令和６年度

奨学寄附金に係る研究報告書

国立大学法人　浜松医科大学

へき地病院で持続可能な消化器がん診療を考える

【要約】

消化器がん治療の進歩は目覚ましいが、へき地や地方の小規模病院では人材確保や高度医療を導入するための費用面等の問題があり、提供する医療の相対的な質の低下は避けられない。医療の進歩につれ最先端との差は開く一方であり、ひいては患者の不利益にも繋がりうる。また非高齢者を守るための医療水準の維持も求められる。当院は静岡県の山間部に位置し、総合診療を担う 5 名の常勤医師のいる 40 床のへき地医療拠点病院である。2022 年度より赴任しており、それまでの自身の専門診療経験を踏まえ、当院で持続可能な消化器がん診療について考察した。都市部など比較的恵まれた医療圏の住民でも、がん治療のはじめの一歩として近隣のクリニックや小規模病院を訪ねるというステップを踏む。TNM 分類に必要な US/CT/内視鏡といった検査がまず行われ、技術的な差はあるものの検査法自体には大きな変動はない。地域で提供する医療の質を維持するためには、治療は集約化して大規模病院へ依頼するのが現実的であり、総合診療医に求められるのは大病院の専門診療科への迅速かつ適切な振り分け(内科依頼か外科依頼かの見極め)、大病院との信頼関係の構築とその連携に関する患者への情報提示、治療後のリハビリや退院調整目的の転院受け入れといった後方支援であると考える。地域でも高水準の医療を提供し続けるための方策について考察した。

【研究報告内容】

（1）研究報告者

医師　廣津 周

（2）背景

一般的な消化器がん診療の流れを図 1 に示す。都市部など恵まれた医療圏の住民は、まず検診や有症状で開業医をはじめとする近隣の小規模医療機関に受診することになる。そこで消化管内視鏡や腹部超音波検査を行い病変が発見されると、精査目的で大規模病院の消化器内科に紹介される。その後 TNM 分類に必要な検査が追加でなされ、外科治療が考慮されれば耐術能の評価を行い消化器外科に紹介され、治療方針が決定する。

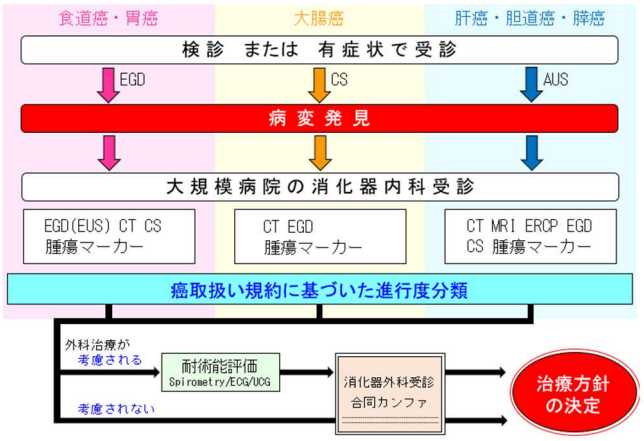

図 1　一般的な消化器がん診療の流れ

治療法の進歩は目覚ましく、関連する学会では常に革新的な研究や開発に関する報告がなされ討論されている。その一方で、地域で最新の治療法を追い求めるのは難しいのが現実である。

浜松市国民健康保険佐久間病院は、人口 3 千人程の医師少数スポットである天竜区北部を支える唯一の有床医療機関で、最寄りの二次・三次救急病院までは陸路で 1 時間以上はかかる。令和 6 年度現在、

病床数 40 床、常勤の医師 5 名、看護師 33 名が所属する。へき地医療拠点病院に指定されており、件数は少ないものの、救急患者は原則 24 時間 365 日断らない体制で運営している。

一般的に医療機関の機能は、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 つに分けられるが、佐久間病院はこのうち、急性期と回復期の機能を有し、在宅医療にも力を入れている。急性期機能のうち、血管造影・透析・全身麻酔の手術などには対応できないため、高度急性期病院へ依頼している（図２）。

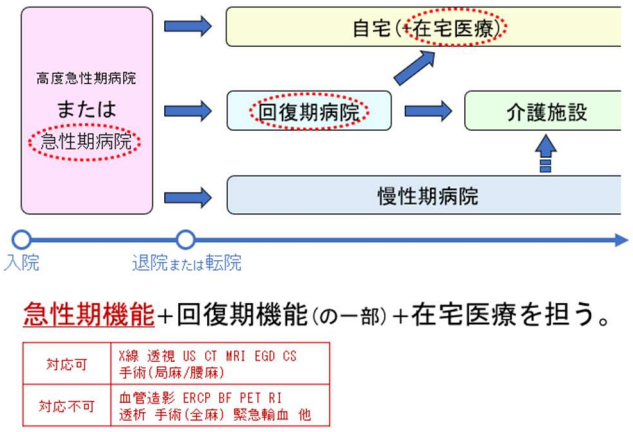

図２　佐久間病院の機能

（3）目的

へき地病院における消化器がん診療の課題として、人材確保や高度医療を導入するための費用面等の問題があり、提供する医療、特に治療の面での相対的な質の低下は避けられない。医療の進歩につれ最先端との差は開く一方であり、 ひいては患者の不利益にも繋がる。また、つい高齢者に対する医療にばかり目が行きがちだが、非高齢者を守るための医療水準の維持も求められる。

（4）方法

当方は同じ浜松市内の浜松医科大学医学部を 2010 年に卒業し、500 床以上の大規模病院を中心に、消化器外科医としての研鑽を積んできた。卒後 13 年目に心機一転、へき地での総合診療に目覚めて佐久間病院に赴任することとなった。自身の消化器外科医としての経験を踏まえ、へき地病院で持続可能な消化器がん診療について考察した。

（5）結果

１つ目のポイントは、へき地病院の機動力を活かすということである（図３）。一般的には、病変を発見する契機となる受診から、大規模病院の消化器内科へ受診するまでは １ ヵ月程度かかることが多く、そこから治療方針の決定に必要な精査が終わるまで追加で約１ヵ月、さらに外科治療が考慮される場合はカンファレンスを通して消化器外科に相談、などとしているうちに治療開始までに月単位で時間が過ぎていく。一方でへき地病院では、大規模病院よりもすぐに検査予定が組める場合が多く、通院しやすく院内の移動負担も少ないといった患者さんの身体的ストレスを軽減できるメリットがある。特に消化管のがんについては内視鏡と CT を読む目さえあれば手術適応を判断できるため、消化器内科を介さずに一気に消化器外科へ紹介できる場合がある。

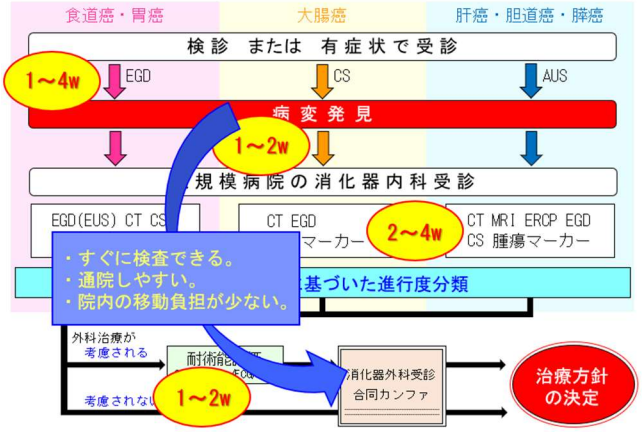

図３　へき地病院の機動力を活かす

２つ目のポイントは、高度な治療は大規模病院へ一任し、後方支援病院としての役割を充実させること

である。そのために、高度急性期病院での治療後に病態が安定した患者、特に手術によって体力が大きく低下した患者を転院の形で引き受け、在宅復帰に向けたリハビリやサービス導入、あるいは施設入所への調整を行う。また、遠方への通院が困難な場合も多いため、大規模病院との連携診療や場合によっては単独でのフォローも考慮する。そのためには術後サーベイランスに関する知識のブラッシュアップも必要である。

3 つ目のポイントは、円滑な病病連携のために、大規模病院との信頼関係を日頃から築いておくということである。そのためにまず重要なのは紹介状（診療情報提供書）を疎かにしないことである。紹介状とは、限られた紙面で正しい内容を読み手に誤解を生じさせずに分かりやすく端的に伝えねばならないビジネス文書である。紹介状作成時に意識していることがいくつかある。ホームページで相手や病院のことを調べて置かれている状況を慮ること、相手が受け取った時の気持ちを予想し何を依頼したいのかはっきり分かるように書くこと、経過が長くても 1 枚程度にまとめること、何度も読み返し誤字脱字をゼロにすること、1 回で終わりではなくこまめに返事や報告をするということ、などである。紹介状に対して真摯に向き合うことで、大規模病院との良好な関係構築に繋がり、その患者だけでなく次以降の患者の紹介もスムーズになる場合が多い。また、ホームページで自分がどの大学や病院の出身かという医師のネットワークを示すものや、どんな治療を専門としているかといった情報を開示することも重要と思われる。

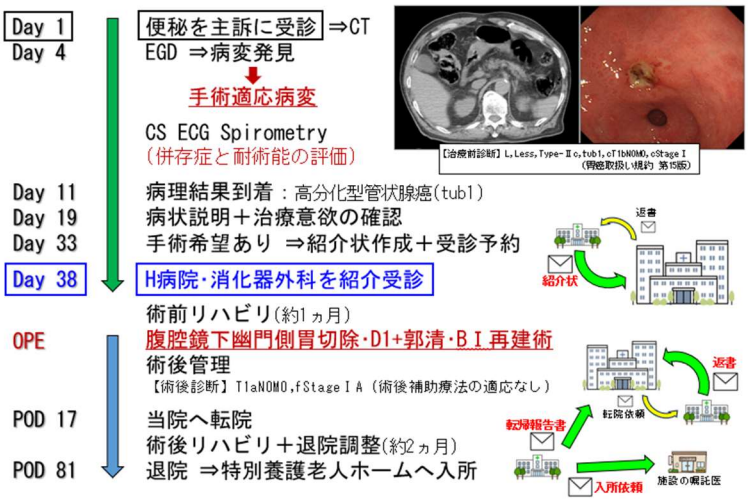

図 4　症例提示（86歳男性・胃癌）

症例を 1 例提示する（図 4 ）。認知症と高度難聴のある 86 歳の男性。長男との 2 人暮らしで ADL はなんとか自立しており、要介護認定は受けていなかった。

便秘を主訴に受診し、CT と上部消化管内視鏡検査が行われ、胃前庭部に表面陥凹型の病変を発見された。この時点で手術適応病変と判断され、併存症と耐術能の評価を行いながら病理結果を待った。その後病状説明が行われ、治療方針について相談する時間が 2 週間あり、初回受診日から 38 日目に手術希望で H 病院の消化器外科に受診となった。

1 ヵ月の術前リハビリを行った後に根治手術が行われ、術後 17 日目で佐久間病院に転院し、2 ヵ月のリハビリと退院調整を行い、要介護 3 の認定を受けて施設入所となった。

前述の 3 つのポイントについて振り返ると、初回受診から 5 週間というスピードで外科受診に辿り着いている。後方支援として術後 2 週間で転院を受け入れ、リハビリと退院調整を請け負っている。施設入所に至るまで、手紙のやり取りを 4 回行った。

（6）考察

地域でも高水準の医療を提供し続けるための方策について考察した。へき地病院の機動力を活かし、必要な検査を速やかに実施し、正確な診断力が加われば、都市部よりも月単位で早期の治療開始に繋がる

可能性がある。後方支援病院としての役割を充実させ、転院依頼は断らず、在宅復帰や施設入所への調整を請け負い、患者の遠方への通院負担に配慮することも重要である。円滑な病病連携のために、紹介状は疎かにせずきめ細やかなやり取りが望まれる。また、こちらの情報も開示し、知ってもらう努力をするのも重要と思われる。これまでの消化器外科医としての診療経験を、引き続きへき地で活かしていきたい。

本論文の要旨は第 64 回全国国保地域医療学会にて報告した。

【資料】

令和 6 年度の研究報告に添付すべき資料なし。