

特集2：がん診療連携最前線 —がん診療と地域連携/チームで支えるがん診療—

乳がん領域の病診連携の取り組み

長尾 妙子, 吉良 美砂子, 岡崎 憲二, 丹黒 章

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部生体防御腫瘍医学講座胸部・内分泌・腫瘍外科学分野

(平成20年11月20日受付)

(平成20年11月28日受理)

はじめに

日本における乳がん罹患患者数は増加し続けており、20人に1人が罹患し、年間1万人以上が亡くなると推測されている。乳がんの診断、治療においては専門性が要求され、特定の病院に患者が集中する傾向にある。乳がん手術後はホルモン感受性がある場合は薬物治療が必要であり、また、比較的予後の良いがんのため経過観察が長期にわたるため、外来患者数は年々増加している。そのため、待ち時間の延長と、診療時間の短縮が問題となっており、この問題の解決手段として、地域医療連携（病診連携）が進められている。病診とは、「病院と診療所」のことで病院と診療所（かかりつけ医）の間で密接に連携しあい、患者に安全で安心できる医療を提供する体制のことである。

当科でも、2007年度の乳がん新患手術数は、100人を超え、それに伴い外来の診療人数が増加し、予約をしても時間通りに診察できず、また十分な診療時間が取れなくなったため、乳がん手術後の地域医療連携、クリニカルパス導入を取り組むようになった。

乳がんの術後治療

乳がんの術後補助療法は、主として St. Gallen 国際コンセンサス会議¹⁾、日本乳がん学会の乳がん診療ガイドライン²⁾などにより、ほぼ標準化されている。St. Gallen コンセンサス会議のガイダンスによると、ホルモン受容体と Her-2 の状態により6個のカテゴリーが構成されている（表1）。再発リスクは、腋窩リンパ節の転移状況、病理学的腫瘍径、グレード、年齢、HER-2 状況、ホルモン受容体状況、腫瘍周囲の脈管侵襲によって3段階

表1. 治療手順の選択 (St. Gallen 2007)

	高度内分泌反応性	不完全内分泌反応性	内分泌非反応性
HER-2 陰性	内分泌療法 再発リスクに応じて 化学療法を考慮	内分泌療法 再発リスクに応じて 化学療法を考慮	化学療法
HER-2 陽性	内分泌療法+トラスツマブ+化学療法	内分泌療法+トラスツマブ+化学療法	トラスツマブ+化学療法

(科学的根拠に基づく乳がん診療ガイドライン,
1. 薬物療法2007年度版からの引用)

階(低リスク、中間リスク、高リスク)に分類される(表2)。患者の病状、閉経状況により評価し、治療手順の選択がなされ、患者各個人にとって最適の治療が選択さ

表2. 乳がん患者のリスク分類 (St. Gallen 2007)

低リスク	腋窩リンパ節転移陰性で、以下の項目をすべて満たすもの： ・病理学的腫瘍径(pT) ≤ 2 cm ・グレード1 ・腫瘍周囲の脈管浸潤がない ・HER 2 /neu の過剰発現・遺伝子増幅がない ・年齢 ≥ 35歳
中間リスク	腋窩リンパ節転移陰性で、以下の項目が1つでも該当するもの： ・病理学的腫瘍径(pT) > 2 cm ・グレード3~3 ・腫瘍周囲の脈管浸潤を伴う ・HER 2 /neu の過剰発現・遺伝子増幅を伴う ・年齢 < 35歳
高リスク	腋窩リンパ節転移1~3個陽性で、 ・HER 2 /neu の過剰発現・遺伝子増幅がない
	腋窩リンパ節転移1~3個陽性で ・HER 2 /neu の過剰発現・遺伝子増幅を伴う
	腋窩リンパ節転移4個以上陽性

(科学的根拠に基づく乳がん診療ガイドライン,
1. 薬物療法2007年度版からの引用)

れる。ホルモン感受性乳がんに対しては、現在のところ、5年間のホルモン治療が推奨されている。術後のこの期間の治療、経過観察に地域病診連携を導入することにした。

病診連携クリニカルパスの作成

病診連携を取り組むにあたり、まず、当科へ紹介のあった医療機関を中心に、県内の医院、病院へ病身連携が可能か、どの程度までの状態の患者を診ることができると、病診連携に対する要望などのアンケートを実施した(表3)。100の医院、病院にアンケート用紙を郵送し、回答率は69%であった。そのうち、受け入れ体制のある施設は11%であった。フォロー項目があれば受け入れる、リスクの低い患者を受け入れるがそれぞれ、46%、5%であった。受け入れ体制がないと回答した施設は14%であった(図1)。

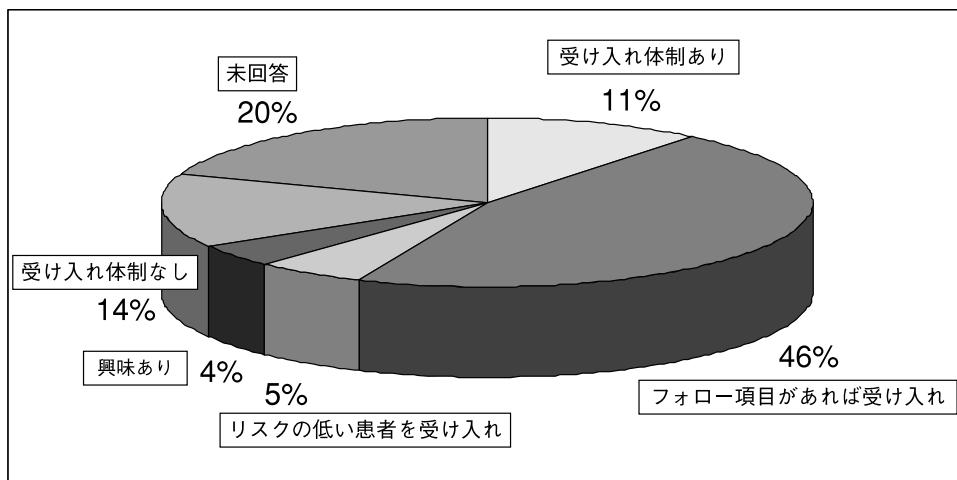
病診連携には、両施設が、患者の病期、状態、治療方針を同様に把握することが必要である。この連携をスムーズにするためには、クリニカルパスが必要と考えられた。これは病院とかかりつけ医を結ぶ連絡帳の役割を果たすものである。患者の手術日、手術内容、病理組織結果、病期等の情報と、術後経過観察を行ううえで必要な診察内容、検査項目を月ごとに表にし、両施設が結果を把握できるようにした。患者自身も、状態や血液検査結果、これからの治療計画が分かり、非常に有用と思われる。フォロー内容は、日本乳がん学会の術後定期健診

表3. アンケート内容

- ①乳がん患者さんの外来フォローアップについての受け入れ体制について、教えてください。
 - ・受け入れ体制は整っている、紹介があればフォローできる
 - ・具体的なフォロー項目が分かれば、診ても良い
 - ・リスクの低い患者さんなら、診ても良い
 - ・外来で診ることについては、興味がある
 - ・受け入れ体制が整っていないので、現在は難しい
- ②上記で「フォローできる」「診ても良い」「興味がある」と解答いただいた先生方にお伺いさせていただきます。病診連携におけるフォロー内容のコンセンサスを、連携施設全体で確認するために、定期的な勉強会にご参加いただくことは可能でしょうか。
 - ・可能である
 - ・時間が遅ければ可能である(〃 時頃からなら可能)
 - ・曜日が合えば可能である(〃 曜日ならば可能)
 - ・出席は難しい
- ③定期的な勉強会につきましては、年に何回程度がよろしいでしょうか。
 - ・1回/年
 - ・2回/年(1回/半年)
 - ・3回/年(1回/4ヵ月)
 - ・4回/年以上

についての診療ガイドラインに基づいて決定した。そのほか、乳がん疾患の治療に使われる薬剤の情報、術後のリハビリ、生活上の注意を加え、手帳形式とした(表4)。

当院では手術前の画像検査、術前後の化学療法、手術、放射線療法を行う。術後病状が落ち着いたら、かかりつけ医のもとで診察、血液検査、ホルモン治療をおこない、半年毎に当院外来通院とした。両施設を手帳を持った患者が行き来することになる。



徳島大学 病態制御外科からアンケートを実施した100名の先生方からの回答より

図1 乳がん患者受け入れアンケート

表4 乳がん地域連携クリティカルパス

徳島大学病院 → 連携医療機関

治療目標		1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月	
		月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	月日	
患者状態	治療による副作用	不正出血がない												
		更年期症状がない												
		検査データ異常がない												
	手術による合併症	患肢	浮腫炎症がない											
			運動障害, 関節痛がない											
	再発の有無	局所所見	腫瘍, 硬結, 発赤がない											
			リンパ節腫大がない											
		骨転移を疑わせる痛みがない												
	腫瘍マーカー	正常												
	胸部X-P	肺転移がない												
	X-P	胸水がない												
	対側乳房	腫瘍, 硬結, 発赤がない												
理解		ホルモン療法の副作用を理解している												
		定期的な検査と内服の必要性を理解している												
診療行為	問診	不正出血がない												
		痛みの有無												
		肩関節障害の有無												
	視触診	患側	乳房											
			腋窩											
		対側	鎖骨上窩											
			乳房											
	腋窩													
検査		腫瘍マーカー (CEA, CA15-3)			○		○			○			○	
		血算, 生化学			○		○			○			○	
		胸部X-P						○					○	
		胸腹部CT+骨シンチ または PET						○					○	
		MMG											○	
		乳腺エコー											○	

徳島大学病院で診察

徳島大学病院で診察

考 察

日本人女性の乳がん罹患率増加により、特定の手術を行った病院のみで、術後の長期間の経過観察を行うことは、今後、困難であると予測される。解決策として、病診連携を使い地域の病院・診療所と連携し、それぞれの機能に応じた役割分担を行うことが必要である。円滑に連携を行い、患者の混乱を避けるためクリニカルパスを作成した。医療者同士も、定期的な勉強会を開き、信頼関係をきづきながら、エビデンスに基づいた治療方針の知識の共有や連携の問題点の克服を図ることが重要である。病診連携を進めていくことは、患者サービスの向上、

地域医療の発展に有用と考えられ、今後もより良いシステム作りができるよう取り組んでいきたい。

文 献

- 1) Goldhirsch, A., Glick, J. H., Gelber, R. D., Coates, A. S., Thurlimann, B., Senn, H. J.: Meeting highlights: international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer. Ann. Oncol., 18 : 113-44, 2007
- 2) 日本乳癌学会編：科学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン, 1. 薬物療法, 2007年度版：金原出版, 2007

The relationship between acute care hospital and community hospital and clinics for breast cancer therapy

Taeko Nagao, Misako Kira, Kenji Okazaki, and Akira Tangoku

Department of Thoracic Endocrine Surgery and Oncology, Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima Graduate School, Tokushima, Japan

SUMMARY

Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer and still increasing in Japanese women. It is called that one in every 20 women in Japan will develop breast cancer during her lifetime. Almost patients with breast cancer want to be treated by the specialist. The number of the specialist of breast cancer is so small that many outpatients have to wait long time for their short examination by the breast cancer specialist. The cooperative relationship between the acute care hospitals and clinics in the community is necessary for the breast cancer patients' care. The postoperative treatment of the breast cancer is decided by the guideline based on the patients' risks for recurrence. We are making the original clinical pathway named "patient's notebook" which including the information about the treatment and rehabilitation based on the guideline of the Japanese breast cancer society.

Key words : community network, relationship between acute care hospital and clinic,
clinical pathway