

腫瘍内科セミナー

アンケート結果

回答者 65 名

	Excellent 5	Very good 4	Good 3	Fair 2	Poor 1	未回答	都道府県	学生	研修
1. 今回のセミナー全体を評価して下さい。	件 26	29	4			6	東京都	6	12
	% 40	44.6	6.2			9.2	北海道	2	1
							青森県	4	
							岩手県		1
2. 講演:「新薬開発と腫瘍内科医の役割」は有意義でしたか?	件 18	26	14	2		5	宮城県	1	
	% 27.7	40	21.5	3.1		7.7	福島県		1
							茨城県		2
							栃木県		2
3. 講演:「国立がんセンターでの腫瘍内科研修制度について」は有意義でしたか?	件 26	27	7	1		4	群馬県	1	
	% 40	41.5	10.8	1.5		6.2	埼玉県		1
							千葉県		1
							神奈川県	2	3
4. 講演:「がん診療における放射線治療医の役割」は有意義でしたか?	件 15	27	20			3	新潟県	1	
	% 23.1	41.5	30.8			4.6	富山県	1	
							山梨県	4	
							長野県		1
5. 講演:「がん診療における緩和治療医の役割」は有意義でしたか?	件 21	28	13			3	静岡県		2
	% 32.3	43.1	20			4.6	愛知県	1	2
							三重県	1	
							滋賀県		2
6. 講演:「小児がんに対する小児腫瘍医の役割」は有意義でしたか?	件 19	32	11			3	京都府		1
	% 29.2	49.2	16.9			4.6	大阪府		1
							兵庫県		2
							鳥取県		1
7. 講演:「日本の腫瘍内科医教育制度に対する展望」は有意義でしたか?	件 29	27	7	1		1	島根県	1	
	% 44.6	41.5	10.8	1.5		1.5	岡山県		1
							広島県		1
							香川県	2	
8. 講演:「一般病院での腫瘍内科の取り組み」は有意義でしたか?	件 19	37	8			1	愛媛県	1	
	% 29.2	56.9	12.3			1.5	佐賀県	1	
							熊本県	1	
							大分県		1
9. 講演:「腫瘍内科医に望むもの～患者の視点から～」は有意義でしたか?	件 51	12	1			1			
	% 78.5	18.5	1.5			1.5			
10. 講演:「Tumor Board Case Conference」は有意義でしたか?	件 41	18	6						
	% 63.1	27.7	9.2						
11. グループワークは有意義でしたか?	件 33	22	9		1		辞退	2	5
	% 50.8	33.8	13.8		1.5		計	32	44

* 全体の評価は、「大変良い」以上が85%であり有意義であったとの評価であった。

悪かった点

- ・緩和ケアの時間が少なかった。
- ・グループワークの時間を拡大して欲しい。外国の講師を招聘するのも一案と思う。
- ・質疑応答の時間が少なかった。
- ・グループワークの時間を削って講義に当てて欲しい。
- ・土曜日の午前開催を見直して欲しい。臨床に従事しているので、講義が聴講できなかった。

良かった点

- ・様々な大学の学生、研修医の意見が聞けたのは有意義であった。
- ・患者の視点からと題した上野さんの講演は感動的だった。
- ・皆さんの意識が高く、とても刺激となった。ぜひ次回も参加したい。
- ・今後の腫瘍内科の動向が解かり、とても参考となった。
- ・ランチを一緒に摂れて、質問がし易い環境を作って頂けた。

その他意見

- ・レジデントの具体的な話が聞ければ良かった。
- ・司会、進行がスムーズで良かった。
- ・冷房がちょうど良かった。
- ・カンファレンスが良かった。今後も実施して欲しい。
- ・講演の数が多いと感じた。
- ・精神腫瘍学とかの話も聞きたかった。
- ・今後も継続して開催して欲しい。

がん医療の均てん化に資するがん医療に携わる専門的な知識および技能を周する以上従事者の育成に関する研究

分担研究者 服部 政治 国立がんセンター中央病院・医員（2007.04.01～2008.03.16）
癌研究会附属有明病院・医員（2008.03.17～）
下山 恵美 帝京大学ちば総合医療センター・教授
細川 豊史 京都府立医科大学・准教授
有賀 悦子 国立国際医療センター・医長

研究要旨：

すべての医療従事者が修得すべき基礎知識と、緩和医療を専門的に実施する医師を育成するアドバンスプログラムとして位置づけ、プログラム修了者には、日本全国各地で適正な緩和医療の推進ならびに緩和医療教育プログラムを実践するだけの知識と技術を修得させる。

A. 研究目的

がん診療拠点病院の認定を受けるためには、実働している緩和ケアチームがあることが条件となっている。また、専従医師の専門性は統一されているわけではなく、各施設で独自のスタイルの緩和医療を実践しているのが現状である。その背景には緩和医療がひとつの医療専門分野として未だ確立していないことがうかがえる。一方、がん医療の均てん化を図るためには、緩和医療の専門医制度が確立するのを待つことなく、現在施行されている緩和医療とそれを支えるスタッフの技能をいかに教育、育成するかが急務と考え講習会を通じてこれを実践し、その成果を検討する。

B. 研究方法

短期間の集中的緩和医療講習会を開催して参加施設、参加者の技能変化を評価する。

2008年6月7日・8日 於：京都府（班員 細川豊史 京都府立医大）

200名から300名の医師、薬剤師、看護師ほか緩和医療に従事している、またはこれから従事する予定者を募集する。（現在、予算の関係から会場調査中であり、会場が決定次第）

講習前後のアンケート調査、臨床での追跡調査を行う。

C. 研究結果

現在、会場、参加施設および講師選択中。緩和医療の実施は、その質、体制、技術、人的資源で各施設間で異なるため、どの施設の専従医師でも実践可能なプラクティカルな教育をすることで緩和医療の基本的な臨床知識を与える。その上で実際の臨床にどのような変化ができたかを追跡調査することで、新たな問題点の抽出や理想的な教育システムの構築の参考とする。

研究成果の刊行に関する一覧表(雑誌)

発表者氏名	論文タイトル名	発表雑誌名	巻・号	ページ	出版年
篠崎勝則、他	県立広島病院臨床腫瘍科からの報告：開設から2ヶ月を経て	広島県立病院医誌	38 (1)	145-150	2006
丸山 大	がん医療均てん化とがん対策基本法	腫瘍内科	1 (3)	292-298	2007
丸山 大	一特集 がん対策基本法の実施から一年を経て一 人材の育成	腫瘍内科	2 (1)	36-41	2007
村越 功治、他	がん専門薬剤師研修施設における受入れ体制	THPA	56(5)	366-372	2007
Isobe K, Shikama N, et al	Initial experience with the quality assurance program of radiation therapy on behalf of Japan Radiation Oncology Group(JAROF),	Jpa J Clin Oncol	37(2)	135-139	2007
Shikama N, et al	Quality assurance of radiotherapy in a clinical trial for lymphoma: Individual case review	Anticancer Research	27	2621-2626	2007
木下真由美、篠崎勝則、他	県立広島病院臨床腫瘍科における外来がん化学療法への取り組み一看護師の立場から一	外来看護前線	12 (3)	69-77	2007
石黒 洋	がん患者(受け持ち)の状況によるフロー	臨床研修プラクティス	6	5-7	2007
石黒 洋	がんの診断(病理&病期)が確定したら一(3)化学療法一、	臨床研修プラクティス	6	16	2007
石黒 洋	他の病気を持っているがん患者に化学療法を行う時に注意すべき事柄	臨床研修プラクティス	6	26-27	2007
細川豊史	緊急を要するがんの合併症の対策(4)がん疼痛対策	臨床研修プラクティス	4 (6)	43	2007
Toita T, et al	Patterns of pretreatment diagnostic assessment and staging for patients with cervical cancer (1999-2001): Patterns of care study in Japan	Jpn J Clin Oncol	38(1)	26-30	2008

研究成果の刊行に関する一覧表(書籍)

著者氏名	論文タイトル	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
石黒 洋、他	Oncologic Emergency manual	石黒 洋、他	Oncologic Emergency manual	京都大学	京都	2007	

県立広島病院臨床腫瘍科からの報告： 開設から2ヶ月を経て

篠崎 勝則 木下真由美 林 聖二
瀧口 浩 山本 晃子 土井美帆子

はじめに

がんが死亡の最大原因であり、一層の対策充実が求められることから、がん対策の基本理念を明示し、国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師等の責務を明らかにすると共に、がん対策に関する計画や基本となる事項を定め、総合的・計画的に推進することを目的とし、がん対策基本法が成立し、2007年4月から施行される。基本理念は、[1]がん克服を目指して研究を推進すると共に、成果を普及・活用し発展させる[2]がん患者は居住する地域に関わりなく、科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができる[3]がん患者が置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重して治療方法等が選択されるように、がん医療の提供体制を整備する——の3点が挙げられている。このような状況の中、国立がんセンターが中心となり、がん診療拠点病院システムが樹立されようとしている。具体的には、約35万人ごとに二次医療圏を設置し、そこにひとつずつ地域がん診療拠点病院を指定し、さらに各都道府県にひとつの都道府県拠点病院を設けて高度先進医療を提供し、これらを国立がんセンターが統括しようというものである(図1)。

県立広島病院は2006年8月24日に地域がん診療連携拠点病院に指定された。私たち臨床腫瘍科も、その一員として、患者様に満足をしていただける、質の高いがん医療を提供していく責務を痛感しているところである。こうしたなか、臨床腫瘍科は、あらゆる固形がんを対象とした化学療法を専門とする科として、2006年7月20日県立広島病院に新たに設立された。すべての固形がんを対象とする点で、従来の臓器別診療科とは異なった臓器横断的な科としての特徴を持つ。がん

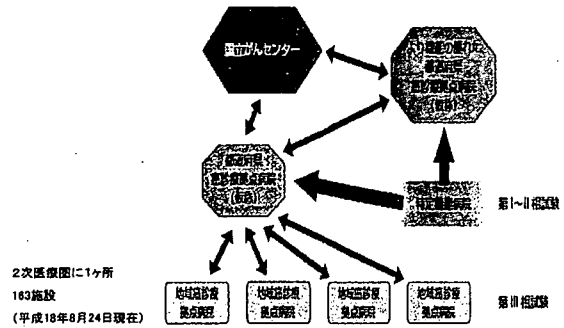


図1 がん診療拠点病院構想

化学療法の目標は、[1]がんの治癒あるいは寛解導入、あるいは[2]がんに伴う苦痛の除去である。従来は、そのほとんどが、入院治療として実施されてきた。しかし現在は、患者のQOLの観点や政策医療の面から、入院加療から外来加療型に移行している。今回、県立広島病院に誕生した臨床腫瘍科を紹介すると共に、開設後の2ヵ月間を振り返り、現状および将来の方向性を検討する。

1. スタッフ紹介, 運営組織, 設備, 外来診療, 入院診療について

スタッフ(図2)

専任の医師、看護師、薬剤師各2名ずつを配置する(図2)。医師は6ヶ月、看護師は3ヶ月、薬剤師は2週間にわたり、臨床での実践をはじめ知識、技術、研究など、幅広い分野について、国立がんセンター中央病院で研修を積んできた。今後は、当院スタッフに還元することが当科の責務だと考えている。また、開設時には国立がんセンター中央病院と業務上の提携が結ばれ、化学療法のみならずがん医療全般に関する技術や知識の習得が一層容易となった。



図2 臨床腫瘍科のスタッフ. 左から看護師の山本, 木下, 医師の篠崎, 土井, 薬剤師の瀧口, 林, 受付事務の馬場。

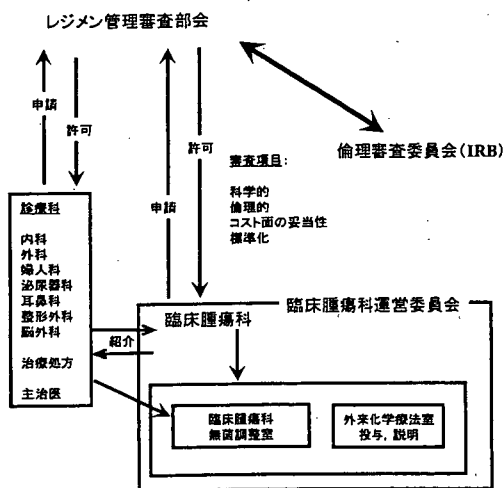


図3 県立広島病院におけるがん化学療法の運営組織

運営組織 (図3)

現在、「臨床腫瘍科運営委員会」が月1回開催され、臨床腫瘍科の運営について協議される。また、(1)登録済みのレジメンに関する副作用や問題点の検討ならびにその修正 (2)新たに申請されるレジメンの審査 (3)院内化学療法の標準化などを目的として、「レジメン管理審査委員会」が設置され、臨床腫瘍科のスタッフである医師や薬剤師が、その一員となっている。

設備 (図4)

がん化学療法は、新たな抗がん剤の開発により改善されてきたとはいえ、つらい治療であることには変わらない。当科では、電動式リクライニングチェア12台と、ベッド6台 (入院ベッドと同等) を設置し、患者がより良い環境で治療が受けられるよう配慮されている。また、各ブースは空間を広く取り、付き添いの家族もそばでゆったりと過ごせるようにしている。電動式リクライニングチェアにはテレビが設置され、ロビ

- A. 臨床腫瘍科の設備
- 電動リクライニングチェア 12台・ベッド 6台
 - レンタルテレビ 12台
 - 輸液ポンプ 24台 (看護師携帯のPHSと連動)
 - がんや抗がん剤に関するパンフレット・リーフレット・書籍・DVDソフト
 - DVDデッキ 1台 (ロビー内にあり)
 - 専用のオーダーリングシステム

B 臨床腫瘍科フロアー



C 電動式リクライニングチェア



図4 臨床腫瘍科の設備 (A), 臨床腫瘍科フロアー (B), 電動式リクライニングチェア (C), リクライニングチェアにはレンタルテレビを設置し、長時間の化学療法を快適に過ごせるように配慮した。

ーには書籍を揃え、患者や家族が長時間の治療時間を退屈せず過ごせるようにした。ナースコールと輸液ポンプは、看護師が携帯するPHSに連動させ、患者の要望や点滴管理に即座に対応できるようにした。また、化学療法専用のオーダーリングシステムを構築し、患者の体表面積に応じた抗がん剤量を自動算出でき、過剰投与を防ぐためのロック機能を組み込んでいる。

セカンドオピニオン外来

がん化学療法や治療に関するセカンドオピニオン外来を週2回 (火曜日, 木曜日の午後) 実施している。1回のセカンドオピニオンに1時間という時間を配分

し、患者や家族の立場を十分に把握した上で、専門的な情報を分かりやすく提供すると共に、適切なアドバイスを心掛けている。

チーム医療

私たちは、[1] がんの治癒あるいは寛解導入 [2] がんに伴う苦痛の除去——の2つを大きな目標として、がん化学療法に取り組んでいる。がん医療とは治癒させる、あるいは寛解療法を行うと理解されていた時期があった。しかし、がんの根治は決して容易ではないのが現状である。ここ数年治癒、寛解療法の最終段階として、緩和という概念が導入され、患者の苦痛を取り除くために、ホスピスというアプローチがなされている。がん患者には、化学療法から緩和ケアへの移行という時期が訪れる。臨床腫瘍科は、このような移行期を担当する科でもある。苦痛の除去は、基本的には医師、看護師、ソーシャルワーカー、家族、その他の人々の集学的な取り組みにより達成されるものであるが、中心的役割は医師が担うべきであると考え。また、緩和ケア科、緩和ケア支援センターと連携をとりながら、終末期までを視野に入れたトータルケアを心掛けている。

患者との関わり

化学療法は、時には患者に大きな有害事象をもたし、QOL (Quality of life : 生活の質) を悪化させる。症状の緩和目的で化学療法を実施しているにもかかわらず、患者の症状を増悪させるかもしれないのである。患者へのインフォームド・コンセントの際に、化学療法目的 (根治ではなく、延命もしくは症状緩和) とその限界について十分に説明する必要がある。残念ながら化学療法の治療効果が認められず、がんが進行する場合は、延命と苦痛の除去という2極間で、個々の患者自身と積極的に協議していくことが必要である。言うまでもなく、コミュニケーションが主たる道具で

表1 C-L-A-S-S コミュニケーション法

■ 場の設定の正確な把握	Context
■ 患者の言葉の傾聴	Listen
■ 感情の承認	Acknowledge
■ 戦略の概略	Strategy
■ 話し合いの要約と次回の契約	Summarize

米国臨床腫瘍学会(Asco)公式カリキュラムより

表2 BadNewsを伝える際に求められる6つのステップ (SPIKES)

■ 話題に適した場を用意すること	Setting
■ 患者と家族の現在の病状認識を確認する	Perception
■ 患者と家族がこれから先に何を期待しているのかを引き出すこと	Invitation
■ 目指すゴールをともに相談する	Knowledge
■ 表出される感情への共感	Emotion
■ 今後の具体的なプランを提供する	Summary

米国臨床腫瘍学会(Asco)公式カリキュラムより

ある。コミュニケーションを十分にとることで、患者が置かれている社会的背景の把握に努め、患者や家族が求めている医療、看護を提供できるよう努めねばならない。医者としてコミュニケーションのスキルも必要とされる。効果的にコミュニケーションを図る方法として、ASCO (アメリカ臨床腫瘍学会) から CLASS法が提唱された (表1) (1)。また、悪い結果を伝えるときには、その伝え方には慎重でなければならない。私たちは、SPIKES (2) というステップ (表2) を意識し、患者に悪い結果を伝えるようにしている。

外来診療

外来通院によるがん化学療法では、自宅での患者の自己管理が重要となってくるため、指導、支援に特に力を入れる必要がある。患者が正しい知識をもったうえで、安心してがん化学療法が受けられるよう、初回時には必ず看護師もしくは薬剤師が、教材を用いた服薬指導を実施している。十分な理解を得るためには、一回だけの指導では不十分で、再診時にも繰り返し指導を行い、さらには患者への電話連絡も必要となることもある。特に、初回治療後の患者や退院直後の患者には、看護師が電話をかけ、副作用の有無の確認や、内服薬を正しく服用できているかなどを確認するようにしている。副作用が起りやすい時期に電話をかけることで、適切な時期に指導を行うことができ、患者

表3 がん化学療法を安全に実施するにあたり看護師に求められる資質

■ 専門的な知識・技術
■ 点滴漏洩防止のための知識、および漏洩時対処方法に関する知識
■ 有害事象の把握およびそれへの対応
■ 初回投与時の注意事項に関する知識
■ 服薬指導・日常生活に関する知識、および患者教育の実践
■ 患者、家族とのコミュニケーションを通して、患者が置かれている社会的環境の把握

の不安の軽減にもつながっていると考えている。言うまでもなく、がん化学療法を外来で安全に実施するには、看護師の果たす役割は大きいものである。臨床腫瘍科のスタッフとして看護師に求めている資質を、(表3)に示した。

入院診療

シスプラチンのような腎機能保護の目的から多量の補液を要するような抗がん剤投与や初回の化学療法導入時、さらには緩和ケア科への移行を念頭に置いた、Performance Status (PS:日常生活における活動度)の悪いような症例に対する化学療法などは、入院の上で化学療法が必要となる場合がある。現在のところ、南4階に5床の優先病床を設けている。

表4 入院診療患者の内訳。平成18年9月29日までの入院患者を月毎に示す。各月にまたがって入院されている患者のため、統計上は入院患者実人数は31名であった。入院患者実数は26名であった。

		平成18年 7月	平成18年 8月	平成18年 9月	合計
入院患者 実人数	化学療法あり	1	8	12	21
	化学療法なし	2	3	5	10
	合計	3	11	17	31
延入院患者数		10	89	127	226

A

総数	115
男/女	60/55
平均年齢(歳)	60±13
最低(歳)	29
最高(歳)	83

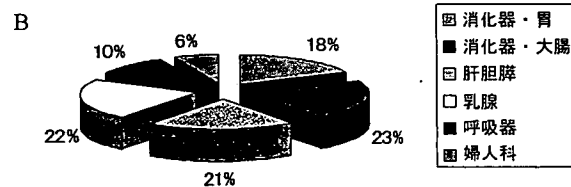


図5 外来化学療法患者の背景(A), その疾患別内訳(B)。臨床腫瘍科で外来化学療法中の患者総数は115名である。疾患別では、一般外科領域で扱われている疾患(乳がんを含む)が約85%を占める。

2. 開設後2ヶ月間の患者内訳

平成18年7月20日に臨床腫瘍科開設が催され、21日より正式に診療を開始した。臨床腫瘍科外来で化学療法を受けた患者実数は、115名で、平均年齢は60歳であった(図5A)。疾患別に見てみると、当院での一般外科領域で扱われている疾患が約85%を占める(図5B)。週毎の外来患者延数(図6A)では、最近4週間では週に平均84名、1日に平均約17名であった。外来化学療法件数に関しては、最近4週間では週当たり45件(1日平均9件)である(図5B)。第1週は開設日の1日(金曜日)のみの値である。一方で、初診扱いの患者実数(図7A)は、2ヶ月間の総数は151名で、開設当初は週35名、1日平均7名程度と多かったが、ここ4週間は週7~8名となっている。初診患者の紹介経路(図7B)は、院内からの紹介が59%、院外からが41%であった。院外からの患者のうち、55%がセカンドオピニオン目的で受診され、その29%が現在のところ当科で治療をされている。

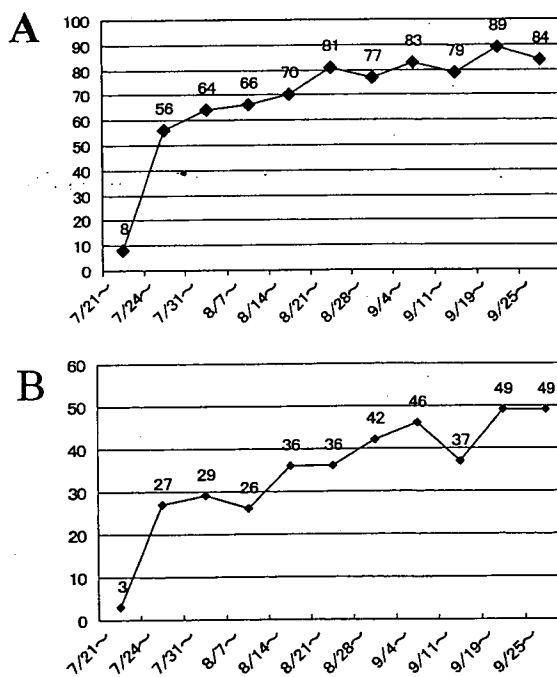


図6 週毎の外来患者延数(A)と週毎の外来化学療法延件数(B)。第1週は開設日の1日のみである。最近4週間では1日に受診される外来患者数は平均約17人である。一方で、外来化学療法件数は、開設当初は1日平均5名程度であったが、最近4週間では週当たり45件(1日平均9件)となっている。

一方で、入院診療に関しては、9月29日までの2ヶ月間で計26名の患者を入院加療した。内訳を表4に示す。延べ入院患者総数は226名で、月ごとに増加している。3分の2が化学療法の目的の入院で、残り3分の1は症状緩和であった。死亡退院は2名であった。

3. 課題と将来の方向性

開設以来2ヶ月が経過し、新患として計151名、再診として延べ606名の患者を診療した。セカンドオピニオンの患者には、民間療法を含め様々ながん治療歴のある患者が多い。医師の我々でも全く聞いたことのない民間療法をいろいろと聞く場合がある。患者は、薬をもつかむ思いでインターネットを介しそのような民間療法の情報を入手し、実践しているようである。このような患者に無下に民間支持療法を否定することは慎むべきだと考えるが、エビデンスに基づき治療法を説明し理解してもらうには、多大の時間を要する。この問題に対応すべく、ここ1ヶ月以上前から初診診療を

午後に予約制とすることで対応した。しかし、利用者数の増加に伴う待ち時間が延長傾向にあるのが現状である。

入院化学療法に関しては、各病棟によってそれぞれ独自の運用形態があり、今後入院化学療法のレジメンを標準化していくためには、院内の各科医師との議論や、看護師等のスタッフ向けの研修会が必要と感じている。また、今後さらに入院患者数の増加が予想され、医師2名では十分な対応が困難になる場合もあると危惧している。院内紹介患者に関しては、紹介元の診療科とコラボレーションしていくように積極的に努める必要があろう。

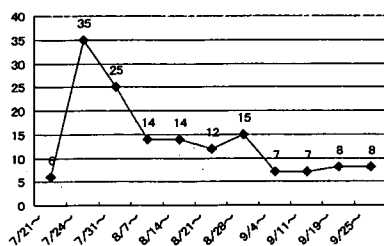
多くのがん患者は、インターネットを介し様々な情報を自分で入手しているようである。正しい知識の普及のために、がん治療の情報発信ができるよう、県立広島病院臨床腫瘍科のホームページを定期的に更新していきたいと考えている。

今後さらに、がん化学療法のレベルの向上を目指し、患者ならびに家族が心から満足できる、患者に優しい医療、看護の提供ができるようスタッフ一同努めていく次第である。皆様方の暖かいご支援を期待する。

参考文献

- 1) American Society of Clinical Oncology. Training resource document for curriculum development in medical oncology. J Clin Oncol : 1-25, 2001.
- 2) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncologist 5 : 302-311, 2000.

A 外来初診患者数



B 臨床腫瘍科外来患者の紹介経路と受診動機

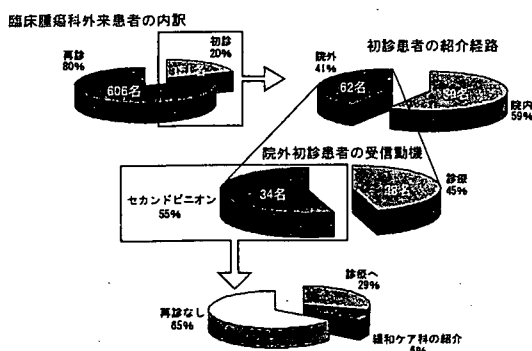


図7 外来初診患者数(A)と臨床腫瘍科外来患者の紹介経路と受診動機(B)。外来初診患者は、ここ4週間は7~8名と安定してきている。院内からの紹介が59%、院外からが41%であった。院外から受診された患者のうち、55%がセカンドオピニオン目的で受診され、その29%が当院での診療を継続されている。

Report of Hiroshima Prefectural Hospital Clinical Oncology Department —Two months after establishment—

Katsunori Shinozaki, Mayumi Kinoshita, Seiji Hayashi, Hiroshi Takiguchi,

Akiko Yamamoto, Mihoko Doi

Hiroshima Prefectural Hospital Clinical Oncology Department

Summary

The Clinical Oncology Department, which is specializing in chemotherapy for all kinds of solid cancer, was newly established in the Hiroshima Prefectural Hospital on July 20, 2006. We are working toward two big goals: (1) Cancer treatment or introduction of remission (2) Elimination of pain linked with cancer. We studied the present situation and future direction with reflection on the past two months since the establishment of our department. Here we would like to introduce our department of clinical oncology. After the opening of our department, the number of the out-patients who had chemotherapy in this clinical oncology department was 115 in two months. Their average age was 60 years old. The percentage of cancers is as follows: stomach cancer 18%, colon cancer 23%, hepato-biliary, pancreatico-cancer 21%, cancer 22%, cancer of general surgery area 85%, lung cancer 10%, and gynecology cancer 6%. The number of new patients is 151 and 41% of them were patients who were introduced from this hospital. 55 % were introduced from other hospitals, or came here for the purpose of getting a second opinion. Furthermore, 29% of the patients who received a second opinion in this department started to have treatment with us after they received the second opinion in this hospital.

The total number of in-patients is 26. The purpose for hospitalization for 2/3 of them is for chemotherapy and that of the other 1/3 was for elimination of pain. The number of patients who died at the hospital was 2. Meanwhile, the number of cumulative in-patients was 226 and there is a tendency toward a monthly increase in number. From now on, we would like to dispatch information on cancer treatment on our home page and continue having collaboration with the original clinic which introduced the patients to this department.



解 説

がん医療均てん化とがん対策基本法*

丸 山 大**

Key Words : cancer control, information service, medical oncologist, cancer training

はじめに

わが国において、がんは1981年以降、死因の第一位を占めており、厚生労働省の人口動態統計によると、2005年の死亡者数は32万5千人を超え、過去最多を記録した。これは、日本国民のほぼ3人に1人ががんで死亡する計算となる。日本では、がんは年間約60万人が発症し、患者およびその家族を含めるとほとんどの国民がなんらかの形でがんに関わっていると推察されるため、がん対策は国民全体の問題となっている。

わが国のがん対策はこれまでの取り組みにより進展し、一定の成果を収めてはきたものの、尚一層の医療技術などの研究開発、予防対策の推進および、対がん戦略で得られた成果を、全国的に広く普及していくことが求められてきた。これらを背景として、2006年6月の第164回通常国会において「がん対策基本法」が成立し、2007年4月1日より施行されることとなった。

わが国のがん対策は、現在大きな転換期にあり、ともすれば理解しにくいと感じられる方々も多いのではないかと推察される。本稿では、がん対策基本法およびがん医療均てん化を中心として、わが国におけるがんを取り巻く現状について概説する。

わが国におけるがん対策の経緯(表1)

第2次世界大戦後、衛生環境の向上や抗生物

質の進歩などにより、結核などの感染症による死亡が激減してきた一方で、欧米などの先進国では、がんが国民の健康に関わる大きな脅威であることが認識されつつあった。こうした中、わが国においても、がん対策の必要性が強く認識されるようになり、1962年には国立がんセンターが設立され、現在に至るまでわが国のがん医療とがん研究の中心的役割を担ってきた。

わが国のがん対策は、がんの本態解明を目指して1984年から開始された「対がん10ヵ年総合戦略」(1984~1993年)および、それに引き続く「がん克服新10ヵ年戦略」(1994~2003年)が中心的役割を果たしてきた。この結果、遺伝子レベルでの病態の理解が進み、がんの本態解明の推進、各種がんの早期発見法および治療法の発達など、がん医療の向上に一定の成果を残した。しかし、その一方でがんは1981年以降も、依然としてわが国での死因の第一位であり、国民の3人に1人はがんで死亡するという現状も存在している。このため政府においては、厚生労働省と文部科学省との合意に基づいて、がんの罹患率と死亡率の激減を掲げた「第3次対がん10ヵ年総合戦略」(2004~2013年)を策定した。さらに、「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」報告書(2005年4月)や厚生労働省内に「がん対策推進本部」の設置(2005年5月)および、「がん対策推進アクションプラン2005」が同本部より公表(2005年8月)されるなど、がんを取り巻く社会環境が目まぐる

* Equation of cancer treatment and management in Japan.

** Dai MARUYAMA, M.D.: 国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課(〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1); Cancer Control Programs Administration Division, Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Tokyo 104-0045, JAPAN

表1 わが国における主ながん対策の経緯

昭和16年	がんに関する研究協議会
昭和33年	第一次悪性新生物実態調査実施
昭和37年	国立がんセンター設立(わが国のがん対策の中央医療機関構想による)
昭和38年	がん研究助成金制度発足
昭和40年	全国がん(成人病)センター連絡懇談会発足
昭和41年	都道府県胃がん集団検診の整備・運営に関する補助事業(昭和42年から子宮がんも追加)
昭和58年	老人保健法に基づき, 市町村における胃がん・子宮頸がん検診の実施
昭和59年	対がん10ヵ年総合戦略(~平成5年)
平成6年	がん克服新10ヵ年戦略(~平成15年)
平成13年	がん診療拠点病院制度発足
平成16年	第3次対がん10ヵ年総合戦略(~平成25年)
平成17年	がん対策推進アクションプラン2005
平成18年	がん診療連携拠点病院制度運用開始(旧制度の見直し)
平成18年	がん対策基本法成立, 国立がんセンターがん対策情報センター開設
平成19年	がん対策基本法施行

しく整備されてきた。

「がん対策推進アクションプラン2005」では, がん対策基本戦略の策定と推進, がん情報提供ネットワーク構築の推進, および外部有識者による検討の枠組み創設, の3つのアクションが謳われた。この中で, さまざまながん対策に関連する情報の効果的・効率的な収集, 分析, 発信等に不可欠な情報ネットワークの中核的組織として, 国立がんセンターに「がん対策情報センター」を設置することが明記された。

このような背景を受けて, がん対策のさらなる充実について国民からの高まる期待に応え, 与党と民主党の議員からそれぞれ提出された「がん対策基本法案」が一本化され, がん対策に取り組む国の責務などを定めた「がん対策基本法」が, 2006年6月に第164回通常国会において全会一致で成立した。

がん対策基本法(図1)

がん対策基本法は4章20条からなり, その基本理念(第二条)として, がんに関する研究の推進, がん医療の均てん化の促進, およびがん患者の意向を十分に尊重したがん医療提供体制の

整備が謳われている。この基本理念のもとに国, 地方公共団体, 医療保険者, 国民および医師等の責務(第三条~第七条)を明らかにするとともに, 国は, 厚生労働省内に新たに設置される「がん対策推進協議会」の意見を聴いたうえで, 「がん対策推進基本計画」を策定(第九条)し, 都道府県はこれを基本として地域の状況等を踏まえて, 「都道府県がん対策推進計画」を策定しなければならない(第十一条)とされている。そして, これらの計画に従って, ①がんの予防および早期発見の推進(第十二条・第十三条), ②がん医療の均てん化の推進(第十四条~第十七条), および, ③がん研究の推進(第十八条), からなる基本的施策を総合的かつ計画的に推進することとされている。また, がん患者およびその家族または遺族を代表する者, がん医療に従事する者ならびに学識経験のある者のうちからなる, がん対策推進協議会の設置(第十九条・第二十条)を定めている。

1. がん医療の均てん化とは

「がん医療の均てん化」とは, がん患者が日本全国どこでも, がんに関する適切な情報を得られ, 標準的な専門医療を受けられるように, 地域格差の是正を図ることである。がん対策基本法における基本的施策の中で, 「がん医療の均てん化」については, 14条から17条にわたり, 「専門的な知識および技能を有する医療従事者の育成」, 「医療機関の整備」, 「がん患者の療養生活の質の維持向上」および「がん医療に関する情報の収集提供体制の整備」と多くの項目があげられている。

2. 地域格差について

医療水準における格差は, 国家間, 地域ブロック間, 都道府県間, 二次医療圏間あるいは施設間さらには医師間などといったさまざまなレベルで取り上げられる。「地域格差」といった場合に, 一般的には大都市と地方との格差として認識されることが多いが, 地方の大都市間あるいは, 地方の大都市と郡部間などとの格差として論じられることもある。

これまで, わが国においては精度の高いがん登録が行われてこなかったため, 地域格差の評価は, 限られた府県市でのデータに基づかざる

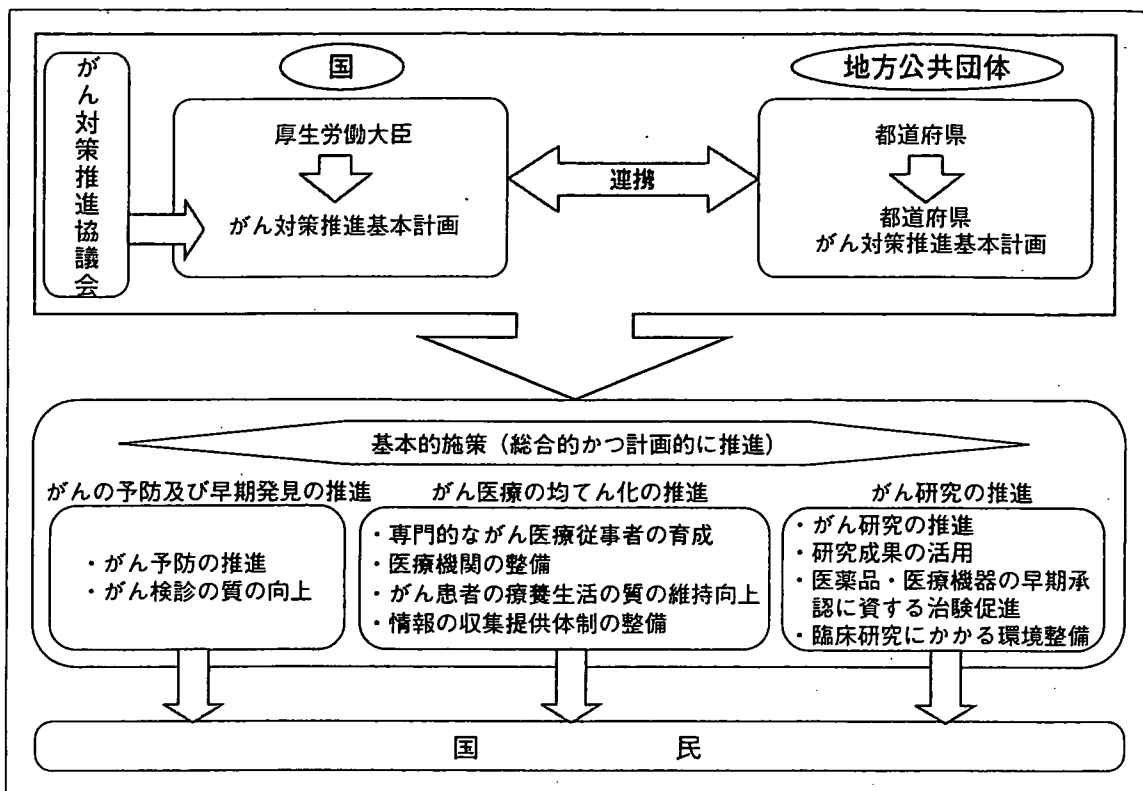


図1 がん対策基本法の概要

を得ない状況にある。医療施設間、二次医療圏間あるいは都道府県間の5年生存率の格差を分析するためのデータとしては、現在では主に大阪府がん登録のデータによるが、この限られたデータの中では、胃がんや大腸がんにおいて10%以上の格差が存在することが判明した。また、胃がんや大腸がんが進行し、集学的治療を要する場合や、がんが限局していても治療に高度な技術を要する肝がんや肺がんの場合には、格差が存在することも示唆された。限られたデータではあるが、施設間、二次医療圏間および都道府県間のあらゆるレベルで、がんの診断・治療技術の格差が存在する可能性が示唆される。

がん医療においては、手術、化学療法、放射線療法および緩和医療などの高度で専門的な知識と技術および設備を要する集学的治療が求められ、がん患者および家族にとっては、自分たちの生活する近隣にこれらの医療を提供できる環境が整っていることが望まれる。しかし、それぞれの医療機関において、これらすべての専門的医療を十分に提供する体制を整えることは困難であるため、それぞれの診療レベルに応じ

た役割分担と連携を行い、がん患者がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制を整えることが重要である。また、これらは日常生活圏域レベル(二次医療圏)において確立することを目標として地域格差の是正策を検討することが必要と考えられる。

がん医療の均てん化を推進するため、がん対策基本法に掲げられている、以下に示す4つの具体的な項目は、これらの地域格差を生み出す要因と、その解決に向けて必要な施策を講ずるためにきわめて重要な事項である。

3. 専門的な知識および技能を有する医療従事者の育成(第十四条, 表2)

これまでわが国のがん治療は、手術を中心として治療技術が進歩してきたことから、化学療法や放射線療法は補助的な治療として扱われることが多かった。緩和医療にいたっては、かつて「敗北の医療」などとも言われ治療の第一線に登場することはほとんどなかったと断言していい。しかし近年、基礎および臨床研究の結果や、分子標的薬の開発および高精度放射線治療といった効果の高い治療方法が開発され、がんの種類や進行度によっ

表2 がん対策基本法

- 第十四条 国および地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識および技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。
- 第十五条 国および地方公共団体は、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。
- 2 国および地方公共団体は、がん患者に対し適切ながん医療が提供されるよう、国立がんセンター、前項の医療機関その他の医療機関等の間における連携協力体制の整備を図るために必要な施策を講ずるものとする。
- 第十六条 国および地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること、その他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。
- 第十七条 国および地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集および提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者およびその家族に対する相談支援を推進するために必要な施策を講ずるものとする。
- 2 国および地方公共団体は、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

(がん対策基本法(平成十八年六月二十三日法律第九十八号)より抜粋)

ては手術と同等あるいはそれ以上の位置づけとなった。また、緩和医療においても、がん患者の生活の質を維持向上させるために、早期から介入する必要性が認識されるなど、がん治療における重要性が高まってきている。

がん対策基本法およびその参議院における附帯決議でも、とくに放射線療法および化学療法について、卒前教育、卒後の臨床研修の各段階において、適切な教育および研修を行い、専門的な人材育成に努めることが明記されている。さらに、がん治療におけるチーム医療(医師、薬剤師、看護師および診療放射線技師など)の重要性が指摘され、医師のみならずコメディカル・スタッフのがん診療における専門的知識や技術習得の推進が謳われている。この中で、これらのがん医療に関わる医療従事者の専門的な研修を、国立がんセンターなどにおいて効果的に行うこととされている。

4. 医療機関の整備(第十五条, 表2)

これまで、地域の特性に応じたがん専門医療機関の全国的な適正配置や必要な病床数の確保はなされてこなかった。さらに、近年のがん医療技術の進歩に伴い、より高度かつ専門性を必

要とされる医療に加え、緩和医療などの早期介入などが求められているが、これらを一つの施設で行うことは困難であるため、地域における医療機関の診療レベルに応じた役割分担と連携が重要である。具体的には、都道府県がん診療連携拠点病院のもとに地域がん診療連携拠点病院を設置し、さらに地域の医療機関を支援・連携するという、二次医療圏における体制の確立が必要であり、また、拠点病院に対しては国立がんセンターが支援・連携を行うというものである(図2)。

5. がん患者の療養生活の質の維持向上 (第十六条, 表2)

緩和医療は、2002年に世界保健機関から「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関して適切な評価を行い、障害を予防・対処することで、生活の質を改善していくためのアプローチである。」と定義されている。わが国ではこれまでがん治療初期からの積極的な緩和医療の介入が行われてこなかった現状があるが、がん患者の療養生活の質の維持向上のために、

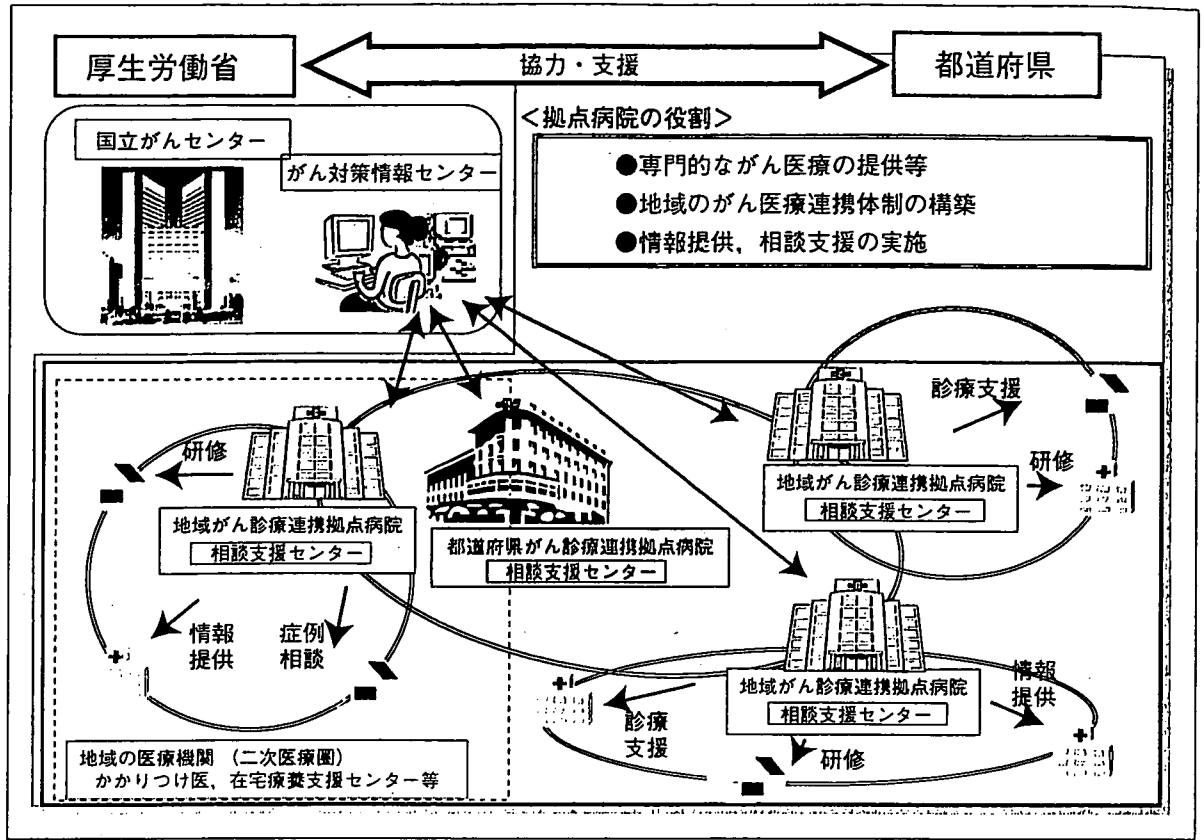


図2 がん診療連携拠点病院制度の概要

がんに伴う疼痛などの身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助が、終末期だけでなく治療の初期段階から積極的な治療と併行して行われること、また、患者の希望を踏まえ入院のみならず住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送ることができるように在宅医療の充実を図ることが求められている。

6. がん医療に関する情報の収集提供体制の整備(第十七条, 表2)

それぞれのがん専門医療機関における医療情報は、それぞれのホームページなどで広く提供されているが、その掲載内容や形式は統一されていないわけではなく、また、提示されている治療成績のデータも、多くはその精度が充分でないと考えられる。また、それぞれの地域公共団体のホームページなどでも、地域において利用可能な医療機関の情報は充分でなく、患者が医療機関同士を比較して選択することが容易ではない現状がある。がん対策基本法では、がん患者が医療機関を選択する際に役立つよう、各がん専門医療機関の専門分野、専門的な医療従事

者の数や設備の状況、およびがんの治療法に関する情報などをできるだけ平易な言葉で提供するように記されている。また、がん患者およびその家族の不安や疑問に適切に対応できるように、とくにがん診療連携拠点病院において、医療相談室の設置、相談の充実および相談員の育成などを図るように求められている。

また、これらのがん医療に関わる情報(全国または都道府県別のがん発生や死亡のデータ、それぞれのがん種別あるいは治療法別の治療成績)などをより正確に把握し、比較分析するためには、院内および地域におけるがん登録制度の推進が必要であり、さらにはがん登録に従事する医療スタッフの育成・配置が求められている。

これらの情報提供や人材育成などを国立がんセンターのがん対策情報センターが支援・実施するべく連携をとっていく体制が、現在整備されつつある(図3)。

がん診療連携拠点病院(図2)

がん対策基本法第十五条「医療機関の整備など」

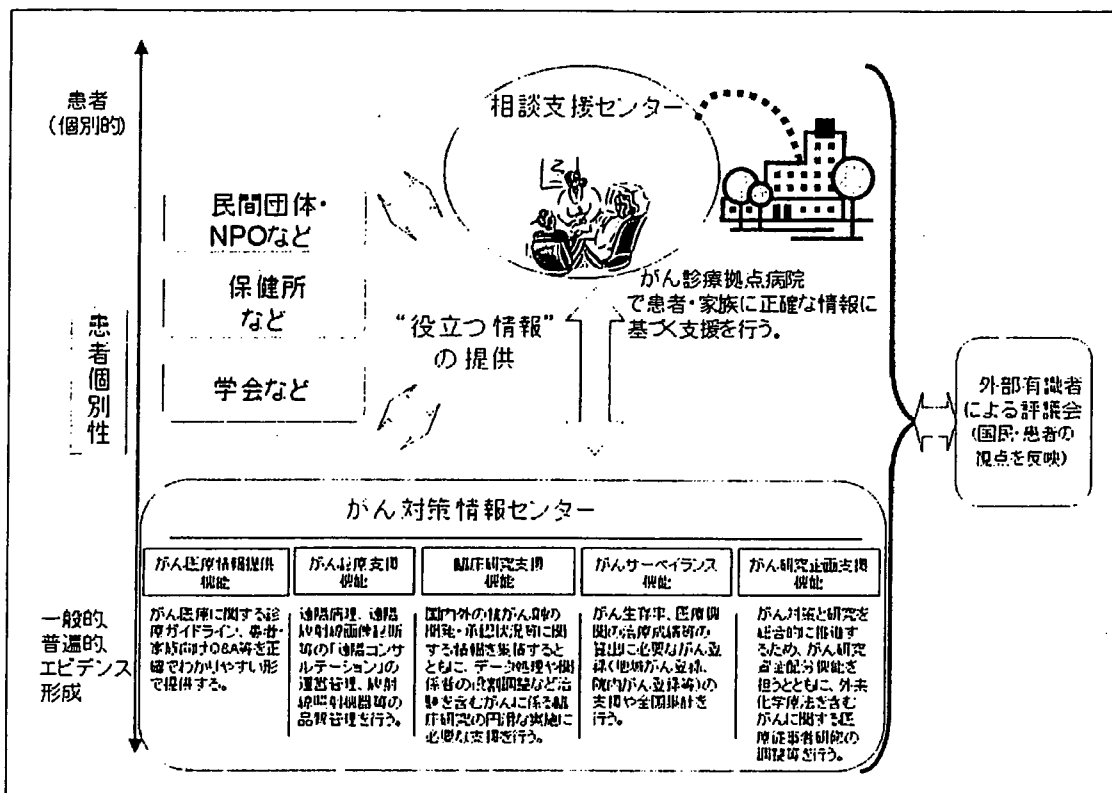


図3 がん情報提供ネットワークの概要(がん対策推進アクションプラン2005より)

にも関わる事項として、地域におけるがん診療連携を推進するため、がん診療連携拠点病院の充実が必須である。2006年2月1日に、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が新たに発出された。また、文部科学省から各大学病院へ協力依頼が発出され、これまで大学病院への参加がほとんどなかった状況が改善されることになった。この新指針に基づき、2007年1月31日現在、都道府県がん診療連携拠点病院は32施設、地域がん診療連携拠点病院は254施設で、合計286施設が指定されている。

がん診療連携拠点病院の指定要件として、①診療体制、②研修体制、および③情報提供体制の3つの柱が設定され、この中では、がんの集学的治療の提供、緩和医療の提供、専門的ながん医療従事者の配置(コメディカルスタッフも含む)、外来抗がん剤治療室の設置、相談支援センターなどの設置および研修機能の充実などがあげられている。現在の指針では、クリティカルパスの整備、がん薬物療法に精通した薬剤師および看護師の配置や外来抗がん剤治療室の設置などの事項は「望ましい」に留まっているが、今後は

設置することが「必須条件」になると思われる。がん診療連携拠点病院は、都道府県知事が推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものを指定する。いったん指定されても、4年ごとにその更新を受ける必要があり、その指定要件を満たさないと判断される場合、厚生労働大臣は指定を取り消すことができる。現在の指針も必要に応じて見直すことができると明記されている。なお、詳細な指針内容については、<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>を参照されたい。

がん対策情報センター
(<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/index.html>)

これらの、わが国におけるがん医療政策の中核的機関として、国立がんセンター内にがん対策情報センターが2006年10月1日に開設された。がん対策情報センターは、①医療情報提供機能、②がんサーベイランス機能、③多施設共同臨床試験支援機能、④診療支援機能、および⑤研究企画支援機能、を有し、インターネットやパン

フレットを用いたがんに関する信頼のおける情報の提供(<http://ganjoho.ncc.go.jp/>), がん登録の標準化と精度向上, がん統計情報の発信, 臨床試験の支援, 病理・放射線診断などのコンサルテーション, がん研究の促進および, これらを踏まえたがん医療に関わる医療従事者の研修の企画・運営などを行っている。

おわりに

がん対策基本法とがん医療均てん化について概説した。がん対策基本法は, 根幹となる「がん対策推進基本計画」の策定に際して, がん患者あるいは患者家族の参加を求めている点や, 国民個人の健康と医療に重点が置かれた点など, 画期的な法律であるといえよう。しかし, これはあくまでも出発点であって, がん患者・国民, 行政, 医療施設およびがん医療従事者が積極的に参加・協力し, 今後のわが国のがん対策を推進していかなくてはならない。また, この中で

も述べられているように, がん薬物療法に精通した医師を求める声は大きく, 腫瘍内科医がわが国のがん医療均てん化に向けたがん対策の重要な一翼を担うことは明らかである。

[参考ホームページ]

- 1) がん診療連携拠点病院の整備について. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>)
- 2) がん対策基本法. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>)
- 3) 参議院附帯決議. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-3.pdf>)
- 4) がん対策推進アクションプラン2005. (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/01.html>)
- 5) 国立がんセンターがん対策情報センター. (<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/index.html>)
- 6) 国立がんセンターがん対策情報センター. がん情報サービス. (<http://ganjoho.ncc.go.jp/>)
- 7) 厚生労働省. (<http://www.mhlw.go.jp/index.html>)

* * *

特集

がん対策基本法の実施から一年を経て

人材の育成*

丸山 大**

Key Words : medical oncologist, cancer training

はじめに

わが国において、がんは1981年以降、死因の第一位を占めており、厚生労働省の人口動態統計によると、2005年の死亡者数は32万5千人を超え、過去最多を記録した。これは、日本国民のほぼ3人に1人ががんで死亡する計算となる。日本では、がんは年間約60万人が発症し、患者およびその家族を含めるとほとんどの国民がなんらかの形でがんに関わっていると推察されるため、がん対策は国民全体の問題といえる。

わが国のがん対策はこれまでの取り組みにより進展し、一定の成果を収めてはきたものの、なお一層の医療技術などの研究開発、予防対策の推進および、対がん戦略で得られた成果を、全国的に広く普及していくことが求められてきた。これらを背景として、2006年6月の第164回通常国会において「がん対策基本法」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>)が全会一致で成立し、2007年4月1日より施行された。さらに、がん対策基本法第9条第1項に基づき、2007~2011年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向につい

て定めた「がん対策推進基本計画」(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>)が2007年6月15日に閣議決定された。そしてこれらの、わが国におけるがん医療政策の中核的機関として、国立がんセンター内のがん対策情報センター(<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/index.html>)が2006年10月1日に開設された。

がん診療において、実質的な中心的役割を担うのは臨床現場の医療従事者であることは言うまでもない。本稿では、がん対策推進基本計画における人材育成の重点的課題を中心として、がん対策情報センターにおけるがん研修についても述べる。

がん医療の均てん化

がん医療の均てん化の促進は、がん対策基本法の基本理念の一つとして謳われている。「がん医療の均てん化」とは、がん患者が日本全国どこでも、がんに関する適切な情報を得られ、標準的な専門医療を受けられるように、地域格差の是正を図ることである。「地域格差」といった場合に、一般的には大都市と地方との格差として認識されることが多いが、地方の大都市間あるいは、地方の大都市と郡部間などとの格差として論じられることもあり、これらのあらゆるレベルで、がんの診断・治療技術の格差が存在する可能性が示唆されている。

* Training of cancer experts.

** Dai MARUYAMA, M.D.: 国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課[〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1]; Cancer Control Programs Administration Division, Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Tokyo 104-0045, JAPAN

がん医療においては、手術、化学療法、放射線療法および緩和医療などの高度で専門的な知識と技術および設備を要する集学的治療が求められる。しかし、それぞれの医療機関において、これらすべての専門的医療を十分に提供する体制を整えることは困難であるため、それぞれの診療レベルに応じた役割分担と連携を行い、がん患者がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられる体制を整えることが重要であり、これらは日常生活圏レベル(二次医療圏)において確立することを目標として地域格差の是正策を検討する必要がある。

がん対策基本法第十四条「専門的な知識および技能を有する医療従事者の育成」には、「国および地方公共団体は、手術、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わる専門的な知識および技能を有する医師その他の医療従事者の育成を図るために必要な施策を講ずるものとする。」と記されており、その参議院における附帯決議(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-3.pdf>)でも、とくに放射線療法、化学療法および緩和ケアについて、専門的な知識および技能を有する人材育成に努めることが明記されている。さらに、がん治療におけるチーム医療(医師、薬剤師、看護師および診療放射線技師など)の重要性が指摘され、医師のみならずコメディカル・スタッフのがん診療における専門的知識や技術習得の推進が謳われている。この中で、これらのがん医療に関わる医療従事者の専門的な研修を、国立がんセンター等において効果的に行うこととされている。また、がん対策基本法第十五条「医療機関の整備など」にも関わる事項として、地域におけるがん診療連携を推進するため、がん診療連携拠点病院の充実(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>)が必須であり、2007年12月現在、都道府県がん診療連携拠点病院は32施設、地域がん診療連携拠点病院は254施設で、合計286施設が指定されている。がん診療連携拠点病院の重要な指定要件として、研修体制が整備されていることがあげられている。がん診療連携拠点病院は、国立がんセンターなどと協力・連携をとりながら、地域におけるがん研修の指導的立場を担い、地

域全体のがん医療水準の向上に努めていくことが求められている(図1)。

がん対策推進基本計画の概要

がん対策推進基本計画は、がん対策基本法に基づき策定されたものであり、長期的視点に立ちつつ、2007年度から2011年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。今後は、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がん向き合い、がんを負けることのない社会」の実現を、国の施策として目指すことになる。がん対策基本計画の中で、とくに重点的に取り組むべき課題として、

以下の3点があげられている。

- 1) 放射線療法および化学療法の推進ならびにこれらを専門的に行う医師等の養成
- 2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- 3) がん登録の推進

さらに、これらの重点課題については、その成果や達成度を測るための個別目標が設定されている。その中で、とくにがん医療に携わる医師の人材育成のためのがん研修に関連する項目について、それぞれの取り組むべき施策およびその個別目標を以下に抜粋する。

1. 放射線療法および化学療法の推進ならびに医療従事者の育成

(1) 取り組むべき施策

・手術を担当する医師が外来診療から化学療法までほぼすべてを行っている現状があるため、手術、放射線療法、化学療法のそれぞれを専門的に行う医師が協力して治療にあたる体制を構築していく。

・手術や内視鏡的治療等わが国が欧米より明らかに優れている技術については、学会等との連携を通じて、その水準をひき続き維持していくとともに、がんに関する主な治療法(手術、放射線療法、化学療法)の知識をもった医師に加えて、がん治療全般を理解しつつ、最適な手術を提供しうる知識と技能を有する医師を養成していく。

- ・専門的ながん診療を推進していくため、専