

原 著

がんの地域連携～かかりつけ医との役割分担に関するアンケート調査

鳥羽博明^{1,2,3)}, 滝沢宏光^{1,2,3)}, 吉田卓弘²⁾, 森本雅美²⁾,
青山万理子²⁾, 西口京子³⁾, 宮越智寿³⁾, 武知浩和²⁾, 丹黒章²⁾

¹⁾徳島大学病院呼吸器外科

²⁾同 食道・乳腺・甲状腺外科

³⁾がん診療連携センターがん診療連携・相談部門

(平成31年1月17日受付) (平成31年2月8日受理)

がん医療における地域連携の必要性が唱えられて久しく、拠点病院・かかりつけ医ともその重要性は共有している。今回、役割分担をより明確にし、一歩踏み込んだ連携関係を構築するために大規模アンケート調査を実施したのでその結果を報告する。食道がん・肺がん・乳がん・甲状腺がんの4がん種について、患者受け入れの可否、診療内容がどこまで可能かを問う内容とした。550施設中289施設(53%)がアンケートに回答した。各がん種とも5割程度の施設が可能と答え、日常診療範囲内の内容に関してはかなりの部分で役割分担が可能であった。ややハードルのある乳がんの薬物治療や支持療法に関しては、連携パスで定型化することで可能かもしれない。今回のアンケート結果は今後のより良い地域連携体制構築のための基盤となると思われる。

はじめに

2007年に第1期がん対策推進基本計画(以下計画)が策定されて以来¹⁾, がん医療における地域連携の必要性が唱えられて久しい。すでに10年以上経過し、2018年には第3期計画が策定された²⁾。そこでもやはり地域連携はまだまだ不十分であり、「より早期からの連携構築」を取り組むべき施策として挙げている。適切な役割分担をし、切れ目のないがん医療を地域全体として提供する必要性については拠点病院の医師、かかりつけ医ともに認識を共有しているものの、各論になると難しいことも現実的にある。当院は県がん拠点病院として5大がんを中心に地域連携クリティカルパス(以下連携パス)を整備し地域連携を推し進めてきた³⁾(図1)。連携パスは

ツールとして一定の役割を果たしてきたと思われる。一方で、現状の連携体制での役割分担が患者にとってより満足度の高いものになっていない場合も時として見受けられた。そこで今回、役割分担をより明確にし、一歩踏み込んだ連携関係を構築するために県医師会のご協力をいただき、大規模アンケート調査を実施した。

対象と方法

2013年~2017年の過去5年間に当院に患者を紹介いただいた病院・診療所計550施設を対象とした。その際、専門単科でがんを扱うことがまれな施設は対象外とした。

肺がん・乳がん・食道がん・甲状腺がんの4がん種を対象としてアンケートを作成した(図2)。具体的には、4つのがん患者の受け入れの可否、加えて処方・注射・血液検査・画像検査などの診療内容がどこまで可能かを問う内容とし、県医師会の承認を得たうえで対象施設に送付し、ご回答いただいた。

結 果

アンケート回答率は、289/550施設(53%)であった。図3に回答を得られた289施設のうち、病床数別の連携可能と回答した割合を示す。無床診療所の先生方で連携可能とお答えいただいたのは55%(95/174施設)であった一方、有床診療所65%(34/52施設)、病院81%(51/63施設)で、病床数が増えるに従い連携可能という答えが多かった。表1に4がん種それぞれの受け入れ可能施設を示す。肺がんで最も多く55%、食道がんで最も低く

肺がん術後連携パス(医療者用)		様					
連携医:		2週間後	1ヵ月後	2ヵ月後	3ヵ月後		
病院担当医:		受診日	/	/	/	/	
患者様の病状 手術日: 術式: 組織型・病期: 腫瘍マーカー: 補助療法: 喫煙指数:	達成目標	術後障害を乗り越えられる。 気胸・無気肺・胸水増加などの合併症がない。 →					
	検査	□胸部X-p	□胸部X-p	□胸部X-p	□胸部X-p		
	腫瘍マーカー	□3-6ヶ月毎 ・ □1年毎					
	補助療法	□ / / ~					
受診日	6ヵ月後	9ヵ月後	1年後	1年3ヵ月後	1年6ヵ月後	1年9ヵ月後	2年後
達成目標	安定した生活状況。 再発がない。 →						
検査	□胸部CT	□胸部X-p	□PET/CT or 胸部CT	□胸部X-p	□胸部CT	□胸部X-p	□PET/CT or 胸部CT
	□呼吸機能 (□喀痰細胞診)		□脳MRI (□喀痰細胞診)		(□喀痰細胞診)		□脳MRI (□喀痰細胞診)
腫瘍マーカー							
補助療法	~ □ / /						
受診日	2年6ヵ月後	2年9ヶ月	3年後	3年6ヶ月後	4年後	4年6ヵ月後	5年後
達成目標	→						
検査	□胸部CT	□胸部X-p	□PET/CT or 胸部CT	□胸部X-p	□PET/CT or 胸部CT	□胸部X-p	□PET/CT or 胸部CT
			□脳MRI (□喀痰細胞診)		□脳MRI (□喀痰細胞診)		□脳MRI (□喀痰細胞診)
腫瘍マーカー							

図1：肺がん術後連携パス

当院からのがん患者の受入状況について ○×で回答願います			
肺がん	乳がん	食道がん	甲状腺がん

下記に可能であれば○をつけて下さい

処方	
UFT	あり() なし()
TS-1	あり() なし()
カペシタビン	あり() なし()
ホルモン剤(ノルバデックス・アリミデックス・フェマーラ)	あり() なし()
チラーヂンS	あり() なし()
麻薬	あり() なし()

注射	
LH-RH アゴニスト (ゾラデックス・リュープリン)	あり() なし()
骨病変治療薬 (ランマーク・ゾメタ)	あり() なし()
抗 HER2 抗体 (ハーセプチン)	あり() なし()
G-CSF 製剤 (グラン/ノイトロジン・ジラスタ)	あり() なし()

血液検査	
腫瘍マーカー	あり() なし()
甲状腺ホルモン (TSH・FT3・FT4)	あり() なし()

画像検査など	
胸部レントゲン	あり() なし()
エコー	あり() なし()
CT(単純)	あり() なし()
CT(造影)	あり() なし()
MRI	あり() なし()
胃カメラ	あり() なし()
骨密度	あり() なし()

図2：アンケート内容の詳細

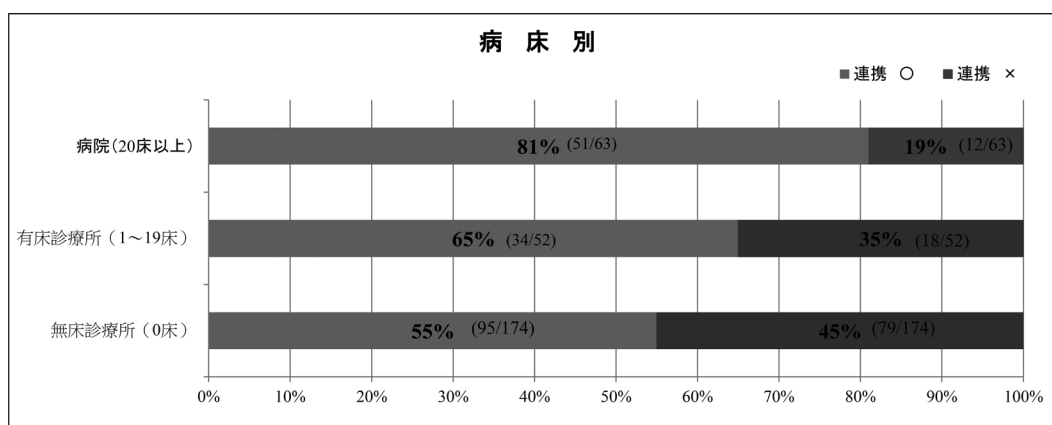


図3：がんの連携可否（病床別）

表1：連携可能施設数（がん種別）

がん	可能施設数
食道がん	43% (124/289)
肺がん	55% (157/289)
乳がん	47% (134/289)
甲状腺がん	49% (140/289)

43%で、やや差はあるものの概ね5割の施設で連携可能とのご回答をいただいた。さらに、連携可能とご回答いただいた施設において、施行可能な診療内容の割合を示す（図4）。全体として見たとき、7割程度の施設が可能とお答えいただいたところでは、チラーヂンS® 処方、甲状腺ホルモン・腫瘍マーカー測定、エコー・胸部写真であり、一般診療の範疇の内容であった。麻薬・ホルモン剤・TS-1®・UFT® 処方については4割台の施設が可能とお答えいただいた。内服薬によるがん治療に関してはやや受け入れやすいと感じておられることが推察される一方、G-CSF 製剤などの注射薬による治療は3割を切っており、一定のハードルがあると思われた。画像検査に関しては、骨密度や胃カメラが4割をこえる施設で、CT・MRIは3割以下ということで、保有設備の状況によると考えられる。次いで、図5に4つのがん種において、拠点病院の医師側としてかかりつけ医に分担していただけるとありがたいと感じる診療内容とその割合を示す。特に甲状腺がんでは、挙げた項目はほぼ9割以上可能との回答が得られた。一方、乳がんの薬物治療にはややハードルがあるという結果であった。また、個別にみると、食道がん・肺がん・乳がんを扱えるとお答えいただいた場合には麻薬・TS-1®・UFT® の処方などはかな

りの施設で可能とお答えいただいております、全体のデータ（図4a）とは若干の乖離があった。

考 察

今回、県医師会の協力を得て大規模なアンケート調査を実施し、拠点病院の医師が思っている以上に踏み込んだ役割分担が可能であることを認識することができた。

がんの地域連携のツールとして、これまで国は10年以上も前から連携パスを用いることを勧めてきた¹⁾。しかしながら、2012年の第2期計画のなかで、国は「十分に機能しておらず、地域連携の促進につながっていない」と指摘している⁴⁾。その要因として、藤らは、①患者・家族への情報発信の不足、②かかりつけ医への情報発信の不足、③拠点病院内の運用体制の不備を挙げている⁵⁾。これはまさにがんの地域連携体制を構築するうえにおいて、全体として言える問題点であり、県がん拠点病院である当院としても真摯に向き合わないといけない大きな課題であった。

今回のアンケートにおいて、289施設という多くの施設の先生方から回答をいただき、その約半数でがん患者の受け入れが可能とお答えいただいた。これは拠点病院の医師・かかりつけ医ともにより踏み込んだ地域連携の必要性・重要性を認識し、推し進めるべきとの雰囲気が醸成してきた結果と思われる。実際に各論になったとき、拠点病院の医師・かかりつけ医の緊密な情報共有が特に重要であり、双方がそれを十分に心掛け、役割分担を明確化することで、より満足度の高い医療を患者に提供できると考えている。今回のアンケート結果はその基盤と

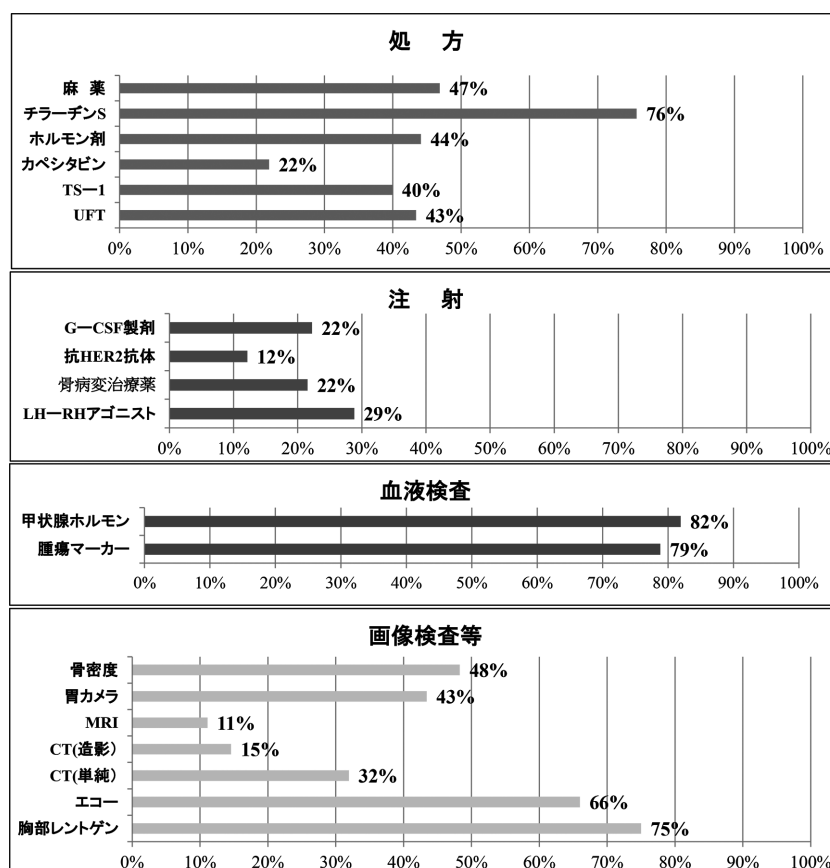


図4：役割分担可能な診療内容の割合（処方・注射・血液検査・画像検査等）

なる有用な情報をもたらしてくれたと思われた。

一方で、ハードルの高い乳がんの薬物治療やG-CSF製剤の投与に関しては、やや専門性の問われる部分でもあるが、比較的多くのご施設で可能とお答えいただき、今まで以上に連携をとりながら役割分担することができる可能性を感じた。実際G-CSF製剤の投与に関しても、63施設が投与可能とお答えいただいた。これは想像以上に多い結果であり、連携パス作成による定型化で患者・かかりつけ医にも分かりやすく、利便性の高い医療を患者に提供できる可能性を感じた。四国がんセンターでは、すでに取り組んでおり、参考にしてぜひ進めていきたいと考えている。

今回、アンケートの結果をうけて、当院がん診療連携センターではホームページ上に連携マップを作り、医療者だけでなく、患者・家族への情報発信も開始した。「徳島大学病院→がん診療連携センター→徳島大学病院がん連携病院検索（www.tokudai-ganrenkei.jp/）」にアクセスすることにより閲覧可能である。ぜひ一見していただ

きたい。4がん種について自宅から最も近い連携医を患者自ら探すことなども可能となっている。

結 論

拠点病院とかかりつけ医がより踏み込んだ役割分担をし、緊密に連携していくことが、患者にとってより良い医療を提供できると考える。今回のアンケート結果は今後のより良い地域連携体制構築のための基盤になると思われた。

謝 辞

今回のアンケート調査に際しまして、ご尽力くださいました徳島県医師会会長齋藤義郎先生、副会長木下成三先生、またご協力いただきました先生方に厚く感謝申し上げます。

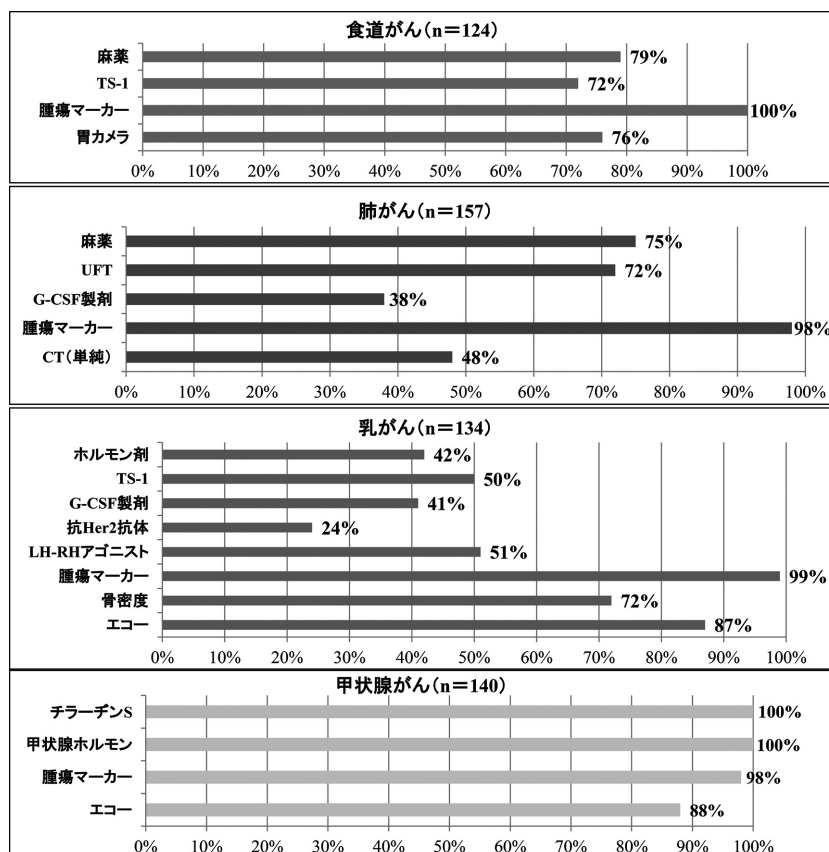


図5：拠点病院の医師がかかりつけ医に分担してもらいたい診療内容とその割合（がん種別）

利益相反

本論文について申告する利益相反はない。

文 献

- 1) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/>): がん対策推進基本計画 (第1期)
- 2) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/>): がん対策

推進基本計画 (第3期)

- 3) 鳥羽博明, 近藤和也, 中川靖士, 滝沢宏光 他: 肺がん術後地域連携クリニカルパスの現状. 四国医学雑誌, 64(5-6): 188-194, 2008
- 4) 厚生労働省 (<http://www.mhlw.go.jp/>): がん対策推進基本計画 (第2期)
- 5) 藤也寸志, 谷水正人: がんの地域連携クリニカルパスの現状と課題. 医療, 68(9): 452-456, 2014

Regional cooperation for cancer patients : A questionnaire clarifying the roles of community doctor

Hiroaki Toba^{1,2,3)}, Hiromitsu Takizawa^{1,2,3)}, Takahiro Yoshida²⁾, Masami Morimoto²⁾, Mariko Aoyama²⁾, Kyoko Nishiguchi³⁾, Chizu Miyakoshi³⁾, Hirokazu Takechi²⁾, and Akira Tangoku²⁾

¹⁾Department of General Thoracic Surgery, Tokushima, Japan

²⁾Department of Esophagus, Breast and Thyroid Surgery, Tokushima, Japan

³⁾Cancer Management Center, Tokushima University Hospital, Tokushima, Japan

SUMMARY

It was suggested long ago that regional cooperation is necessary for cancer patients. Both doctors in base hospitals and community doctors understand the importance of such cooperation. Here we report the results of our widely distributed questionnaire designed to clarify the division of physicians' roles and to strengthen the relationships between base hospital and community doctors. The questionnaire asks whether community doctors can accept cancer patients and what types of medical treatment the doctors can provide for patients with esophageal cancer, lung cancer, breast cancer, and thyroid cancer. The doctors in 289 of 550 (53%) facilities completed and returned the questionnaire. About half of the community doctors responded that they can accept patients with any of the four cancers and can provide most types of the necessary medical examinations and treatments in their daily practices. Most of the community doctors indicated that they could not provide some anti-cancer drugs and supportive drug therapies for breast cancer patients. The development and implementation of a clinical pathway system could enable the participation of more community doctors and base hospital doctors. Although our findings are preliminary, they will contribute to a foundation for building better regional corporative relationships with community doctors who treat cancer patients.

Key words : A widely distributed questionnaire, Regional corporation, Cancer patient, Community Doctor