

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 5 日現在

機関番号：30106

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2012～2014

課題番号：24590629

研究課題名(和文)がんのサバイバーケアプラン実現にはたす日本のプライマリ・ケアの役割に関する研究

研究課題名(英文)The role of primary care in the cancer survivorship care plan

研究代表者

大島 寿美子(Oshima, Sumiko)

北星学園大学・文学部・教授

研究者番号：60347739

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 4,200,000円

研究成果の概要(和文)：がん患者・体験者の療養行動のパターンとその原因、一次医療と二次医療の使い分けについて検討するとともに、医師、がん患者・体験者の意識を質的・量的に検討した。その結果、がん患者・体験者と医師の間に意識のギャップがあることがわかった。また地域連携クリティカルパスについて患者の9割が知らなかった。そこで、医療の利用者である患者に対するアプローチが必要であると考え、サバイバーシップに関わる情報を患者・体験者が自分で管理することができるサバイバーケアプランのモデルを作成した。

研究成果の概要(英文)：We investigated the perception and the attitude of cancer patients and medical doctors towards post-treatment followups and care coordination between primary and secondary cares qualitatively and quantitatively. We found that the gap exists between patients and doctors. Ninety percent of patients did not know about the regional critical path. We made a model of survivor care plan in which patients can manage the results and the schedules of treatment and examination on their own.

研究分野：がんサバイバーシップ、医療コミュニケーション論

キーワード：サバイバーシップ プライマリ・ケア ケアプラン

1. 研究開始当初の背景

日本では、男性の2人に1人、女性の3人に1人が一生に一度はがん罹患する時代になった。早期発見や治療法の進歩により現在では患者の半数が治療後5年以上生存している。患者の増加及び生存率の向上によってもたらされたのが、治療を終えた生存者、いわゆる「サバイバー」の急増である。厚生労働省研究班によれば、1999年末時点でのがん生存者は、診断後5年以上の長期生存者が161万人、5年未満の生存者が115万人、計276万人であったが、2015年には長期生存者は308万人、5年未満生存者が225万人と倍増して、計533万人に達すると予測されている。

サバイバーの増加により、再発への不安や後遺症への対処、フォローアップ(術後検診)に携わる専門医の負担など、がん治療後のケアをめぐるさまざまな問題が指摘されるようになった。しかしながらこれらの後遺症に対してはフォローアップ(術後検診)では十分に対応しておらず、患者は精神的、身体的な苦痛を感じながら独自に医療機関を受診するなどの受療行動を取っていることが明らかになっている。

サバイバーの増加は先進各国に共通した現象であるが、欧米ではサバイバーのケアと医療資源の効率化を目指した取り組みが活発化している。例えば、アメリカでは2006年に米国医学研究所(Institute of Medicine)によってがん生存者に関する初めての総合的な報告"From Cancer Patient to Cancer Survivor"が出され、がん治療後の切れ目のないケアと医療職間の連携を目指した「サバイバーケアプラン」が運用されるようになった。WHOもがんを慢性疾患の一つに位置づけ、専門的ケアとプライマリケアを統合したケアプランや自己管理プログラムなどの支援が必要であるとされている。しかし欧米各国においても、がん対策は依然として治療や予防、早期発見が中心であり、サバイバーケアが十分に実現されているとはいえない。

一方、日本においては平成18年に策定された「がん対策基本法」第16条においてがん患者の療養生活の質の維持向上がうたわれたものの、一次治療を終えた無再発の患者のQOLを向上させる具体的な施策には至っていない。およそ200団体といわれる我が国のがん患者の自助グループやサポートグループの多くが、治療後の暮らしや社会復帰に関する情報交換、気持ちの分かち合いのための事業を実施していることは、生存者にとって術後の生活上の問題が従来の医療的ケアでは解決されていないことを示し

ている。

切れ目のない医療を求める患者団体の要望に基づき、がん対策推進計画において五大がんの地域連携クリティカルパス作成が義務づけられたが、地域連携パスがどこまで術後患者のケアに活用され、術後患者のニーズや後遺症のケアを含めたサバイバーケアに役立てられるのかについては未知数の部分が多い。

2. 研究の目的

本研究では、日本の二次医療と地域医療の実情を踏まえた日本版サバイバーケアプランのモデルを作成することを目的とした。研究段階は以下の3つからなる。(1)がん患者・体験者がどのような療養行動をとっているのかを明らかにする。療養行動のパターンとその原因、一次医療と二次医療の使い分けについて検討する。(2)一次医療と二次医療の医師ががん患者の治療や定期検診、ケアに関する連携についてどのように考えているのかを検討する。(3)がん患者・体験者が術後のセルフケア力を高めるための方策を検討し、患者が求めているサバイバーケア及びがんの地域連携クリティカルパスに対する認識について検討する。

その上で、日本版サバイバーケアプランのモデルを作成することとした。

3. 研究の方法

まずがん患者・体験者がどのような療養行動(care-seeking behavior)をとっているのかを調査した。婦人科がん患者を対象にフォーカスグループインタビューを実施したデータを用い、術後の受療行動に関する発言を質的に分析した。分析結果はイベントフローネットワーク法により図式化した。次にプライマリ・ケア医と専門医を対象に、がん術後患者のケアや連携診療に対する態度や意識(attitude and perception)を明らかにするためのインタビュー調査を実施した。専門医についてはフォローアップに焦点をあてたインタビューからデータを質的に分析した。プライマリ・ケア医については、がん患者の術後管理や内科的治療に対する認識について訪ねた。次に、がん患者・体験者を対象に質問紙調査を行い、患者自身が望む術後管理と連携診療について検討した。その上で、日本版のサバイバーケアプランモデルとしてウェブ上に患者自身が自分で記録できる治療歴のデータベースを構築した。

4. 研究成果

療養行動に関する研究では分析の結果、10種類のカテゴリ、15種類のカテゴリ間の関係が抽出された。受診先として「フォローアップでの面接」と「自分で選択した外来の受診」という2種類があることが明らかになった。また、この2種類の受診先にいたる経路から、「知識と解釈」「フォローアップにおいて症状が治療がされないこと」「情報の取得」の3つの要因が後遺症の治療に影響を与えていることがわかった。分析により、術後のケアにおいては受療遅延が起きていること、そこには患者の知識や情報、フォローアップでの医師の態度が影響を与えていることが明らかになった。また、患者は独自の判断でプライマリ・ケアを含む多様な医療機関を受診していた。がん術後患者に関しては情報提供とフォローアップでのケア、がん治療期間とプライマリ・ケアを含む他の医療機関との連携に課題があることが示唆された。

この結果を踏まえ、専門医およびプライマリ・ケア医を対象にしたがんのケアに関する文献及びインタビュー調査を行い、質的に分析した。専門医に対する調査では再発の発見」「後遺症の管理」「世間話」「治療の難しい、あいまいな、あるいは婦人科以外の症状への対応」という4つのカテゴリが生成された。フォローアップにおける専門医の態度は、医師が感じる「時間の制約」と「自分が考える責任の範囲」によって決まると考えられた。さらに、専門医がプライマリ・ケア医との連携・分担についてどのように考えているのかを分析したところ、カテゴリとして、「分担の障壁」「分担のしくみ」「分担の利益」、サブカテゴリとして、「分担の障壁」の下に「患者の意向」「開業医の意向」「産婦人科診療所の診断能力」「分担のしくみ」の下に「分担の条件」「産婦人科診療所への診療報酬」「分担の利益」の下に「専門医の余裕」「患者の待ち時間の短縮」が抽出され、プライマリ・ケア医は再発管理や投薬を含むがん患者のケアや管理について消極的であると考えていた。一方プライマリ・ケア医は、がんという特定の疾患に焦点を当てた管理やケアは専門外であり、また日常診療の負担が増える恐れがあると考えていた。また、専門医は患者自身がプライマリ・ケアでの管理や治療を望んでいないのではないかと考えていた。

以上のことから、がん患者・体験者にとって術後の受診は再発管理のみならず後遺症のケアやがんからの回復にとって重要な機会であるが、医師の側にとって術後の管理やケアは主要な仕事ではなく、専門医、プライマリ・ケア医ともに消極

的であった。

ここまでの調査を踏まえ、患者が求めているサバイバーケア、がんの地域連携クリティカルパスに対する認識についてがん患者・体験者に質問紙調査を実施した。質問紙調査の結果、自分のがんの診断結果については半数以上の回答者が口頭と文書で情報を受け取っていたが、経過観察や定期検診については4割、発症する可能性のある後遺症や長期的な副作用については3割しか口頭と文書で情報をもたらすことがなかった。発症する可能性のある後遺症や長期的な副作用については2割が情報をもたらしていなかった。

さらに、地域連携クリティカルパスについてたずねたところ、9割の回答者が「知らない」と答えた。「わたしのカルテ」などの名前で呼ばれている連携手帳については7割近くが好意的であったが、手帳への支払い意思額については、5割以上が1000円以下の金額を回答した。これは地域連携クリティカルパスに対する診療報酬上の患者負担額（3割の場合）を下回る。

以上を踏まえ、二次医療と地域医療の連携を実現する前提としてまずは医療の利用者である患者に対するアプローチが必要であると考えた。患者同士の情報交換を促すことが無駄な受療行動を防ぎ、主治医やかかりつけ医とのコミュニケーション能力の向上につながるの認識のもと、がん患者・体験者のセルフケア力を高めるためのガイドブックを刊行した。ピアサポートは患者・体験者の相互支援であるが、心理社会的なセルフケアとすることができ、専門家にはできない支援を提供する。

さらに、本研究では、がん患者・体験者が自らサバイバーシップに関わる情報を自分で管理することが日本の現状に適していると判断し、インターネット上で患者が自ら入力することができるサバイバーケアプランのモデルを作成した。これはアメリカで開発されているインターネット上のサバイバーケアプラン作成サービスや PatientsLikeMeなどを参考に構築されたシステムである。患者が自分の病歴データをみずから入力管理する、一種の個人健康情報データシステムで、登録は匿名でも可能であり、データはパスワードとIDで管理できる。自分の治療歴、今後の検査スケジュール、検査結果などを自由に記録し、必要なときに一覧、グラフ化することにより、病歴の把握、一次/二次医療の医療者とのコミュニケーション、自己管理能力の向上に役立つことが期待される。

本研究で作成したがん患者・体験者のための個人健康情報データベースは日本版サバイバーケアプランとしてがん患

者・体験者の自己管理能力を高め、医療機関及び現場の専門職の負担を減らすことが期待される。今後はこのデータベースへの登録者を募集し、自己管理能力の向上や受療行動の変化、医師とのコミュニケーションへの効果について検討したい。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計 2 件)

Oshima S, Kisa K, Terashita T, Kawabata H, Maezawa M, Care-seeking behavior of Japanese gynecological cancer survivors suffering from adverse effects. BMC Women ' s Health, 13, 1-9, 2013.

大島寿美子 アスベスト関連疾患患者と家族におけるピアサポート, 21 世紀倫理創成研究, 8, 2015.

〔学会発表〕(計 2 件)

大島寿美子 病いを生きる健康心理学
日本健康心理学会第 26 回大会

木村恵美子・吉田友子・大島寿美子 がんのピアサポーター養成研修の動向と課題～医療者によるピアサポート支援のあり方 第 52 回 日本癌治療学会学術集会

〔図書〕(計 1 件)

大島寿美子・木村恵美子『がんサロン ピア・サポート実践ガイド』みんなのこば舎 2014

〔その他〕

ホームページ等
がんサバイバーシップ手帳
<http://cancer-care.jp>

6. 研究組織

(1)研究代表者

大島寿美子(OSHIMA, Sumiko)
北星学園大学・文学部・教授
研究者番号：60347739

(2)研究分担者

川畑秀伸(KAWABATA, Hidenobu)
北海道大学・医学研究科・准教授
研究者番号：20325864

前沢政次(MAEZAWA, Masaji)
北海道大学・名誉教授
研究者番号：90124916

北澤一利(KITAZAWA, Kazutoshi)
北海道教育大学・教育学部・教授
研究者番号：00204884