ 疾患別に疾患の発生から診断、治療、リハビリまでを診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域連携計画
- ▶ 2006年、2008年の診療報酬改定で大腿骨頸部骨折・脳卒中において保険収載された



3

## がんにおける地域連携クリティカルパス

### がん地域連携クリティカルパスとは？

(以下 がん地域連携パス)

- ▶ 主に専門医とかかりつけ医の双方向型の連携
- 標準治療の遂行と普及が目的
- 複数の主治医の役割分担と連携方法(共同診療体制)を明示し、がんの治療方針毎に設定
- ▶ 急性期病院と地域の病院で継続治療が受けられる
- 病院や診療所での待ち時間が短くなる
- 重複した検査や投薬が避けられる
- 遠方の方は、通院の負担がなくなる

## がんにおける地域連携クリティカルパス

### ▶ 2006年の第5次医療法改正

- 主に専門医とかかりつけ医の双方向型の連携 “医療機能の分化・連携の推進” が打ち出された

### ▶ 2007年 がん対策推進基本計画の策定

- がん診療連携拠点病院は5年以内に5大がん(肺がん・胃がん・大腸がん・肝がん・乳がん)を整備することが義務付けられた

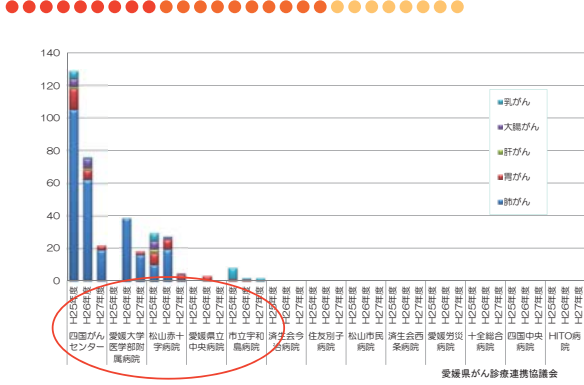
### ▶ 2008年 地域連携パスのひな形の開発

- 四国がんセンター谷水斑が『5大がんの地域連携パスモデル開発研究班』が発足・開発



5

愛媛県の地域連携バス稼働状況<5大がん>  
(平成25年4月~平成27年6月)



## 2. 愛媛大学医学部附属病院・総合診療サポートセンターの活動

### 愛媛大学医学部附属病院の概要

病院の理念：患者から学び患者に還元する病院

- 病床数：626床  
(一般病床586床 精神科40床 ICU22床 NICU/GCU23床)
- 診療科数：22診療科
- 平均在院日数：16.4日
- 病床稼働率：88.7%
- 一日外来患者数：約1237人
- 一日平均入院患者数：551.3人

平成27年4月1日現在



### 総合診療サポートセンター(TMSC)のミッション

切れ目ない医療、安心・安全な医療の提供に向けた活動を行なう

患者の生活を切らない、  
その人らしい生き方を実現する  
支援を目指す

### 総合診療サポートセンター(TMSC)基本方針

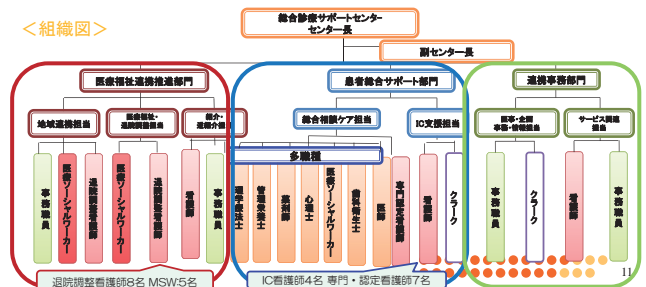
- 病棟中心の病院マネジメントを抜本的に見直し、入院前から退院後の生活を見据えた生活支援を目指す
  - 入院決定と同時に患者基本情報・スクリーニング等を整理し、質の高い情報を速やかに病棟へ提供する
  - 多職種に、効果・効率的に活用される情報の質向上を目指す
- 多職種で業務し、情報のターミナル機能を発揮する
- 医師(医局)の意見集約的機能の向上を目指す
- チーム医療の拡充に向けて取り組む
- 在院日数短縮化の中で、きめ細かな対応によるサービスの質向上を目指す
- 地域との連携を強化する活動を実践する

### 総合診療サポートセンター(TMSC)の概要

総合診療サポートセンターとは

生活者である患者さんやご家族に対し、入院前・入院中・退院後を見据えた支援を、それぞれの職種が組織の一員として稼働し、効率的に継続して総合的な生活支援を行う連携の基盤となる

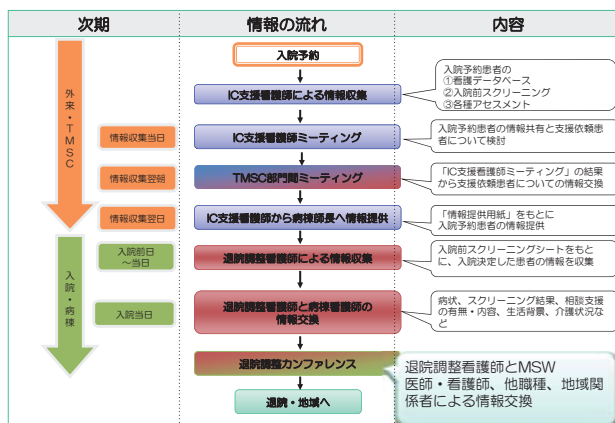
<組織図>



## 総合診療サポートセンター(TMSC)の全体像



## 入院予約患者のTMSCから病棟への情報の取り扱いと流れ



## IC部門スタッフによる入院前のかかわり



入院前に、患者情報捉えるために、まず、事務職員が基本的な情報をIPADを活用し入力します。次に、看護師が診療科や疾患の特徴を踏まえた情報収集し、病棟につなげます。

## 部門間ミーティング



IC部門・地域連携部門・退院調整部門が集まり、入院予定患者についてカンファレンスを行います。薬剤師や心理士、外来看護師も参加し、意見交換します

## TMSCの関わりの実際

### 【IC部門】

- 外来患者の告知に同席し、患者・家族の思いや病状の受け止め状況を把握
- 患者・家族がどのように、今後病気を持ちながら過ごしたいか、生きていきたいと思っているかを確認
  - ・ がん領域の専門・認定看護師の早期介入
  - ・ 薬剤師の入院前薬剤の介入
  - ・ 歯科衛生士の介入
  - ・ 心理士の介入

### 【医療福祉連携推進部門】

- 患者・家族の思いに沿った退院調整
  - ・ 緩和ケア事業を活用した在宅療養支援
  - ・ がん地域連携バスを活用した連携
  - ・ かかりつけ医の推進

## 退院調整看護師について

### 退院調整看護師とは

患者が自分の生活を組み立てていく「自己決定」を支援し、療養を継続していくために必要な環境を整えることを役割とする専任の看護師

### 【役割】

病棟看護師が主体的かつ効果的に退院支援・調整が行えるように支援し、効果的な退院調整が行えるような院内外の連携・システム作りをすること

## 退院調整看護師が出来た社会的背景

- \* 高齢化社会
- \* 在院日数の短縮～退院後の医療や介護の継続
- \* 高度医療化による病棟看護師の業務量の急増  
継続看護としての退院支援・退院調整の複雑化  
⇒ 専任化
- \* 診療報酬：平成20年度の診療報酬改定では退院調整加算が新設され、急性期病院で積極的に退院調整部門の設置や退院調整看護師の配置

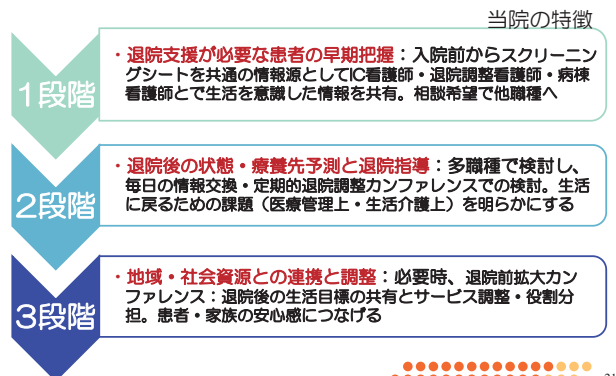
## 入院後の各時期の役割

	入院前	入院～治療方針決定時期	治療期急性期	安定期	医療経過決定時期	退院に向けた指導	退院前	退院後
患者・家族	□生活 □外来通院	□医師より説明を受け病状を理解する □理解して治療・看護を受ける	□思いを表明できる	□必要な医療的ケアを受け入れ指導を受ける □退院後の生活がイメージできる □看護方法を考え自らの意見が言える	□必要医療的ケアを受け入れ指導を受ける □退院後の生活がイメージできる □看護方法を考え自らの意見が言える	□必要医療的ケアを受け入れ指導を受ける □退院後の生活がイメージできる □看護方法を考え自らの意見が言える	□退院後の療養先・支援内容に納得できる	□外来受診 □サービス利用 □生活
看護師		□情報収集 □治療内容確認と実施 □症状コントロール □日常生活の援助 □安楽 □事故防止	□リハビリ開始 □治療方法変更	□治療方針・治療期 □ICU内容と看護状況把握 □患者・家族の思い □支援の必要性検討	□治療方針・治療期 □ICU内容と看護状況把握 □ADL回復レベル予測	□退院後も必要な医療的ケアの決定 □患者指導 □内服の指示 □退院前拡大カンファレンス □退院後の生活目標共有	□在宅療養先・支援内容に納得できる	□在宅療養先・支援内容に納得できる
退院調整部門担当者		□病名・治療方針把握 □入院期間の手配 □ICU内容と看護状況把握 □患者・家族の思い □支援の必要性検討	□治療方針・治療期 □ICU内容と看護状況把握 □ADL回復レベル予測	□患者にケース会議の了解を得る □ケース会議（初回）開催	□支援の必要性検討 □患者・家族の意向確認 □治療・退院後の生活を想像 □医療者間で支援の方向性・患者家族のニーズ共有	□サービス提供先との情報交換 □サービス調整 □在宅療養先・支援内容に納得できる	□在宅療養先・支援内容に納得できる	□在宅療養先・支援内容に納得できる
退院調整部門担当者	□生活・サービス利用状況把握 □在宅療養先・支援内容に納得できる	□サービス提供先との情報交換 □在宅療養先・支援内容に納得できる				□在宅療養先・支援内容に納得できる	□在宅療養先・支援内容に納得できる	□在宅療養先・支援内容に納得できる
多職種	□PT/リハビリ開始	□MSW: 経済的問題への支援				□PT: 生活を基盤としたリハビリ		

## TMSCにおける支援体制 ～情報の流れ～



## 基本的な退院支援・退院調整のプロセス

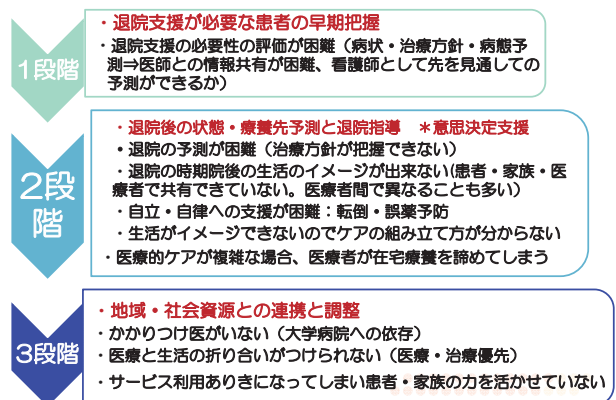


## 病棟との連携

(耳鼻科病棟の例)



## 退院支援・調整上の課題





## 総合診療サポートセンターの現在の取り組み

### 入院関連機能障害(HAD)

入院治療に伴う安静臥床により、下肢や体幹の筋力低下、歩行障害などの機能障害を引き起こし、患者の日常生活に支障を来す可能性あり、入院患者の30~40%に発症すると報告されている。TMSCでは、患者を生活に戻す視点で関わっており、「高齢者総合機能評価(CGA7)」を実施し、基本的な生活動作、日常生活能力、認知機能等を評価しており、多職種連携による入院関連機能障害を起こさない組織的な取り組みを開始。

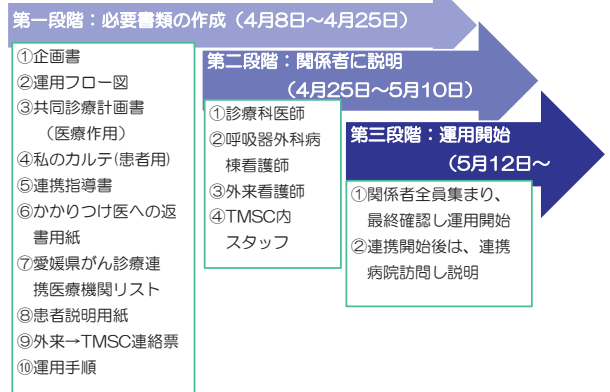


## 3. 愛媛大学医学部附属病院の がん地域連携パスの取り組みについて

### 愛媛大学病院のがん地域連携パス導入の経緯

- 平成26年2月 四国がんセンターより肺がん患者のがん地域連携パス患者の紹介あり
- 3月 がんパスについて、診療科・TMSCが協議し導入に向け検討
- 4月 四国がんセンターの見学  
肺がんから導入とし、導入計画をたて、各医療者の役割を明確化、必要書類等の作成  
診療科医師、看護師、医事課と流れを確認
- 5月 診療科医師、看護師、TMSC、外来看護師に説明後導入開始
- 平成27年1月 領域の拡大(肝がん・乳がん・胃がん・大腸がん) 準備
- 2月 診療科に説明 導入開始

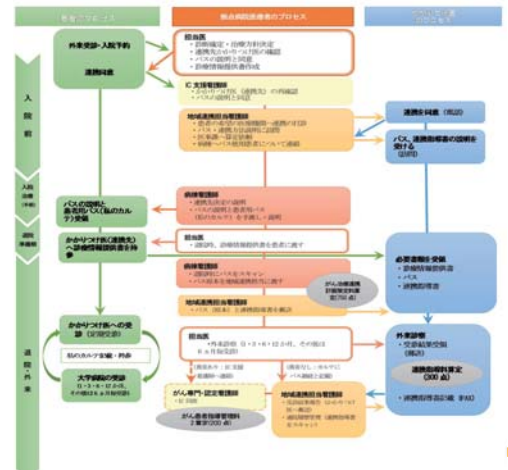
### がん地域連携導入に向けての準備



### ①肺がん地域連携パス導入企画書 (一部分)

TMSC企画書	
企画名	肺がん地域連携パス運用開始に向けた取り組み
企画の概要	当院は、地域がん診療拠点病院であり、地域連携クリティカルパスを整備することが求められている。また、 <b>かかりつけ医と連携し、患者を早期に生活に戻すためには、地域連携パスの活用が重要</b> となり、診療報酬上も双方の医療機関に算定され、病院収益にもつながる。 今日、呼吸器外科医師に肺がん地域連携パス導入の依頼があり、総合診療サポートセンター(医療福祉連携推進部)が協力し、呼吸器外科領域で肺がん地域連携パスの導入を検討した。平成25年度の当院の肺がん手術患者は52例あり、合併症は8例、居住地域は県内各地から受診している状況であった。患者が、安心して地域で継続的治療が受けられるためにも、地域連携パスが有用であり、関係者の合意も得、運用開始に向け取り組む。
目標	1. 医療スタッフががん地域連携パスの必要性を理解する 2. 肺がん地域連携パス運用の流れを明確にし、活用後評価を行う 3. 患者が安心して地域で、継続治療が受けられる
スケジュール	3月25日(火) がん地域連携パス運用に向け関係者の合意の確認をした 4月8日(火) 四国がんセンターにて、連携パス導入に向けての説明会に参加する 4月17日(木) 企画書・フロー図(案)作成 <資料1> 4月22日(火) 看護部運営戦略検討委員会にて説明 4月25日(金) 関連資料の作成・準備 4月30日(水) シミュレーション実施(TMSCで1時間程度で実施予定) ・TMSCセンターミーティングで運用開始に向けて説明する ・各医療スタッフの役割確認 5月12日(月) 運用開始 8月30日(金) 3ヶ月後の評価・フロー図等関係書類の修正 平成27年1月30日(金) 6ヶ月後の評価

### ②肺がん地域連携パス運用フロー図





# ⑩がん地域連携パス運用方法(一部分)

平成26年4月28日作成  
総合診療サポートセンター

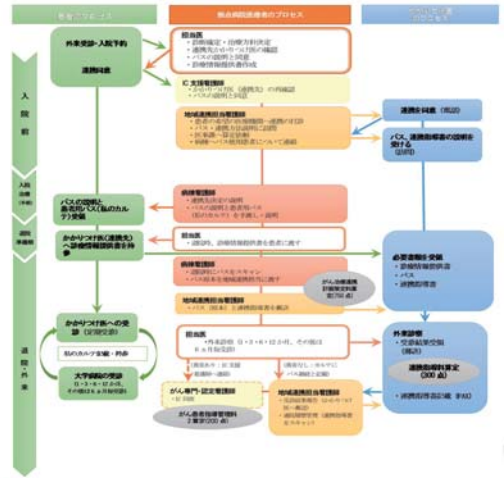
## 肺がん地域連携パスの運用方法

- 目的
 

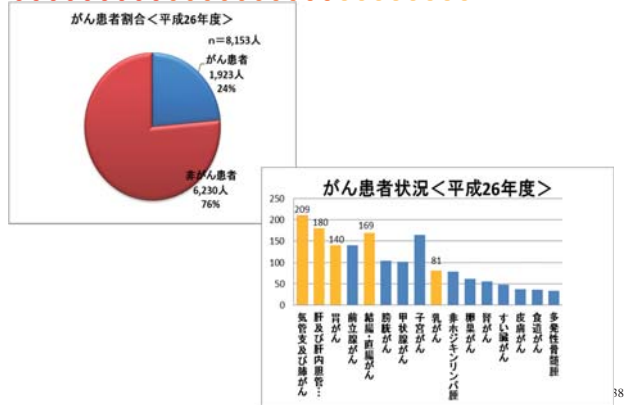
患者に安心で質の高い医療を提供するため、連携医療機関（かかりつけ医）とがん診療拠点病院等の医師（専門医）が、患者の治療経過を共有するためのツールとして活用するものである。クリティカルパスを医療連携に導入することにより、診療（計画・目標・経過）の可視化と、連携の標準化（ミスの回避・早期発見・医療の効率化）が可能となる。
- 対象
 

呼吸器外科で手術予定の全ての肺がん患者に使用する（原則は原発性。転移性のものは除く）
- 運営方法
  - 外来受診・入院予約時に実施すること
    - 【外来受診時】**
      - 担当医は、パス対象患者が外来受診した際、診断確定・治療方針決定後かかりつけ医（連携先）の確認を行う
      - 担当医は、かかりつけ医（連携先）の確認が取れば、パスの概要説明を行い連携の同意を得る
      - 担当医は、連携同意後、診療情報提供書の作成を行う
    - 【入院予約時】**
      - 担当医は、外来看護師へ連携の同意が得られた患者であることを伝える
      - 外来看護師は、TMS(患者総合サポート部門)IC支援看護師へ連絡を入れる
      - 連絡を受けたIC支援看護師は、医療福祉連携推進部門窓口（是澤、不在の場合は亀岡）へ連絡する
      - 連絡を受けた医療福祉連携推進部門窓口（是澤、不在の場合は亀岡）は、医療福祉連携推進部門担当者を決定する
      - 連絡を受けた医療福祉連携推進部門担当者は、IC支援担当看護師と情報共有を行い患者情報を収集する

# 肺がん地域連携パス運用フロー図



# 愛媛大学病院のがん患者の状況



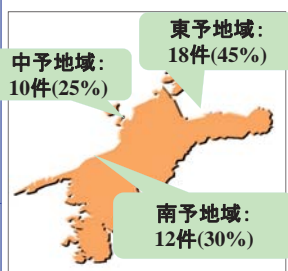
# 肺がんパス導入状況



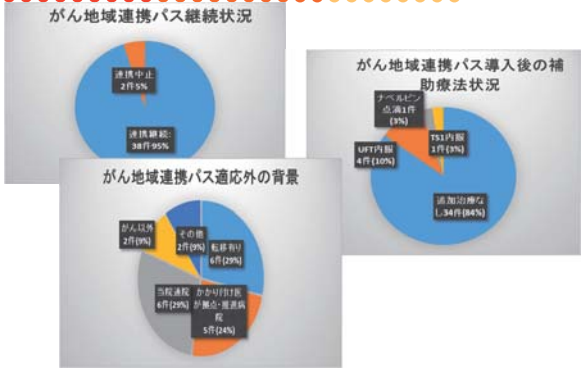
平成26年5月～平成27年3月  
肺がん地域連携パス連携先医療機関

地域	医療機関名	連携件数	合計
東予	渡部病院	3	18
	西条中央病院部	4	
	山内病院	2	
	広瀬クリニック	2	
	放射線第一病院	2	
	松田循環器科内科	2	
	立花病院	1	
	かもいけ診療所	1	
	駅前医院	1	
	済生会松山	4	
中予	麗の子病院	3	12
	近藤内科	1	
	南松山病院	1	
	愛媛医療センター	1	
	宮内内科医院	1	
	嵯峨病院	1	
南予	喜多医師会病院	4	10
	中田胃腸科肛門科	1	
	三瀬内科	1	
	西予市民病院	2	
	かもいけ診療所	1	
	県立南宇和病院	1	
合計		40	

## 肺がんパス導入状況 (連携先状況)



# がん地域連携パス患者の背景



## 肺がん地域連携パスが導入できた要因

1. TMSC担当者が地域と急性期病院、医師と患者をつなぐコーディネーター役となっていた
2. 肺がんからの導入は、効果的だった
  - ・当院の5大がんの推移を見ると肺がんの割合が多く、特に手術適応 I 期肺がんの症例が増加
  - ・肺がんの縮小手術(胸腔鏡下)手術が増加
  - ・がん患者の来院経路が他院からの紹介(79.7%)され、外来受診時にパス適応が判断される
3. フロー図により患者の治療にあわせ、各医療者の役割と流れを明確にしたこと



42

## がん地域連携パス運用後の課題

課題：がん地域連携パスは、肺がんは各地域との連携は拡大しているが、その他のがんに関する連携が進まない

- ・入院前からのがん地域連携パスの適応判断が難しい
- ・合併疾患が多く、がん地域連携パスのみでの地域連携が難しい
- ・医師は、診療情報提供書等、書類作成の負担
- ・患者が、大学病院にかかり続けたいと希望する



43

## がん地域連携の効果

### 患者の視点

：患者・家族から前向きな意見をいただく

- ・家の近くで、他の病気と一緒に見てもらえるのが安心
- ・遠方の場合、大学に頻回に来なくても、かかりつけの先生と相談して、患者の意向もくんで診察のタイミングなどを調整してくれるからいい
- ・受診結果を大学とかかりつけの先生が共有してくれているから、診察に行っても状況が分かってきていて話が通りやすいし安心



44

ご清聴ありがとうございました



45