

3 がんと診断されたときからの緩和ケアの推進 ～何を立案し、どう実践していくのか～

計画に必須の項目

- ストラクチャー指標
 (1) 医療用麻薬処方医療機関数、(2) 麻薬小売業免許取得薬局数、(3) 緩和ケア病棟を有する病院数・病床数、(4) 緩和ケア外来を実施している医療機関数、(5) 緩和ケア研修会修了医師数、など
- プロセス指標
 (1) 緩和ケアの実施件数、(2) 緩和ケア外来の患者数、(3) 医療用麻薬の消費量、など
- アウトカム指標
 (1) 精神的痛みを含む除痛率、(2) 患者・家族・遺族満足度、など
- ロジックモデルを使い、目標達成のための成果に結びつく活動計画を立てます。その際に、誰が、何のために、誰に対して行うのかを明確に記載します。
- 評価を行う組織や時期を明記し、数値目標の達成状況、施策・事業の進捗状況を評価します。

まずは、自県のがん対策推進計画を立てる組織を明確に位置づけます。そのうえで、医療者や患者関係者、有識者等を招集し、厚生労働省や研究班の報告書等を参考にして、自県の緩和ケアの現状を分析し、全国における自県の位置づけを行います。調査した結果から課題を抽出し、自県における緩和ケアの現状を見極めます。ストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標を意識しながら、自県における緩和ケアの目標を定めます。ロジックモデルを使い、目標達成のための成果に結びつく活動計画を立てます。評価を行う組織や時期を明記し、数値目標の達成状況、施策・事業の進捗状況を評価します。

1 はじめに

都道府県次期「がん対策推進計画」(以下、計画)を立案するには、国際保健機関(WHO)のCancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes, Planning¹⁾、米国保健社会福祉省管轄の疾患管理予防センターによる

Comprehensive Cancer Control Planning²⁾、国際対がん連合によるNational Cancer Control Planning Resources for Non-Governmental Organization³⁾などが参考になります。特に、Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective

Programmes, Planningによる3つのステップ、1.現状を見極める、2.目標を定める、3.目標の達成方法を探る、を

基準に計画を考えるとよいと思われます。

2 実際の計画の策定

1. 当該都道府県における、緩和医療の現状を見極めます

●医療における評価指標とは

どのような指標を用いれば、その県の現状が評価できるか、その指標の選択が大事です。

評価の指標にはいくつかの方法論がありますが、1960年代にミシガン大学のAvedis Donabedianにより、医療は構造（ストラクチャー）、過程（プロセス）、結果（アウトカム）の3つの視点から評価すべきであるとの提案がなされ、この考えは現在も世界の主流となっています⁴⁾。

ストラクチャーとは、医療を提供するのに必要な人的、物的、財政的資源であり、専門職の数や分布、資格、あるいは医療機関の数、規模、施設、さらには医療提供体制や医療保険制度などが該当します。プロセスは、医療従事者と患者の間の相互作用を評価するものであり、治療内容の適切性、医療従事者の患者に対する接遇などが該当します。アウトカムは医療によって患者にもたらされた健康状態の変化ですが、身体的生理的側面のみならず、社会的心理的側面の改善や患者の満足度なども評価の対象となります。

Donabedianは、プロセスとアウトカムの関係について、いずれも長所と短所を有するものの、質の評価にあたってはプロセスとアウトカムの両者を同時に活用することが重要であると述べています。また、プロセスやアウトカムと比較すると、ストラクチャーは医療の質の指標としての有用性は低いと指摘しています。

医療や保健医療政策の分野における質の評価においては、Donabedianが提唱した上記3要素によるアプローチが広く用いられています。

手順1

現状を把握できる指標をリストアップし、調査し分析します。その際に関連する指標についても検討します

まずは、基本的な文献である①がん対策基本法、②がん対策基本推進計画とその中間報告書、③次期がん対策推進基本計画、④自県のがん対策推進計画と同アクションプラン、⑤同計画の進捗評価等の報告書（ない県もあり）、⑦厚生労働省のがん対策関連予算（直近5

年分）、⑧自県のがん対策関連予算（直近5年分）を熟読することが大切です。その中で、緩和ケアがどのような位置づけになっているのかを理解するのが大事だと思います。そのうえで、自県の緩和ケアの現状を評価するための指標を選定するのがよいでしょう。

緩和ケアにおいてどのような指標が優れているかは、エビデンスに乏しいのが現状です。しかし、厚生労働省の「がん診療連携拠点病院に対する現況調査」、厚生労働科学研究費による班研究報告書、厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」関連の報告書等は参考となります⁵⁾。

表1に、前述した厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」の報告書から抜粋したチェック項目を示します⁵⁾。この項目は、緩和医療の現状を見極めるにはよい指標となると思われます。指標は、県によっては必須のもの、それほどでもない指標があるので、その選別は重要です。

各県のがん計画担当者の多くはがんに対する専門家ではありません。まして、緩和医療の専門家ではありません。そのため、緩和ケアの専門家（医師以外の医療スタッフも含む）を県が招集するか、既存の組織、たとえば県がん対策推進協議会または県がん診療連携協議会に下部組織として緩和ケア部会がある場合はその協力を得て、「がん計画の策定のための緩和ケア領域のワーキンググループ」（以下、WG）をつくる必要があります。この時点で、後述するような幅広い立場の方がWGに存在するのが理想ですが、がん計画までの時間的余裕がないので、既存の組織を利用するのが一番であり、なければ拠点病院の専門家を招集するのがよいと思われます。まずは早めに作業に着手することが肝要です。WG結成以降は、このWGを中心に議論していくことが大切です。細かい点はメーリングリストをつくり、その中で議論するのもよいと思われます。

指標が選定できたら、その指標の全てを測定します。もし、十分な議論を行う時間さえもない場合は、表1に載っている全ての指標を測定するのもよいと思われます。指標の測定には、まず県がもっている既存のデータを利用することを考えます。それが利用できない項目は、関係諸機関に依頼して調査を行わなければなりま

表1 緩和ケア・在宅医療に関するチェック項目 (参考文献5より)

項目	チェック項目
緩和ケアに関する普及啓発	現状と課題について把握している (全国レベル)
	現状と課題について把握している (都道府県レベル)
	取り組むべき対策について述べている (全国レベル)
	取り組むべき対策について述べている (都道府県レベル)
	医療関係者への研修等の普及啓発を実施している
	緩和ケアに関する関係諸機関への啓発を実施している
	都道府県民への普及啓発を実施している (講演会・ちらし・インターネット等)
初期段階からの緩和ケア	治療の初期段階からの緩和ケアを提供する緩和ケアチームの設置を推進している
施設緩和ケアの推進	都道府県内の緩和ケア病棟を有する施設数を把握している
	都道府県内の緩和ケア病床数を把握している
	都道府県内の緩和ケア病棟で死亡した患者数を把握している
	都道府県内の緩和ケア病棟で死亡した患者の全がん死亡者における割合を把握している (*1)
	都道府県内の施設基準を満たさない施設における緩和ケア対応病床数を把握している (*2)
	全がん死亡者における緩和ケア普及目標値を設定している (*1に対応)
	全がん死亡者における緩和ケア病床数の目標値を設定している (*2に対応)
	緩和ケアチームをもつ病院を把握している (例: 加算届出施設数)
	専門的な緩和ケアを行う医療機関を明示している
緩和ケアに従事する人材の育成	身体症状の苦痛緩和に携わる専門的知識及び技能を有する医師 (専任) 数を把握している (例: がん診療連携拠点病院を中心に)
	精神症状の苦痛緩和に携わる専門的知識及び技能を有する医師数を把握している (例: がん診療連携拠点病院を中心に)
	緩和に携わる専門的知識及び技能を有する常勤の看護師 (専従) 数を把握している (例: がん診療連携拠点病院を中心に)
	緩和ケアに関する基本的知識・技術習得のための研修を実施している (がん治療に携わる医療従事者を対象)
	患者の生き方や意思を尊重した医療提供を図るためのインフォームドコンセントや緩和ケアに関する研修等を行っている (がん治療に携わる医療従事者を対象)
	がん診療連携拠点病院を中核とした緩和ケアに関する研修体制を整備している (医療従事者や保健・医療・福祉の専門職を対象)
	地域医療機関に対する専門的な相談対応や情報提供を実施している (がん診療連携拠点病院の地域緩和ケア支援部門等において)
	職種や技術等に応じた段階的な研修会を開催している (医師会、看護協会、薬剤師会、がん診療連携拠点病院等による)
在宅医療の実施	高齢者の単独世帯数など、在宅医療の潜在的ニーズを把握している
	都道府県内における在宅死の割合を把握している
	都道府県内において、今後の在宅もしくは老入ホームにおける推計死者数を把握している
	都道府県内で在宅での看取りの目標値を設定している
	都道府県内で在宅での看取りが可能な在宅療養支援診療所数を把握している
	都道府県内で在宅での看取りが可能な在宅療養支援診療所の充足率を試算している
	都道府県内の訪問看護ステーション数を把握している
	都道府県内の麻薬取扱薬局数を把握している
在宅緩和ケアの推進	在宅緩和ケアを担う医療機関等の現状把握を実施している
	在宅緩和ケア推進のための普及・啓発活動を実施している
	在宅緩和ケア実施のための地域の連携体制について把握している
	地域における緩和ケア支援部門を設置し、活動状況を把握している
地域連携	地域の関係機関で構成される緩和ケア連絡協議会等のネットワークを構築し、活動状況を把握している
	地域連携バスの導入を計画している (主に5大がん)
	緩和ケアの地域連携バスの導入を計画している
	地域連携バスを実施し、評価している
	地域連携バスについて普及啓発を推進している

I. ストラクチャー指標

①医療用麻薬処方医療機関数

すべてのがん患者を診療している医療機関は麻薬処方が可能であってほしいと思いますが、現実としては、麻薬管理は手続きや保管場所や管理方法、麻薬管理者の選定など煩雑なので敬遠する診療所があり、それが在宅への道を閉ざすこともあります。そのため、麻薬処方が可能な診療所が各市町村の地域ごとにあるのが理想です。

②麻薬小売業免許取得薬局数

医療機関と同様に煩雑な管理のために敬遠する薬局も多く、在宅への道を閉ざすこともあります。そのため、麻薬処方が可能な薬局が各市町村の地域ごとにあるのが理想です。

厚生労働省が出した医療計画の見直しのための「がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標例」のストラクチャー指標にも入っています⁶⁾。

③緩和ケア病棟を有する病院数・病床数

いわゆるホスピス病棟のことですが、単に緩和ケアの専用ベッドということではなく、平成24年厚生労働省告示第77号の中の「緩和ケア病棟入院料の施設基準」や平成24年3月5日保医発0305第2号の中の「緩和ケア病棟入院料に関する施設基準等」によって規定されています。また、知事は地域医療計画に基づき療養病床及び一般病床を二次医療圏ごとに基準病床数を算定する（いわゆる病床規制）こととなっているために、事実上緩和ケア病床を増やす場合はその病院内で一般病床の中から（多くの場合改築をして）転用することになります。設備投資の回収も含めて経営効率を決してよくはないので、簡単に緩和ケア病床の増加ができないのが現状です。そのため、本指標は「緩和ケア」に関するもっとも基本のストラクチャー指標の一つと考えられます。

前述の医療計画の見直しのためのストラクチャー指標にも入っています。

④緩和ケアチームのある医療機関数

A: 診療報酬施設基準を満たす医療機関

B: 日本緩和医療学会に登録している医療機関

C: 独自に設置している医療機関

個々のがんを診ている医師の緩和ケアへの対応力が未だ不十分なか国では、緩和ケアチームによる助言と介入は必要不可欠です。ある一定数以上のがん患者を診療する医療機関では、必須のものと思われま。それ故、本指標は「緩和ケア」に関するもっとも基

本のストラクチャー指標の一つと考えられます。

前述の医療計画の見直しのためのストラクチャー指標にも入っています。

「緩和ケアを専門とする医師、看護師等を含めたチームによる緩和ケアの提供体制」に対し、AとBの基準があり、双方を満たさないチームも含めて計上することが実態を表すことになると思います。

⑤緩和ケア外来を実施している医療機関数

緩和ケア外来は、通院中の患者さんに対して院内の緩和ケアチームが行う外来です。新しい「がん対策基本計画」では、がんと診断されたときからの緩和ケアの推進を謳い、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備することを目標としています。入院後に緩和ケアチームが対応しても、診断時からの緩和ケアには該当せず、その意味では緩和ケア外来の整備がもっともよい指標となると思われます。

前述の医療計画の見直しのためのストラクチャー指標にも入っています。

⑥緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師数 ≒緩和ケア研修会修了医師数

緩和ケアについての系統的な教育を受けることで、本来の目的である緩和ケアの質が向上したのかどうかについては明らかにされてはいません。しかし、国は「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付健発第0401016号）を定め、がん診療連携拠点病院等で統一的なプログラムに基づき、研修会を実施しています。新しいがん対策推進基本計画でも「5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。」と記載されていることから、よい指標となると思われます。

前述の医療計画の見直しのためのストラクチャー指標にも入っています。

II. プロセス指標

①緩和ケアの実施件数

A: 緩和ケアチームが診療した全患者数（小児数がわかるように集計）

B: そのうち緩和ケア診療加算の算定数（小児加算を別に集計）

がん患者にどれだけ緩和ケアチームがアプローチをしたかは、緩和ケアの重要な指標となります。

前述の医療計画の見直しのためのプロセス指標にも入っています。

②緩和ケア外来の患者数

A: 緩和ケア外来で診療した全患者数 (小児数がわかるように集計、緩和ケアチームへの初診がわかるように集計)

B: そのうち外来緩和ケア管理料の算定数 (小児加算を別に集計)

がんと診断されたときからの緩和ケアの推進を示すには、緩和ケア外来の患者数とそのよい指標となると考えられます。

③医療用麻薬の消費量

新しい「がん対策基本計画」では、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測されると記述されています。その意味では、基本的なプロセス評価であると考えられます。

前述の医療計画の見直しのためのプロセス指標にも入っています。

Ⅲ. アウトカム指標

①精神的痛みを含む除痛率

除痛率の測定に関しては、一部の病院・地域でしか測定されていません。しかし、もっとも基本的なアウトカム指標となります。

②患者・家族・遺族満足度

緩和ケアの領域で、痛み以外の評価は残念ながら客観的な指標の開発は遅れています。その代替になるのが、満足度調査です。質問の内容によっては、かなり客観的な評価が可能だといわれています。

以上の指標について、数値目標、目標達成に要する期間を設定するのですが、これには、次項に述べる目標の達成方法と一緒に検討するのがよいと思われます。

3. 目標の達成方法を考える

手順1

ロジックモデルを用いて、活動計画を立てます

課題を解決するにあたっての施策を計画するわけですが、ロジックモデルを使い、目標達成のための成果に結びつく活動計画を立てるとよいと思われます。

ロジックモデルについての解説は専門書に譲りますが、ここでは

- ①「目標成果」として、達成すべき目標 (あるべき姿) をまずは考えます
- ②「中間成果」として、目標成果に資する中間的な変化を次に考えます
- ③「結果」として、成果をもたらすために期待される活

動の結果を考えます

- ④「活動」として、成果をもたらす活動の内容を考えます

この4段階で考えると、自ら論理的な思考がもたらされ、複雑な医療活動をとともう計画の策定に役立つと思います。その過程の中で、具体的な数値目標の設定や、その達成方法が見出されると思います。

ロジックモデルを使った具体的な計画の概要を表3に示します。これは、沖縄県がん診療連携協議会の下部組織であるがん政策部会が中心となって進めている次期沖縄県がん対策推進計画 (沖縄県がん診療連携協議会案) の「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」の部分です。同じ下部組織の緩和ケア部会が立案したロジックモデルを、本書のために筆者が改編したものです。

前項で述べた、表2に掲載した11の指標を使って、計画を組み立てていることがわかるかと思います。

もちろん、それだけではなく、国の次期がん対策推進基本計画も意識して、拠点病院勤務医の緩和ケア研修会への参加に関する目標や、今年度同時期に並行して行われる医療計画に関する厚生労働省から都道府県担当者への説明会時の資料等⁶⁾も意識して、この計画中 (指標設定にも) に入れています。

手順2

フランスのがん計画を参考に実際に計画を書いてみます

がん計画は、日本 (厚生労働省) 以外にも各国でつくられています。それぞれよいところがありますが、ここではフランスのがん計画を参考にすることをお勧めします⁷⁾。フランスのがん計画のよい点は、①箇条書きであること (読み手によっていかようにも解釈できる余地が少ない)、②評価基準と目標設定が明記されていること (当たり前のことのようですが、5年前の計画は殆どの都道府県で実現できませんでした)、③実施主体を明確にしていること (責任の所在の明確化が成功への第一歩です)、等です。フランスのがん計画のホームページから、英文 (翻訳された) の計画を読むことができます。

手順3

書き上げた計画を、しかるべき委員会へ提出します

多くの県では、県がん対策推進協議会で審議をお願いします。組織されていない場合は、県がん診療連携協議会等の関連する委員会での審議をします。その後は、都道府県ごとに手続きが異なりますが、必ず患者関

係委員の存在する委員会での審議と、パブリックコメントを経て、成立させることが必要です。その際に、県医師会や地区医師会、及びそれらが組織している地域医

療委員会等でも検討していただくことも必要です。

専門家も含めてなるべく多くの方々の意見を集約して、修正をすることも大切です。

3 おわりに

緩和ケア領域における都道府県がん対策推進計画の策定方法について述べました。まずは自県の緩和ケアの現状を分析し、課題を抽出し、自県における緩和ケアの現状を見極めることが大事です。そのうえでストラクチャー指標・プロセス指標・アウトカム指標を意識しながら、ロジックモデルを使い、目標達成のための

成果に結びつく活動計画を立てるのが肝要です。

本稿では詳細は述べませんでした。計画の進捗状況を管理、評価するシステムを構築することも、計画の策定同様に重要なことであり、それにより「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」がされることを期待したいと思います。

表3 ロジックモデルを用いた活動計画（緩和ケア）

活動	結果	中間成果	目標成果
アウトプットをもたらす活動の内容	アウトカムをもたらすために期待される活動の結果	目標アウトカムに資する中間的な変化	達成すべき目標（あるべき姿）
県は、医療用麻薬処方医療機関の調査を行い、実態を明らかにする。さらに、二次医療圏ごとに空白地域がある場合は、医療用麻薬の処方が可能になるように、空白地域の医療機関と調整を行う。	医療用麻薬処方医療機関が増加する。 ●27年度には、がん患者を診ているすべての医療機関で麻薬の処方が可能となる。	医療用麻薬処方医療機関が、がん患者の居住地域の近くに存在する。 ●27年度には、すべての市町村に医療用麻薬処方医療機関が存在する。 ●29年度には、すべての市町村に2施設以上の医療用麻薬処方医療機関が存在する。	
県は、麻薬小売業免許取得薬局の調査を行い、実態を明らかにする。さらに、二次医療圏ごとに空白地域がある場合は、麻薬小売業免許取得をするように、空白地域の薬局と調整を行う。	麻薬小売業免許取得薬局数が増加する。 ●27年度には、現行の1.5倍に同薬局数が増加する。 ●29年度には、現行の2倍に同薬局数が増加する。	麻薬小売業免許取得薬局数が、がん患者の居住地域の近くに存在する。 ●27年度には、すべての市町村に、麻薬小売業免許取得薬局が存在する。 ●29年度には、すべての市町村に、2施設以上の麻薬小売業免許取得薬局が存在する。	すべてのがん患者とその家族が療養場所を問わず、質の高い緩和医療を受けることができ、安心して療養生活を維持することができる。 【目標】 ①患者・家族・遺族満足度満足度が60点以上のがん患者とその家族・遺族が90%以上となる。 ②精神的痛みも含む除痛率測定しているすべての施設での除痛率が80%以上になる。
県は、医療機関や関係団体と調整を行い、緩和ケア病棟の新たな開設と、緩和ケア病床数の増加、それらの適正な配置を行う。	緩和ケア病棟の新たな開設と、緩和ケア病床数が増加する。 ●27年度には、各二次医療圏に緩和ケア病棟をもつ医療機関が1施設以上あり、緩和ケア病床数が現行の1.5倍となる。 ●29年度には、各二次医療圏に緩和ケア病棟をもつ医療機関が2施設以上あり、緩和ケア病床数が現行の2倍となる。	緩和ケア病棟へ入院を希望するがん患者が、実際に入院できるようになる。 ●27年度には、希望するがん患者のうち80%の患者が緩和ケア病棟に入院できる。 ●29年度には、希望するがん患者のうち90%の患者が、居住する二次医療圏の緩和ケア病棟に入院できる。	
県と拠点病院は、準拠点病院や医療計画で規定された専門的がん診療施設と連携して、緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師数を増加させるために、緩和ケア研修会及びフォローアップ研修会を開催する。	緩和ケア研修会を修了した医療者が増加する。 ●27年度には、研修会修了医師数が、〇〇人増加する。 ●29年度には、研修会修了医師数が、〇〇人増加する。	病院勤務医の大多数が、緩和ケア研修会修了者となる。 ●27年度には、拠点病院勤務医の70%、医療計画で規定された専門的がん診療施設勤務医の80%、その他の病院勤務医の50%が、研修会を修了している。 ●29年度には、拠点病院勤務医の90%、医療計画で規定された専門的がん診療施設勤務医の80%、その他の病院勤務医の70%が、研修会を修了している。	

活動	結果	中間成果	目標成果
アウトプットをもたらす活動の内容	アウトカムをもたらすために期待される活動の結果	目標アウトカムに資する中間的な変化	達成すべき目標(あるべき姿)
県は、緩和ケアチームの実態調査を行い、活動内容を明らかにする。県は、拠点病院や関係諸団体と連携協力をし、緩和ケアチームの立ち上げに助言と協力をし、さらに緩和ケアチームが関わるがん患者数を増加させるために、助言と協力をし、さらに緩和ケアチームが増加する。	●26年度には、医療計画で規定された専門的がん診療施設のすべてで緩和ケアチームが活動している。 ●27年度には、緩和ケアチームの50%以上が日本緩和医療学会に登録し、さらに拠点病院のすべての緩和ケアチームは診療報酬施設基準を満たす。 ●29年度には、すべての緩和ケアチームが日本緩和医療学会に登録し、さらに拠点病院と準拠点病院のすべての緩和ケアチームは診療報酬施設基準を満たす。	緩和ケアチームへの依頼件数が増加する。 ●27年度には、緩和ケアの実施件数が現行の3倍に増加する。 ●29年度には、緩和ケアの実施件数が現行の5倍に増加する。	すべてのがん患者とその家族が療養場所を問わず、質の高い緩和医療を受けることができ、安心して療養生活を維持することができる。 【目標】 ①患者・家族・遺族満足度満足度が60点以上のがん患者とその家族・遺族が90%以上となる。 ②精神的痛みも含む除痛率測定しているすべての施設での除痛率が80%以上になる。
県は、緩和ケアチームが行う緩和ケア外来の実態調査を行い、活動内容を明らかにする。県は、拠点病院や関係諸団体と連携協力をし、緩和ケア外来の開設に助言と協力をし、さらに緩和ケア外来を受診するがん患者数増加のために、助言と協力をし、さらに緩和ケアチームが増加する。	緩和ケアチームが行う緩和ケア外来を開設している医療機関が増加する。 ●25年度には、拠点病院と準拠点病院すべてで緩和ケア外来が開設される。 ●26年度には、医療計画で規定された専門的がん診療施設の50%以上で、緩和ケア外来が開設される。 ●27年度には、医療計画で規定された専門的がん診療施設のすべてで、緩和ケア外来が開設される。	緩和ケア外来を受診するがん患者が増加する。 ●27年度には、緩和ケア外来の患者数が現行の5倍に増加する。 ●29年度には、緩和ケア外来の患者数が現行の10倍に増加する。	
県は、医療計画で規定された専門的がん診療施設と連携して、それらの施設で、がん患者に対して「精神的痛みを含む除痛率調査」を行う。	除痛率を測定している医療機関が増加し、調査されているがん患者数が増加する。 ●26年度には、専門的がん診療施設の80%が、すべてのがん患者に対して、除痛率調査を行っている。 ●28年度には、専門的がん診療施設の100%が、すべてのがん患者に対して、除痛率調査を行っている。	除痛率を測定している医療機関で、除痛率が毎年改善される。 ●27年度には、測定しているすべての医療機関の除痛率が60%以上となる。 ●29年度には、測定しているすべての医療機関の除痛率が80%以上となる。	
県は、医療計画で規定された専門的がん診療施設と連携して、それらの施設で、がん患者・家族・遺族に対して「満足度調査」を行う。	「満足度調査」を施行している医療機関が増加し、調査されているがん患者数が増加する。 ●26年度には、専門的がん診療施設の80%が、同施設のがん患者とその家族または遺族のうち80%が調査に参加している。 ●28年度には、専門的がん診療施設の100%が、同施設のがん患者とその家族または遺族のうち90%が調査に参加している。	「満足度調査」を測定している医療機関で、満足度が毎年改善される。 ●27年度には、満足度が60点以上の患者・家族・遺族が60%となる。 ●29年度には、満足度が60点以上の患者・家族・遺族が90%となる。	

参考文献

- 1) Cancer Control Knowledge into Action WHO Guide for Effective Programmes, Planning.
<http://www.who.int/cancer/modules/Planning%20Module.pdf>
- 2) Comprehensive Cancer Control Planning.
<http://www.cdc.gov/cancer/ncccp/pdf/Guidance-Guidelines.pdf>
- 3) National Cancer Control Planning Resources for Non-Governmental Organization.
<http://www.uicc.org/sites/default/files/private/nccp.pdf>
- 4) Donabedian, A. "Evaluating the Quality of Medical Care." Milbank Memorial Fund Quarterly 44 (1966) :166-203
- 5) がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査2007～2009年度総括報告書、厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」、(財)がん集学的治療研究財団
- 6) 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(平成24年3月30日厚生労働省医政局指導課長通知)「別表」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_taisei2.pdf
- 7) Le Plan cancer 2009-2013.
<http://www.e-cancer.fr/plancancer-2009-2013>

特集

市民に向けたがん情報の普及—その現状と課題—

がん情報の普及に向けたわが国の政策と 国立がん研究センターがん対策情報センターの役割

—がん情報の選定基準と評価, 課題と展望—

渡邊 清高¹⁾, 山本精一郎²⁾

はじめに

がんに関する正しい情報の不足, がん死亡や罹患の増加, がん医療格差等の問題を解決するために, 「がん対策推進アクションプラン 2005」が策定され, 2006年にがん対策基本法が制定された。「がん対策推進アクションプラン 2005」の中で, がん対策に関連する情報基盤の中核を担う組織としてがん対策情報センターが位置づけられ, 2006年10月に国立がん研究センター(旧国立がんセンター)に当該センターが設置された。

国立がん研究センターは, 1962年に中央病院, 研究所, 運営局, 1994年に東病院, 2005年にがん予防・検診研究センターが設置されており, がん対策情報センターは6番目の組織として開設された¹⁾。

がん対策情報センターは, わが国のがん対策の中核的機関として, 患者, 家族, 一般への情報提供やがん診療連携拠点病院を中心とするがん診療機関に対する支援や情報発信を行なうなど, 日本全体のがん医療の向上を牽引していくという使命¹⁾をもち, インターネット(がん情報サービス)(図1)²⁾や冊子(図2)³⁾等によるがん医療に

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る²⁾。これらのがん医療情報提供機能およびがんサーベイランス機能に加え, がん診療支援機能, がん研修支援機能, たばこ対策支援機能を有している。

本稿では, 筆者らが取り組んでいる, がんにかかわる情報提供の取り組みについて, がん対策における位置付けと, 市民向けに発信してきたがん情報の収集と評価, 作成と発信の現状と課題について紹介するとともに, 市民に向けたがん情報の望ましい普及のあり方について議論を共有し, 今後の取り組みの方向性について述べることとした。

1. 信頼性の高いがん情報を提供するために

科学的根拠にもとづく信頼性の高い最新のがん情報を提供するためには, 情報作成と情報収集(整理), 情報提供の3つの機能が必要である。

情報作成機能とは, 研究および研究者を支援し, 科学的根拠にもとづいたエビデンスを作成することである。情報収集および整理機能とは, 研究結果や新たな知見などの情報を収集して評価を行な

筆者: 1) わたなべ きよたか(国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部 医療情報コンテンツ研究室長)

2) やまもと せいいちろう(国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部 医療情報評価研究室長)



図1 がん情報サービス HP (国立がん研究センターがん対策情報センター²⁾)

い、エビデンスデータベースとして整理することである。情報提供機能とは、このエビデンスデータベースをもとに、科学的根拠にもとづく信頼性の高いがん情報を提供することである。「がん情報サービス」では、これらの3つの独立した機能の連携を取りながら、より質の高い科学的な情報を、速やかに一般および医療関係者向けに提供することを目指している。

先行してがん情報サービスを行なっているアメリカの国立がん研究所 (National Cancer Institute: NCI) では、自分自身で研究や診療を行なうよりも、国全体のがん研究のサポートをすることが主

な役割であり、がんの対策研究を管轄してリードする役割を果たしている。つまり、国の中核機関としてがん対策に必要な科学的根拠にもとづいたエビデンスをもとに情報の作成、収集整理、発信を実施している。

2. がん医療を支える基盤となるエビデンスの発信

世界中で日々発表される医療に関する研究成果は、必ずしも常に同じ結果が出るわけではなく、研究方法によっては違う結果が出る場合がある。

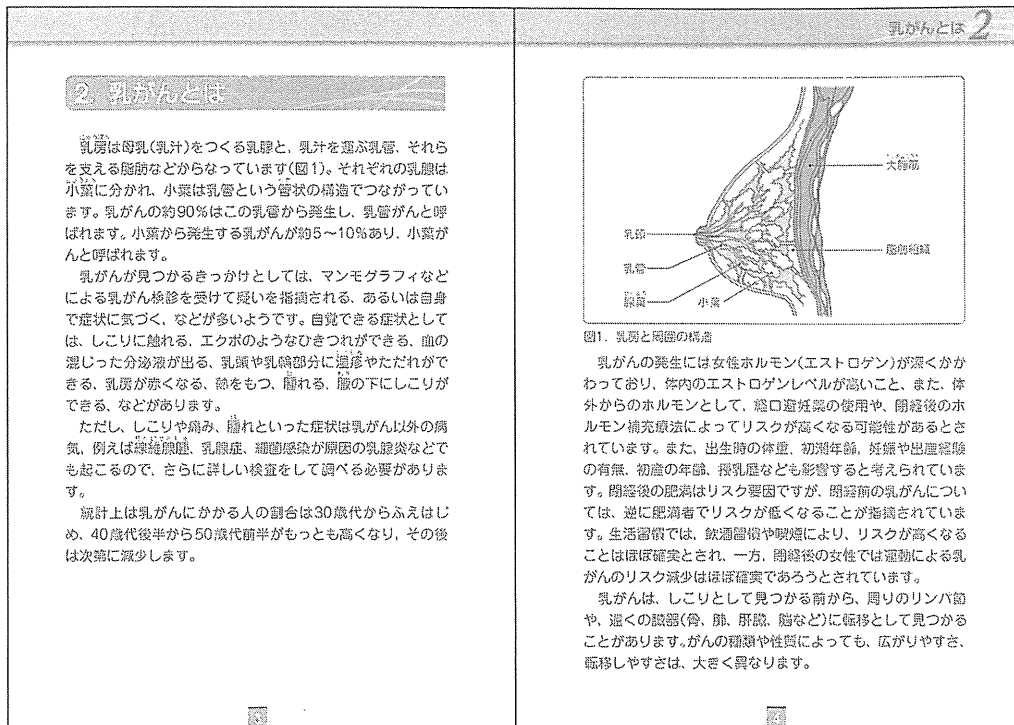


図2 がんの冊子(乳がんより)(国立がん研究センターがん対策情報センター³⁾)

現時点でわかっていること、証拠があるデータを評価・吟味を行ない、標準治療が決められる。

標準治療とは、がん情報サービスにおいては「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示され、ある状態の一般的な患者さんに行われることが推奨される治療」と定義している。「最新の」治療が必ずしももっともよい治療なのではなく、標準治療が現時点で効果をもっとも期待することのできる治療であるといえる。エビデンスの質を評価する場合、観察研究、コントロールをもたない実験研究、ランダム化比較試験、複数のランダム化比較試験という順にエビデンスレベルが高いとされている。

NCIでは、研究課題を出して募集したり、研究の支援をすることによって、各研究機関がエビデンスをつくることをサポートし、それらの研究結果をもとに、PDQ (Physicians Data Query) という診療データベースをつくり、情報を医療者向け、患者向けに発信している。

国立がん研究センターがん対策情報センターで

は、科学的根拠にもとづく信頼できる情報を広く発信し、全国のがん診療の現場に届けるためのさまざまな取り組みを行なっている。全国のがん診療連携拠点病院^{注1)}に、相談支援センター^{注2)}が設置され、相談窓口の役目を果たすという方式でわが国の相談支援と情報提供を厚生労働省、都道府県とともに全国397施設(2012年4月現在)のがん診療連携拠点病院などと連携しながら展開している。

信頼できる科学的なエビデンスを提供する際に、どのように医療現場や療養上の意志決定を行なう場面に提供するかという点も、情報作成と同様に重要な論点といえる。アメリカと同様、日本でのがん情報サービスにおいては、一般向けのサイトと医療関係者向けのサイトで構成されている。エビデンスデータベースに関しては、医療関係者向けサイトに、現状国内で入手可能な診療ガイドラインやPDQをがん種、治療法、医療者/患者向けなどで検索できるように整備している(図3)⁴⁾。エビデンスデータベースとしては、厚

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
がん情報サービス ganjoho.jp

医学情報 コミュニケーション 研修・多地点カンファ 予防・検診 統計 地域がん登録 がん対策

TOP > 医学情報 > 各種がんのエビデンスデータベース > がんの種類から探す > 胃がん

各種がんのエビデンスデータベース

胃がん

更新日: 2012年05月02日 掲載日: 2011年01月13日

科学的根拠に基づく医療[Evidence-based Medicine, EBM]の手法を用いて作成されたガイドライン、あるいはそれに準じた手法で作成されたガイドラインや資料をエビデンスデータベースとして提示します。

エビデンスデータベースに関する詳しい解説は「各種がんのエビデンスデータベースのトップページ」をご覧ください。

胃がんのエビデンスデータ

絞り込み検索

がんの種類	胃がん	著者	全てを表示	言語	全てを表示
10件該当	分野	全てを表示	発行者	全てを表示	<input type="checkbox"/> 最新版のみ表示
	対象	全てを表示	発行・公開	全てを表示	<input type="checkbox"/> 古い資料は背景が灰色
			更新年		

タイトル (原題) [URL/ISBN] [コメント]	種/発行	対象 言語 がんの種類/分野 発行・公開・更新年
胃癌治療ガイドライン 医師用 2010年10月改訂【第3版】 【書籍: ISBN 978-4-307-20281-7】 【「胃癌性リンパ腫の診療手引き」が付属。】	日本胃癌学会 / 金原出版	医療者 日本語 胃がん/治療 2010年10月
ToGA試験に関する胃癌ガイドライン速報版 【 掲載サイトへ移動 】 【2011年7月、ToGA試験結果、およびHER2陽性進行再発胃癌の治療に関するガイドライン委員会のコメントを掲載。】	日本胃癌学会 / 日本胃癌学会	医療者 日本語 胃がん/治療 2011年07月
胃癌治療ガイドライン 医師用 2004年4月改訂【第2版】 【書籍: ISBN 978-4-307-20188-9】 【主な内容を日本胃癌学会ホームページ、Mindsで公開。】	日本胃癌学会 / 金原出版	医療者 日本語 胃がん/治療 2004年04月
胃癌治療ガイドライン 医師用 2004年4月改訂【第2版】 【 掲載サイトへ移動 】 【(第2版) 第3刷の内容をPDF等で掲載。精選抄録対応版も掲載。】	日本胃癌学会 / 日本胃癌学会	医療者 日本語 胃がん/治療

図3 「がん情報サービス」各種がんのエビデンスデータベース (国立がん研究センターがん対策情報センター⁴⁾)

生労働省、文部科学省などの研究費による研究班や国内外の学会や機関が多くの診療ガイドラインを作成しており、がん情報サービスでは作成されたものを評価して掲載することがもっとも効率的と考え、できる限りすでにある診療ガイドラインを利用してエビデンスデータベースに収載している。一方、患者・家族、そして市民を主に対象とした一般向けのサイトは、専門家向けに記述されたエビデンスデータベースをもとに、その内容をわかりやすく書き直したコンテンツを提供したり、医療者・関係者向けのサイトの概要を伝えるものとして作成している。

また、掲載されている情報の中には、アメリカと日本のがん情報とで、多少エビデンスデータベースの内容が違っている場合がある。具体的には、病期分類の違いや、使用可能な薬剤、手術の

適応基準、治療後の方針、医療の提供体制や保険制度の差異がある場合などがあるので、相違点などの情報も可能な限り掲載している。日米で違うから載せないというよりも、わが国においては評価や吟味が十分進んでいない研究分野であっても、国際的な標準治療を知ったり、国内の臨床試験の実施状況と併せて参照するなど、現状利用可能ながん医療に関するデータベースとして活用いただきたいと考えている(図4)⁵⁾。

3. エビデンスデータベースの評価と情報の質

がん情報サービスに掲載するエビデンスデータベースは、世界中から集めることにしているが、ガイドラインなら何でも載せるというわけではなく、ある一定の規準で評価を行ない、その結果を

The screenshot shows the website interface for 'がん情報サービス ganjoho.jp'. The main content area is titled '胃がん (欧米と日本の相違点)' (Gastric Cancer: Differences between the US and Japan). The text discusses the differences in gastric cancer prevalence and treatment between Japan and the US. It mentions that in Japan, early-stage gastric cancer is more common, leading to different surgical approaches compared to the US. The sidebar contains several links, including 'ガイドラインとは' (What is a Guideline?), '各種がんのエビデンスデータベース' (Evidence-based Databases for Various Cancers), and 'がん診療連携拠点病院の方へ' (For Cancer Treatment Network Hub Hospitals).

図4 日米でエビデンスデータベースの内容が異なる場合の解説例(胃がんの場合)
(国立がん研究センターがん対策情報センター⁵⁾)

もとに掲載可否を決定している。2012年現在、評価には、AGREE (Appraisal of Guideline for Research & Evaluation)⁶⁾を用いている。AGREEはガイドラインの形式評価法として世界的によく用いられている。形式評価とは、ガイドラインが有用かどうか、記述は妥当かといった内容を評価するのではなく、診療上の問題点を網羅しているか、文献の収集と選択の方法は適切であるか、エビデンスにもとづいた方法で評価しているか、作成者が資金元から独立しているか、更新の時期が明確に書かれているか、といったガイドラインの作成プロセスを評価する方法である。記述の内容

について評価することは難しいため、プロセス評価によってガイドラインとして妥当としてよいという考え方にもとづいている。

現時点では、日本のガイドラインの中には、世界標準のやり方で作成されているものもあれば、エビデンスとして未整備であったり、稀少ながん種や探索的な治療のため関係する専門家によるコンセンサスをもととするものもあるが、更新とともに研究成果が整理統合され、新たな知見が加わることによりガイドライン自体の信頼性も向上し、臨床現場で適用しやすいデータベースになりつつある。「がん情報サービス」のウェブサイト

という同じプラットフォームに海外のガイドラインなどとともに掲載することによって、ガイドラインの質を高く保つ一役を担うことができれば幸甚である。

4. がん情報サービスの編集方針

1) 医療者サイト

医療者サイトは、がん専門医などのがん治療専門家、より広い範囲の医療関係者、およびより詳細な情報を求める一般の方を主な対象としている。編集委員会により、科学的根拠について評価と承認を受けた情報をエビデンスデータベースとして掲載している。エビデンスデータベースの候補となるものは、国内外の診療ガイドラインやそれに準じるもので、日本語以外の文書も含まれている。医療者サイトは、標準治療は何か、標準治療を収載しているエビデンスデータベースはどこにあるかという情報を得るための道しるべ的な役割をもつことを意図している。実際の治療は、がん専門医などの専門的な訓練を受けた医師のいる医療機関で行なうべきであることから、医療者サイトの記載内容をマニュアルとして治療を行なうことは意図していない。

収集した情報は、図5の手順に従い、エビデンスデータベースとして採用してよいかどうかを評価した上で、編集委員会による審査を経てホームページ「がん情報サービス」で公開している。

図の情報収集から公開までの流れを順に説明すると、次のようになる。

- ①エビデンスデータベース候補のリストアップ
- ②AGREE 評価：収集したエビデンスデータベースの候補が、科学的根拠にもとづいて作成されたかどうかを、形式評価法のAGREEを用いて評価する。AGREEによる評価が適さないものは、専門家によってその内容の評価を行なう。
- ③専門家によるエビデンスデータベースとしての採否の評価・承認：全国の専門家により、AGREE評価にもとづき、エビデンスデータベースとしての採否を決定する。採択したもの

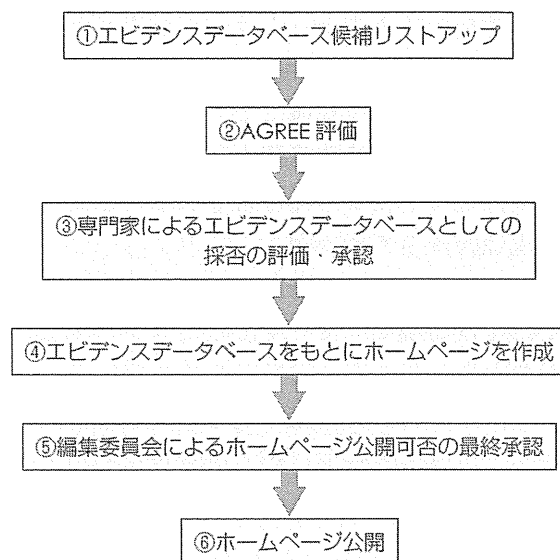


図5 エビデンスデータベースの評価・ホームページ作成・公開の流れ

AAA	科学的なデータにより、系統的レビューにより作成されたもの
AA	科学的なデータにより複数の施設の専門家によって作成されたもの
A	科学的なデータにより単一施設の専門家によって作成されたもの
B	専門家の経験や意見により作成されたもの
C	非専門家の経験や意見により作成されたもの

図6 エビデンスデータベースの評価

に対して、次のようなレベル付けを行なう（図6）。

- ・科学的なデータにより、系統的レビューにより作成されたもの
 - ・科学的なデータにより複数の施設の専門家によって作成されたもの
 - ・科学的なデータにより単一施設の専門家によって作成されたもの
 - ・専門家の経験や意見により作成されたもの
 - ・非専門家の経験や意見により作成されたもの
- ④エビデンスデータベースをもとにホームページを作成：採択したエビデンスデータベースをもとに、ホームページを作成する。

⑤編集委員会によるホームページ公開可否の最終承認：編集委員会は、作成したホームページにつき、次の4つの規準により公開の可否について総合評価し、最終承認する。

- ・編集方針にしたがって作成されているか
- ・表現はわかりやすいか
- ・医療関係者、一般の方にとって役に立つ情報か
- ・がん対策情報センター発信のコンテンツとして適切か

⑥ホームページ公開：公開可と最終承認されたものを、ホームページ「がん情報サービス」で公開している。

2) 一般サイト

一般サイトは、患者や家族の方を含めた一般の方を対象としている。わかりやすく情報を提供することを基本とするが、情報源としてエビデンスデータベースを活用し、科学的な根拠にもとづいた内容の提供を目指している。正確性・信頼性とわかりやすさを両立するために次のような留意事項を記載している。

(1) 内容と編集方針

一般向け情報サイトは、がんについての一般的な情報、標準的な予防方法、検診方法、標準治療などを掲載している。これらは、科学的根拠にもとづいて作成された医療者向けサイトに掲載した情報をもとに、わかりやすく書き直したものであり、編集委員会が編集方針に沿って評価と承認を行ない掲載している。

(2) 適用における留意点

科学的根拠にもとづいた情報であっても、個々の患者にそのまま適用できるわけではない。実際には、個別性や背景状況を踏まえて治療や予防方法などを検討する必要がある。

(3) 情報の更新やエビデンスの改訂

がんを含めた医療、医学に関する知識や情報は、日々新しい研究や臨床経験によって蓄積され、変化している。がん対策情報センターでは編集方針に沿ってがんについての情報を提供し、その内容を更新しているが、あらゆる点で将来にわたる正

確性や完全性を保証するものではない。

こうした点を踏まえ、一般向けサイトを活用いただくことで、がんについての知識がより深まり、患者や家族と医療従事者のコミュニケーションがよりよいものとなることを願って日々取り組んでいる。

一方で、例えばがんになったときに誰に相談すればいいか、医療者とのコミュニケーション、心のケア、家族向けの支援、高額医療費の助成制度、いわゆる終末期をどう過ごすかなど、必ずしもエビデンスはない、あるいはEBM (Evidence Based Medicine, 根拠にもとづく医療) に該当しない情報であっても、患者・家族、支援者にとって治療や療養上の意志決定に役立つ情報に関しては、編集委員会で評価した上で掲載している。

国立がん研究センターがん対策情報センター以外で作成された情報へのリンクについても、科学的な根拠にもとづく情報に留まらず、患者、家族、一般向けに役立つと思われるものについて、内容を評価した上でリンクを張る方針で運営している。

一般サイトに掲載する情報についても、編集委員会により医療者サイトの内容審査の項に記載のエビデンスレベルの記述に逸脱していないかどうかを評価する。

エビデンスデータベースの内容をわかりやすく書き直した「各種がんの解説」などのページについては、エビデンスレベルや推奨度と記載内容の食い違いがないように、編集委員会での審査の際にエビデンスデータベースとの整合性の確認を行っている。

5. 患者・家族・国民の視点にもとづくがん情報提供のあり方

患者・家族・国民に向けたがん情報は、科学的根拠にもとづく信頼できる内容であると同時に、理解しやすく、自分らしい治療や療養生活を考えるための意思決定を支えるものでなければならない。治療や療養生活上の選択を行なうために必要

な情報の要素とは、医学的な内容については科学的根拠のもとづくものであることとともに、内容が親しみやすく理解しやすい文章で記載されており、病気そのものによる苦痛に加えて治療・療養生活がもたらす精神的・社会的・経済的な不安にあたっても患者に寄り添い、支えとなるものでなければならない。こうした情報コンテンツを作成していくためには情報の受け手となる患者・家族の視点と、その伝え手となる医師・看護師などの医療従事者の専門家としての視点のいずれもが必要となる。当センターでは情報作成プロセスを分析し、改善策を明らかにすることと日々の情報提供や活用支援に取り入れるとともに、作成支援を行なっている。2つの事例を紹介することで、その具体的な手法について述べることにしたい。

1) 事例1：がん対策情報センター発行の

「がんの冊子」の制作における情報作成過程

「がん情報サービス」は、月に200~250万ページビューの利用があり、がんに関するポータルサイトとして広く利用されている。一方、がんの好発年齢はパソコンやインターネットを扱うことが難しい70歳代以上の世代であることから、利用者にとって入手しやすい媒体で情報が提供されることが望まれている。がん対策情報センターでは、2012年5月までに49種類のさまざまながんに関する話題を読みやすく平易な言葉遣いでまとめた「がんの冊子」を作成しており、「がん情報サービス」にてPDFファイル形式で公開するとともに、24ページ前後のパンフレットとして全国のがん診療連携拠点病院の相談支援センターに提供の仕組みを整備している。がんの病気としての理解、検査と診断、ステージ（病期）分類や学会の作成したアルゴリズムをもとにした治療に関する情報を、診断されてから治療までに大まかな流れとともに示している（図2）。がんの診断を受けた不安に向き合いながら、病状の理解を促し治療が始まるまでの情報として、罹患などの統計情報、ガイドラインなどのエビデンスデータベースをもとにわかりやすく信頼できる情報をまとめている。

作成過程は図7に示したとおり、①構成案作成、②専門家へのヒアリング取材と資料収集、③初稿作成、④専門家査読および患者・市民の視点による原稿チェック、⑤最終調整を経て完成稿に至る。患者・市民の視点からの情報づくりに協力いただく組織として、がん対策情報センター「患者・市民パネル」⁷⁾を設置している。これは情報作成やがん対策に関する意見出しなどに協力いただくものとして、2008年より運営している組織である。全国からがん種、地域など幅広く100人の方に主にメールのやりとりにて、国立がん研究センターがん対策情報センターが作成する情報のチェック（内容の過不足、読みやすさ、わかりやすさ、あたたかみなど）、これから作成する情報に対しての意見出しなどの協力を得ている。わかりやすさと信頼性の担保する仕組みとして、こうした情報の作成過程は一般の方向けの情報提供において必要と考えている。

2) 事例2：「患者必携 がんになったら手にとるガイド」作成と普及に向けた取り組み

「患者必携」とは、2007年に策定されたがん対策推進基本計画において、療養生活での不安や悩みへの対応やがん医療のことなど、がん患者・家族に活用していただきたい情報を、がん患者・家族・医療従事者が患者・家族の視点で取りまとめたものである。2010年6月にPDF版が完成、2011年3月に書籍として全国の書店等で入手可能になるとともに、「がん情報サービス」にて全文を閲覧することができる⁸⁾。

企画・構成検討、取材、原稿収集、査読、調整を経て完成に至るまでの各工程について、がん対策情報センターと専門家および患者・市民の意見を反映する過程を図8にまとめた。企画の初期段階から患者・家族の知りたいこと、医療従事者が伝えたいことを項目としてまとめ、企画趣旨や理念を共有し、対象とする利用者層や配布方法について議論を重ねながら作成した。作成過程の各段階において、当センターの編集方針に合致しているかどうか、企画趣旨に沿った内容であるかな

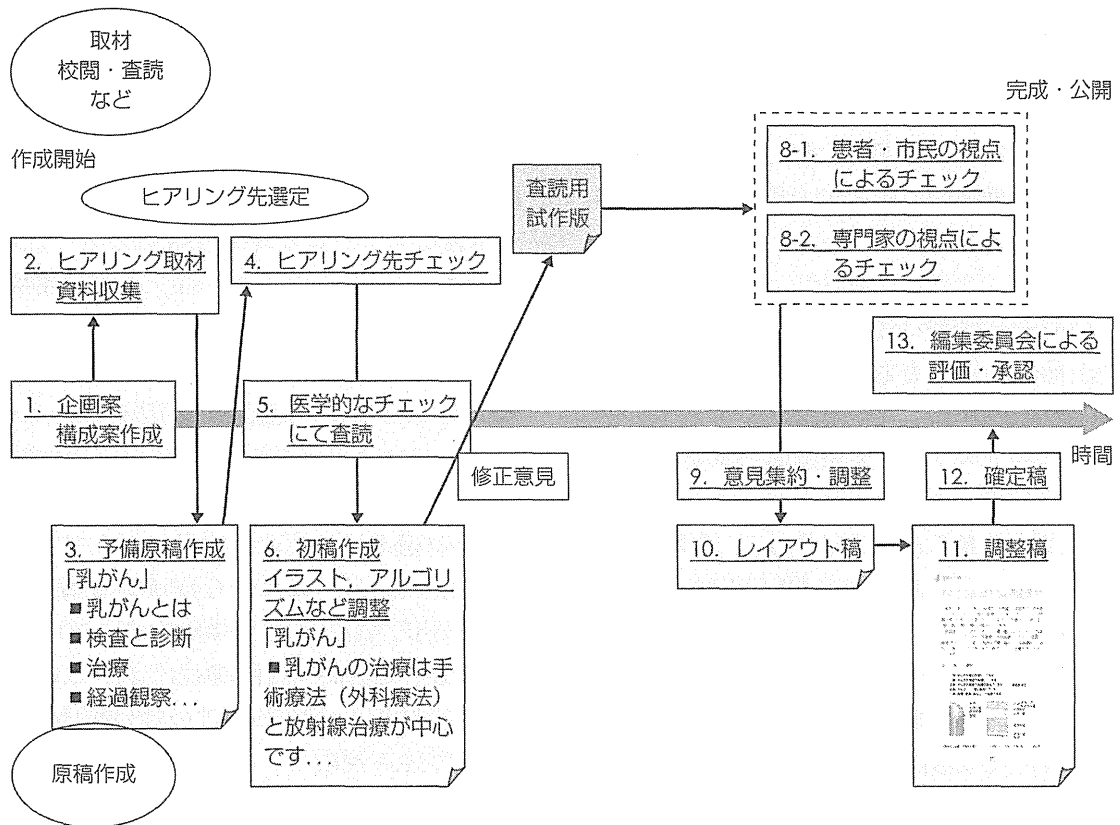


図7 がん情報作成プロセスの例

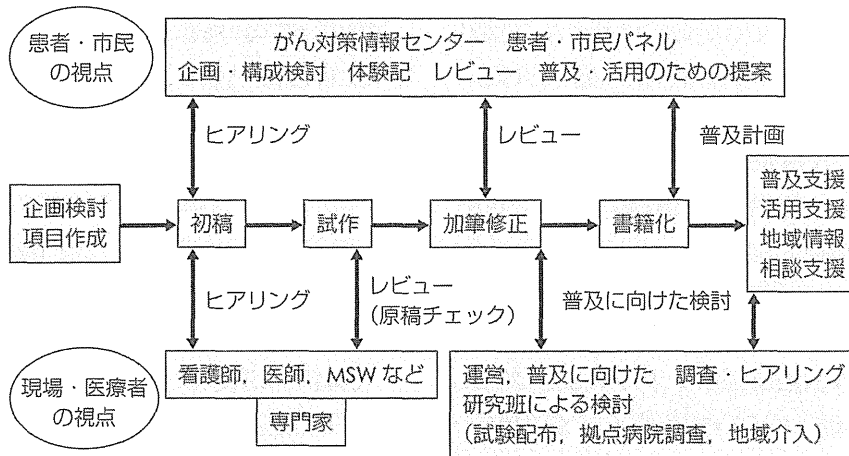


図8 患者必携—企画～普及への取り組み—

どの品質管理と工程管理を継続的に行なった。

診断されて間もない時期の不安や情報不足に対応しながら、患者の想いに寄り添い、患者が必要とする情報について、がんとの向き合い方のヒント、療養生活に役立つコツ、患者の体験記を取り

入れ、患者・家族への病状説明や相談対応の経験を踏まえた内容を盛り込むことができるようにした。これにより当事者の不安や疑問に対応できる内容を取り入れることが可能になると考えられる。

また、企画の初期段階や試作の時点などでの前述の「患者・市民パネル」への意見聴取や議論で、作成プロセスだけでなく、普及への協力や改訂に向けた検討にも積極的に関与していただいている。現在改訂に向けた議論を進めており、相談支援センターの相談員、都道府県など自治体のがん対策部署、学会など、関係者の参画を促しつつ情報ツールの利用者である患者・家族、そして説明などで活用する医療従事者や支援者の声をさらに収集することでより役立つ情報として整備していきたいと考えている。

6. がん情報の提供における課題と今後の展望

がんの情報提供においては、情報の作成プロセスのみならず、媒体（インターネット、対面相談、電話など）や提供の時期、提供方法（医師、看護師、相談員などによる提供や家族からの提供、自己検索、患者支援者からのサポートなど）や効率・コスト・運営体制なども重要な視点である。また、緩和ケアや在宅医療、福祉介護に関する情報は地域による特性を色濃く反映するため、地域における情報ニーズ把握と普及プロセスに加え、療養生活の全体像を含めた自立的な意思決定支援を促す情報提供の枠組みが必要である。自治体・医療機関の連携、職種間の協働（がんセンターボード、チーム医療、カンファレンスなど）とともに、作成整備される情報と関係者の合意形成、参画状況は、医療機関や地域ごとにさまざまである。こうした背景を踏まえつつ、関係者の主体的参画を促し、さらなる地域目線・患者視点の情報提供や支援を行なうためのモデルを構築することが望まれる。

7. まとめ

国立がん研究センターがん対策情報センターが取り組んでいる、がん対策としての情報提供と普及に向けた取り組みと今後の展望について紹介した。編集方針に沿って評価承認された診療ガイド

ラインなどのエビデンスデータベースを整備するとともに、信頼される情報をわかりやすくウェブサイト「がん情報サービス」「がんの冊子」「患者必携」などを通して患者、家族、医療従事者に提供している。

がん対策情報センターとがん診療連携拠点病院の相談支援センター、地域の自治体、医療関係者などが連携しつつ、患者や現場の声を取り入れて情報づくりや地域ニーズに即した情報提供と普及支援に向けた支援体制を整備していくことが求められる。

注

- 注1) がん診療連携拠点病院：全国どこに住んでいても「質の高いがん医療」が受けられるように、都道府県の推薦をもとに厚生労働大臣が指定した病院。専門的ながん医療の提供、がん診療の連携協力体制の整備、および患者への相談支援や情報提供などの役割を担っている。
- 注2) 相談支援センター：全国のがん診療連携拠点病院に設置されている「がんの相談窓口」。患者・家族あるいは地域の住民向けに、がんに関する情報を提供したり、相談支援を行なっている。がん専門相談員としての研修を受けた相談員が、信頼できる情報にもとづいて、がんの治療や療養生活全般の質問や相談に対応している。病院によっては、相談の内容に応じて、専門医やがんに関する詳しい看護師（認定看護師、専門看護師）、薬剤師、栄養士などの専門家が対応できる連携体制を整えているところもある。国立がん研究センターがん対策情報センターでは研修などを通して、全国のがん相談員向けの支援を行なっている。

文 献

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター：HP. <http://www.ncc.go.jp/jp/cis/index.html> (2012年5月17日現在)
- 2) 国立がん研究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/> (2012年5月17日現在)
- 3) 国立がん研究センターがん対策情報センター：がんの冊子（乳がんより）. http://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/index.html (2012年5月17日現在)
- 4) 国立がん研究センターがん対策情報センター：

- 各種がんのエビデンスデータベース. http://ganjoho.jp/professional/med_info/evidence/index.html (2012年5月17日現在)
- 5) 国立がん研究センターがん対策情報センター：胃がん. http://ganjoho.jp/professional/med_info/evidence/stomach01.html (2012年5月17日現在)
- 6) AGREE 共同計画：ガイドラインの研究・評価用チェックリスト. 2001. <http://www.mnc.toho-u.ac.jp/mmc/guideline/AGREE-final.pdf> (2012年5月17日現在)
- 7) がん対策情報センター：患者・市民パネル. <http://www.ncc.go.jp/jp/cis/panel/panel01.html> (2012年5月17日現在)
- 8) 国立がん研究センターがん対策情報センター：患者必携 がんになったら手にとるガイド. <http://ganjoho.jp/hikkei/index.html> (2012年5月17日現在)

保健の科学バックナンバー

◆特集◆原子力災害と看護職の役割・期待 (53巻12月号)

原子力災害と看護職への期待 福島第一原子力発電所の事故の概要と住民の防災対策	草間朋子 田中 俊一	放射線被ばくに関する看護職および住民からの 相談を経験して 保健師の役割・期待	甲斐倫明 山田裕子
日本の緊急被ばく医療の実際 放射線影響を理解する	明石真言ほか 伴 信彦	東日本大震災への日本看護協会の取り組み	井伊久美子

◆特集◆地域で活躍するリハビリテーション職 (53巻10月号)

リハビリテーション職50年の変遷 施設におけるリハビリテーション—理学療法士の立場から—	小川恵子 石井秀明	通所系リハビリテーション 訪問作業療法の意義 ACTの超職種チームにおける作業療法士の視点	大熊 明 堀部恭代 菅沼映里
施設におけるリハビリテーション—作業療法士の立場から—	宇佐美好洋	ヘルスプロモーションとリハビリテーション 就労支援における作業療法士のかかわり	牧田光代 藤田さより

◆特集◆家族の子育て機能再考 (53巻1月号)

ヒトは共同繁殖 パプアニューギニアの子育て(親族関係)	長谷川真理子	里親養育からみた子育て機能の本質 家族が子育て機能を回復するとき	庄司順一 鈴木廣子
思春期のからだと心のケア 家族の子育て機能はいかに発生し生まれるのか	堀口雅子 山崎あけみ	保育の場からみた家族の子育て機能の動き	井桁容子

(株)杏林書院 発行 詳細はホームページをご覧ください。→ <http://www.kyorin-shoin.co.jp>

がん登録の来し方～歴史を知る

The historical background of population-based cancer registries in Japan
- Where we have been

岡本 直幸*

疾病登録システムとしての「がん登録」は、主に院内がん登録及び地域がん登録として遂行されている。前者は診療所や病院内での「診療録の記載」という形で古くより実施されていると思われるが、統計的なデータとしての扱いは近年になってであろう。後者の場合、1728年にLondonで初めて「cancer census」が行われたが、失敗に終わっている^{1,2)}。その後1900年ごろになると、EnglandやGermanyにおいて、「がん」の予防や原因究明のためには集団内での「がん」統計が必要との認識からがん罹患調査の必要性が叫ばれ、1900年Germanyにおいて治療中の「がん」患者データの登録の試みが行われたが、十分な結果は得られていない。1902-1908年には、この試みがNetherlands、Spain、Portugal、Hungary、Sweden、Denmark、Icelandにまで広がりを見せたが、いずれも失敗に終わっている^{1,2)}。これらの調査の失敗の原因は、主として医師の協力が不十分であったとの認識から、USAのWoodは、「がん」を届出の必要な病気として全がん患者を法に基づいて登録すべきであるとの主張を行っている³⁾。

このような情勢の中、1929年よりHamburgにおいて確立した地域がん登録としての稼働が始まり、1940年代にはNew York State

(USA)、Connecticut (USA)、Denmark、Saskatchewan (Canada)、England and Wales、New Zealandで開始されるようになり、現在まで継続して実施されている²⁾。表1に1950年以前に立ちあげられた地域がん登録を示しているが、全8登録のなかで5登録がVoluntaryではなくCompulsoryになっていることに注目していただきたい。

わが国においては、1951-53年に宮城県において東北大学の瀬木三雄先生のもとで「がんの実態調査」が行われ、1959年より出張採録をベースとした地域がん登録が実施されるようになった。その間に、米国の協力のもとで広島市(1957)、長崎市(1958)において、被爆者フォローを目的としたがん(組織)登録が開始されている^{4,5)}。この登録も医師の届出方式ではなく出張採録方式による登録であった。1960年代に入って、医師のVoluntary

表1. Population-based cancer registries established before 1950

Country(region)	Year of establishment	Notification
FR Germany(Hamburg)	1929	Voluntary
USA(New York State)	1940	Compulsory
USA(Connecticut)	1941	Compulsory
Denmark	1942	Compulsory
Canada(Saskatchewan)	1944	Compulsory
England and Wales(SW)	1945	Voluntary
England and Wales(Liverpool)	1948	Voluntary
New Zealand	1948	Compulsory

注：文献2より一部抽出

*神奈川県立がんセンター臨床研究所がん予防・情報学部

〒241-0815 横浜市旭区中尾 1-1-2