

きはあるようだが、手探りながらも組織的に整備が開始されている状況も聴き取ることができた。

具体的には以下のようなものがあった。

- ・ がん相談窓口の一本化
- ・ 院内委員会、協議会の立ち上げ
- ・ がん相談に対応する専門医のリスト作成

一方、相談員個人が問題を抱え込むといった状況も生じているようである。

たとえば比較的多くの参加者から「職種間連携の重要性についての認識はあるものの、連携をスムーズにするための具体的な方法が分からない」といった意見が挙げられていた。

改善策としては、がん相談に関わる各専門領域の担当者でカンファレンスを開く、院内体制整備担当者向けの研修も必要等の意見が見られた。

②地域ネットワークの構築

院内患者に留まらず、院外患者・家族・一般市民を対象に、広く相談・啓発活動に取り組むべきといった意見や、相談に結びつかない人へのアプローチ方法を検討する必要性が示唆された。

また、がん治療・療養においては、地域の各病院や在宅往診医・訪問看護ステーション等に関する詳細な情報把握とスムーズな連携が重要となる。地域によっては既に情報交換会等を組織しているところもあった。同様の動きを、どのようにして全国各地で促進させるかが課題である。

③報収集及び情報提供の範囲の明確化

医師の役割範囲にある情報を求めての相談、あるいは代替療法に関する情報を求めての相談の対応に苦慮している参加者が多く、相談支援センターが担うべき情報提供の範囲を明確化してもらいたいとの声が強く見られた。

また、各相談支援センターで相談対応のレベルや得ることのできる情報に差が生じているといった現状についての指摘があった。

改善策として以下のような意見が見られた。

- ・ 相談員講習会等を通じて相談レベルの標準化を図る
- ・ 院内だけでは対応困難な相談内容について地域の病院と協力体制を築く
- ・ 情報収集すべき調査項目のフォーマット化
- ・ 地域の医療及び保健福祉情報の整備・更新担当を一元化

④業務統計の取り方の標準化

記録用紙やデータの集計に関しては、各相談支援センターの担当者それぞれの判断で対応している状況のようである。後々データ分析に用いられるとの予測がつくだけに、参加者からは全国の相談支援センターで統一された記録用紙を用いるべきとの意見や、集計すべきデータ項目を明確化すべきとの意見が見られた。

D. 考察

現状の困難が生じている要因として、参加者が感じているものを大きく分けると、次の2点であるように思われる。

- ・ 組織の協力が得られにくいため
- ・ 業務の枠組みが不明確であるため

今後、相談支援センターとして十分な機能・役割を果たしていくためには、C-2)にあるような事項に関して、マクロ(厚生労働省やがん対策情報センター)的な視点から見た、望ましいと考えられる方向性、あるいは最低限必要と考えられる基礎部分の提示が不可欠であると考えられる。

「現場の声を聞きながら整備を進めたい」という意図があるのであれば、現場の声を吸い上げやすいようなしくみをつくることも必要と思われる。

マクロ的観点から提示される基礎部分、あるいは吸い上げられた現場の声に関する取りまとめをおこなない、マニュアルやガイドラインという形で現場へ還元することによって、現在現場担当者が感じている業務枠組みの不明確さを解消に導く一助となるのではないだろうか。

逆にマニュアルやガイドラインができたことによる新たな課題、例えば現場との食い違い等、が生じることも予測される。しかし、そこをミクロ(現場担当者)的な立場の活かし所と捉え、課題・改善策に関してより多く・より多角的に言及を加えることで、相談支援センターのあり方を充実させていくことができるのではないかと考える。

メゾ(組織・機関)レベルでは、各機関がどれだけ努力しても、努力する方向が各々異なっていればどうにも解決しようがない課題であり、やはり連携が重要となる。地域連携を通して担うべきとされる事柄は今後も増加することが予想される。具体的にはどのような形をとることによって、連携促進の効果が上がり、患者・家族あるいは一般市民にメリットのあるものに

できるのかは今後の課題である.

分担研究報告書

拠点病院における相談支援機能の強化に関する研究

分担研究者 三原華子 国立がんセンターがん対策情報センター がん情報・統計部

研究要旨:

がん診療連携拠点病院におけるがん医療の均てん化を推進するための、望ましいがん診療連携拠点病院のあり方や診療内容・診療機能を強化する道筋を明らかにすることを目的に、研究を行った。初年度である本年度は、国内外のがん医療機能認定や評価項目などの知見を収集した。その中で、がん診療機能を病院単位で認定する米国外科医師会 (American College of Surgeons: ACoS) Commission on Cancer による Cancer Program をレビューし、現行のがん診療連携拠点病院整備指針との差異を吟味した。今後は、これらを踏まえた上で、現場の声を活かしながら、現実的で測定可能な内容の数値や内容をまとめる予定である。

A. 研究目的

昭和 56(1981)年以降、がんは日本人の死亡原因の第1位である。平成 16 年度から開始された「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」戦略目標の1つに、『全国どこでも、質の高いがん医療を受けることができるよう「均てん化」を図る』ことが謳われたように、地域間・施設間によりがん医療水準のばらつきがあることは認識されてきた。こうした問題を明らかにし適正化するためには、がん医療機能について正しく評価し、それを活かした政策を策定していく必要がある。

がん医療機能評価には、医療施設単位のがん医療機能の評価と、行政の仕組みとしての国・地域単位のがん対策プログラムの主に2つに分けられる。

前者には、本研究班が研究対象としている、がん診療連携拠点病院の指定基準が、後者には、国および都道府県のがん対策推進基本計画がある。

前者の前身であるがん診療拠点病院(旧拠点病院)は、平成14年から厚生労働省により指定が行われてきた。平成 18 年 2 月 1 日の健康局長通知により、地域および診療

科間の連携機能をより重視した横断的かつ継続的ながん医療を目指す方向性が示され、がん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)という名称に変わった。拠点病院は、都道府県ごとに1箇所の都道府県がん診療連携拠点病院と、原則として二次医療圏に一箇所の地域がん診療連携拠点病院に分けられ、役割分担も明示された。この整備指針では、平成 19 年 1 月 31 日指定の拠点病院より適用された。

ほぼ同時期である平成 19 年 4 月より施行された「がん対策基本法」では、(医療機関の整備等)として、

第十五条 国及び地方公共団体は、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 国及び地方公共団体は、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。

と、医療機関の整備について言及された。

本研究班は、こうした経緯および現状を踏まえ、望ましいがん医療機能を明確にし、都道府県および地域における拠点病院の指定にあたり必要であると考えられる医療施設単位のがん医療機能が満たすことが望まれる要件を議論し、がん医療の均てん化の推進する道筋を明らかにすることを目的とする。初年度の本年度は、主に、海外のがん医療施設認定プログラムに関する情報収集を行った。

B. 研究方法

1. 国内外のがん医療機能評価プログラムの中で、米国において、がん診療病院認定を行っている米国外科医師会 (American College of Surgeons: ACoS) の「Commission on Cancer (CoC)」認定・評価プログラム「Cancer Program Standards¹⁾」の内容を吟味した。
2. 1の CoC 認定プログラムの認定項目のうち、相談支援機能に関する項目について検討した。

C. 研究結果

1. Commission on Cancer プログラム

Commission on Cancer プログラムとは、米国外科医師会 (American College of Surgeons: ACoS) のがん委員会 Commission on Cancer (CoC) により 1922 年に設立された、がん治療施設認定プログラムである。現在はカナダも含む関連 42 団体により運営されており、連邦政府の関与はない。

CoC の主な目的は、

- 1) がん医療の質を確保するための基準の策定、医療施設における集学的かつ包括的ながん医療の提供、これらの基準の準拠を評価するための現場視察
- 2) 認定プログラムからのデータに基づいたがん医療の質の測定
- 3) データを用いて、治療やアウトカムのモ

ニタリング、がん対策への支援と促進、臨床サーベイランス活動のモニタリング、医療施設におけるがん予防を改善するための効果的で教育的な介入、がんの早期発見・治療方法などの開発である。

CoC 認定プログラム

CoC 認定プログラムであるということは、その医療施設において、がん予防、早期診断、診断前評価、病期診断、最適な治療、リハビリテーション、経過観察、支援サービスや終末期ケアなどのチームアプローチを受けられることを保証している。全米とプエルトリコを含めると 2006 年時点で 1443 の施設が認定されており、これは全医療施設の 25% を占める。米国の新規がん診断患者の 80% 以上が CoC 認定プログラムで治療を受けている。

CoC の認定は、CoC 基準に則った最善の診断および治療を提供することに自ら尽力した施設だけが受けることができる。現行の CoC Cancer Program Standards 2004, Revised Edition が認定するがんプログラムは、全ての患者に対して、施設内または紹介先施設にて、診断、治療、支援の一連のサービスを提供することを保証する。CoC 基準には 4 つの歴史ある基本認定プログラム (多職種によるがん委員会、がんカンファレンス、アウトカムと改善の質評価、がん登録) がある。

CoC 認定を受けるメリット

医療施設は CoC 認定を取得することで、Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO、米国の病院機能評価機構) を含む医療組織に高い質のがん医療を提供していると認知されることをはじめ、新規がん診断患者の 80% に医療を提供する良質のがん医療ネットワークへの参加、American Cancer Society (ACS: 米国がん協会 (民間団体)) の全国コールセンターと Web サイトの利用、CoC 基準に対する実績を他施設との比較をできる

公式の報告書の入手、全米の1400以上の施設の腫瘍アウトカムデータベースであるNational Cancer Data Base(NCDB)への参加、個々の医療機関の診療パターンやアウトカムを全国標準と比較できる病院比較ベンチマーク報告書へのアクセス、がんの大切な問題を扱う国家的研究への参加が可能になる。CoC 認定プログラムのカテゴリーには、表1の12種類がある。

CoC 訪問調査のプロセス

CoC 認定プログラムでは、3年に1度訪問調査が行われる。特に初回訪問調査に備え、施設と施設のがん委員会のすべきことは以下のとおりである。

- CoCプログラムに規定されたがん医療機能、がん委員会、がん検討会、質管理プログラムを施設内で1年以上実施すること。
 - 院内がん登録の標準内容に従い、2年間の完全登録実施と1年間の予後調査に基づく直近1年間のデータを提供すること。
 - Cancer Program Standards 2004 Revised Editionの全項目を満たしていること。
 - 施設における医療資源や医療サービスの提供可能性とがんプログラムについて文書化した認定申請書を、オンラインで完成させること。
 - CoCで研修を受けた独立したがんプログラムコンサルタントやがん登録専門家による諮問評価に参加すること。
 - CoCプログラム全基準への遵守の調査依頼をがんプログラムスタッフに提出すること。
 - Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPPA 法)で定められた情報提供契約書を米国外科医師会(ACoS) Commission on Cancerと交わすこと。
 - 最終解析が終了した全症例データをNational Cancer Data Base (NCDB)へ提出すること。
 - 初回訪問調査準備としてオンライン調査申請記録(SAR)を記入すること。
- 翌年の訪問調査予定日は、毎年7月に

通知される。調査日の延期は、施設の統廃合などの妥当な理由がある場合は1年間に限度に認められる。調査者が決定すると、施設は調査者のプロフィールをオンラインで確認することができ、利害関係者であることが判明した場合には調査者変更を要請できる。調査者には、少なくとも、事務担当者、がん委員会責任者、がん関係医師、がん登録者、がんプログラムコーディネーター、臨床研究、腫瘍内科看護師、腫瘍内科ソーシャルワーカー、質改善担当者、画像診断医、放射線治療医、ホスピス担当者、退院調整チーム、住民向け教育担当者が含まれることになっている。

CoC がん治療施設認定基準

認定基準は、大項目8個と、その各大項目の中に小項目が1-11個(計36小項目)という構成になっている。評価は1+:優、1:良、5:不可、8:該当項目なしで判断する。

大項目の内容としては、

- 基準1. 公的機関による病院評価受審とその承認。
 - 基準2. がんプログラム活動の実行に責任を持つ院内のがん委員会のリーダーシップ。
 - 基準3. がん症例データ管理とがん登録の運用。
 - 基準4. 質の高いがん医療の提供に必要な医療サービスの確保と、正確な病期判定をするための多職種チームをコーディネートする医師の存在。
 - 基準5. がん関連臨床試験情報を患者に提供することによるがん治療開発の推進。
 - 基準6. 地域活動:支援サービスやがん予防・がん早期発見の機会の提供。
 - 基準7. 専門的教育とスタッフ支援
 - 基準8. 医療の質向上プログラム
- 小項目は、それぞれに対し、具体的な内容でチェックできる項目となっている。提出情報や訪問調査の結果は、下記の4種類で示される。

- ・ 完全承認: 認定基準の全項目を満たす。3年間の認定。
- ・ 条件付承認: 1-7項目を満たさない。1年以内に全てを満たせば完全承認に移行する。3年間の認定。
- ・ 未承認: 8項目以上満たさない。
- ・ 条件付保留: 新規申請施設のみが対象。1項目を満たさない。1年以内に満たせば完全承認となるが、満たさなければ未承認となり、再度新規申請となる。

なお、申請から承認までの費用は、CoCが算定し、各施設に請求する。

2. CoC 認定プログラムにおける相談支援機能

CoC 認定プログラムにおける相談支援機能に関する項目としては、上記の基準6「地域活動: 支援サービスやがん予防・がん早期発見の機会の提供」がある。基準6の小項目は

基準6. 1 支援サービスについて

基準6. 2 がんの予防・早期発見プログラム

基準6. 3 地域支援の監視の3つがある。

このうち、相談支援に関する基準6. 1と基準6. 3について、具体的内容に紹介する。

基準6. 1 支援サービス

支援サービスを、自施設内あるいは他の地域団体や施設と連携して、提供している。

定義

包括的がん医療とは、診断からサバイバースタッフまでの連続性をもって患者ニーズを把握し対応するがんの身体的および精神的なケアの専門家らを含む多職種によってなされる。支援サービスは、患者や患者家族が日々のがん医療や体の状態と付き合うための、感情的、身体的、経済的といった、がん患者のニーズに応じた支援や対応を行う。

支援サービスは多くの患者のニーズに応じたものであるとともに、特殊な集団に対す

るものも提供する。施設内で提供される支援サービスは、施設やスタッフの技能、患者特性のよりさまざまになる。支援サービスのうち自施設内で提供しないものは、紹介先の他施設あるいは American Cancer Society (ACS) のような地域団体を通じて提供する。

具体的な支援サービス内容としては、キャリアカウンセリング、遺伝検査とカウンセリング、グリーフカウンセリング、栄養相談、緩和ケア、患者支援グループ、移動手段の手配などが挙げられる。小児がんプログラムである Pediatric Cancer Program (PCP) および Pediatric cancer Program Component (PCPC) の認定施設では、支援サービスには、これらに加え、小児の生活プログラム、親支援グループ、兄弟支援グループ、小児癌財団、学校へ戻るプログラム、小児がんキャンプなどがある。

患者評価、退院計画、他院紹介などは入院初日から開始し、カルテや退院計画チーム記録に文書として残す。

患者のニーズを見越して管理するために、患者ニーズの評価、直接受診や紹介先受診の手助け、支援の質の管理、受診や紹介の過程の効果の評価などを行う。

この基準を満たすべき認定カテゴリー

すべての CoC がん認定プログラム (NCI 指定包括的がんセンタープログラム (NCIP) を除く)。

必要書類

オンライン調査申請記録 (SAR)

訪問調査時には、調査者に対し、自施設内あるいは紹介先で患者や家族支援のために提供している支援サービスについて記載したもの (印刷冊子やチラシ、会議・相談予定、インターネットなどの掲示板などを準備する)。

調査者は、訪問時に、地域支援プログラムについて、指定コーディネーターとがん委員会メンバーと話し合う。

評価基準

(1) 可: 支援サービスが、自施設内で利用でき、他施設や他の地域団体と協力している。

(5) 不可: 支援サービスが、自施設内で利用できず、他施設や他の地域団体との協力が無い。

基準6.3 地域活動の監視

がん委員会などのリーダーシップを取る組織が、毎年、地域支援活動を監視し、その結果を文書化している

定義

支援サービスと予防・早期発見プログラム(基準6.2)は、適切なサービスを患者と地域に提供していることを保証するために監視を受ける。

サービスの範囲とサービスや予防・早期発見プログラムへのアクセス方法は、ともに毎年評価される。地域支援活動の監視の方法は、がん委員会で決め、がん委員会議事録に記録する。

任命されたコーディネーターもしくは施設の地域支援活動スタッフは、地域支援活動を監視し、定期的のがん委員会に報告し、活動が年次目標や年次要件を満たさない場合は是正措置を勧告する。報告・結果・勧告の内容は、がん委員会議事録に記録する。

施設によっては、地域支援活動コーディネーターが、既に確立した部署や指導体制と協力して、地域支援活動の調整、監視、改善点の提案に取り組む。

この基準を満たすべき認定カテゴリー

- Network Cancer Program (NCP)
- Teaching Hospital Cancer Program (THCP)
- Pediatric Cancer Program (PCP)
- Pediatric Cancer Program Component (PCPC)
- Community Hospital Comprehensive Cancer Program (CHCCP)
- Community Hospital Cancer Program (CHCP)
- Affiliate Hospital Cancer Program (AFCP)

- Integrated Cancer Program (ICP)
- Freestanding Cancer Center Program (FCCP)

必要書類

オンライン調査申請記録(SAR)

訪問調査時には、調査者に対し、がん委員会議事録の写しなどの、地域活動の監視と評価のために用いている文書や方法に関する資料を提供する。

評価基準

(1) 可: 地域支援活動が毎年監視されており、その結果が記録されている。

(5) 不可: 地域支援活動が毎年監視されていない、および/または、その結果が記録されていない。

D. 考察

CoC 認定プログラムは連邦政府ではなく学会主導によるがん医療施設認定プログラムであり、施設が提供可能な医療機能、症例数等により全部で12の認定カテゴリーに分けられている(表1)。臨床試験への参加や研修医養成の有無などについても細かく決められており、規模が大きく包括的ながん医療を提供する施設には臨床試験や専門医の育成なども求める一方で、地域の小規模医療施設には関連する施設で全医療機能を提供することを求めるなど、施設規模や施設特性によりがんプログラム認定のカテゴリーを分けることで、認定カテゴリー間での役割分担につながる内容となっている。

これに対し日本では、がん診療連携拠点病院(拠点病院)は都道府県が推薦した医療施設を厚生労働省が拠点病院整備指針に基づき審査し、指定する。つまり、その指定をもって、その医療施設が、がん診療施設として国が定める一定の基準を満たしていることを示す。がん医療の均てん化を推進するためには、この拠点病院整備指針に定められた基準が妥当であり、かつ現実的であることは大変重要である。

現在の拠点病院の指定は、都道府県からの推薦様式による書面審査であり、整備指針に基づく具体的項目を記載した様式（以下、推薦様式）に基づいて判断されるにとどまっており、CoC プログラムのように訪問調査の実施はない。そのため、拠点病院整備指針および指定のための推薦様式の各項目は、医療の質に関する「Structure」に関する内容が多くならざるをえない。

また、現行の推薦様式は、データ採取項目の用語や集計の概念や定義の解釈が記入者により異なるため、記入データの相互比較が困難な場合もある。相談支援機能に関しては相談員の体制や相談件数の記載を求めているが、相談支援の内容および拠点病院としての地域への波及効果を検討するのには適さないのかもしれない。

厚生労働科学研究^{2), 3)}でも、施設単位の医療機能評価としてのがん診療機能評価尺度の開発が現在進められており、情報交換をしつつ、拠点病院として持つべき機能とその現状を正確に反映する情報を収集できるよう、本研究班で議論していく予定である。

E. 結論

米国のがん治療施設認定プログラムであるCoC 認定プログラムを吟味することにより、CoC 認定プログラムの特徴である医療施設の規模等によるがん医療施設認定カテゴリーや、具体的かつ現実的な内容の認定基準項目の情報を得た。今後、各領域の専門家と意見交換を行い、がん診療連携拠点病院整備指針および推薦様式に用いる項目の、現実的かつ妥当な内容を検討する予定である。

参考文献

1. American College of Surgeons.
Commission on Cancer Cancer Program Standards 2004 Revised Edition.
<http://www.facs.org/cancer/coc/cocpr>

ogramstandards.pdf

2. 厚生労働科学研究費補助金(特別研究事業)平成17年度「がん診療施設の機能評価基準策定に関する研究」(主任研究者:坪井栄孝)
3. 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)平成18年度「医療機関がん診療機能の客観的・第三者評価システムに関する開発研究」(主任研究者:坪井栄孝)

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. CoC 認定プログラム

がん認定プログラムのカテゴリー	内容	臨床試験への参加	研修医養成	年間新規がん診断症例数
Network Cancer Program (NCP)	複数施設で包括的ながん医療および医療サービスを提供する組織。ネットワークはネットワーク全体のがん委員会、標準化ガンを登録、地域や医療従事者の調整を行う。	要	オプション	なし
NCI-designated Comprehensive Cancer Center Program (NCIP)	NCI(米国がん研究所)によるがん医療支援助成金を保証され、包括的がんセンターとしてNCIから指定。診断・治療の全機能を有し、腫瘍内科を含む主な専門医スタッフを持つ。基礎研究にも参加する。	要	オプション	なし
Teaching Hospital Cancer Program (THCP)	大学病院関連施設。自施設内または紹介先施設にて、診断・治療の全機能を提供。腫瘍内科を含む主な専門医スタッフを持つ。	要	4領域以上(うち2領域は内科と外科)	なし
Veterans Affairs Cancer Program (VACP)	退役軍人に対し、自施設内または紹介先施設にて、診断・治療の全機能を提供。腫瘍内科を含む主な専門医スタッフを持つ。	必須	オプション	なし
Pediatric Cancer Program (PCP)	小児専門医療のみを提供。大学病院関連施設の場合もある。小児がんに対し、自施設内または紹介先施設にて、診断・治療の全機能を提供。小児科と腫瘍内科を含む主な専門医スタッフを持つ。	必須	4領域以上(うち2領域は小児科と小児外科)	なし
Pediatric Cancer Program Component (PCPC)	大規模施設内の小児科領域で、小児がんに対し、自施設内または紹介先施設にて、診断・治療の全機能を提供。小児科に関連する専門や腫瘍内科を含む主な専門医スタッフを持つ。	必須	小児科医養成(オプション)	小児がん 50 症例以上
Community Hospital Comprehensive Cancer Program (COMP)	自施設内または紹介先施設にて、診断・治療の全機能を提供。腫瘍内科を含む主な専門医スタッフを持つ。	必須	オプション	650 症例以上
Community Hospital Cancer Program (CHCP)	自施設内または紹介先施設にて診断・治療の全機能を提供するが、紹介先での治療実施がよくある施設。主な専門医スタッフを持つ。	可	オプション	100 -649 症例
Hospital Associate Cancer Program (HACP)	自施設内では、限られた範囲でがんの診断・治療が可能。不足部分は関連施設で可能。	必須でない	オプション	50-99 症例
Affiliate Hospital Cancer Program (AHCP)	自施設内では、限られた範囲で医療を提供。診断・治療の全機能を持つ親施設とのパートナーシップを持ち、全機能へのアクセスを提供。	必須でない	オプション	50 症例未満
Integrated Cancer Program (ICP)	自施設内では、1 種類の治療法を提供。診断・治療の全機能を持つ親施設とのパートナーシップを持ち、全機能へのアクセスを提供。	必須でない	オプション	なし
Freestanding Cancer Center Program (FCCP)	自施設内では、2 種類以上の治療法を提供。診断・治療の全機能を持つ親施設とのパートナーシップを持ち、全機能へのアクセスを提供。紹介先は CoC 認定プログラムが望まれる。	必須でない	オプション	なし

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	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
荻野尚	粒子線治療	池田恢	新体系看護学別巻6 放射線診療と看護	メジカルフレンド社	東京	2007	151-155
島田安博	化学療法	監修：武藤徹一郎，編集：杉原健一，多田正大，藤盛孝博，五十嵐正広	大腸疾患NOW 2007	日本メディカルセンター	東京	2007	37-42
島田安博	分子標的薬のエビデンスと有害事象	監修：武藤徹一郎，編集：杉原健一，島田安博。	ガイドラインサポートハンドブック。ー大腸癌ー	医薬ジャーナル社	東京	2007	124-133

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
加藤抱一	視点 国立初の施設・がん対策情報センター設立 がん医療水準の均てん化めざす「一般」「医療関係者」「連携拠点病院」向けの情報発信	CLINIC magazine	34	7	2007
加藤抱一	医療クローズアップ 国立がんセンターが“がん情報サービス”のサイトをオープン	けんぼだより	No. 132	15	2007
若尾文彦, 加藤抱一	特集 がんの治療ー一般医が知っておきたい治療動向 がん対策情報センター	CLINICAL PRACTICE	6	229-230	2007
加藤抱一	巻頭言 住民に知らせたいがん情報	季刊 きんむ医	No. 140	1-2	2007
石倉 聡, 加藤抱一	展望 がん対策情報センターに求められる役割ー放射線治療品質管理の観点からー	ISOTOPE NEWS	No. 638	6-12	2007

加藤抱一	がん対策情報センターの活動	かに	34	56-59	2007
H. ONO, N. HASU IKE, T. INUI	Usefulness of a novel electrosurgical knife, the insulation-tipped diathermic knife-2, for endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer.	Gastric Cancer.	11	47-52	2008 3
小野裕之	早期胃癌に対するESDと腹腔鏡下手術の接点	胃と腸	41巻11号	1535-1537	2006 10
Ono H	Early gastric cancer : diagnosis, pathology, treatment techniques and treatment outcomes.	Eur J Gastroenterol Hepatol.	18 (8)	863-6	2006 8
Minami S, Gotoda T, Ono H	Complete endoscopic closure of gastric perforation induced by endoscopic resection of early gastric cancer using endoclips can prevent surgery (with video).	Gastrointest Endosc.	63 (4)	596-601	2006 4
小野裕之, 乾哲也, 蓮池典明	早期癌に対する内視鏡治療 ESD ITナイフ	胃と腸	41巻4号	523-526	2006 4
小野裕之, 乾哲也, 蓮池典明, 他	早期胃癌に対するESD切除成績と切除困難例の特徴	胃と腸	41巻1号	37-44	2006 1
小野裕之, 乾哲也, 蓮池典明	ESDの基本とコツ ITナイフ	消化器内視鏡	17巻10号	1587-1590	2005 10
Ono H	Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer.	Chin J Dig Dis.	6 (3)	119-21	2005

Uno T, <u>Ikeda H</u> , et al.	Postoperative radiot herapy for non-smal l-cell lung cancer: results of the 1999-2001 patterns of care study nationwide p rocess survey in Jap an.	Lung Cancer	56	357-362	2007
池田 恆	放射線腫瘍医の育成 (特集) 放射線腫瘍医のコメント	日放腫会誌	19 (2)	65	2007
JASTROデータベース委員会, 池田 恆, 他.	全国放射線治療施設の2005年定期構造調査報告 (第1報).	日放腫会誌	19 (3)	181- 192	2007
JASTROデータベース委員会, 池田 恆, 他.	全国放射線治療施設の2005年定期構造調査報告 (第2報).	日放腫会誌	19 (3)	193- 205	2007
水野秀之, 池田 恆, 他.	リニアック出力調査のためのガラス線量計の読み取り法と補正係数の確定.	医用標準線量	12 (1)	5-11	2007
Nishio T, <u>Ogino T</u> , et al.	Experimental verific ation of the utility of positron emitter nuclei generated by photonuclear reacti ons for X-ray beam m onitoring in a phant om	Radiat Med	25	516-522	2007
河野良介, 荻野尚 他	国立がんセンター東病院における陽子線治療のDaily QAとその結果	医学物理	26	153-162	2007
高張大亮, 島田 安博	大腸癌に対する抗体医薬	Pharma Medica	25 (3)	15-20	2007
高張大亮, 島田 安博	大腸癌化学療法の前線	Frontiers in Gastroentero logy	12 (2)	44-53	2007
島田安博, 高張大亮	Stage IV 大腸癌の化学療法	外科治療	69 (6)	1012-1018	2007
沖田南都子, 島田安博	消化器毒性	消化器外科	30 (8)	1177-1181	2007

加藤 健, 濱口 哲弥, 山田康秀 , 白尾国昭, 島 田安博	食道癌	癌と化学療法	34 (10)	1543-1548	2007
高張大亮, 島田 安博	GISTの内科的治療	癌の臨床	53	505-510	2007
島田安博	連載 最新 癌の科学 療法マニュアル第①回 総論	外科	69 (1)	86-90	2007
田宮朗裕, 山本信 之	抗EGFR抗体の非小細胞 肺癌における臨床動向 —セツキシマブを中心 に—	最新医学	63	37-44	2008
宿谷威仁, 山本信 之	肺癌へのアプローチそ の2実地医家のための 肺癌治療指針非小細胞 肺癌	Medical Practice	25	14-19	2008
Nishimura Y, Yamamoto N, et. al	Phase I/II trial of sequential chemoradiotherapy using a novel hypoxic cell radiosensitizer, doranirazole (PR- 350), in patients with locally advanced non-small- cell lung cancer (WJTOG-0002)	Int J Radiation Oncology Biol Phys	69	786-792	2007
Igawa S, Yamamoto N, et. al	Evaluation of the Recommended Dose and Efficacy of Amrubicin as 2nd and 3rd-line Chemotherapy for Small-Cell Lung Cancer	J Thoraic Oncol	8	741-744	2007
Itaya T, Yamamoto N, et. al	Influence of histological type, smoking history and chemotherapy on survival after first-line therapy in patients with advanced non-small cell lung cancer	Cancer Science	98	226-230	2007

<u>山本信之</u>	肺癌診療ガイドラインについて-作成の経緯と化学療法を中心に-	Pharmacy Today	20	13-19	2007
小野哲, <u>山本信之</u>	高齢者癌薬物療法の進歩 肺がん	癌と化学療法	43	367-373	2007
井川聡, <u>山本信之</u>	新たなEGFRに対する抗体医薬	Pharma Medica	3	51-55	2007
<u>山本信之</u>	腫瘍別診療ガイドラインをめぐる諸問題 2) 肺腫瘍	腫瘍内科	1	67-70	2007
井川聡, <u>山本信之</u>	新薬展望2007 第III部治療における最近の新薬の位置付け<薬効別>~新薬の広場~ 肺癌治療薬	医薬ジャーナル新薬展望	43 S-1	114-120	2007
Tadahiko Shien, <u>Chikako Shimizu</u> et. al	Clinical Efficacy of S-1 in Pretreated Metastatic Breast Cancer Patients.	Jap J Clin Oncol .	38	172-175	2008
<u>Chikako Shimizu</u> , Yasuhiro Fujiwara	The progress and prospects of personalized systemic therapy for breast cancer patients: is it a reality?	Breast Cancer; [Epub ahead of print]			2008 Feb 15
<u>清水千佳子</u>	術後ホルモン療法の基本と実際。	医薬ジャーナル	vol 42	1127-1130	2007
<u>清水千佳子</u>	B. 2 術前化学療法・術後薬物療法 B. 4 局所進行乳がんの集学的治療と看護	がん看護キーポイントガイド8 乳がん患者の看護。		111-117 122-124	2007
<u>福田治彦</u>	多施設共同臨床試験支援機能について	Monthly IHEP	(125)	21-28	2007
中村健一, <u>福田治彦</u>	The Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)	分子細胞治療	6 (3)	61-65	2007

福田治彦	連載「がん臨床試験の実践～JCOGを例に～」第3回プロトコルの作成と審査－異なる背景を持つ人が使うコミュニケーションツール	The MEDICAL Oncologists	3 (4)	38-43	2007
黒川幸典, 福田治彦	アメリカNCIにおけるTR支援体制	Drug Delivery System	22 (1)	54-59	2007
齋藤勇, 福田治彦	多施設共同研究グループの国際比較	分子細胞治療	6 (2)	47-51	2007
中村健一, 福田治彦, ほか	臨床試験と実地臨床,	腫瘍内科	1 (1)	52-60	2007
佐藤暁洋, 福田治彦,	JCOGについて,	分子細胞治療	6 (4)	55-59	2007
福田治彦	臨床試験に関与する関係職員等の養成・確保－医療機関のデータマネージメント担当者の現状と課題－	医薬品開発基礎研究会誌	(11)	88-98	2007
福田治彦,	米国のがん治療開発の臨床試験の全体像	日本外科学会雑誌	108 (5)	298-299	2007
佐藤暁洋, 福田治彦,	臨床試験	臨床雑誌 内科	100 (6)	1053-1059	2007
福田治彦	連載「がん臨床試験の実践～JCOGを例に～」第1回試験計画の立案－試験デザインの基本要素	The MEDICAL Oncologists	3 (2)	42-48	2007
福田治彦	連載「がん臨床試験の実践～JCOGを例に～」第2回コンセプトの作成と審査－第三者に試験の意義を理解してもらう	The MEDICAL Oncologists	3 (3)	25-32	2007
柴田大朗, 福田治彦	新規分子標的薬剤の臨床試験及び承認のあり方	ゲノム医学	7 (2)	63-66	2007

福田治彦	連載「がん臨床試験の実践～JCOGを例に～」第3回プロトコルの作成と審査（前編） — 異なる背景を持つ人が使うコミュニケーションツール	The MEDICAL Oncologists	3 (4)	38-43	2007
佐伯俊成, 他	がん患者の家族に対する精神的ケア.	コンセンサス 癌治療	7	20-23	2008
尾形明子, 佐伯俊成	小児がん患者と家族に対する心理的ケア.	総合病院精神医学	20	26-32	2008
Mantani T, Saeki T, et al	Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning.	Support Care Cancer	15	859-868	2007
Ozono S, Saeki T, et al	Factors related to post-traumatic stress in adolescent survivors of childhood cancer and their parents.	Support Care Cancer	15	309-317	2007
佐伯俊成, 他	がん緩和ケアにおける非定型抗精神病薬の役割.	総合病院精神医学	19	311-316	2007
佐伯俊成, 他	研修医のための精神科講座 (せん妄・不定愁訴・うつ病).	DVDシリーズ 「カンファレンス方式による精神疾患治療の実践講座」. 30分×3話 ケアネット			2007

国立初の施設・がん対策情報センター設立

がん医療水準の均てん化めざす

「一般」「医療関係者」「連携拠点病院」向けの情報発信

国立がんセンターの開設当初から内部の意識として情報発信の必要性は認識されていましたが、がん対策情報センターができた一番の原動力は、がんに対する信頼できる情報がほしいという国民の強い要望です。その力に押されるような形で「がん対策アクションプラン2005」にて計画され、「がん対策基本法」の成立を踏まえ、今回の開設に至りました。

この情報発信と、日本のどこに住んでも高度な水準のがん医療が受けられる体制づくり、すなわち医療の均てん化をめざすことががん対策情報センターの大きな役割となっています。

それを担うために、①情報提供機能、②がんサーベイランス機能、③多施設共同研究支援機能、④がん診療支援機能、⑤研究企画支援機能、⑥情報システム管理機能といった6つの機能が整備されています。

①の情報提供は、現在のところ主に新しいウェブサイト「がん情報サービス」(<http://ganjoho.ncc.go.jp/>)にて行っています。この1カ月間の総アクセス状況は150万件に上りました。情報を「一般向け」「医療関係者向け」「がん診療連携拠点病院向け」の3種類に分け、このうち医療関係者向けでは、ガイドラインなどを示した「各種がんのエビデンスデータベース」「がん疼痛の治療」「がんの臨床試験の一覧」「国内未承認薬」「がん診療画像レファレンスデータベース」「パスデータベース」等を提供しています。

エビデンスデータベースでは、各種ガイドラインへのリンクとともに、PDQ（米国国立がん研究所編集による、がんの最新情報を提供するデータベース）と日本の診療の相違点とその理由なども掲載しています。また、レファレンスデータベースでは各種がんの典型例、まれな病変、診断困難例の病理画像や放射線画像を整理しつつ順次公開していきます。

現在、発信している内容はまだまだ未成熟なものです。皆さんのご意見や報道なども参考にして、最新の情報を採り入れて随時更新を行っていきます。また、近い将来、印刷物での情報提供も考慮しております。



国立がんセンター
がん対策情報センター長

加藤抱一氏

かとう・ほういち

1971年東京大学医学部卒業。同年同大学医学部付属病院第二外科。72年東京都立墨東病院外科入局、87年国立がんセンター病院外来部呼吸器外科医長、96年同センター中央病院第二外来部長、特殊病棟部長、臨床検査部長を経て2006年10月から現職。専門は食道がんの外科治療。日本消化器外科学会評議員、日本外科学会指導医、日本臨床外科学会評議員、日本癌学会評議員、日本食道学会理事等。

連携拠点病院の診断困難例に 専門家から意見を集める

④のがん診療支援機能では、施設間格差が生じやすい病理診断、放射線画像診断のコンサルテーション・サービスを行います。連携拠点病院の医師だけでは判断が難しいときに、画像伝送やバーチャルスライドなどを使って全国の専門家から診断意見を求めて報告するシステムです。同じく施設格差が問題となっている放射線治療については、治療の内容や機器の出力を調査して報告することによって各施設の治療水準の向上に貢献します。

⑤の機能では、連携拠点病院などの医療従事者に対して、がんセンターで実地研修や講習会等を行います。連携拠点病院に設置が義務づけられている相談支援センターの相談員の研修も行います。

これらのことにより各地域のがん診療連携拠点病院のレベルアップが図られ、さらにそれが周囲の医療機関のがん医療水準向上につながり、均てん化が促進されると思います。

がん対策情報センターでは、患者・家族、一般国民や医療関係者のご意見を反映してその機能を改善していくことを重要視しております。したがって、患者さんやご家族のニーズを採り入れ有効に発信するため、がん対策情報センター運営評議会には医療者の方々のみならず患者団体の方々や報道関係の方にも入っていただいております。さらに、われわれが各地域の現場に赴いて地域の方々との多くの接触を持つことも必要だと考え計画しております。このように、がん対策情報センターは、患者・家族を含めた

一般国民と一体となって作り上げていくものであることを強調したいと思います。

現在、非常勤を含めて70名強の体制で臨んでいますが、情報提供に携わる人材の不足や、建物がなく各部署ががんセンター内に分散していることも課題であります。また、情報センターのシステムはようやく構築が始まったばかりですので、現在の機能は暫定的な運用です。システム完成は2007年度初めを予定していますので、皆様のご助力を得てその時には機能を今以上に発揮できるよう努力する所存であります。(談)

国立がんセンターが “がん情報サービス”のサイトをオープン

1962年、東京築地に設立された「国立がんセンター」は、40年以上にわたり、わが国唯一の国立のがんセンターとして国のがん対策の中核として活動してきました。

同センターの大きな目的は①がん医療、②がん研究、③医療従事者研修、④情報発信ですが、このたび新たながん情報ホームページを開設、さらにきめ細かな情報が発信されることになりました。

一般に提供されているがん情報の中には、患者さんにとって悪影響を及ぼす情報が含まれている可能性も大いにあります。

～がん対策情報センター長・
加藤抱一先生にお話をうかがいました～

◎サイト開設の目的を教えてください。

日本人の死因のトップであり、これだけの情報社会であるにもかかわらず、がんに関しての信頼できる情報は不足しています。さらに、地域によって受けるがん医療に格差があることも、患者様自身に不安を与えているという状況があります。これら国民の強い要望を受ける形で平成18年10月に「がん対策情報センター」が開設され、同時に「がん情報サービス」のサイトもオープンしました。この「がん対策情報センター」の開設は、長年にわたる国立がんセンターの希望と世の中の要望が合致した結果といえるでしょう。

◎どのような方を情報発信の対象とされていますか。

患者様はもちろん、そのご家族、一般の方、医師、医療サポートを含む医療従事者、行政の保険担当者、がん研究者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、病院スタッフ等を対象として情報提供、情報発信するとともに、ご家族の支援も行うこととなります。

◎サイトの将来の展望をお聞かせください。

がんに対する各種学会・研究会、専門医療施設、患者様とも共同して内容を吟味制作し、求められる信頼できる情報をわかりやすく提供します。また最新情報も、速やかに更新できる体制を構築していきます。

◎がんの不安を抱える現代人に対してコメントをお願いします。

国民は、数多くある情報の中でなにを信じてよいかわからないのが今日の社会といえます。漠然とした不安、あるいは特定の疾患や臓器についての不安に関しては、一度私どもが提供する情報をご覧ください。科学的に吟味、検証された内容のみを提供しています。がんにかかった患者様やそのご家族の不安に関しては、担当医と相談するのが最良ですが、その前に得ておく基礎知識として、私どもの情報をご覧くださいと思います。病院選びの参考となるように「がん診療拠点病院」などの、がん専門病院の情報も提供しております。現在、がん診療拠点病院の指定と現況調査が進行しています。

この情報の内容も今後さらに充実させ、がんの正しい知識の啓蒙に努力していきたいと考えております。

〔国立がんセンターがん対策情報センター長・加藤抱一先生〕

がん情報サービス（総合案内（トップ））

<http://ganjoho.ncc.go.jp/top.html>

がん情報サービス（がん向け情報）

<http://ganjoho.ncc.go.jp>

がん対策情報センター

若尾 文彦¹⁾、加藤 抱一²⁾

1) わかお ふみひこ/国立がんセンター中央病院放射線診断部 医長
同センターがん対策情報センター センター長補佐

2) かとう ほういち/国立がんセンターがん対策情報センター センター長

2006年10月国立がんセンターにがん対策情報センターが開設された。本センターは、がん医療水準の均てん化を推進するために、患者さん・一般の方に対する最新情報の提供、医療従事者に対する研修、研究者に対する必要な研究支援などとともに、5年生存率をはじめとするがん対策企画立案に必要な基礎データの蓄積など、さまざまながん対策に関連する情報の収集・分析・発信などを担う情報基盤の整備を行う、中核的組織として設置された。

以下の6つの機能を持ち、患者さんなどに広く情報提供を行うとともに、医療従事者、特に地域のがん医療を担う病院として整備・指定が進められている「がん診療連携拠点病院」(2007年1月31日時点で286施設)に対し、さまざまな連携・支援を行っている。

1. がん医療情報提供機能

がんに関する信頼のおける情報を収集し、整理・評価し、患者さん・ご家族・一般の方および医療従事者に対して提供している。「がん対策情報センター がん情報サービス」のホームページ(<http://ganjoho.ncc.go.jp/>)において、一般向けには各種のがんの解説、がん診療連携拠点病院の情報、副作用対策の情報などを、医療関係者向けには臓器別に診療ガイドラインを紹介したエビデンスデータベース、がんの臨床試験一覧、国内未承

認薬に関する情報などを、がん診療連携拠点病院向けには院内がん登録支援情報、研修情報などを提供している。また、インターネットにアクセスできない方のために、小冊子の作成も行っている。さらに、がん診療連携拠点病院に設置されている患者さんからのさまざまな相談に対応する「相談支援センター」に対して、情報提供および相談員の研修などを行っている。

2. がんサーベイランス機能

各都道府県で実施されている地域がん登録を標準化し、データの収集・集計を行い、正確ながん統計情報を全国に発信している。がん診療連携拠点病院では標準的な院内がん登録の実施が始まるので、追跡データを含めたこれらのデータを収集することで、5年後には、信頼性が高くお互いに比較できる5年生存率が算出されることになる。

3. 多施設共同研究支援機能

より良い治療法を見出すための多施設(がん診療連携拠点病院を含む)共同臨床試験の支援を行っている。具体的には、がん研究助成金の研究班および厚生労働科学研究の研究班が実施する後期治療開発のための多施設共同臨床試験に対し、中央機構として研究デザインや研究計画書(プロトコル)作成の支援、患者登録/ランダム割付、データマネージメント、モニタリング、有害事象情報の共有、統計解析、施設訪問監査などの直接的支援を行っている。

4. がん診療支援機能

がん診療の地域格差や施設間格差の是正に向け、それぞれの患者さんに最適な診断や治療が実施さ

【連絡先】 若尾 文彦

〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1

国立がんセンター中央病院放射線診断部

れるよう、がん診療連携拠点病院の医療スタッフの支援を行っている。具体的には、がん診療連携拠点病院からの病理診断、放射線画像診断のコンサルテーションを受け、診断のサポートを行うとともに、教育的画像のリファレンスデータベースを整備・公開している。また、がん診療連携拠点病院の放射線治療の内容や、照射装置の精度を保つ品質管理を実施している。

5. がん研究企画支援機能

がん対策を推進するための研究の企画・立案の一翼を担っている。また、わが国のがん医療の均てん化を推進するため、各種研修の企画・調整をし、国立がんセンターでの実地研修などを管理・運営し

ている。

6. 情報システム管理機能

他の5つの機能をインフラとして支える情報システム、多地点テレビ会議システムなどの管理・運用を行っている。

がん対策情報センターは、以上の6つの機能を駆使することによって、今後、がんに関連した学会、研究団体、製薬企業などとの連携体制を強化し、“All Japan”の体制を構築することによって、がん対策の中核的組織としての役割を果たしていくことを目指している。