

## 具体的な 使いかたを 考えてみよう!

## どんどん使って、より良いものにしていくために

『患者必携』(試作版)の完成は、あくまで出発点だ。環境の異なる医療現場で、多様な患者が使ってみたいことで、補ったり、修正したりすべき点が見つかるものと思われる。

2009年7月11日の市民向けがん情報講演会では、参加者から「これだけ渡して、読んでおいてください、ということにならないか」という懸念の声も聞かれた。対面での相談と、『患者必携』での確認を繰り返しながら、共通の理解が育まれていくことを期待したい。

「わたしの療養手帳」は、あくまで患者自身が記入するものです。わからない事柄が多いかもしれませんが、書くことによって「何がわからないか」がわかります。



受診のときに頭で考えているだけでは、つい聞き忘れてしまうかもしれませんが、この療養手帳にメモして、「今日はこれが聞けた」、「次はここを聞こう」という繰り返しによって、自分の病気について徐々に理解できるのではないかと期待しています。

患者は今まで受身だったかもしれませんが、『患者必携』を、自分の病気について知り、病気に向き合っていくための道具とし、治療法の選択について、医療者と一緒に考えられるようになればよいと考えています。

医療者とよい関係を築き、  
自分の病気について  
理解を深めるための道具に

共通のプラットフォームで、  
様々な医療者等が  
患者を取り囲むイメージで

お薬手帳は基本的に、患者と薬剤師間で使われることが多いですが、『わたしの療養手帳』は、患者と複数の職種の医療者をつなぐものです。



外来患者の様子を見ていると、お薬手帳を持っているかたは多いのですが、中にはランダムにシールが貼られて、いつの処方内容かわからない“スタンプラリー”状態になっている例があります。これでは患者と医療者双方にとって、せっかくの貴重な情報が活かされません。

療養手帳の使い方を考えるとき、主体は患者ですが、これをひとつのプラットフォームとして、多くの人がその患者を囲み、他の職種の行っている治療やケアも見ながら、最善の方法を患者とともに考える、といったイメージでいます。

今まで、がんの情報というと教科書的なものか、体験記か、の両極で、『患者必携』のように、医学的な内容を、心理・社会的な面も含めて、わかりやすく書いたタイプのものにはなかったように思います。



例えば、医療に関わる言葉が一般にも知られる機会は増えてきましたが、セカンドオピニオンについて、ドクターショッピングのように捉えている患者もいるようです。本来のセカンドオピニオンは、それぞれの医師に信頼をおいた上で、患者さんが納得を得るために必要になるものであることをきちんと理解してもらえるようになることで、担当医とのよりよい関係ができるようになってほしいと考えています。

現実には現実として受け止めたうえで、立ち止まって考えてもいいんですよ、ということをお伝え、貴重な時間を治療に使っていただければよいと思います。

現実には現実として  
患者が病気にきちんと  
向き合えるように



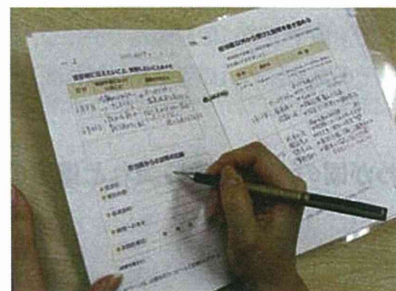
# 『患者必携』(試作版の内容が確定した後)の具体的な使いかたを考えてみました

※あくまで、PT編集部で考えたイメージです

## 共通の基盤情報としての『がんになったら手にとるガイド』



## 患者自身が病気に向き合うための『わたしの療養手帳』, 『地域の療養情報』



### 患者自身のアクション

#### 自分用の療養手帳を準備する

- 市販のA5判2穴のバインダーに『わたしの療養手帳』をセットする
- 前向きに治療に取り組む気持ちになれるよう、自分の好きな表紙にしたり、写真を入れたりしてもよい

#### 地域の療養情報も確認する

- 地域の療養情報が作成された場合は、それも一緒にセットし、療養に必要な情報や、地域で利用できる医療機関や相談窓口などを確認する
- 必要に応じ、お薬手帳もセットする

#### 受診の前後に利用する

- 『わたしの療養手帳』の全項目を埋めようと思わなくてもよい
- できるところ、気になるところから始め、不安や疑問を整理して、徐々に医療者に聞けるようにする

### 薬剤師ができるアクション

#### 『患者必携』の存在を知らせる

- 『患者必携』が、がん診療連携拠点病院等で入手できることを知らせる
- 必要に応じて、がん情報サービス (<http://ganjoho.jp>) のサイトから、ダウンロードして提供する

#### 地域の療養情報を知らせる

- 該当の都道府県のがん対策推進計画の概要を理解しておく
- 都道府県や地区の薬剤師会も相談先になることを目指す

#### 遠慮なく医療者に聞ける素地を作る

- 必要なときはいつでも相談を持ちかけられるような信頼関係を築く
- 受診時に主治医に質問ができるよう『わたしの療養手帳』の記入の手助けになるような情報を提供する

都道府県がん対策関連情報は下記サイトから参照可能  
<http://ganjoho.jp/public/news/2008/plan.html>



# 薬剤師も ともに 目指そう！

## 「がんを知り、がんと向き合い、 がんに負けることのない社会の実現」のために

わが国のがん対策は、1984年開始の『対がん10ヵ年総合戦略』以降、10年区切りで継続的に策定・実施されてきたが、**がん対策基本法**は、その成り立ちや仕組みを患者自身がリードしている点で、明らかな転換点となった。私たちは、一国民としても薬剤師としても、その後の大きな流れの中にいる。ここで傍観者となるのではなく、具体的なアクション、提案をしていきたい！

『患者必携』は、主治医あるいは相談支援センターの相談員がきちんと説明して渡し、次の診療のときにも継続して使われる体制を、医療者の協力を得て作っていきたいと考えています。

そうすることで、一時的に医療者の負担が増えるように思われるかもしれませんが、今までも病気に関する説明はしていたわけですから、

- がんに関する情報提供が、『患者必携』を基盤に、一貫性をもって行われる
- 患者が受診後、帰宅してからも基本情報を確認できる

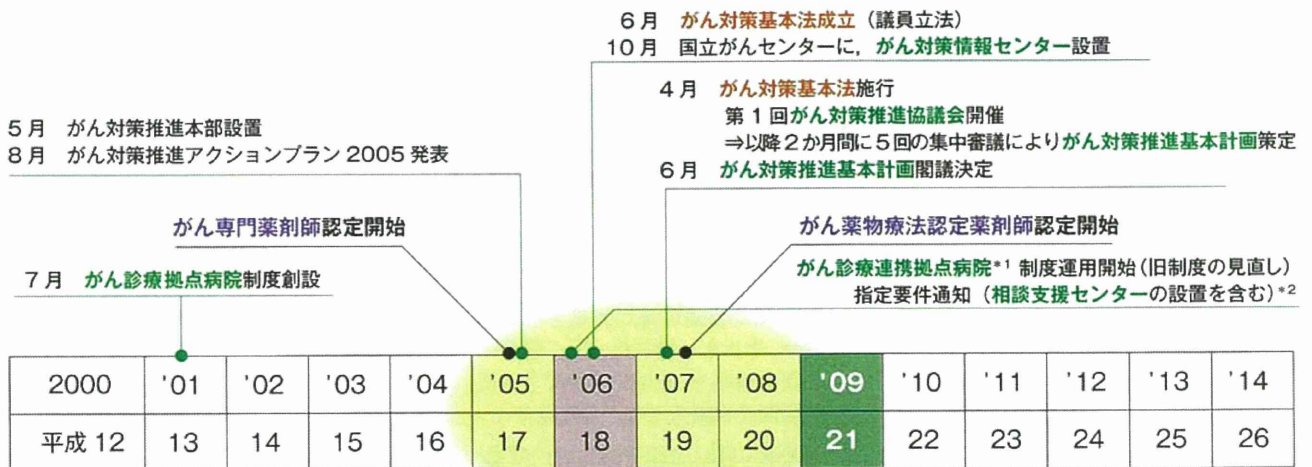
という変化が期待できると思います。説明を聞いたのに何度も聞き返していた、というようなことが少なくなれば、その時間を診療の本質的な部分に充てられるのではないのでしょうか。

『がんになったら手にとるガイド』には、先のことを全く見せないのはよくない、という観点から終末期についても触れています。がん患者にも、そうでない人にも、がんについてもっと知っていただき、がんになるのは何も特別なことではない、皆で治療や予防に取り組んでいこう、という方向に、社会が変わることを、心から願っています。

そのためにも、『患者必携』（試作版）を広く使っていただき、色々な角度からの意見や要望、提案を頂戴したいと思います。



### わが国のがん医療の流れと患者の関わり (PT 編集部作成)



\*1 政府が、全国どこでも適切ながん医療を受けられる体制の整備(がん医療の均てん化)に向けて、地域のがん診療の拠点として指定した病院  
\*2 がん診療連携拠点病院内にあり、地域のがん患者や家族に対し、がん医療に関する相談、個別の状況に応じた適切な医療機関の紹介、セカンド・オピニオンを受けられる医師の紹介等のサービスを行う窓口(名称は「相談支援センター」とは限らない)

2000年頃以降、がん患者(個人、団体)から、がん治療における国際標準薬の早期承認、がん医療を担う腫瘍内科医等の育成、がん医療の地域格差の是正等を求める動きが続いた  
2005年3月、厚生省のがん医療水準均てん化の推進に関する検討会(2004年9月~2005年4月)の過程で、複数の患者会代表を招き、ヒアリングを実施

その後、成立した**がん対策基本法**の第20条第2項で、**がん対策推進協議会**の委員は、**がん患者及びその家族又は遺族を代表する者**、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命するものとされた  
また、国立がんセンター**がん対策情報センター**の運営評議会設置規程でも、委員に**がん患者及びその家族等を代表する者**を任命することが明記されている

試作版が完成!

# がん『患者必携』

## 患者の求める情報を網羅したガイドとは



**渡邊清高** 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 がん医療情報サービス室長

1996年東京大学医学部卒業。内科，救命救急，消化器科研修などを経て，1999年東京大学医学部附属病院消化器内科。医学博士。総合内科専門医，肝臓専門医，がん治療認定医など。2008年4月より現職。関心のあるテーマは，信頼される医療情報の提供，メディアドクター，医療事故問題，がんの抗体創薬など。

### がん患者・家族が求める 幅広い情報の入り口 『患者必携』とは

2007年4月にがん対策基本法（以下，基本法）が施行され，同年6月にがん対策推進基本計画（以下，基本計画）が策定されました。国のがん対策の方向性を議論する場であるがん対策推進協議会では，専門医や学会，看護師，医師の立場に加え，患者・家族・遺族を代表する委員により，基本法ならびに基本計画の具体化に向けた議論が継続的に行われました。

この議論において，国，地方公共団体，保険者，医療従事者，国民も含めた，幅広い立場の人の参画によるがん対策の推進の重要性が示されました。基本計画では，「インターネットの利用の有無にかかわらず，得られる情報に差が生じないようにする必要があることから，がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携を作成し，がん診療連携拠点病院（以下，拠点病院）などのがん診療を行っている医療機関に提供していく」とされ，併せてすべてのがん患者およびその家族に届けら

れるようにすることが示されました。

国立がんセンターがん対策情報センターは，我が国のがん対策の中核的機関として，拠点病院への技術支援や情報発信を行うなど，日本全体のがん医療の向上を牽引していくという使命の下，インターネット（がん情報サービス<http://ganjoho.jp/>）や冊子などによるがん医療に関する情報提供，相談支援およびがん登録などの役割を担っています。この度，当センターで試作版を作成した『患者必携』は，PDFファイルにてがん情報サービスで公開しており，来年（2010年）度以降の完成と配布を目指して，広く意見を募集しています。

本稿では，『患者必携』の位置付け，目指すもの，望まれる活用のあり方，今後の方向性について紹介します。

### 『患者必携』の目指すもの

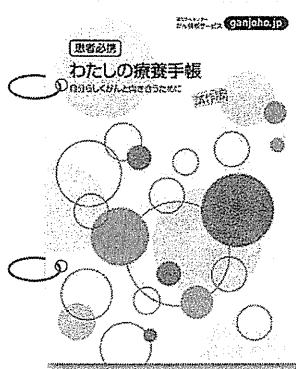
がん患者・家族には，さまざまな問題に適切に対処するために，病気・治療・支援についての情報，療養についての知識，経済的・社会的・精神的な支援，緩和ケアのこと，在



- ・心のサポート
- ・療養情報
- ・生活支援情報
- ・体験談

### がんと向き合うための 横断的情報

がんの病状に応じた、がん医療・緩和ケア・在宅療養・介護支援などの情報提供



- A5判 携帯用
- ・チェックリスト
  - ・診療メモ
  - ・ダイアリー
  - ・かかりつけ医リスト

### 書き込み式 バイнда

「参加型手帳」として自己の記録や情報に特化

都道府県・地域のページを差し込む



- シート／冊子
- ・医療機関
  - ・支援窓口

### 地域に特化した 情報

住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるような、地域の特性に応じた情報提供

## 資料2 『患者必携』の3本柱

- ・すべてのがん患者と家族が手にする『がん患者必携』により、がん難民ゼロを目指します。
- ・がん患者にとって必要な情報を網羅することで、心と体の不安を解消します。
- ・多くの国民のがんに関する意識を向上し、がんに向き合う社会を目指します。

- 広く深く読める
- 患者さんの視点
- 親しみやすい、分かりやすい
- 意思決定を支える
- 医療者との対話を促す

## 資料1 『患者必携』の企画理念

宅支援や介護のことなど、幅広い情報と解決策が求められています。必要となる情報は、病状やその人の置かれた状態によって、さまざまです。情報が、信頼できる役立つ内容で、

かつ互いに関連付けられていたり、具体的な対策と共に示されていたりすると、実際の行動に移しやすくなります。

『患者必携』は、看護師、医師、ソーシャルワーカー、相談支援センターの相談員など、多様な職種からなる医療従事者に加えて、患者・家族・一般の方の視点からがん対策情報センター患者市民パネル60人の協力をいただきながら、企画理念（資料1）を共有し、構成の検討、執筆、編集、査読作業を経た後、分かりやすく役に立つ内容かどうかをチェックしていただく過程を経て、試作版として完成しました。

今回、試作版として、がんの病状に応じた、がん医療・緩和ケア・在宅療養・介護支援などの情報をまとめた「がんになったら手にとるガイド」、参加型手帳として自己の記録や情報を整理して書き留める「わたしの療養手帳」、地域の特性に応じた情報をまとめた「地域の療養情報（4県で試作）」の3部構成のものを作成しています（資料2）。





がん情報サービス  
「患者必携試作版  
へのご意見募集」  
をクリック

### 資料3 ご意見募集ページ（平成21年10月現在）

現在、この試作版をホームページ上で公開して、皆様よりご意見を募集しています（資料3）。2009年9月現在、印刷や配布は行っていないですが、PDFファイルのダウンロード、閲覧、印刷が可能です。今後は、皆様よりいただいたご意見、ご提案を踏まえながら、試験配布・評価を行い、さらに改善、改訂作業を進め、次年（2010年）度以降、完成版をどのようにして患者・家族の手に渡るようになるかを検討していく予定です。

### 『患者必携』の望まれる活用方法

「がんになったら手にとるガイド」では、病気や治療法の知識についての情報を提供しているだけではなく、患者が今後の大まかな予定を知ることができ、気持ちを整理して治療について意思決定できるような支援や、セカンドオピニオン、臨床試験などの知っておくと役立つ情報を、窓口や関連情報、質問例などを組み合わせながら平易な言葉で説明しています（資料4）。

「地域の療養情報」では、都道府県における地域の相談窓口や独自の取り組みについて、問い合わせ先や参照ホームページなどと共にまとめられています（資料5）。

「わたしの療養手帳」は、病気の知識や療養生活のヒントなどの情報の入り口である

「がんになったら手にとるガイド」と組み合わせることで、患者自身が自分の身体や気持ちの状態を知り、大事にしたいことを整理し、医療者に伝えていくためのきっかけにできるようになっています（資料6）。

今後、『患者必携』は、患者にとって必要な情報がまとめられ、より役に立つ情報に更新されたり、個別化した内容が追加されたり、手帳として書き留めたりし、さまざまな立場で患者を支える医療者が参照し、説明したり、一緒に読んだりすることによって、使えば使うほど、本人に寄り添った、より良いものになっていくものになればと考えています（資料7, P.6）。

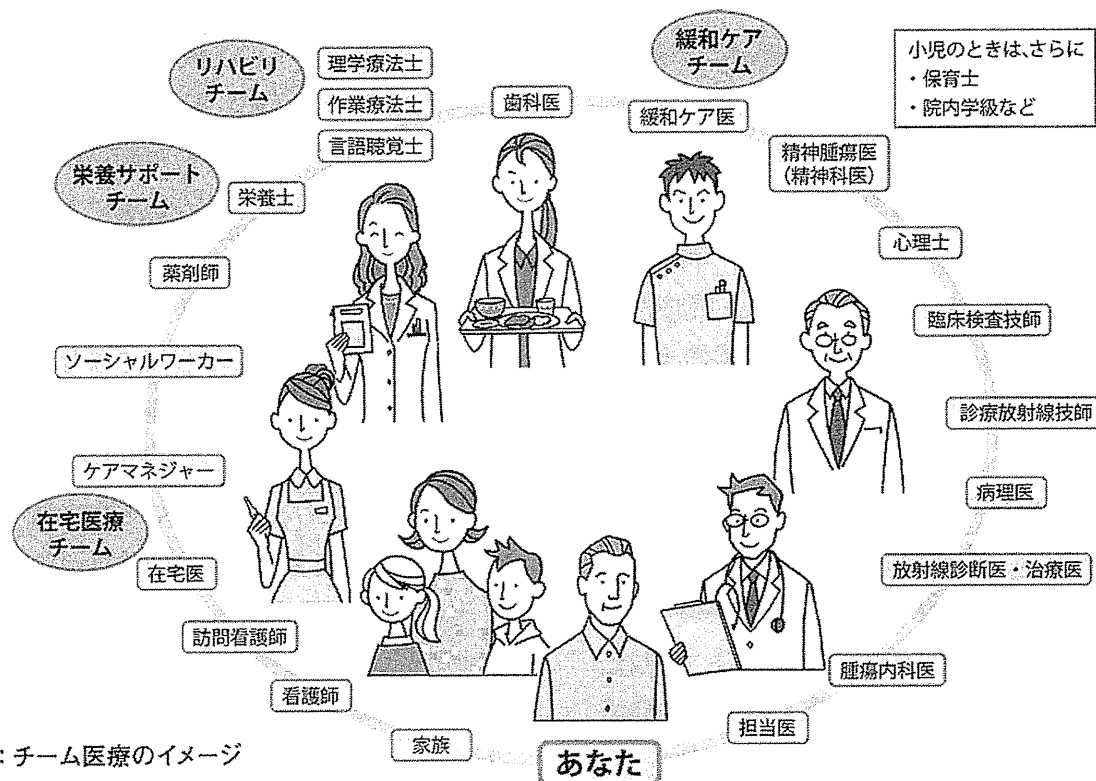
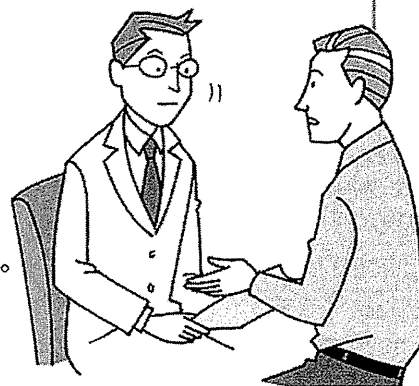
そのためには、医療チームの一員である看護師が、さまざまな状況にあるがん患者や家族に寄り添い、共に病気に向き合い、適切な支援が可能になるよう、看護現場の視点・専門職としての観点・教育研修の必要性などについて、引き続き『患者必携』を創意工夫しながら「みんな育てていく」ことが重要だと考えています。

### 今後の展望

最近のがん医療においては、患者の主体的な参画や意思決定を支える支援の必要性が注目される一方で、医療者、患者会、地方自治体などを含めた、地域における治療と療養、

## 担当医に聞いておきたいことの例

- 何という、がんですか。
- がんとわかった検査の結果を教えてください。
- その診断はもう確定しているのでしょうか、それともまだ疑いがあるという段階なのでしょうか。
- がんはどこにあって、どの程度広がっていますか。
- 私が受けることのできる治療には、どのようなものがありますか。
- どのような治療を勧めますか、ほかの治療法はありますか。その治療を勧める理由を教えてください。
- 今までどおりの生活を続けることはできますか。
- 普段の生活や食事のことで気を付けておくことはありますか。



図：チーム医療のイメージ

<b>場所</b> ●がん診療連携拠点病院の相談支援センター ●診療所 ●訪問看護ステーション など	<b>人</b> ●家族 ●友人 ●患者会 ●自助グループ ●地域の人々やボランティア など
<b>制度</b> ●社会保障制度 ●医療保険制度 ●高額療養費制度 ●介護保険制度 ●傷病手当 など	<b>専門家</b> ●医師 ●栄養士 ●看護師 ●社会福祉士 ●薬剤師 ●心理士 ●理学療法士 ●歯科医 など ●作業療法士 ●言語聴覚士
<b>情報</b> ganjoho.jp ●がん情報サービス ●インターネット ●テレビ など ●パンフレットや冊子 ●新聞や雑誌	●がん情報センター ●がん相談支援センター ●がん相談支援センター

## 資料4 がんになったら手にとるガイド (試作版より一部抜粋)

## 医療費のことが心配



治療のための医療費が高額になる場合や、一定の条件に当てはまる場合などでは、次のような制度を利用することができます。

### 1 高額療養費制度の貸し付け

長期にわたるがんの診療では、予想以上に医療費が高額で、経済的に悩んでしまうことがあると思いますが、このような場合、高額療養費制度\*を利用することができます。この制度を使うと、次のようなことができます。

- ①医療機関窓口での支払いが自己負担限度額\*だけで済む(入院時)。
- ②いったん窓口で支払いをし、後日保険者に申請をして払い戻しを受ける(外来通院時、または70歳未満の方で入院支払いに限度額適用認定証\*を利用しなかった場合)。

#### (70歳未満の方)

その月の医療費の自己負担分について、医療機関ごとに、また外来と入院に分けてそれぞれ21,000円以上のものを合計します。合計した金額が自己負担額以上であれば、超えた分について払い戻しを受けることができます。

入院の場合は、限度額適用認定証を申請・提示することで、あらかじめ支払いを限度額までにすることができます。

#### (70歳以上の方)

その月の医療費をすべて合計し、自己負担限度額以上になれ

ば、高額療養費制度を利用することができます。なお、70歳以上の方の入院医療費の窓口での支払いは、自動的に自己負担限度額までとなります。

### 高額療養費制度の問い合わせ先

(加入している保険者で問い合わせ先が異なります)

医療保険の種類	対象者	問い合わせ先
健康保険	組合管掌健康保険	健康保険組合に加入した会社に所属する社員、およびその扶養家族 各健康保険組合担当窓口
	協会けんぽ(全国健康保険協会管掌健康保険)	健康保険組合に加入していない会社に所属する社員、およびその扶養家族 全国健康保険協会静岡県支部 TEL:054-275-6601 FAX:054-275-6609
国民健康保険	農業、自営業者、自由業者、会社を退職して健康保険等を脱会した人	市区町村の担当窓口
	国保組合を組織する業種で働く人	各国保組合担当窓口
共済組合	公務員、一部の独立行政法人職員、日本郵政公社職員、私立学校教職員	各共済組合担当窓口
給付保険	一定基準以上の客船・貨物給の給員	静岡県社会保険協会 TEL:054-255-0217 FAX:054-255-3840
後期高齢者医療制度(長寿医療制度)	原則として75歳以上の方(65歳以上で寝たきり等、一定の障害があると認定を受けている方)	静岡県後期高齢者医療広域連合 TEL:054-270-5520 FAX:054-272-3312

\*国民健康保険の市町担当窓口は、静岡がんセンターホームページ (<http://www.scchr.jp/>) の「Web版がんよろず相談」にある「静岡県内情報」の各市町「医療費のことが心配」欄でご確認ください。

## 資料5 地域の療養情報(静岡県)(試作版より一部抜粋)

記入日 ..... 年 月 日

**病気についての説明が十分に理解できましたか?**

よくわからないことがあったら、遠慮しないでわかるまで担当医に質問してみましょう。わからないことはメモに書き出して、次回の診察のときに持参しましょう。

◎説明でよくわからなかったこと

例: どのくらい入院が必要か

.....

.....

.....

質問の例

質問したいことはどのようなことですか?

○○がんと言われましたが、それは、どの検査でわかったのですか?

私のがんは、どのくらい進行していますか?

私のがんは、転移はしていますか? どこに転移していますか?

## 資料6 わたしの療養手帳(試作版より一部抜粋)

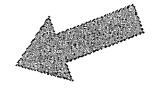
在宅支援など、包括的な取り組みが求められています。ほとんどの都道府県で策定されている都道府県がん対策推進計画においても、地域の独自の制度や支援の枠組みが示されており、今後、教育や研修などを含めた看護、療養、介護支援の現場などで『患者必携』が活用されていくことで、患者にとって必要な情報、支援の仕組みが広がっていくことが期待されます。

例えば、限られた診察時間を有効に使うことができる、最も知りたいことについて医師だけでなく、身近な看護師にも質問や確認ができる、治療効果が期待できる標準治療を納得した上で受けることができる、治療の副作用にも不安なくきちんと対応できる、つらい気持ちを伝えることができる、緩和ケア・在宅医療や介護との双方向の連携ができる、患者会などの支援の場を生かして、孤独感を感じ



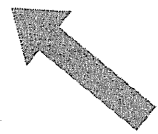
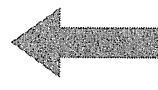


- ・がん診療情報
- ・療養情報
- ・心のケア
- ・生活支援情報
- ・用語集



ganjoho.jp  
がん情報サービス  
ホームページ

- ・いろいろな情報源
- ・お薬記録
- ・患者会情報
- ・生活記録



相談支援センター

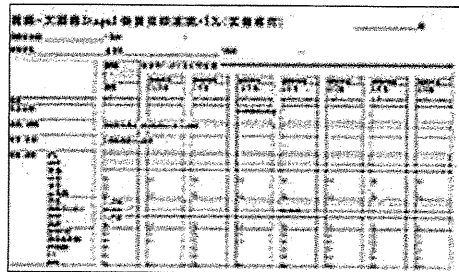


A5判で持ち運べる  
大きさ、重さ



がんの冊子

必要な時に  
参照できる



連携クリティカルパス

療養手帳に差し込める  
都道府県・地域の  
ページ

## 資料7 患者必携の活用法

じることなく過ごすことができるなど、『患者必携』が利用され、必要なサポートを「みえる化」することで良い事例を知り、共有できる、そんなきっかけになればと考えています。

現在、完成版を目指した修正作業に加え、単に冊子を渡すだけでなく、どのように説明するか、より効果的な渡し方、使い方など、試験的な運用を行いながら検討しています。ぜひホームページをご覧ください、より良い療養生活を送るための支えとなるようなご提案、ご意見をお寄せください。

今回の試作版『患者必携』が、医療に携わる我々の「必携ガイド」になるように取り組み、患者が安心して納得できる治療・療養生

活を送ることができるようながん医療を具体化するためのきっかけになるように一緒に考えていきたいと願っています。

### 引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：がん対策基本法（平成18年6月23日法律第98号）  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0405-3a.pdf>（2009年10月閲覧）
- 2) 厚生労働省：「がん対策推進基本計画」の策定について（平成19年6月15日）  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>（2009年10月閲覧）
- 3) 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.jp/>（2009年10月閲覧）
- 4) がん情報サービス：患者必携試作版へのご意見募集  
[http://ganjoho.ncc.go.jp/public/qa\\_links/brochure/hikkei\\_index.html](http://ganjoho.ncc.go.jp/public/qa_links/brochure/hikkei_index.html)（2009年10月閲覧）

2011年1月17日

第2912号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-29-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
COPY (社出版者著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 第11回日本クリニカルバス学会……1面
ACGME理事長を迎えた講演会の話題から……2面
【寄稿】医療統計学の基礎(新谷幸)……3面
【新連載】老年医学のエッセンス……4面
【連載】続・アメリカ医療の光と影/理学療法士教育への共用試験導入に向けて……5面
MEDICAL LIBRARY……6-7面

患者・病院・医療者の明日に变革を
第11回日本クリニカルバス学会開催

第11回日本クリニカルバス学会が12月3-4日、河村進会長(四国がんセンター)のもと、愛媛県民文化会館(愛媛県松山市)にて開催された。医療の標準化が推進される中、クリニカルバス(以下、バス)による医療システムの改革は必要不可欠のものとなってきた。一方、本学会テーマの「变革——さらなる良質医療を求めて」が示すとおり、病院全体の連帯感・プロ意識の向上など、バスが新たな飛躍を病院にもたらす可能性も見つかってきている。本紙では、そうしたバスの新たな一面に焦点を当てた話題2つと、冊子「患者必携」を通じた行政によるがん患者支援の取り組みを紹介する。

会長講演「クリニカルバス活動を中心とした四国がんセンターの意識変革」では、同センターで進められてきたバス整備に沿って、バスの重要性が述べられた。河村氏がバスに取り組み始めたのは、氏が同院に初代形成外科医長として赴任した際、乳腺外科において各医師の判断に任されていた皮膚縫合の間隔、術後の創処置、抜糸時期、入院期間などを標準化するバスを導入したことがきっかけだという。バスによつて、縫合跡の外観や抜糸までの入院制限が改善され、その効果を実感したと氏は振り返った。さらに、形成外科医が行う縫合の美しさが同センターの医師だけでなく患者の間でも評判になり、外科医の縫合技術の底上げにもつながるといふ、思いがけない効果も得られた。

この出来事をきっかけに同センターにおけるバスの重要性に対する認識は高まり、現在は108種のバスを運用。その使用率も紙バスの運用限界とされる60%にまで高められているという。さらに、2011年3月には電子バスの導入も予定されている。最後に氏は、本学会が医療政策や院内のシステムなど、医療にまつわる幅広い領域で「变革」が生じる契機となることを願って、講演を終えた。

バスを病院規模の連携にも役立つものに進化させるために

バスは職種間の連携には役立つが、部署・診療科間の連携促進には十分な効果を発揮できていない施設も多い。シンポジウム「横断的チーム管理と院内連携——障壁を乗り越える秘訣と

は?」(座長=女子医大・齋藤登氏、佐久総合病院・竹村隆広氏、コメントーター=前橋赤十字病院・池谷俊郎氏)では、そうした問題の改善に向けた取り組みが紹介された。

まず、診療情報管理士として那覇市立病院の電子バス設立に携わった平安政子氏が登壇。同院では、バスの電子化に着手すべく2008年4月にバス委員会を立ち上げ、同年9月に最初の電子バス運用が開始された。バスの作成・承認・運営支援などは、委員会から6人を抽出したコア委員会が行っている。氏は、コア委員会の重要な役割として、部署間連携の調整を挙げた。例えば、バスで使用が規定された薬が経過措置対象になった場合は、コア委員会が当該の薬が使われているバスを一括して変更することにしたという。最後に氏は、各疾患のバスを委員会が一括管理する効率性を指摘し、講演を終えた。

若園吉裕氏(京都桂病院)は、自身が取り組むTQM(Total Quality Management)について報告。TQMは、患者、業務プロセス、職員、財務などに関する問題点を、部署を超えた連携により解決する風土づくりなどに取り組む概念だ。氏は、その例として医療の効率化をめざした電子処方方オーダーリング推進を提示。電子版への移行が遅れている要因の検証・改善の結果、電子版の使用率は大きく飛躍したという。このような取り組みから氏は、院内連携強化には参加型の議論により院内コミュニケーションの拡大と深化を図ることなどが重要であると結論付けた。

佐久総合病院の依田尚美氏は、バス専任看護師としての経験から、術前検

査の外來実施のためのバス作りなどについて報告した。同院では、術前検査センターが全科の術前検査を一括して行ってきた。その中で、科ごとに検査項目が異なることによる事故の防止のため、検査の標準化を検討。標準化により事故発生危険を回避したほか、検査件数の削減による業務効率化にも成功した。また、脳梗塞の治療法を院内で標準化した例を紹介。議論の場には、各科の医療職員のほか、医事課職員、診療情報管理士などが出席し、バイタルサインの正常範囲の統一、まひ評価法のNIHSSへの一本化などを経て、標準化に成功したという。最後に氏は、組織を動かすためには、データに基づく主張が有効であるとした。

佐藤博氏(新潟大病院)は、同院における職種間連携・経営戦略作りのマネジメントについて報告。同院では、1999年の治療センターの立ち上げと運営、2001年のバス作成・運用におけるマネジメント、NST講習会(04年以降)等の運営など、病院規模の連携・統率において薬剤部が大きな役割を果たしてきた。氏は、その要因として、薬剤部と各診療科・事務部門との連携範囲の広さを挙げ、職種・部門間の障壁を解消し、病院全体のチーム意識向上と経営効率改善における薬剤部の重要性を主張した。

最後に、座長の齋藤登氏が、女子医大病院のバス運用について報告。同院では、複数の診療科への受診が見込まれる疾患の治療法の院内統一、大病院ゆえに薄れてしまいがちな個人々のバスに対する主体性の高揚などをめざして、2004年にクリニカルバス推進委員会を発足した。委員は全職種から計72人を集め、これまでの約5年間で全職員約2800人のうち延べ330人が委員を経験し、バス運営を主体的に考える契機となっている。一方、バス作成・運用の支援などは、委員会から選出したバス推進室メンバー16人が担当。治療法の院内統一のほか、医師向けおよび全職員向けのバス研修を行っている。



河村進会長

行政発、「患者必携」によるがん患者支援

特別企画「知っておきたいがん患者必携とがん情報サービス——情報提供と相談支援の取り組み」では、渡邊清高氏(国立がん研究センターがん対策情報センター)が行政によるがん患者に対する情報提供の取り組みを紹介した。

現代の医療では、費用・療養場所・痛みなどの治療に関する十分な情報のもと、患者と医療者が対等の立場で面談を重ねた上で治療が進められなければならない。そうした考えに基づき、氏が属するがん対策情報センターでは、がん患者に正確で十分な情報を伝えるための取り組みを行っている。その一環が「患者必携」という3つの冊子で、センターのwebページにて公開されている。「がんになったら手にとるガイド」は、がん告知後の精神面の自己管理法や、手術・緩和ケアなどの今後の治療の流れを知ることが出来る。「わたしの療養手帳」は、患者が受けた説明や治療内容・体調の変化の記録欄や、高額療養費制度など治療の際に活用できる制度が記載されている。「各種がんの療養情報」は、がん告知後の検査、治療、経過などをがん種ごとに冊子化したものだ。さらに、地域で受けられる医療サービスを都道府県ごとにまとめた冊子も現在準備中だという。

最後に氏は、「患者必携」を患者と医療者の対話ツールとして、また、切れ目のない療養生活を実現するためのプラットフォームとして活用してほしいと呼びかけた。

January 2011

新刊のご案内

医学書院

本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医学書院または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

今日の治療指針 2011年版

私はこう治療している

総編集 山口 徹、北原光夫、福井次夫
デスク判: B5 頁1,952 定価19,950円
[ISBN978-4-260-01105-1]
ポケット判: B6 頁1,952 定価15,750円
[ISBN978-4-260-01106-8]

臨床医が日常遭遇する治療法を、全診療科1,103項目にわたって網羅。各項目の執筆は第一線の専門医による。日本の保険診療に沿った現時点での最新・最高の治療法を解説した実用書。

治療薬マニュアル2011

監修 喜久史郎、矢崎龍雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏徳
B6 頁2,628 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01144-0]

詳細は本紙8面をご覧ください。

標準作業療法学 専門分野 身体機能作業療法学

(第2版)
シリーズ監修 矢谷令子
編集 岩崎子ル子
編集協力 山口 昇
B5 頁484 定価4,935円
[ISBN978-4-260-00896-9]

これならわかる! かんたんポイント心電図 (第2版)

奥出 潤
A5 頁192 定価2,520円
[ISBN978-4-260-01191-4]

実践 マタニティ診断 (第2版)

編者 日本助産診断・実践研究会
B5 頁328 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01197-6]

イラストで学ぶ薬理学

田中越郎
B5 頁264 定価3,150円
[ISBN978-4-260-01227-0]

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

# G.I. Research

別 刷

---

発行：株式会社 先端医学社

〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-17-8 KDX浜町ビル



# my laboratory

## —海外留学生だより—



### 豪州短期研修記

渡邊 清高

わたなべ きよたか・1996年東京大学医学部卒業。内科、救命救急センター、消化器科研修を経て東大病院消化器内科。2005年東京大学医療政策人材養成講座を2期生として受講、医療政策についての議論に参画。2008年4月より国立がんセンターがん対策情報センター がん情報・統計部がん医療情報サービス室長。がん情報サービス (<http://ganjoho.jp>)、患者向け小冊子、がん患者必携の制作などを通じて、がんについての信頼性の高い情報を分かりやすく提供する取り組みをおこなっている。関心のある主なテーマは、信頼される医療情報の提供、医療事故問題、がんの抗体創薬、メディアドクターなど。

#### —ちょっと短い社会見学ですが—

多くの海外留学の便りを拝見するにつけ、内外の研究環境の違いにうならされています。学生のころ基礎研究や臨床見学で数ヵ月見聞きする機会がありましたが、見る視点が違えば得られることも大いに変わることを学ばされました。少し前の話ではありますが、今日のわが国の抱える医療や社会保障をめぐるさまざまな課題に示唆するところがあればと考え、研修記としてまとめさせていただくことにしました。今

回のお話は経済危機が表面化する前の2005年末のことですが、このころシドニー南部で白人の若者を中心とする中東系移民に対する数千人規模の暴動が発生し、発端となったビーチを含めて市内の至る所で警備が強化されていました。市民生活は概ね平穏で、夏のクリスマス商戦真っ只中でしたが、急速な経済成長の影の一端に触れた思いでした。

ほとんどの先進国では高齢化人口比率の急速な増加、医療費を含めた社会保障費の増大が将

来の不安に結びついています。オーストラリアでは連邦政府、州、各自治体、病院、コミュニティなどさまざまなレベルでの医療システムの改革がなされ、患者や市民にとって安心でき、持続的運営が可能なシステムの構築に向けてさまざまな試みがなされています。制度改革、意識改革についてオーストラリアの取り組みについて調査するとともに、ニューサウスウェールズ（NSW）州の医療を中心に支える2つの病院について研修をおこないました。医師1人、看護師5人、検査技師1人、放射線技師1人、事務職員1人のメンバーで、それぞれの職種の視点のもとに、現在の職場の状況と比較した情報収集をおこない、知見を得ることができました。多民族国家としてのシステムの柔軟性、地域住民が支える社会制度のしくみに学ぶところも多くありました。オーストラリアの医療制度をご紹介し、特に退院後支援や地域との連携、退院後ケアシステムについて、さらに入院の社会的コストを減らすためのさまざまな取り組みと職種間の連携、医療機関として今後果たすべき役割、人材育成について、読者の皆様の示唆になれば幸いです。



### —オーストラリアの医療システム—

オーストラリアの医療供給体制は政府、州、自治体レベルで規定されており、特に州単位（シドニーはNSW州）で機能分担、ネットワーク化されています。研修先の2病院（セントジョージ病院、セントビンセント病院）は教育および紹介病院として、外来および入院のための設備と人員だけでなく、医療従事者の教育研修、高度医療機能のための予算と人員配置を得ています。対象となる地域は120万人の人口で、予算規模14億豪ドルの地域医療ネットワー

**表① 病院の経営形式の違い**  
—公的部門と民間部門の並立

	公的部門	民間部門
外来	GP, Nsによる アレンジ	予約制, 紹介 医師を指定
費用	Medicare (税方式) + PBS (医薬品給付)	Medicare が 75% + 上乗せ (民間保険)
救急	無料	なし
入院	医師指定不可	医師指定可
医師	登録医	病院と契約, 院内開業

GP：一般開業医, Ns：看護師

クの一医療機関としての役割を担っています。このため、医療機関の理念として、疾病の治療だけでなく、地域住民の健康増進、予防について（特に高齢者に関して）責任を負うことが明記されています。具体的には在宅での介護、日帰り入院、退院支援など、医療と自宅の架け橋となる役割を期待され、そのための人員と設備を手厚くしています。さらに病院設備やオフィスだけでなく、患者会、患者の自宅などへの訪問看護、医療支援などに積極的に関わっています。

訪問した両病院を含め、多くの病院は公的部門（public hospital）と民間部門（private hospital）に分かれており、表①のようにアクセスや支払い方法について異なった制度が並立しています。累進課税形式でまかなわれるMedicare（公的国民健康保険）からの給付を主な財源とし、公的部門は無料か上限を設定された費用請求がなされ、民間部門は民間保険の条件に応じた技術料、診察料などの上乗せがなされます。同じ敷地の病院であっても公的病院と民間病院は違う建物になっており、医療従事者はその間を行き来して業務をおこなっています。公的部門では設備やおこなうことのできる検査に制限があり（例えばMRIや核医学検査

系、中東など)の宗教的、文化的背景に応じたアプローチのサポートをおこなっています。



#### —コミュニティサービスの整備—

地域連携サービスは「病院スタッフと市民のハーモニーをつくる部門」とされています。サービスの内容は慢性あるいは術後の創傷管理、糖尿病患者の自己注射のトレーニング、教育、行動強化などが含まれ、本人のみならず、家族や介護者に対しても提供される、自立したケアを可能にするサービスです。特定の医療に対応するチームもあります(在宅化学療法チーム、カテーテルチームなど)。一方で、患者会に年会費を支払うと材料費が安く手に入るなどのメリットがあり、患者会への斡旋もおこなっています。転倒リスク検討チームは家の照明のチェック、シャワールームの状態、リビングや靴などの生活状況を確認し、対策を講じています。

もし患者が入院する場合には退院計画において「自宅での生活が可能であるか評価をおこない、設定した状態での退院を目指す」「退院に向けた患者、家族に対して各自で対応できるような教育および介護サポートをおこなう」などの方針を立て、入院生活と平行して実行に移します。こうした取り組みが有機的に病院の内外でつながりあうことによって、平均在院日数4日という短期の入院が可能になっており、併せて患者と家族の自発的な治療プロセスへの参加を促しています。こうした取り組みは終末期患者のためのホスピスにおいても同様になされており、通院、デイケア、短期ステイ、入院などさまざまな形態で患者が穏やかな日々を過ごすことができるような創作活動、静かな庭での散歩、自宅に似た環境で本人と家族が望むケアが受け

られるよう、医師、看護師、薬剤師、OT、PTなどがチームとしてサポートしています。



#### —今回の研修で得たこと……わが国における今後の課題と提案—

わが国においては、個々の専門職の能力や設備については満足できる水準にある一方で、互いに業務の範囲が重複していたり、患者や家族にとって必要な教育や自立に向けた支援という視点など、本来病院がさらに積極的に関わるべきところに時間や人材を十分配置できていない分野があることを痛感しました。しかしながら、患者や家族を中心に据えた「問題解決型の組織運営」や「職種横断的な協調体制」を築くことにより、さまざまな職種が各々の立場で専門性を発揮したり、役割を補完したりすることが可能であり、こうした仕掛けを可能にするための制度や政策の裏づけ、経営へのインセンティブ、そして患者となる一般市民への問題意識の共有や働きかけなど、近い将来さらに安心して信頼に足る医療を提供するためのヒントを得るためには今回の研修は示唆に富む内容でした。

最後に、今回の研修にあたっては筆者が2008年3月まで在職した東大病院消化器内科/医療評価・安全・研修部の大西真准教授、前病院長の永井良三循環器内科教授をはじめとする先生方に多くの示唆に富むアドバイスをいただきました。また、同じ研修参加者で看護師、技師、事務職員といった職種を横断したチームで互いに問題意識を共有したり、日本の医療システムで可能な提案について積極的に議論したりすることも大きな収穫でした。この場を借りて関係の方々に御礼申し上げます。



# 癌の疫学・早期発見の意義

渡邊清高\*

画像診断機器の進歩と診断技術の向上に伴い、早期の癌の画像診断が可能になってきている。チーム医療や集学的治療が昨今の癌診療に広がりつつあり、精度の高い局在および質的診断をもたらす臨床的な意味合いは大きい。癌診療の現状、病期分類から治療に至る診療プロセス、早期発見の意義について述べる。

癌の疫学, がん対策, 病期分類, 早期診断

## はじめに

近年の著しい画像診断機器の進歩と診断技術の向上に伴い、より低侵襲で、精度の高い癌の診断が可能になってきている。撮像される腫瘍そのものの形態的特徴のみならず、血流や代謝など機能的特徴を描出することにより、さらに正確な癌の病態や悪性度の評価について把握することで、“より小さく、より精度の高い”画像診断に結びついている。

一方で、これまで治療の対象になることの少なかった早期に指摘された腫瘍についても、病理学的検討や治療成績についての知見が蓄積されるにつれて、より積極的な治療の対象になってきている。言うまでもなく、癌の診断のゴールド・スタンダードは病理組織診断であるが、生物学的特性を踏まえた治療方針の検討にあっては、今日の画像診断は、マクロあるいはミクロの病理所見に迫る、あるいはそれ以上の、診療上有用な情報を提供していると言える。

癌の生物学的特徴としては、自律的増殖、接触阻止の喪失、細胞の不死化、足場非依存性増殖などが挙げられる。こうした事象を画像診断上の異常所見として捉えられれば、治癒が期待できる根治的治療につなげることが可能になるだけでなく、患者にとってより侵襲の少ない、“心と体に優しい”医療が

可能になる。

もとより癌の診断に当たっては、病歴、身体所見、腫瘍マーカーなどの血液検査所見、遺伝子検査などを総合的に評価するわけであるが、massとしての腫瘍量が小さい早期の癌診断においては、画像診断による評価のみが契機となって局在診断と質的診断がなされることが少なくない。そこで、本稿では癌の治療成績を向上させることに資するべく、最近のわが国における癌の現状と昨今の癌対策のトレンドを踏まえつつ、病期分類から治療に至る診療プロセス、早期発見の意義について概説したい。

## 1 わが国における癌の疫学と最近の動向<sup>1)2)</sup>

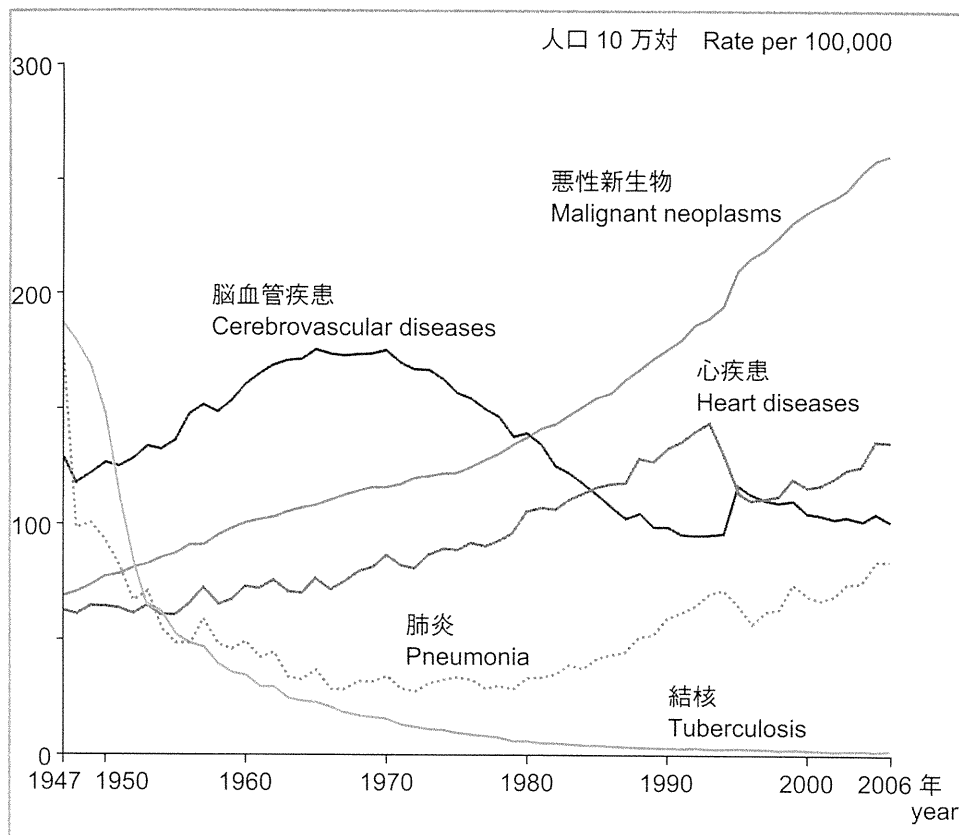
わが国における癌死亡は、人口動態調査によって把握されている。2006年に癌で死亡した人の数は約32万9000人であり、全死亡の約3割を占める。男性は約19万8000人、女性は約13万1000人と、男性は女性の約1.5倍である。男性では肺、胃、肝、結腸、膵の順、女性では胃が最も多く、肺、結腸、乳房、肝の順となっている。2002年の罹患・死亡データによれば、男性では2人に1人、女性では3人に1人が生涯のうちに癌と診断される。癌はいまや国民病といっても過言ではなく、戦後、結核、肺炎などの感染症による死亡が減少した一方で、癌、心疾患、脳血管

\* Watanabe K. 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

図1 主要死因別粗死亡率年次推移

戦後、結核、肺炎などの感染症の死亡率は減少しており、癌は1981年から死因の第1位で、最近では総死亡の約3割を占める。

(資料(財)がん研究振興財団「がんの統計2008年版」より転載)



疾患など生活習慣病の死亡率が増加している(図1)。

一方で、癌は高齢になるほど発症リスクが増加する。たとえば1985年から2005年で、老年人口は15.1%から30.5%と、全人口に占める割合は約2倍になっているため、単純に粗死亡率を比較することで“この20年で癌による死亡率が増加している”と結論づけることはできない。粗死亡率は近年急激に増加しているものの、年齢調整死亡率<sup>†1</sup>の年次推移では、高齢化による影響を除いた死亡率を見ることができる(図2, 3)。これによると、すべての癌の年齢調整死亡率は男女とも1990年代後半から緩やかな減少傾向にあり、年齢を75歳未満に限ると、減少のトレンドは1960年代から続いていることがわかる。このように人口の高齢化の影響を取り除くと、むしろ死亡率は減少傾向にある。癌による死亡率を年次、癌種、地域において比較するなど、年齢構成の異なる

集団について癌死亡の状況を把握し議論する際には、年齢調整死亡率が用いられる。

主要部位の年齢調整死亡率の推移を見ると、男女とも胃、結腸、直腸、肝が近年減少している一方で、女性の乳癌は明らかに増加している(図4, 5)。癌の現況を把握し、官民一体となって癌を知り、癌と向き合い、癌に負けることのない社会を目指して2007年にがん対策基本法<sup>†2</sup>が施行され、がん対策推進基本計画<sup>†2</sup>が策定された。“癌の今とこれから”を捉えることは、個別の患者の診断や治療現場に疎遠なことではなく、“いかに精度の高い診断により癌を早期に診断し、効果の高い治療を実践していくか”という臨床上の課題にそのままつながるものである。

### †1 年齢調整死亡率 ▶▶▶

年齢構成が著しく異なる人口集団の間での死亡率や、特定の年齢層に偏在する死因別死亡率などについて、その年齢構成の差を取り除き、そろえて比較する場合に用いる。基準人口としては現在1985年モデル人口(1985年人口をベースに作られた仮想人口モデル)を用いている。粗死亡率ではなく年齢調整死亡率を用いることによって、人口の高齢化や高齢人口比率の偏りなど、年齢構成の変化の影響を除いた形での年次間の死亡率の比較が可能になる。

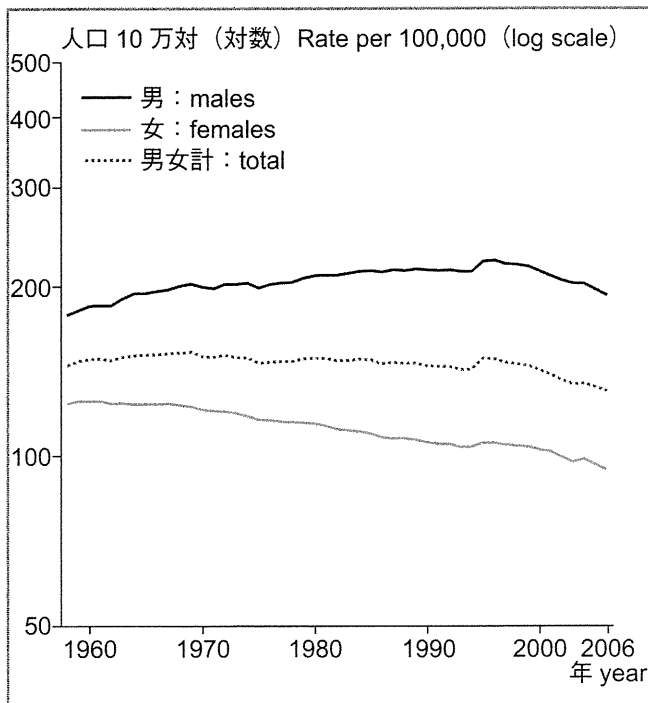


図2 癌年齢調整死亡率年次推移(全癌・全年齢, 1958～2006年)

全癌の年齢調整死亡率は、男女とも1990年代後半から減少傾向にある。

(資料(財)がん研究振興財団「がんの統計2008年版」より転載)

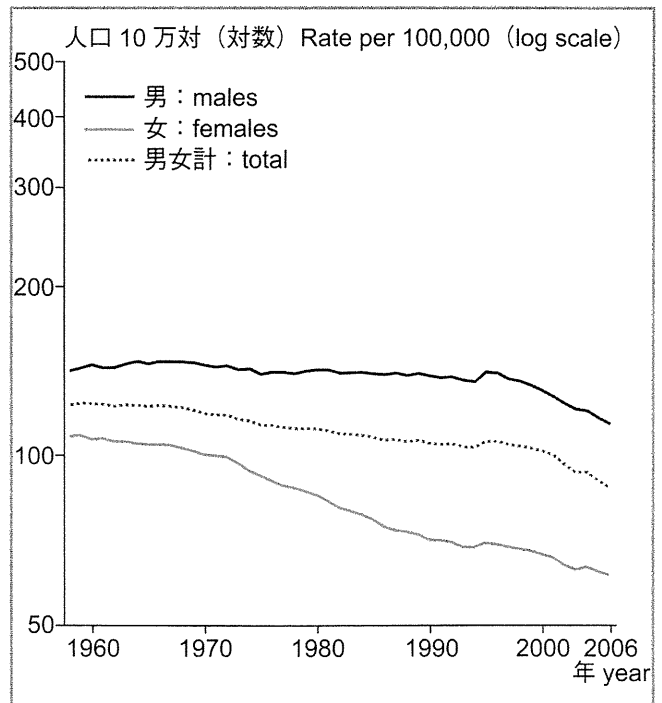


図3 癌年齢調整死亡率年次推移(全癌・75歳未満, 1958～2006年)

75歳未満に限った全癌の年齢調整死亡率は、全年齢の場合より減少傾向が明らかである。

(資料(財)がん研究振興財団「がんの統計2008年版」より転載)

## 2 癌の発生から診断に至るまで

固形癌の場合、癌遺伝子のゲノム異常、複製エラーや自律的な増殖シグナルによって、1つの癌細胞が分裂、増殖を繰り返し、肉眼的に認識可能な癌に成長するまでには、さまざまな性質の変化を繰り返す。単純に計算すると、10  $\mu\text{m}$ の癌細胞が1cm大に成長するまでdoubling timeにもよるが、仮に100日とすると、約10年かかる。細胞数では $10^9$ 個となり、一般に多くの癌種において早期癌の目安とされる2cm径以下の癌に留まっているのは、あと数か月ということになる。さらに、腫瘍径が増大すれば、転移や

浸潤、播種などにより根治的治療が困難になる。早期診断そして治療が重要視される所以である。

## 3 病期分類はなぜ行われるか

### 1) 病期分類の必要性

治療の対象となっている腫瘍について、どの臓器のどの部位に発生しているか、大きさ、浸潤の範囲、リンパ節転移や遠隔転移の有無を客観的に記録する必要がある。これは、患者や家族への病状および予後の説明や、治療の選択肢の提示や期待される治療効果を説明したうえでインフォームド・コンセントを得る際にも必須である。

## † 2 がん対策基本法とがん対策推進基本計画 ▶▶▶

2007年4月に施行されたがん対策基本法は、がん対策の基本的理念として、“がんに関する研究の推進と成果の普及、活用”“がん医療の均てん化の促進”“がん患者の意向を十分尊重したがん医療体制の整備”の3つを掲げるとともに、国、地方公共団体、医療保険者、国民および医師などのそれぞれの責務を規定している。

同じ2007年6月、政府はがん対策基本法に基づき、“がん対策推進基本計画”を策定した。この計画は、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、全体目標に“がんによる死亡者の減少”“すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上”の2つを掲げ、がん対策の基本的方向について定め、“都道府県がん対策推進基本計画”(2009年4月現在、46都道府県で策定済み)の基本となっている。



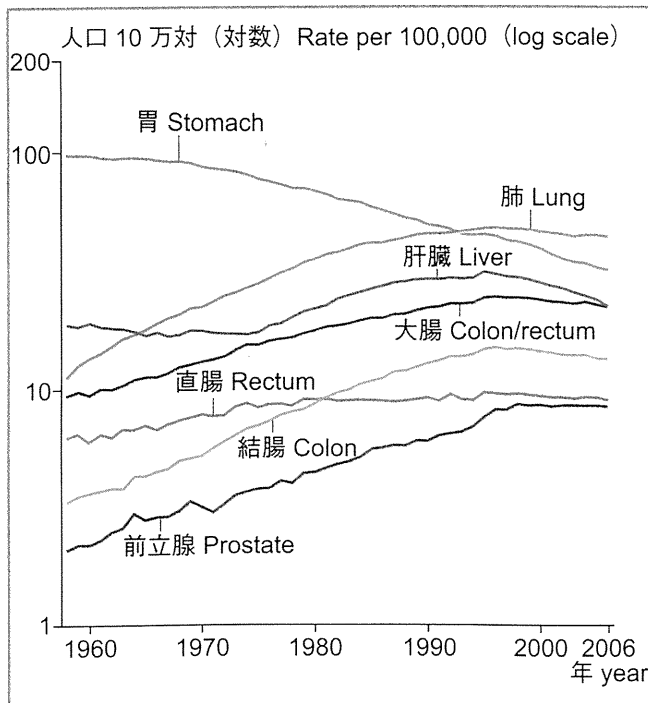


図4 部位別癌年齢調整死亡率年次推移(男性・主要部位)  
(資料(財)がん研究振興財団「がんの統計2008年版」より転載)

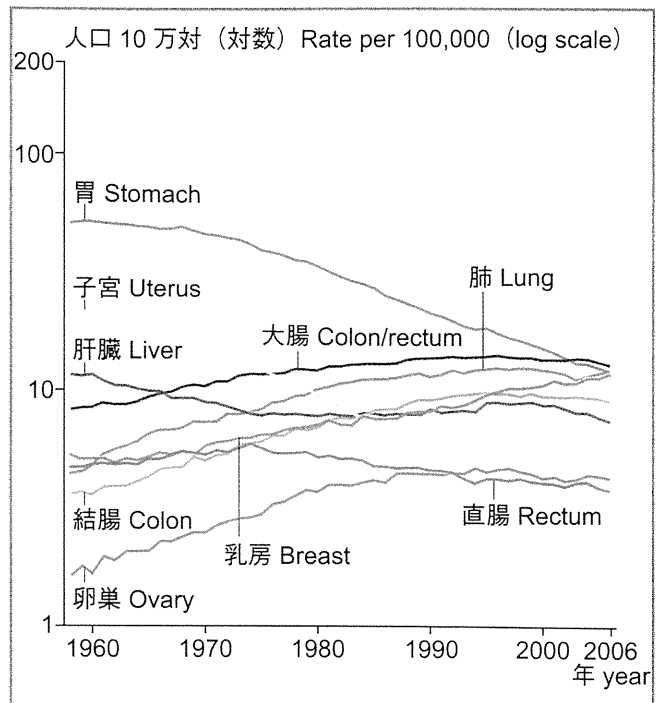


図5 部位別癌年齢調整死亡率年次推移(女性・主要部位)  
(資料(財)がん研究振興財団「がんの統計2008年版」より転載)

個別の癌の進行度に関するこうした客観的な指標が統一した様式で記載されていることにより、類似の症例を分類したり、集積することができ、罹患の把握、生存率の算出、予後予測などを行うことが可能になる。また、ある治療法の効果についての評価、施設間、国際的な治療成績の比較検討や情報交換にも活用できる。

病期分類はこのように、癌診療の支援、情報交換と臨床研究の推進を目的として考案されている。国際的に活用されている国際対癌連合(International Union Against Cancer; UICC)採用のTNM分類<sup>3)</sup>を用いることが多いが、癌種や地域によって、TNMに加えて組織型、分化度、腫瘍マーカー、遺伝子型の情報などの指標を用いたり、WHOの組織学的分類法やInternational Classification of Diseases (ICD)と併用される場合もある。

## 2) TNM分類

T, N, Mのカテゴリーは、腫瘍の解剖学的進展度を、腫瘍の広がり程度に従い、原発腫瘍[T: T0, (Tis), T1, T2, T3, T4], リンパ節転移(N: N0, N1, N2, N3), 遠隔転移(M: M0, M1)のように評価、分類し記載する。癌種によっては原発巣は同定できないが細胞診で診断される(T0), 上皮内癌や非浸潤癌(Tis: carcinoma *in situ*)の分類があるな

ど、より細分化したカテゴリーを持つものもある。T, N, Mの各カテゴリーを基に[癌種によっては腫瘍マーカーやホルモン受容体の発現、患者の行動状況(performance status)を考慮することもある], 個別の患者の病期を決定する。(0期), I期, II期, III期, IV期の4期もしくは5期に分類されるが、さらに細かく分類されることもある。

## 3) 病期による病態評価と治療

図6に全国がん(成人病)センター協議会加盟施設の臨床病期別5年相対生存率を示した。癌種によって各病期の占める割合や各病期において行われる治療は異なるが、病期の進行とともに生存率は低下する。胃癌、結腸癌、直腸癌、子宮頸癌の5年相対生存率は70%以上、乳癌、子宮体癌、前立腺癌では80%以上である。特に食道癌、肝癌、肺癌ではI期の生存率、全病期の生存率が共に低い。

治療担当医は病期を基に治療方針を検討する。胃癌を例に挙げると、IA期の2cm以下の分化型胃癌であればリンパ節転移の可能性がなく、内視鏡的治療による治療が手術と同等の治療効果をもたらすことが示されており、内視鏡的粘膜切除(endoscopic mucosal resection; EMR)が標準治療である。また、II期およびIII期胃癌の手術後補助化学療法としてのTS-1投与は安全で有効であることが示され<sup>4)</sup>,

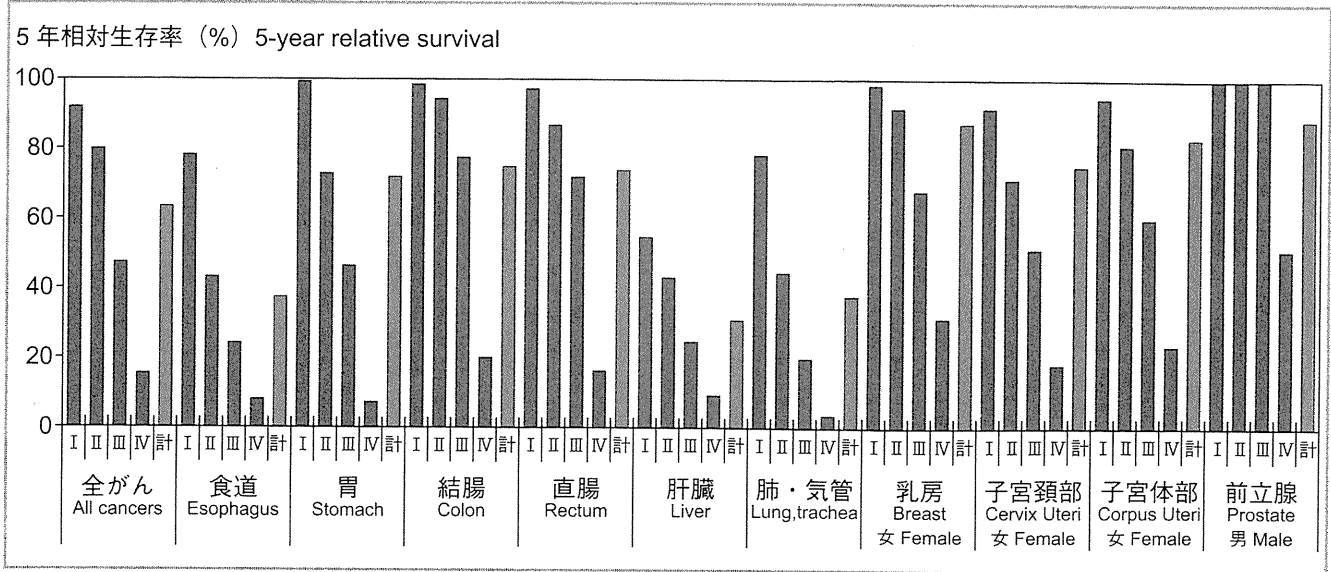


図6 臨床病期別5年相対生存率(男女計・全症例)  
 (資料(財)がん研究振興財団「がんの統計2008年版」より転載)

標準治療<sup>†3</sup>になりつつある。

また、手術、化学療法、放射線療法など、複数の治療を組み合わせることによって治療効果を高める集学的治療が多くの癌治療の現場で行われていることから、治療方針の決定プロセスに、担当医、外科医、腫瘍内科医、放射線診断医、病理医、放射線治療医、麻酔医、看護師、薬剤師など複数の医療職種がかかわり、ケースカンファランスやカンサーボードによって連携しながら治療を進めるチーム医療による枠組みが広がりつつある。また、多くの癌において診療ガイドライン<sup>†3</sup>を参照しながら治療方針が検討されるようになってきており、今日の医療の実践において、客観的で正確な画像診断と、病期による病態の客観的な評価はますます重要になっている。

**4 早期発見の意義**

癌の病態生理から考えれば、一人の患者に起った癌を小さいうちに同定し、病期を把握したうえで効果的な治療を行い、患者は再発や転移の不安から解放され、診断や治療にかかわる医師はそのために必要な能力を存分に発揮するという、一連の治療に至るまでのプロセスは、これからの診断と治療の技術や知見が今後さらに進歩しても変わることのないプリンシプルであると考えられる。この意味で、早期発見と早期治療はこれからも癌医療の重要な一面であり、精度の高い診断技術と、高い局所制御能や増殖抑制効果を持つ治療が公平に提供され、適切な品質管理のもとに、低侵襲で、社会的・経済的コストを抑えつつ実現できることが望まれる。この点に関して、示唆に富む2つの話題を紹介したい。

**†3 標準治療と診療ガイドライン**

標準治療とは、科学的根拠に基づいた観点で、現在利用できる最良の治療であることが臨床試験などによって示され、病期などある状態の一般的な患者に行われることが推奨される治療である。

診療ガイドラインの定義として、最も頻繁に引用されるのは米国医学研究所 (Institute of Medicine) による定義<sup>7)</sup>であり、「医療者と患者が特定の臨床状況での適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で系統的に作成された文書」としている。1999年に、厚生労働省・医療技術評価推進検討会で、科学的根拠に基づく医療 (evidence-based medicine ; EBM) を普及させるために、ガイドラインの作成に研究助成を行うことが決定されてから<sup>8)</sup>、ガイドライン作成が促進され、さまざまな癌種の治療、診断、検診に関するガイドラインが作成されている。そのほとんどは医療者向けであるが、胃癌、大腸癌など患者向けに解説したガイドラインも存在する。

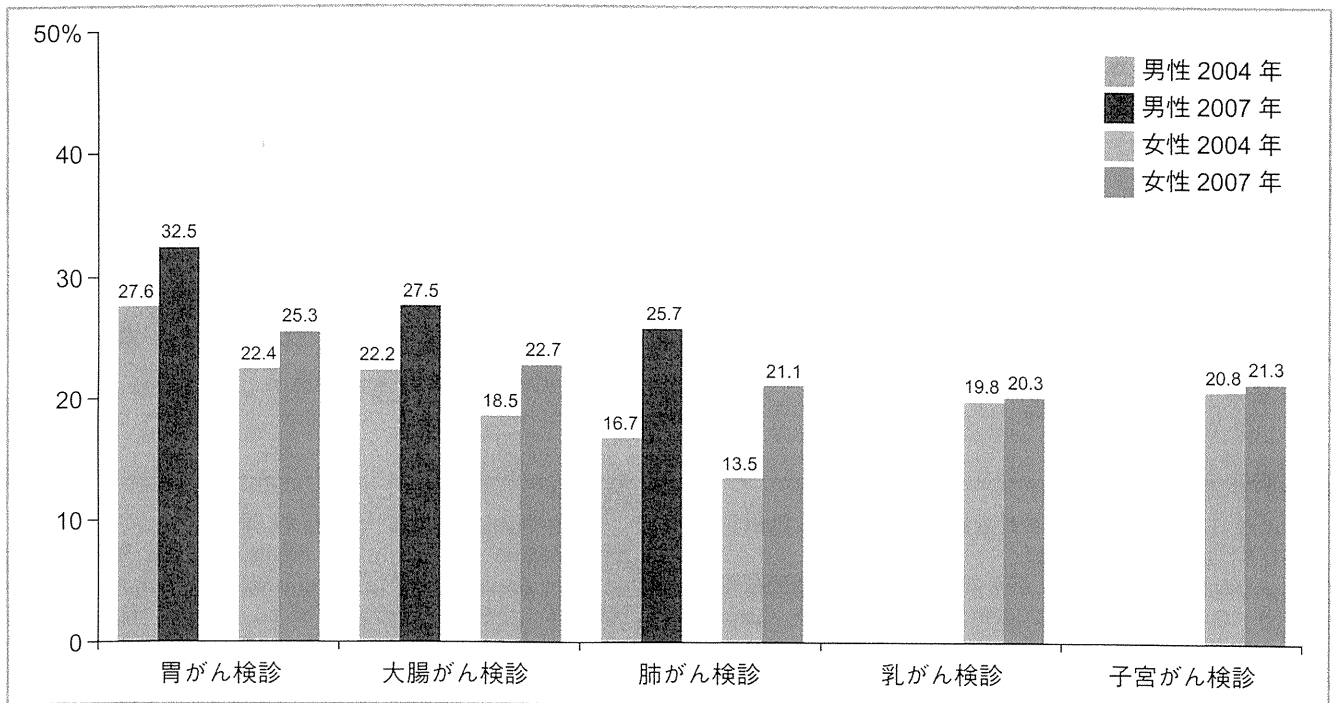


図7 わが国における癌検診受診率の推移

(文献1)より転載。 [http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/pub/kenshin\\_a.html](http://ganjoho.ncc.go.jp/public/statistics/pub/kenshin_a.html)

### メモ わが国における癌検診の動向：対策型検診と任意型検診

わが国の癌の検診の受診率は他の先進諸国と比べて低く、癌検診の項目にもよるが、2007年時点で20～30%に留まっている(図7)。

癌検診の実施体制は、住民検診型の対策型検診と、人間ドック型の任意型検診に大別される。対策型検診は、対象集団全体の死亡率減少を目的とし、公共的な予防対策として市区町村や職域・健康保険組合などが主体となっていて行われる。限られた資源のなかで、利益と不利益を考慮し、集団にとっての利益を最大化することを主眼としている。主に公的資金により、高い受診率のもと、受診対象者に等しく受診機会があるように運営される。

一方、任意型検診は、受診者個人の死亡リスクを減少させることを目的としており、医療機関や検診機関が任意で人間ドックなどにより、主に自己負担によって運営される。

#### 1) “早く見つけて、早く治すは吉”を示すのは意外と難しい?

画像診断の向上によって早期発見が進むとともに生存率が向上することは、一部の長期にわたる観察研究で示されてきている。たとえば、米国のNational Cancer Data Baseを解析した研究<sup>5)</sup>では、1993年から2004年の間に診断された約20万6000例について、腎細胞癌の病期と転帰を検討しているが、この12年の間にI期で診断される患者が増加し、II期、III期、IV期で診断される患者が減少した。また、I期に診断された場合でも、診断時の腫瘍径が4.1cmから3.6cmに減少、全症例での生存率が向上していた。この検討は、画像診断の向上以外に、年齢、登録の精度、治療法の進歩などの影響が無視できないものの、

画像診断の向上による病期の移動(stage migration)が見られた。

#### 2) “見えるほど悩みが深まることもある?”

病期の移動に関してさらに言えば、画像診断の向上による小病変の検出能向上によって、癌そのものが発見される可能性が高まった一方で、微小な他臓器への浸潤やリンパ節転移について陽性と判断されれば、今度はより過大に病期を見積もる可能性がある。これは、Will Rogers現象とも呼ばれ、軽い病期の患者群を進行した病気の患者群に移動させると、両方の治療成績が良くなる<sup>6)</sup>。たとえば、前立腺癌における前立腺特異抗原(PSA)検診を契機に癌が早期に診断される場合など、腫瘍マーカーによる診断が契機になる場合では、画像診断に基づいて行う