地域連携パス運用による甲状腺乳頭癌術後観察の試み

山 田 弘 之 福 家 智 仁 金 児 真 美 佳
小 林 大 介 平 田 智 也 澤 允 洋

要 旨

癌治療においては、治療完遂と同時に、定期的で慎重な追跡が重要である。一方で、治療を行った施設が引き続いて追跡する負担は大きく、医療の質を担保しつつ地域の医療機関で追跡されることが望ましい。本邦では、まず5大がんにおいて、地域連携パスを用いた地域連携が開始された。甲状腺癌は罹患数が少ないため、連携パス運用を強く推奨されてはいないが、良好な術後予後と長期にわたる追跡を必要とすることから、パス運用に適した疾患である。当院では2014年から甲状腺癌術後パスを用いた地域連携を開始した。6年間に手術を行った380例のうち76例において連携パス運用が可能であった。一方で、304例がパス非運用で、最大の理由は、甲状腺癌の治療経験が少ないことによる連携施設の不足であった。地域連携を促進させるためには、当院医師・連携施設・患者の行動変容が求められる。

キーワード：甲状腺乳頭癌、地域連携、クリニカルパス

Postoperative survey of papillary thyroid cancer using regional contact path:

Hiroyuki Yamada, Tomohito Fuke, Mamika Kaneko, Daisuke Kobayashi, Tomoya Hirata and Masahiro Sawa
Department of Otorhinolaryngology Head and Neck, Ise Red Cross Hospital

Summary

For the management of cancer, both complete and careful surveys are important. Because surveys by medical institutes are time-consuming, it is necessary to share the burden among regional institutes while maintaining medical quality. A regional survey system using regional contact paths for five major cancers was started in Japan. Because the number of patients is small, the same system for thyroid cancer is not strongly recommended. On the other hand, regional surveys for thyroid cancer are suitable because the postoperative prognosis is good, and long-range surveys are necessary. From 2014 to 2019, 76 cases operated for papillary thyroid cancer at our institute were applicable to this system using a regional contact path. On the other hand, 304 cases were not applicable to this system. Not so many regional institutes complied with our request because of their experience of management of papillary thyroid cancer. To promote this system, changes in efforts for surgeons, regional doctors, and patients are required.

Key words : Papillary thyroid cancer, Regional medical contact, Clinical path

[Received Jul. 10, 2020, Accepted Jan. 5, 2021]

はじめに

地域医療連携は、地域の医療機関が過不足なく協力し合うことで、各地域における医療の質を担保することを目的としている。2007年に策定されたがん対策推進基本計画¹⁾は、まず5大癌（胃癌・大腸癌・肝癌・肺癌・乳癌）を対象に、連携パスを用いた医療連携の充実を推奨している。

甲状腺癌は、その少ない罹患数から連携推奨の対象には

加わっていないが、良好な予後と追跡期間の長さから、逆に連携パスを利用しやすい疾患とも言える。

がん診療連携拠点病院である当院でも、2014年から5大癌における連携パスを用いた地域医療連携を開始したが、その際5大癌以外に、前立腺癌や子宮癌に加えて甲状腺癌も対象とした。趣旨に沿って当科では連携パスを作成し、周辺地域に協力呼びかけを行った上で、2014年から甲状腺乳頭癌の地域医療連携を開始した。2019年までの6

年間に76例で運用している。6年間の運用実態を検討し、浮かび上がった問題点と甲状腺乳頭癌に連携バスを導入する意義について考察した。

がん診療連携の制度的な背景

2001年に創設されたがん診療拠点病院（2006年にがん診療連携拠点病院に名称変更）制度、2006年成立の「がん対策基本法」およびそれに基づく2007年決定の「がん対策推進基本計画」によって、がん診療連携が望まれるに至った。がん診療連携のために、連携施設にとっても的確かつ導入可能な「がん治療連携計画」の策定が拠点病院に求められるが、対価として「がん治療連携計画策定料」の算定が認められている²⁾。

一方診療連携を委託された施設では、「がん治療連携指導料」の算定が許されており²⁾、計画書に沿った対応要求に見合う診療報酬が約束された。このような診療連携により、術後通院患者数の低減が拠点病院の負担軽減に寄与すると同時に、連携施設における「均てん化」された追跡が保証される。

地域連携バス運用の手順

連携バスに関する患者への説明は、退院までの術後観察期間に、主治医および連携バス関連看護師の両者から行う。患者用の連携バス（図1）を示しつつバス運用における長短所を説明し、連携施設を決定する。同意が得られた後に連携先施設へ施設向け連携バス（図2）の詳細を説明

甲状腺がん 後方連携バス

<<ORIBP_KANJD>>

病診連携の 先生とともに診させていただきます
 安心して今後の診療をお受けください

患者様用

【甲状腺がん術後】

術後経過年月	2週間	3ヶ月	6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年	2年6ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	以後6ヶ月毎
【受診】	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
・2週間後に病理結果の説明と採血を当院でいたします。 ・術後3か月後からはかかりつけ医を受診していただきます。 ・反回神経麻痺などがなければ、6ヶ月後にエコー検査・採血をいたします。											
採血	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
甲状腺機能	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
【検査】 頸部エコー		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
頸部・肺CT								□			

■は伊勢赤十字病院での診察・検査となります。□はかかりつけ医での診察・検査となります。
 当院に紹介していただき、受けていただく検査もあります。ご了承ください。

伊勢赤十字病院・市立伊勢総合病院 担当医 <<SYUSRNAME>>

ご家族の皆様へ
 甲状腺がんとは・・・！
 他のがん以上に10～20年という非常に長期間の経過観察が必要となります。
 ご協力よろしくお願いします。

図1 患者に手渡す後方連携バス
連携施設への受診時期と検査内容を明示。

甲状腺がん 後方連携バス

<<ORIBP_KANJD>>

様

連携先医師用

【甲状腺がん術後】

術後経過年月	2週間	3ヶ月	6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年	2年6ヶ月	3年	3年6ヶ月	4年	以後6ヶ月毎
【受診】	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
・2週間後に病理結果の説明と甲状腺機能測定を当院でします。 ・3～6か月ごとの再診を連携先の先生にお願いします。その間のデータをご紹介時にお願いします。											
【治療】	・原則として経口抗がん剤は使用していません。 ・甲状腺ホルモン剤、ビタミンD3製剤に関しては、当院受診時、または貴院での採血結果で適宜増減をお願いします。										
サイログロブリン 抗サイログロブリン抗体	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
甲状腺機能測定	■	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
頸部エコー		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
頸部エコーで新たな腫瘍、頸部リンパ節の出現があれば当院へ紹介をお願いします。											
頸部・肺CT								□			

■は伊勢赤十字病院での診察・検査となります。□はかかりつけ医での診察・検査となります。
 採血は6ヶ月目以降は6か月ごとに行います。CTは3年ごとに行います。
 ご不明な点はその都度紹介してください。

伊勢赤十字病院・市立伊勢総合病院 担当医: <<SYUSRNAME>>

連携先医師名: _____ 担当医: _____ 先生

図2 連携施設医師に向けた甲状腺がん後方連携バス
退院2週間後は当科で甲状腺機能を確認し、結果を連携先に郵送する。その後は連携先において、指定された時期にエコーを含めた検査を追跡する。

して了承の有無を確認する。

通常術後3日目に摘出部に留置したドレーンを抜去して退院し、術後2週間目の再診時に摘出標本の永久病理診断結果を説明すると同時に、甲状腺機能を測定する。改めて患者に連携パス運用を確認した上で、これらの結果と術式・術中所見、更に術前の画像・採血結果すべてを同封した連携先への紹介状を郵送する。

手術2週間後の甲状腺機能測定以後は、基本的に連携先での観察のみとし、連携先で行われた諸検査結果は逐次当科へ報告してもらうことで情報を共有する。ただし肺CTなどを当院へ依頼があった際には、当科での評価も可能としている。

対象と方法

2014年から2019年までの6年間に根治切除が行われた甲状腺乳頭癌新鮮例380例を対象とし、連携パス運用が可能であった76例と、運用し得なかった残り304例の相違点、76例における逸脱例の詳細を検討項目とした。連携パスの運用・非運用群の相違点、逸脱例における逸脱理由に加えて、連携施設の標榜科・その後の追跡状況を診療録から後方視的に検討を行った。

なお、380例のうち全摘例が71例、患側葉峡切除例が309例、D2以上の郭清を併施した症例が60例存在した。パス運用76例の中にもD2以上の郭清が行われた症例は存在したが、全摘例は含まれていなかった。

結 果

1. 連携パス運用非実施群の事情

連携パスの運用に至らず当科での術後追跡を継続してい

る304例において、非実施となった理由には、自宅近隣に連携施設がなかった症例が128例と最多で、採血結果が受診当日に判明する当科の利点を望んだ症例が87例と続いた(表1)。この他に、敢えて主治医自身が当科での追跡を選択した症例が85例存在した。更に、一旦は連携先から承諾を得たものの、その後にパスに沿った追跡が困難との理由で当科での追跡に変更された症例が4例存在した。

2. 連携パス非運用の詳細

近隣に連携施設がなかった128例中、通院手段・通院時間などの地域特性が支障になった症例は38例であり、1/3未満と多くはなかった(表2)。一方で、通院可能な診療所が甲状腺治療の経験が少ない内科系診療所(61例)、であったり、頸部エコーが行い得ない診療所(29例)であったこともパス非運用の理由となっていた。

患者側の希望から当院追跡となっていた87例中、他疾患で当院に通院しているために、当院での併診を強く希望した症例はわずか3例であった一方で、術者による検査・診断を重視する症例がほとんどであった。

一方で、パス運用を当科スタッフ間の共通認識・目標としながら、術者自らが追跡する責任感を重視していた症例が78例と多く占めていた。

3. 連携パス運用からの逸脱例

76例の連携パス運用実施例における連携先の標榜科は耳鼻咽喉科が57例、一般内科が14例、一般外科が5例であった。76例のうち、連携先から逸脱した症例が7例存在し、うち3例は当科での追跡に切り替えていた(表3)。この3例は術後の抗サイログロブリン抗体値の上昇を理由に当科への紹介受診となったもので、いずれも再発・転移を否定し得たが、連携施設の希望もあり紹介後は当科での

表1 甲状腺乳頭癌術後の追跡状況

連携パス運用	76例
近隣に連携施設なし	128例
患者側の希望から当院で追跡	87例
連携パス非運用	
主治医の判断から当院で追跡	85例
運用承諾を得た後の連携施設からの断り	4例

表2 連携パス非運用の詳細

近隣に連携施設なし	通院方法・時間が不便	38例
	甲状腺癌治療の経験がない内科系診療所のみ	61例
	頸部エコー施行が困難	29例
患者側の希望から当院で追跡	採血結果など即日判定を希望	34例
	術者による継続追跡を希望	50例
	他疾患で当院追跡中	3例
主治医の判断から当院で追跡	合併症追跡・内服薬調整など	7例
	術者自らが追跡したい	78例
運用承諾を得た後の断り	パス通りの追跡は困難	4例

表 3 連携バスの運用状況と逸脱例

連携バス運用継続	69 例
連携バス運用から逸脱	<div> <div>当科での追跡に変更</div> <div>連携先とは別の施設で追跡</div> <div>追跡不能</div> </div> <div> <div>3 例</div> <div>3 例</div> <div>1 例</div> </div>

追跡とした。残りの 4 例中 3 例は、連携先とは別の施設での追跡となったことが確認できたが、1 例は追跡不能であった。因みに逸脱した 7 例のうち 6 例が一般内科・外科を標榜する施設であった。

380 例中追跡不能の 1 例を除き全例において局所再発・遠隔転移を認めておらず、非担癌生存中であった。

考 察

1. 連携施設におけるバス運用の問題点

対象期間に手術が行われた 380 例中、連携バス運用が可能であった症例は 76 例 20%にとどまっていた。そして、運用に至らなかった最大の原因に自宅近隣に受け入れ施設がなかったことが挙げられる (128 例 42.1%)。

矢口ら³⁾が報告した連携バス準備段階での連携施設側のアンケートでは、胃癌・大腸癌や肺癌ではそれぞれ 78.4%, 74.5%の施設が受け入れ可能と答える一方で、乳癌では 19.6%と、連携バス運用が強く推奨されている 5 大癌の間でも乖離が見られる。

また大野ら⁴⁾による滋賀県でのバス運用実態調査では、胃癌・大腸癌が想定通りの運用が見られる一方で、時間経過と関連する病勢進行が肝臓癌、更に術後 2 年間の化学療法を要する肺癌では想定外に低いという、やはり疾患間での乖離が生じている。同様の傾向は藤ら⁵⁾の福岡県における実態調査にも見られる。

これらの報告から浮かぶのは、罹患症例が多く、連携施設でも病態把握や追跡方法が確立している消化器癌は容易に受け入れられる一方、再発の危険性が懸念され、その特定に慎重な判断を要する肝臓癌・肺癌は忌避される傾向がある実態であろう。

診療連携を開始するにあたって、緩徐な進行と良好な術後予後が期待できる甲状腺乳頭癌であれば、連携施設での受け入れに関するストレスは軽微なものと考えていた。また、当院が作成した甲状腺乳頭癌連携バスは、6 ヶ月ごとの頸部エコーと血清サイログロブリンを含む採血と、連携施設の負担は比較的小さいと考えていた。にも関わらず、受け入れに消極的な施設が多かった理由として、罹患患者数が少ない甲状腺乳頭癌では、その特有な病態が周知されていないことにあるかと考える。

また、矢口ら³⁾、下村ら⁶⁾は、同じく連携施設へのアンケート調査で、一部施設では病態・病期に関わらず患者の逆紹介を希望していない実態も明らかにしている。大野ら⁴⁾の報告にもあるように、連携施設にストレスフルな疾

患・病態での運用が難しいことも診療連携が増えない要因と考えられる。甲状腺乳頭癌術後の観察が、診療の負担を強要するものではないこと、心理的負担も少ない疾患であることを周知してもらうための分かりやすい情報発信が急務と考える。

また今回 304 例の非運用群の中に、一旦は受け入れたにも関わらず早々に運用不可となった 4 例が存在した。甲状腺癌の追跡にエコー（可能であれば表在臓器を検索するプローブを有するエコー）は必須であるが、この 4 施設は乳癌の連携バスを受け入れていたため、当初は乳癌のスクリーニングに用いるエコーで頸部の追跡も可能と判断されていた。ただ、甲状腺内結節やリンパ節の画像評価法に不慣れであることが理由で、早々に当科での追跡に切り替わっていた。甲状腺乳頭癌という罹患数の少ない疾患の病態を一般内科外科施設に周知してもらうと同時に、バスにエコー画像の具体例などの表記追加も検討すべきかもしれない。

2. 連携計画策定側の問題点

連携バス非運用 304 例において非運用となった理由に、近隣に運用可能な施設がありながら患者本人の希望 (87 例 28.6%) や、当科主治医の判断 (85 例 30.1%) で当科での追跡が選択されたことが挙げられる。術後の追跡が術者でない紹介施設医に委ねられることへの不安は解消しないものがあるのも事実である。

不安の最たるものは再発発見の遅れであり、再発時の早期対応の可否への懸念であることは言うまでもない。芳林ら⁷⁾の患者へのアンケートでも、乳癌を対象としたものではあるが、専門医の診察を希望する回答が多かったとしている。

一方で疾患は異なるが、Grunfeld ら⁸⁾は乳癌における術後追跡において、乳癌専門施設とかかりつけ医の間で再発率・死亡率・再発に伴う健康関連の QOL に有意差がなかったことを報告している。連携バスはこの有意差がないことが前提であり、それを実現するために、よりの確でかつ患者に理解してもらえるものであるべきなのは言うまでもない。連携バスの意義を十分理解してもらうために、我々医療サイドの丁寧な説明はもちろんであるが、これを補助・補填する目的で専任コーディネーターの存在・拡充も求められる。菊内⁹⁾は四国がんセンターにおけるがん相談支援センターの中でのコーディネーターの必需性を説き、連携バス運用に関わる患者の不安払拭に有用であることを論じている。

主治医が継続して追跡していた 85 例に関しては、再発を可及的早期に特定したい、術者自らがエコーを用いた評価をしたい責任感は尊重されるべきではある。一方で甲状腺乳頭癌の予後を考慮すれば、生命予後を左右するのは基礎疾患や他領域の癌であることも念頭に置くべきであろう。かかりつけ医での基礎疾患への専門的対応が優先されることが決して少なくないことを勘案して、下村ら⁶⁾も述べているように、連携バス運用を契機に、計画策定施設の

病院医師・連携施設であるかかりつけ医・患者および家族の行動変容が求められるべきと言える。

3. 連携パス運用逸脱例縮小への対応

76例の連携パス運用例のうち逸脱した7例をどのように捉えるか見解の異なりがあらうかと思われる。

他疾患では、竹澤ら¹⁰⁾が前立腺癌における連携パス運用実態の報告691例の中で、PSA上昇や排尿異常などを契機に逸脱した205例を報告している。逸脱例の中には58例の追跡不能や3例の自施設での追跡切り替えもあり、対象の規模は小さいものの、当科の7例は決して多いわけではないと考える。

ただ、最終的に当科での追跡に切り替えざるを得なかった3例は、血清サイログロブリン値や抗サイログロブリン値の捉え方に関する情報提供が不十分であったことは否めない。対処法として、先述したようにパスの中に参考になり得るエコー像を添付すると同時に、血清サイログロブリン値・抗サイログロブリン抗体値の具体的な評価法をも添付するべきかもしれない。

4. 甲状腺乳頭癌の連携パス運用の意義と今後の課題

甲状腺乳頭癌は20年以上にわたる非常に長期な術後追跡が求められる予後良好な疾患である。一方で、全ての患者を術者が追跡するのは不可能と言え、連携パス運用は病院勤務医の厳しい勤務環境の軽減をもたらし得る¹¹⁾。勤務環境の軽減には、時間的な負担軽減のみならず、連携施設における丁寧な観察が術者の心理的負担の軽減にも結実すると考える。

一方患者側が享受する恩恵は少なくない。通常連携施設は自宅近隣であることが多く、通院しやすい利点が挙げられる。万が一の再発への対応も近隣施設であれば相談や検査が容易である点も挙げられる。最大の利点は、甲状腺癌だけでなく基礎疾患も含めた総合的観察が可能となることかと考えられる。長期にわたる観察が原則であることから、一部の症例では必然的に高齢化への対応も考慮されるべきである。

連携パス普及は、術後追跡までも自ら行ってきた我々術者の従来の姿勢から、連携施設へ安心して委託する術者の行動変容をもたらし得る。この行動変容がパス運用の最大の意義とも言える。

ま と め

1. 甲状腺乳頭癌の術後追跡に地域連携パスを導入した。
2. 380例中76例20%に運用可能であったが、7例の逸脱例が存在した。
3. 非運用304例のうち128例が近隣に連携可能な施設がなかった一方で、連携可能であったにも関わらず患者の希望・主治医の判断を理由に当科で追跡されていた症例がそれぞれ87例・85例存在した。
4. 連携パス運用を進展させるには、専任コーディネーターの役割も重要で、更に病院医師・かかりつけ医・患者および家族の行動変容が求められる。

著者は申告すべき利益相反を有しない。

文 献

- 1) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/200706/dl/s0615-la.pdf> がん対策推進基本計画 平成19年6月
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou-iryou/iryouhoken/iryouhoken12/index.html> 発行2010年3月1日 アクセス2013年12月27日
- 3) 矢口豊久, 加藤信也, 松浦豊美: がん診療連携拠点病院の地域連携クリティカルパス準備段階における連携施設の受け入れ態勢調査 日農医誌 58: 558-562, 2010
- 4) 大野辰治, 瀬戸山博, 東出俊一他: 滋賀県における5大がん地域連携クリティカルパスへの取り組み 日本医療マネジメント学会雑誌 15: 177-182, 2014
- 5) 藤 也寸志, 谷水正人: がんの地域連携クリティカルパスの現状と課題 IRYO 68: 452-456, 2014
- 6) 下村裕見子, 池田俊也, 武藤正樹他: がん診療連携拠点病院等におけるがん地域連携クリティカルパス可動調査と連携体制の課題 日本クリニカルパス学会誌 13: 98-104, 2011
- 7) 芳林浩史, 中木村朋美, 林 雪他: 乳がん術後地域連携パスを利用している患者さんに対する不満足度調査 和医医誌 35: 29-34, 2017
- 8) Grunfeld E., Levin M.N., Jukian J.A., et al: Radomaized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: Comparidon of family physician versus specialist case. J Clin Oncol 24: 848-855, 2006
- 9) 菊内由貴: がん相談支援センターに期待される患者支援と医療連携 治療増刊号 90: 808-813, 2008
- 10) 竹澤 豊, 根井 翼, 藤塚雄司他: 前立腺がん術後および放射線治療後の地域連携パス作成と運用—6年間の実践報告—泌尿器外科 31: 1211-1113, 2018
- 11) 竹澤 豊, 岡 大祐, 大津 晃他: 前立腺がん術後および放射線治療後の地域連携パスの作成と運用 日本クリニカルパス学会誌 19: 35-41, 2017