がん専門病院の立場, 地域の現状

— 宮城県の場合 —

浅田 行紀

要 旨

頭頸部がん専門医制度が発足して10年が経過し, その制度とともに頭頸部癌治療の均てん化の状況を地方がんセンターの視点から評価した。宮城県には4つの診療圏があり, がん治療に関しては仙台地域に2つ, それ以外の診療圏にそれぞれ1つの地域がん診療連携拠点病院(計5つ)および都道府県がん診療連携拠点病院東北大学病院, 宮城県立がんセンターの計7つの病院でがん治療が行われていた。また, 頭頸部外科学会指定研修施設は都道府県がん診療連携拠点病院および仙台医療センターの3つの施設が認定されていた。頭頸部外科学会指定研修施設以外の施設で行われた加療は10%程度であり, 集約化が進んだ地域と考えられた。また, 当地域は広さに対して専門医数が十分ではないため, 頭頸部がん治療が行われていない地域に出向して地域拠点病院での診療を行うことが頭頸部がん診療の均てん化を行う一つの方策になっている。

キーワード : 頭頸部がん専門医制度, 均てん化, 集約化

Regional current status of head and neck cancer treatment from Miyagi Cancer Center:

Yukinori Asada

Department of Head and Neck Surgery, Miyagi Cancer Center

Summary

10 years have passed since the head and neck cancer specialist system was established. We evaluated the situation of the equalization of head and neck cancer treatment from the viewpoint of local cancer centers. There are four treatment areas in Miyagi Prefecture: two in the Sendai area and one in each of the other treatment areas (5 in total). In addition, a total of seven hospitals, including Tohoku University Hospital and Miyagi Prefectural Cancer Center, which are core hospitals of the prefectural alliance for cancer treatment, provided cancer treatment. Three training facilities designated by the Japan Society of Head and Neck Surgery were accredited: Tohoku University Hospital, Miyagi Prefectural Cancer Center (both are prefectural cancer medical care cooperation base hospitals) and Sendai Medical Center. Only about 10% of the patients received treatment at institutions other than those designated by the Japan Society of Head and Neck Surgery. In addition, because the area does not have enough specialists relative to its size, one method to equalize the medical care for head and neck cancer is the transfer of specialists to areas where head and neck cancer treatment is not available to provide medical care at regional base hospitals.

Key words : Head and neck cancer specialists system, Standardization, Consolidation

[Received Aug. 6, 2019, Accepted Nov. 5, 2019]

宮城県および宮城県のがん治療について

頭頸部がん専門医制度が発足して10年が経過し, その制度とともに頭頸部癌治療の均てん化の状況を地方がんセンターの視点から評価することになった。

当院のある宮城県は人口約230万人(2012年)で, 広さ7,282km²(全国17位)人口密度320人/km²(全国27位, 東京9,500人/km²)である。広さおよび人口, 人口密度とも全国平均に近く, ある意味平均的な場所といえるのかもしれない。県内唯一の政令指定都市である仙台が中心部

宮城県立がんセンター頭頸部外科

[令和元年8月6日受付, 令和元年11月5日受理]

別刷請求先 : 〒981-1293 宮城県名取市愛島塩手字野田山47-1

宮城県立がんセンター頭頸部外科

浅田 行紀

にあり、その南北の地域が交通状況を加味し3つの医療圏に分けられ、仙台と合わせ計4つの診療圏で作られている（図1）。宮城県の病院および診療所は、全国平均より少ない状況であった。がん治療に関しては仙台地域に東北労災病院および仙台医療センターの2つ、それ以外の診療圏にそれぞれ1つの地域がん診療連携拠点病院（石巻赤十字病院、大崎市民病院、県南中核病院）が設置されている（図1）。これとは別に都道府県がん診療連携拠点病院として東北大学病院および宮城県立がんセンターが指定されている。また、頭頸部外科学会指定研修施設は都道府県がん診療連携拠点病院に加え、仙台医療センターの3つの施設が認定されている（図1）。

仙台市に大きな病院が集中しているため、がんの入院医療の場合、仙台以外の診療圏から仙台への患者流入が20%以上もみられる（図2¹⁾）。また、平成28年度の各病院のがん治療数を見ると全体数で約16,000人罹患しており、東北大学病院が3,000人とそのうち20%弱を占めていた。宮城県立がんセンターは1,900人（11.9%）と県内では2番目を占めていた。

宮城県での頭頸部癌治療

宮城県の新規頭頸部癌登録症例は年450人程度であり、頭頸部がん診療の大部分は東北大学病院および宮城県立がんセンターで行われている。頭頸部がん指導医は2人（東

図1 宮城県の医療圏と人口

図2 宮城県の医療圏とがん患者移動（入院治療）
入院患者においては、各医療圏の20%以上が仙台医療圏に流出している。

図3 頭頸部治療に関する人員配置
仙台医療圏の頭頸部外科学会指定研修施設に指導医、専門医が勤務している。

北大学, 宮城県立がんセンター) で頭頸部がん専門医は3人(東北大学, 宮城県立がんセンター, 仙台医療センター)であった。頭頸部がん専門医および指導医の人口当たりの人数を検討すると宮城県は人口100万人あたり2.2人であった(図3)。全国最低を報告された関東地方が100万人あたり1.9人であることを考えるとやや少ないと考えられる。ただ今後も頭頸部専門医取得を目指している若手があるので長期的には問題ないと考えている。平成24年度のDPC調査においては東北大学と当院がそれぞれ30%程度の占有率を有しており, 頭頸部外科学会指定研修施設以外で20%の症例を加療していたが, 平成29年には東北大学, 宮城県立がんセンターでそれぞれ40%程度の症例を加療しており, 頭頸部外科学会指定研修施設以外の施設で行われた加療は10%程度であった(図4)。もともと, か

図4 頭頸部がん症例の集約化
平成24年および平成29年を比較。認定研修施設以外での症例は21%から7%へ減少している。

図5 県内の均てん化への努力
黒太棒が当院で治療を受けた患者さんの居住地(全科)。ほとんどの症例が仙南および仙台医療圏の症例である。黒太棒が大崎, 石巻地区。図のように黒太棒地域からはほとんど当院へは受診されていない。黒丸が当院。黒楕円がほかの頭頸部外科学会認定研修施設。

なり, 集約化が進んだ状態であったがさらに集約化が進んだと考えられる。宮城県の状況をまとめると仙台市以外の人口密度が低く, 人口あたりの専門医数, 集約化は十分といえるが特に人口密度が低い仙台医療圏外の地域において広さに対して専門医および専門施設がなく, 専門医および専門施設とも仙台に集中していると考えられる。

宮城県内の頭頸部癌集約化への努力

宮城県立がんセンターの一般的な診療圏は施設より近い仙台医療圏, 県南医療圏でほぼ占められ(80%以上), 県北からの症例は少ない(図5)。消化器外科などは県北の拠点病院である大崎市民病院や石巻赤十字病院が県北の症例の受け皿になっているが頭頸部癌患者を診療できる体制がなく, 不便であった。そこで, 指導医はそれぞれの職場にて頭頸部癌症例を治療するだけでなく, 県北の地域がん拠点病院とタイアップして, がん患者のフォローアップおよび新規がん患者の振り分けを行っている。当科ではこうした病院に「腫瘍外来」を設置してもらい, 2週に1回程度外来診療に出向いている。この仕組みは当院にとっては新規患者の増加とともに県内諸地域の均一ながん診療の提供ができるメリット, 地域病院にとっては勤務医のストレスの減少および地域開業医からの紹介の増加, 患者にとっては地元での診断治療方針の決定, フォローアップのための治療後の通院の苦勞の減少というように当院, 地域病院, 患者にとってそれぞれにメリットがある有用な方法であった。大崎市民病院では2009年なかばから腫瘍外来を設置しているが図6に示すように順調に紹介患者が増えた。現在, 大崎および石巻よりの新患者数は新患者の10%強で治療対象患者の20%程度を占めるまでになっている。当地域は広さに対して専門医数が十分ではないため, 出向して地域拠点病院での診療を行うことが頭頸部がん診療の均てん化を行う一つの方策になっている。

図6 大崎市民病院からの紹介患者
2009年の開設以降2013年まで順調に紹介患者数が増加した。

全国の頭頸部外科医均てん化への協力

がんセンターの役割として、頭頸部がん専門医の育成も挙げられる。経験を集中して積めることは大きなメリットであり、全国から研修に来てもらっている。いままで当院を研修先を選んでいただいたのは全国10施設（弘前大学、筑波大学、東京女子医科大学東病院、信州大学、富山大学、金沢医科大学、高知大学、産業医大）である。しかし諸々の事情でトレーニング期間が短い場合、元の施設に戻った時に十分な力を発揮できないことがある。こうしたケースでは、依頼に応じて当科スタッフがサポートに伺い、国内のがん治療均てん化に寄与している。また、一般的にがんセンターなど専門病院で手術手技を学んだ場合、研究を行い博士号を取得するのに時間的制約が加わることがあるが、当院では社会人大学院が併設されているので臨床を研鑽しながら研究し、博士号をとることも可能である。

今後の課題

宮城県には頭頸部がん専門医制度 指定研修施設が3つあり、専門医を比較的目指しやすい環境にあると考えられ

る。ただし、指定研修施設が3つしかないともいえるので、専門医数が増えてくると、専門医を取得しても、頭頸部癌の集学的治療を行える施設以外の病院に勤務せざるを得ない状況になる場合も生じる可能性もあり、適正な人員配置が課題となってくる。また、一人の頭頸部がん専門医を作るのに耳鼻咽喉科研修開始後最短で8年の年月がかかるため、人事に大学の影響が強い地方にとっては、その重要性を責任者へ理解して頂くことも重要なことだと考えられる。また、宮城県は比較的集約化が進んでいる地域ではあるものの、歯科や頭頸部専門ではない先生が治療を行っている病院もあり、がん治療の集約化や均てん化の意義を専門ではない方にも理解していただくのが必要であると考えられた。

本論文について申告すべき利益相反を有しない。

文 献

- 1) 第1回宮城県地域医療構想策定懇話会資料 宮城県地域医療構想策定に向けた論点整理 <https://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/324356.pdf>