

図1 重要な要素(情報提供のポイント)

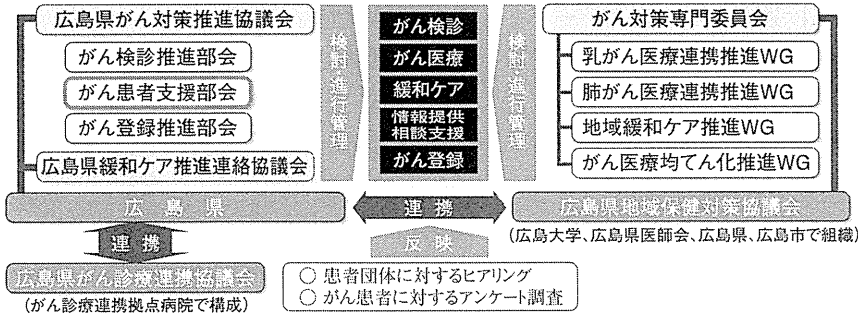
地域におけるがん対策の推進と患者支援に資する介入モデルの作成に向けて

1 対象と目的が明確

介入モデル全体の目的・対象が具体的に記載されている。

- **がん患者さんのための「地域の療養情報」サポートブック**、広島県内での療養生活に役立つような身近な相談窓口などの情報を取りまとめたものです。

《「広島県がん対策推進計画」アクションプランの検討・進捗管理体制(平成21年10月現在)》



2 あらゆる関係者の参画と独立性の担保

作成グループに、関係するすべての専門グループの代表者が加わっている。

- 「おきなわがんサポートハンドブック 第2版」
県、県がん診療連携協議会、琉大がんセンターより発行



3 作成プロセスと合意形成

情報の収集、選択、掲載、改訂プロセスについて合意形成がなされている。

- 平成21年8月 作成に向けた検討開始
- 11月 部会で内容の訂正・見直し
- 平成22年1月 試作版完成
- 5月 掲載情報の精査、追加
(デザイン、見出し、レイアウト、言葉遣い)
- 平成23年3月 沖縄県版として完成(2万部)
関係施設、患者家族に配布開始

- 沖縄県版の追加項目
- ・県がん診療連携支援病院
 - ・高額医療費制度、負担金減免制度
 - ・障害年金、手当
 - ・高額介護、高額医療制度
 - ・訪問介護ステーション一覧
 - ・民間救急サービス、介護タクシー
 - ・患者会、家族向けアドバイス など

4 わかりやすさ、患者の視点

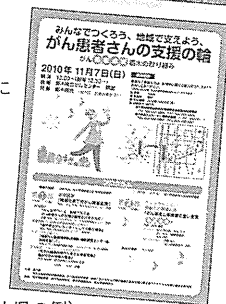
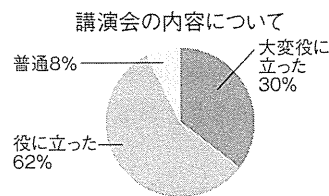
具体的かつわかりやすい記載で、患者の価値観や好みが十分に考慮されている。

5 利用者による研修会・説明会の試行

想定利用者で研修・説明会が開催されるなど、すでに試行されている。
能登、栃木、倉敷、愛知、東京、三重、愛媛、高知など

- 栃木県との共催で市民公開講座実施と情報公開、健康福祉センター(保健所)による関係者向け研修会とアンケート調査

本来の目的は配布ではなく、患者さんの知りたいことを明らかにして、地域で支える患者支援の輪を構築し、広げる!



(栃木県の例)

がん患者との合言葉 “患者必携”

事項は強調されるべきといえます。

具体的な記載例：

- ・○○地域におけるがん患者の家族の支援体制を具体的に示します（各市区町村に相談窓口がある、幅広く対象者が活用できるホットラインが設置されている）。
- ・○○がん患者の連携医療機関、受療方法などの内容が具体的に示されている。
- ・○○患者への相談対応窓口、連絡先、情報ステーションなどが具体的かつわかりやすく示されている。

③情報介入モデルの対象が具体的に記載されている

情報介入モデルの対象が具体的に記載されている必要があります。年齢、地域、臨床的特徴などが記載されているとよいでしょう。また、対象としない属性がある場合、その対処を示しておく必要があります。

具体的な記載例：

- ・「○○の地域の療養情報で扱うのは、○○地域の医療機関を受診しているすべての患者・家族が利用する医療機関や相談窓口、社会支援制度や公的助成制度です。」
- ・「『○○の在宅緩和ケア情報』は、○○地域での在宅での緩和ケアをこれから受けたいと思っている患者さんと家族が参考になる情報を掲載しています。」
- ・「『地域の連携手帳○○』は、○○医療圏におけるすべてのがん診療連携拠点病院、病院、診療所、調剤薬局にかかる患者さんが活用できます。小児がん患者さん向けの手帳は別に入手できます。」

④ あらゆる関係者の参画と独立性の担保

①情報介入モデルの作成グループに、関係するすべての専門家グループの代表者が加わっている 患者の価値観や好みが十分に考慮されている

この項目では、介入モデルの作成（検討部会、協議会、最終的な策定）のいずれかのプロセスに関わった専門家グループの代表者が加わったかどうかを評価対象としています。情報ツールには作成グループの構成・専門分野・役割に関する情報などが、会議録や冊子、ウェブサイトなどに記載されていることが望まれます。

情報モデルの作成にあたっては、医療や療養に対する患者の経験や期待が反映されなければなりません。患者の視点をモデルに反映する方法としてはさまざま

な方法があり、たとえば、作成グループに患者代表が参加する、患者への面談から情報を得る、また、患者の経験についての記録や文献の検討などがあげられます。いずれにしても、作成プロセスにこのことが明示されていることが必要です。

②介入モデルの想定する利用者ですでに試行されたことがある

介入モデルの公表に先立って、想定した利用者による予備試験やパイロットが行われる必要があります。たとえば、モデルを病院で試行していることが望ましく、さらに、そのプロセスは作成プロセスに記載されていることが必要です。これによって、現場の医療機関や医療従事者のニーズに沿った目的に合った情報提供と相談支援を行うことができます。

⑤ 作成プロセスと合意形成

①情報を掲載するのに系統的な方法が用いられ、選択基準が示されている 公表に先立って、外部評価がなされている 改訂手続きが予定されている

情報を掲載するために用いられた検索方法、情報源についての情報を含め、記載されていることが必要です。また、得られた情報を掲載するかどうかについての何らかの基準が示されていることが望まれます。その際、合意形成のプロセスや合意が得られなかった場合の対応についても示されているとよいでしょう。

情報ツールは公表されるに先立って、外部評価がなされることが望まれます。評価者は作成グループ外である必要があります、その氏名・所属の一覧、関わった属性とその時期など、外部評価に用いられた方法が示されているとよいでしょう。

例：

検討部会の構成メンバー、試験配布の方法と対象施設および結果、外部評価の対応状況

介入モデルはできる限り最新の情報を踏まえたものでなければならず、改訂手続きについて明確な記述があります。あるいは継続的に部会が最近の情報を入手し必要に応じて変更できる仕組みになっていることが必要です。

⑥ わかりやすさ、患者の視点

①記載が具体的であり、わかりやすい。また、利用のためのツールが用意されている

情報介入モデルでは、「どのような患者にどのような

対応が適切であるか」具体的かつ的確な記載がなされるとよいでしょう。

しかし、記載内容は常に明確であるとは限らず、最善の方法が何か示されないこともあります。このような場合、相談窓口やよくある質問と回答例など、別の方法や解決に至る道筋が記載されていると、利用者にとって利便性と安心感につながります。

利用者にとって重要な記載がどれであるのか、容易にわかるようにするとよいでしょう。同じ記載であっても重要なものは、別表で示したり、太字にしたり、下線を引いたり、フローチャートやアルゴリズムなどとして示すこともでき、親しみやすいイラストや色遣いで情報を伝えるのも効果的です。

情報ツールが実効性を有するためには、補足する関連ツールとともに提供されることも推奨されます。こうしたツールには要約したチラシ・一覧・概要版・冊子・ウェブでの利用などがあり、それぞれの媒体や配布場所の特性を生かしながらツールそのものとともに提供される必要があります。また、これらの関連ツールを含めてそれぞれの運用マニュアルなど、利用者（患者・医療従事者や相談支援者）が活用できる説明書が用意されていることも重要です。

②情報の適用にあたって予想される制度上の障壁、付加的な費用が考慮されている

情報を適用するには、制度上の改変を要することが

あります。また施設によって適用できないなどの記載が必要なものもあります。付加的な費用が発生する場合も、検討の対象とされるよう言及されている必要があります。

③情報ツールは編集に関して資金源から独立している

情報ツールは税金などの公的資金の他に、企業、慈善団体、寄附金などの外部資金を得て作成される場合があります。主体となる自治体や協議会が発行元であり、資金源の意向や利益が最終的な記載に影響を及ぼしていないことを示すために、発行や作成経緯などでの説明記載を行うことが必要です。

5 利用者による研修会・説明会の試行

①利用者に対して、研修・説明会が開催されている

情報ツールの利用者、つまり医療者、相談支援の担当者、行政の担当者など、専門家向けの研修の必要性は、活用の見込みや想定される患者の状況によって大きく異なりますが、プロジェクトの拡大とともに研修・説明会へのアプローチやフィードバックを得る機会について、検討する必要があるでしょう。こうした検討の場は、将来の検討メンバーが一堂に会する場となるとともに、継続的に地域介入ツールの取組みがなされる契機となり得るでしょう。

3 がん情報の提供体制、普及状況を評価するには

前述した地域における情報提供の介入モデルにおいて、指針をお示しましたが、それではどのようにして、「がん対策の施策として有効であった」と判断することができるでしょうか。

がんに関する情報提供のゴールは、がん対策推進基本計画における「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」、そして予防や検診の普及、標準治療の普及によるがん医療の均てん化によってもたらされる「がんによる死亡者の減少」といえるでしょう。

とはいえ、そのゴールに至る道のりにはいくつか構造（ストラクチャー）指標、プロセス指標、（代替を含めた）アウトカム指標を設定する必要があります。施策としての行動目標と評価項目と、それぞれの指標が関連性があればこそ、進捗管理やアセスメントが可能になります

（表2）。

情報提供の取組みの評価としては、情報を「集める」「つくる」「伝える」「広げる」「使う」のそれぞれの段階においてチェックポイントを設定する必要があります。逆にいえば、これらの5つのプロセスのいずれかに問題があった場合には、正しい情報が適切に届かない、利用されないということになるおそれがあります。

以下、順を追って説明しましょう。

①対象と情報の内容（集める・つくる）

包括性

対象とする慢性疾患（がんおよび関連する病態）のすべてと関連する情報を利用できるようにする必要があります。

網羅性

医療上の決定にとどまらず、支援・助成制度、手当、住宅、社会支援、家族、生活の質（QOL）に関連する問題

などについての情報や助言を含む、人々の健康管理と関わる生活上のすべての側面に関して、時期に関わらず支援するための情報をカバーする必要があります。

情報の質

収集された情報は検証され評価を受けることで、信頼性と妥当性を兼ね備えた質の高いものでなければなりません。

身近な地域の情報

患者・支援者は、現状に関する一般的な情報だけではなく、患者会・患者支援団体や地域サービスについての情報などの重要な地域情報の両方にアクセスできなければなりません。一方で、患者支援団体は、情報の評価や認証が重要であることを認識したうえで、情報の活用に関与することが求められます。つまり、公的な性質をもつ組織として、会員以外や地域の住民に対しても責任あるステークホルダーとして情報を発信していく必要があります、その内容は一般的な全国レベルの基準

とアウトカムに準拠するものでなければなりません。

②提供方法（伝える、広げる、使う）

媒体

患者・支援者は、たとえば医療者や情報提供者と対面で、あるいは電話相談を通じて媒体にアクセスし、支援を要請されたり、支援を要求されることがあります。このような場合、患者・支援者が快適にアクセスできるようにしておく必要があります。つまり、情報は利用者にとって適した形式で提供されなければなりません（例：高齢者や視覚障害者向けに読みやすい平易な言葉の使用、若者・子どもには親しみやすい表現の使用、など）。

情報提供の取組みに向けて：準備段階での考慮すべき要素

これまで取り上げてきたガイドライン、評価の指標をもってしてもなお、実際の情報提供プロセスには、認識しておくべき点があります。つまり、出発点の状況は

表2 がんに関する情報提供における指標の考え方

	ストラクチャー指標	プロセス指標	アウトカム指標	目指すべき目標
患者個人 にとって	<ul style="list-style-type: none"> 利用できる情報の数／種類 アクセスできる相談窓口の数／種類（冊子、ネットなど） 	<ul style="list-style-type: none"> 役立つ情報／信頼できる情報を見分けられる より能動的に診療、療養上の意志決定ができる 標準治療へのアクセスが向上する 連携や患者支援の仕組みを活用できる など 	<ul style="list-style-type: none"> 不安の軽減 情報不足の解消 治療成績の向上 など 	
拠点病院 において	<ul style="list-style-type: none"> 相談支援センターの相談員の数／専門性 がんに関する情報の数／種類（冊子、ネットなど） 	<ul style="list-style-type: none"> 院内における情報提供、相談対応件数 院外からの相談対応件数 院内・地域におけるがんの療養相談、連携窓口の認知度 など 	<ul style="list-style-type: none"> 院内、地域におけるがんの治療・療養を含めた情報提供への満足度・信頼感 など 	<ul style="list-style-type: none"> がんによる死亡者の減少 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上 がんになっても安心して暮らせる社会の構築
地域（自治体） において	<ul style="list-style-type: none"> 地域における相談窓口の数／相談員数 がんに関する情報の数／種類（冊子、ネットなど） 	<ul style="list-style-type: none"> 地域における情報提供、相談対応件数 地域の患者・家族・住民におけるがんに関する相談窓口の認知度、活用度 など 	<ul style="list-style-type: none"> 地域完結型のがん医療提供体制において、治療・療養プロセスを含めた情報提供への満足度・信頼感 など 	
国において	<ul style="list-style-type: none"> 拠点病院など、がんに関する相談窓口の数／相談員数 医療圏に対するカバー率（地域／人口） がんに関する情報の数／種類（冊子、ネットなど） 	<ul style="list-style-type: none"> 情報提供、相談対応件数 患者・家族・住民におけるがんに関する相談窓口の認知度、活用度 など 	<ul style="list-style-type: none"> 治療・療養プロセスを含めた切れ目のない情報提供への満足度・信頼感 など 	

地域ごとに多様であり、準備の進捗の程度もさまざまであるということです。これまでの筆者らの取組みにおいても、これらの多くの要因が、パイロットごとの初期の取組み方法を決定づける要素となりました。具体的には、以下の要素があげられます。

- ・情報の提供についてのそれまでの歴史
- ・情報の形式に適したモデルの存在（キーパーソンの存在など）
- ・情報ニーズに関する先行研究
- ・普及計画を提案する環境
- ・サービス利用者の特性やニーズ
- ・地域の保健あるいは社会支援の状況やサービスの特性

準備・検討段階でチェックしておくべきこと

まず、当該地域の療養情報作成の目標を決定する必要があります。とりわけ、利用者が何を必要とするのか、どの関係者が参画し何をすればよいのか、都道府県でどんな情報が利用可能であるかを明らかにしていきます。

多くの場合、こうした取組みの第一歩は、対象とする集団の情報ニーズを明らかにすることです。研究機関や大学、拠点病院などを中心に、協力者を得ながら、これまでの先行研究や取組み状況をもとに、利用者となる患者・家族や医療関係者へのアプローチや協力を得るためのさまざまな戦略について検討します。

私たちは関係者や対象患者に関する情報収集の広さや深さについても検討しました。こうした予備調査（現状分析）でのアプローチの範囲は医療情報の話

題全般にわたる情報収集から、現時点での情報源におけるギャップと質の保証の議論に及んでいました。

理想的な「地域における情報提供モデル」の合意点

良質な「地域の療養情報」としての地域介入モデルとは、考えられるあらゆる有用な情報をもたらすものであり、その推奨が内部としても外部としても妥当であり、診療や連携の場においても実施可能であるものといえます。その評価においては、モデルによってもたらされる利益・害・コストに加え、関連する課題も考慮に入れる必要があります。

したがって介入モデルの評価にあたっては、その内容だけでなく、作成に関わった関係者、検討プロセス、最終的な掲載内容と、採否に関連する因子についての判断などが含まれることとなります。

チェックリストは診療ガイドラインにおけるAGREEチェックリスト（Appraisal of Guideline for Research & Evaluation）と同様、作成プロセスや推奨の質についてなど、さまざまな視点から評価を行うものです。こうした評価体系は、記載内容の正確さやその情報を活用することによるアウトカムを保証するものではなく、意図するアウトカムが達成されそうかどうか（必要なリソースを活用できるか、サービスを享受できるか、など）を評価し、そのことで介入モデルの妥当性を予想するものといえます。現状の適用可能なモデルにおいて、当該の情報提供モデルが地域における患者のアウトカムに与える効果を直接的に評価するものではない点に留意が必要です。

4 事例紹介 地域におけるがん対策の推進と患者支援に向けて

1. 研修会における事例分析

主に自治体でがん対策に関わる行政担当者や拠点病院の関係者を対象として、地域の医療機関や患者支援団体、その他関連するさまざまなステークホルダーと連携して、地域における社会的・文化的背景を踏まえた適切な情報提供と患者支援のあり方のモデルを構築することを目的に、2011年11月に研修会を実施しました。そこでは表1に示した「地域におけるがん情報提供で求められる要素のチェックリスト」を参照しつつ、各都道府県・地域における情報提供に関する内容を分析し、都道府県、拠点病院あるいは国立がん研究センターに求められる役割およびサポート体制について検討しました。

この研修会では最初に、栃木県のがん対策担当者より、がん情報普及の取組みについて、行政の立場から「患者必携」など適切な情報ツールを相談支援センターなどで活用し緩和ケアや相談支援体制の一層の充実を目指すこと、地域単位での同職種間ネットワークに着目し、職種や業種、地域間の相互連携を行政主導で取り組んだ経験について紹介されました。

また、研修会の参加を通して新しく知った点などについてアンケートを行っています。県担当者を含めた参加者からは、情報提供プロセスにおいて、主に「作成すること」にばかり注意が行っていたが、情報の絞り方、評価の必要性、更新を前提に作成することの重要性を知り、大変勉強になった」「先行事例について他

職種との共有は有意義だった」との意見が複数得られ、全体的に好意的な評価が得られました。

一方、「もっと長い時間で議論したかった」との意見もあがり、特に「地域の療養情報の作成にあたり、各機関（医師会、患者会等）との役割分担をいかに進めるか」「患者にとって本当に必要な情報とは何か、利用者の意見をどう吸い上げていくか」について、検討会で好事例の紹介がなされたものの、引き続き継続的に議論を行うことの必要性が指摘されました。

2. 京都府における事例分析

その後、本研修会の取組みをもとに、「京都府がん対策推進府民会議 情報提供充実対策部会」において「情報提供充実対策部会」が発足し、地域の療養情報作成に向けた議論がなされました。部会の中で、地域の療養情報作成に際して、冊子に含む内容だけではなく、「情報をいかに普及させるか」「情報の更新に対応する仕組みをどうつくるか」といった長期的な普及支援に関する議論が進められた点は、研修会で中心的に議論がなされた患者支援モデルを踏まえたものであり、評価されるべき点であると考えています。

また、冊子単体で情報提供を完結させるのではなく、京都府で運用されている府民向けサイトなど既存の医療情報提供の枠組みと連携を進める点は、地域のリソースを活用した網羅的なアプローチにつながるものと考えられ、地域独自の工夫を取り入れた取組みといえるでしょう。

関連して、重要な点の一つとして、患者・家族の置かれた状況や相談内容が多義にわたる可能性を踏まえ、冊子の活用をきっかけとして、必要な人に専門家による直接的支援が届くように、「相談支援体制の充実を目指す」を目指しており、そのための連携ツールとして冊子を位置づけている点があげられます。「必要な情報をどのように絞るか」について行政関係者からのニーズが高かったのですが、一つの情報媒体の中ですべての患者・家族に充足した情報を提供することを目指すのではなく、冊子の普及により、対面や電話による相談支援につなげることが不可欠で、他の地域での情報づくりにおいても連携の視点を取り入れることが望ましいといえます。また、相談支援の均てん化や、より幅広い心理・社会支援にも対応ができる全国的な相談体制の整備が喫緊に求められます。

5 まとめ

がん情報提供の取組みと地域における療養情報の発信と普及に向けて、筆者らが全国各地域の共同研究者と取り組んできた情報評価と活用に向けた取組みをまとめ、具体的な地域での検討プロセスと共に紹介しました。研修会では、地域情報の作成や成果の紹介だけでなく、その後の評価・改訂や患者支援団体など関係者の巻き込み方、普及活用支援のあり方を含めたプロセス全体について議論がなされ、会そのものも好意的な評価を得ていました。また協議会との連携や情報提供に関する部会の設置などを含んだ議論に及び、本研修会での検討結果を受けて京都府など各都道府県での具体化に向けた取組みが具体的に始動、がん対策情報センターと各自治体、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する必要があると考えられました。最近特に求められている情報として、緩和ケアや在宅医療、福祉介護に関する情報があげられますが、こうした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す。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、カンファレンス等）とともに、作成整備される情報と関係者の合意形成、参画状況は地域ごとにさまざまです。こうした背景を踏まえつつ、関係者の主体的参画を促し、地域目線・患者視点の情報提供や支援を行うためのモデルを構築することが望まれます。

関連情報

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター
<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/index.html>
- 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/>
- 3) 患者必携 がんになったら手にとるガイド
<http://ganjoho.jp/hikkei/index.html>

1 県のがん医療の計画立案の進め方 ～何を盛り込み、どう実践するか～

計画に必須の項目

- 県のがん対策を推進・評価するために、2012年6月に改訂されたがん対策推進基本計画に基づいて都道府県がん診療連携拠点病院は行政等と連携し、第一期計画の実績、「がん登録データ」「がん診療連携拠点病院現況報告書」等を活用することで、自県の特徴を踏まえた計画終了時の評価指標を示します。
- 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実を図るために、がん診療連携拠点病院におけるカンサーボードの把握やセカンド・オピニオン等の活用状況・問題点を情報共有しましょう。
- 学会や関係団体などにより認定された「がん医療に携わる専門的な医療従事者」を把握し、チーム医療構成スタッフによる施設間の交流を行いましょ。
- 地域における医療提供体制構築のため「がん地域連携パス」「がん患者必携」等をツールとして連携を図るとともに、介護サービスを含めた地域交流の場を設定することが求められています。
- 県のがん対策について医療関係者以外を交えた会議等において広く意見を拾い上げ、がん政策に反映するとともに、他都道府県のデータとの比較や進捗状況等を参考にしましょう。

放射線療法、化学療法、手術療法等からなるがん医療は、カンサーボード、セカンド・オピニオンやチーム医療等の活用状況・問題点を把握し情報共有しなければいけません。専門的な医療従事者数や具体的なチーム医療の内容を提示しましょう。がん地域連携パスなどのツールを用いて医療・介護の連携をめざした地域における交流の場の設定も必要とされています。県のがん対策を推進・評価するために広く意見を聴取し、「がん登録データ」「がん診療連携拠点病院現況報告書」等を活用することで、自県の特徴を踏まえた計画終了時の評価指標を策定しましょう。

1 がん対策におけるがん医療について

1. がん対策推進基本計画におけるがん医療

2007年（平成19年）6月に策定されたがん対策推進基本計画において重点的に取り組むべき課題に「放射線療法及び化学療法の推進ならびにこれらを専門

的に行う医師等の育成」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」があげられました。分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標では、がん医療に関連する事項として、放射線療法及び化学療法

の推進ならびに医療従事者の育成、緩和ケア、在宅医療、診療ガイドラインの作成、さらにその他の項目として医療機関の整備等が列挙されました。

2. がん対策推進基本計画(2012年6月改訂) におけるがん医療

がん対策推進基本計画が策定された後、都道府県においてもがん対策推進計画等が策定され、この5年間の取組みやがん対策に求められる課題を踏まえ、2012年6月にがん対策推進基本計画が改訂されました¹⁾。重点的に取り組むべき課題に外科医の人員不足が危惧され、外科医の育成や業務の軽減が早急に改善すべき課題となっていることから「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う

医療従事者の育成」と手術療法が加えられ、医師以外の医療従事者の育成を含めた各種療法の更なる充実が謳われています。また「がんと診断されたときからの緩和ケアの推進」と緩和ケアのがん医療への早期からの関与が重要視されてきました。分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標では、重点的に取り組むべき課題にあげられた項目以外に、「地域の医療・介護サービス提供体制の構築」「医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組み」さらに、病理診断医不足を踏まえた病理診断体制のあり方やリハビリテーションによるがん患者の生活の質の維持向上を目的としたがんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対する質の高い研修の実施および育成への取組みなども提示されました(表1)。

表1 「がん医療」に関連した課題:がん対策推進基本計画(2012年6月:一部抜粋)

重点的に取り組むべき課題	1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成 2. がんと診断されたときからの緩和ケアの推進
分野別施策と個別目標	1. がん医療 (1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進 (2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成 (3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 (4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築 (5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組み (6) その他 ・がん診療の病理診断体制のあり方 ・リハビリテーションに関わる医療従事者に対する質の高い研修の実施および育成への取組み ・希少がんに見合った診療体制のあり方

2 がん医療の評価項目

がん医療に関連した事項のうち、重点的に取り組むべき課題「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成」における医療体制の整備、放射線療法・化学療法及び手術療法の充実、医療従事者の把握とその育成、チーム医療の体制整備・推進さらに地域の医療・介護サービス提供体制の構築等に関して評価項目²⁾を列挙します(表2)。がん診療連携協議会等ががん対策を推進する場において評価項目を定期的に確認し、情報共有することで現状把握ができ、改善すべき方が検討できます。

1. 医療体制の整備

①二次医療圏における医療体制

がん診療連携拠点病院は全国どこでも質の高いが

ん医療を提供することができるようにがん医療の均てん化を目標として、平成24(2012)年4月現在、397の拠点病院が整備され、2次医療圏に対する拠点病院の整備率は67%となっています。機能、役割等については指定要件を満たすことが求められます。都道府県がん診療連携拠点病院は全国的に整備されました。一方、地域がん診療連携拠点病院は二次医療圏ごとにおおむね1ヵ所程度整備されているのが要件ですが、指定要件をすべて満たさない場合は、県指定がん診療連携拠点病院等の指定などの対応も考えられています。地域特性を踏まえて、継続的協議体制がとられる場の設定のもと、整備計画の具体的記載が必要です。そのような対応が問題提起にもつながっていくと思われます。

②院内がん診療体制整備および地域における連携体制の強化

院内がん診療体制の整備としてキャンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンス）の設置があげられます。がん診療連携拠点病院等は整備されてきましたが、その現状の把握は不十分です。どのようながん腫のカンファレンスが開催されているか、参加メンバー・開催回数・内容及び検討症例における新規患者の割合など具体的記載が必要です。また、医師による十分な説明と患者やその家族の理解のもと行われるインフォームド・コンセントや患者とその家族の意向に対応するセカンド・オピニオンの体制は整備されてきました。しかし、がん診療連携拠点病院の位置づけを明確にし、地域における現状を把握するために5大がん等のセカンド・オピニオン

について対応件数の分析なども必要です。

③がん地域連携パス

すべての拠点病院において、平成24年3月までに、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備することとされています。この地域連携パスは施策ツールとして策定された経緯もありますから、現状について把握するために、診療計画・施行症例数・バリエーション分析（脱落理由：身体的／社会的）・再発発見率などが評価項目にあげられます。しかし、将来的には、患者の視点に立った患者満足度調査（受診について：通院時間、待ち時間、滞在時間、通院回数、交通費、通院のしやすさ；診療の質について：検査予定の認識度、予定通りの検査実施の認識度、すみやかな再発発見の認識度、

表2 「がん医療」に関する評価項目

医療体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> ●がん診療連携拠点病院の機能、役割等について説明がある ●都道府県がん診療連携拠点病院が1ヵ所程度整備されている ●地域がん診療連携拠点病院が二次医療圏ごとに概ね1ヵ所程度整備されている ●地域がん診療連携拠点病院の整備に関する具体的な方針が記載されている ●がん診療連携拠点病院の整備計画（数値目標）がある ●がん診療連携協議会などががん医療提供体制を継続的に協議する体制がある ●診療科や職種横断的に治療方針について議論するキャンサーボードの推進が示されている ●キャンサーボードの現状について把握している ●セカンド・オピニオン体制の整備および現状について把握している ●地域連携クリティカルパスやがん医療体制について説明がある ●地域連携クリティカルパスの現状について把握している ●地域連携クリティカルパスの整備計画（数値目標）がある
放射線療法・化学療法及び手術療法の充実	<ul style="list-style-type: none"> ●放射線療法を提供している施設・治療装置の設置状況・実施件数を把握している ●放射線療法の推進に関する整備目標がある ●放射線治療機器の品質管理を定期的に行うことにより安全な体制構築を図る ●外来化学療法を提供している施設・実施件数を把握している ●化学療法のレジメン登録など、院内や外来化学療法の標準化や普及体制が示されている ●外来化学療法の推進に関する整備目標がある ●手術療法における鏡視下手術の割合が把握されている ●NCD（National Clinical Database）登録による手術件数・合併症の把握について示されている ●先端技術手術療法や難治性希少がんなどの現状把握がなされている ●術中迅速病理診断体制について把握されている
医療従事者の把握とその育成	<ul style="list-style-type: none"> ●がん診療に携わる専門的な医療従事者（医師、看護師、薬剤師、放射線技師等）の現状を把握している ●がん診療に携わる人材育成を目標設定としている ●各種研修プラン（「がんプロフェッショナル育成プラン」等）への参加を推進している
チーム医療の体制整備及び推進	<ul style="list-style-type: none"> ●チーム医療（多職種で構成された化学療法チーム等）の整備について記載されている ●がん治療に伴う患者の副作用・合併症に対応できるチーム医療による対応策が把握されている ●感染防止対策や歯科診療との連携（口腔ケア）体制の整備プランが示されている
情報の提供・共有・交換	<ul style="list-style-type: none"> ●診療ガイドラインの活用について説明がある ●患者向け診療ガイドラインや解説書の充実などの情報提供について整備する ●集学的医療を行うための他の医療機関との情報交換や連携などを推進している（公開カンファレンスなど）
地域完結型の医療体制	<ul style="list-style-type: none"> ●がん診療連携拠点病院と在宅療養支援所・訪問看護ステーション等の連携体制が示されている ●医療・介護サービスを提供できる各制度の適切な運用と人材育成について示されている ●医療と介護に関する適切な情報交換を行える場の設定が行われている

他疾患の診療；医師についての満足度；がん診療全体についての満足度）も評価項目として検討されるべき課題です。

2. 放射線療法・化学療法及び手術療法の充実

①放射線治療

放射線治療に関して、がん診療連携拠点病院の要件により放射線治療機器は整備されてきています。これらを踏まえて、質の高い放射線療法を提供するため一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術は地域での集約化・役割分担を図ることも重要です。同様に、先進的な放射線治療装置（重粒子線や陽子線治療機器など）の研究開発を推進するために、広域での計画的かつ適正な配置を検討する必要があります。また、放射線治療機器の品質管理を定期的に行うことにより安全な体制構築につながります。

②化学療法

化学療法は外来化学療法の体制整備が行われ、急速な進歩と多様性を示していますが、専門性が高くなってきていることから、レジメン登録など入院や外来化学療法の標準化など体制整備が必要です。

③手術療法

手術療法においては、鏡視下手術の進歩・普及にともない専門性を求められています。手術療法の成績のさらなる向上をめざし、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を学会や関係団体などと連携して行う必要があります。具体的には外科学会などによりNCD（National Clinical Database）登録により手術件数・合併症の把握や専門医制度の充実が図られつつあります。また、高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対して地域性に配慮した一定の集約化や術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定するうえで重要な病理診断を確実に実施できる体制の整備が必要です。

3. 医療従事者の把握とその育成

放射線療法や化学療法、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、医学物理士等の多職種にわたる医療従事者の育成を行っていますが、現時点では不十分です。また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理する課題もあります。学会・関連医療団体など認定の専門／認定医師・看護師・薬剤師・放射線技師等は学会等ホームページで掲示されている

ものが多く、氏名の他に都道府県別／施設別が表示されている名簿もありますが、氏名だけのものや表示形式が一定でないため、都道府県別の把握が難しいところがあります。一方、厚生労働省により提出が義務付けられている「がん診療連携拠点病院現況報告書」では専門医等の記載が求められている記入欄がありますが、専従／専任など業務時間での規定なども混在し、専門的な医療従事者数の把握が困難です。省庁・学会等の連携をより求めるところであります。

しかし、専門性の高い医療従事者が患者に接することで、がん医療の質の向上が図られるのみならず、がん患者へ安心・満足度が供与されることは明らかになってきました。したがって、病院等の医療機関の従事者は病棟・外来のみの部署に限らず、病院横断的医療チームなどを担う医療従事者の育成が必要と考えられます。文部科学省の行っている政策として「がんプロフェッショナル養成プラン」（以下、「がんプロ」）³⁾があり、国公私立大学から申請されたプログラムの中から、質の高いがん専門医等を養成し得る内容を有する優れたプログラムに対し財政支援を行うことにより、大学の教育の活性化を促進し、今後のがん医療を担う医療人の養成推進を図ることを目的としているものであり、厚生労働省（がん対策推進基本計画）とより強い連携を求めるものです。各種教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境整備を行い、専門医、専門・認定看護師などの配置の有無の把握及びがん患者へ情報提供できる体制整備が必要です。

4. チーム医療の体制整備及び推進

化学療法や放射線治療等のがん治療にとまなう患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制が求められています。多職種で構成された化学療法チームを設置することで通院治療を含めて対応可能となるような外来化学療法ホットライン（患者から直接看護師または薬剤師につながる電話連絡等）の設置やSAE（重篤な有害事象）の把握などが可能となり、医師等への負担を軽減し診療の質の向上をめざすことで患者の療養環境の整備につながります。また、手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、専門・認定看護師などや口腔機能・衛生管理を専門とする歯科医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制が求められています。

5. 情報の提供・共有・交換

診療ガイドラインは標準的治療の推進のためのエビデンスとなりますが、患者個別の医療も考慮されるべきです。それらのことを患者・家族が理解するために患者向け診療ガイドラインや解説書などの充実を図り、情報提供について整備する必要があります。また、がん医療の均てん化のために他の医療機関との情報交換や公開カンファレンスなどを通して連携体制の構築も大切です。

6. 地域完結型の医療体制の整備

在宅医療・介護サービスについて、がん患者の間でもそのニーズが高まっています。しかし、がん患者の自宅（老人ホーム・介護老人保健施設を含む）での死亡割合は2008年（平成20年）の人口動態統計では10%

未満であり、過去5年間大きな変化が見られていません。これはがん医療が病院完結型医療が中心に行われてきたこと、在宅療法の主体が脳血管障害などの慢性疾患が主体であったなどの経緯が原因の一つにあげられます。また、がん終末期においては急速に病態が変化すること、がん患者の高齢化に伴いがん患者に脳血管障害・糖尿病・心血管障害など併存疾患を有することなど、介護分野の人材へ適切な情報提供がなされていないことや、病院の医療従事者の介護分野に関する情報に精通していないなど適切な情報交換を行う場が設定されてきていない現状もあります。これらを踏まえて、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制を整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成をすすめる必要があります。

3 他地域におけるがん対策や学会等からの情報収集

1. 評価指標の策定

がん対策の計画策定において重要なことは、行われる政策医療をどのように評価するか、にあります。評価するには客観的データが必要で、一つに数値目標設定が行われます。「がんによる死亡者の減少」、すなわち「10年以内に20%減」の根拠はいままでの実績を踏まえた経年的自然減で10%が得られている状況に加え、喫煙率を半減させることで1.6%の減少、検診受診率を50%まで上げることで3.9%の減少、さらに均てん化を推進することで4.9%の減少を見込んでいます⁴⁾。

「統計でみる大阪府のがん—10年でがん死亡20%減少へのアクション—」⁵⁾では、全体目標及び分野別施策の個別目標において独自の目標設定がなされています。本稿のテーマである「がん医療」は広い意味では予防（たばこ対策、肝炎・子宮がんウイルス対策など）、検診（早期発見など）、がん医療に関する相談支援・情報提供、さらにはがん登録などと関係します。前者では「均てん化の推進」における4.9%の減少⁴⁾が「がん医療」の数値目標に相当します。後者では「がんによる死亡者の減少、患者のQOL向上を目指したがん医療の推進」「放射線療法及び化学療法の推進」「緩和ケアの充実」「在宅医療」「がん医療に関する相談支援及び情報提供」を統合して「均てん化：がん診療連携拠点病院等のカバー率の増加」において死亡率減少割合2.9%⁶⁾という目標値が設定されています。両者とも、おのおの国立がん研究センター研究所

や大阪府立成人病センター調査部という研究施設が整備されていて、そこからの研究成果をもとに算出されています。

将来、地域特性を踏まえたがん対策が推進されるためには、都道府県がん診療連携拠点病院あるいは行政機関に疫学的調査・研究を担当する部署の設置、研究者の育成も必要で、国の主導のもと、あるいは補助を行い、すすめていく体制構築といえます。

2. 地域に特化した情報提供

がん対策を推進するにあたり地域における医療提供体制構築が重要な課題の一つにあげられます。がん患者の高齢化に伴い、併存疾患や治療にともなう合併症からの回復・リハビリそして介護など病院完結型から地域完結型の医療体制が求められています。しかしながら、地域の特性が十分に把握できていない状況では、地域に特化した情報の共有が必要です。文書や電子媒体による情報提供があり、インターネットを介した情報サイトの立ち上げが対応策の一つと考えます。国レベルとしてがん情報の提供は国立がん研究センターがん対策情報センターからのがん情報サービス⁶⁾が充実しています。都道府県別にごがん情報が提供されるサイトも増えてきています。大阪がん情報提供コーナー⁷⁾、広島がんネット⁸⁾など参考となるサイトが多く見られます。大阪のサイトは拠点病院のメンバー10名ほどからなるWGで掲載項目などを議論し、各項目を

分担し作成しています。広島は県のがん対策担当部署が主導して制作しています。また、冊子などの情報として、厚生労働省研究班においてがん対策情報センターが中心となり、都道府県単位で地域のがん患者支援情報を収集し、制作する冊子『患者必携「地域の療養情報」』の試作版⁹⁾が作成されました。その後、地域ネットワーク構築のためのツールとして、各地域のがん診療連携協議会、情報提供部会、がん対策推進協議会等で改訂版などが2012年5月現在、13府県で作成され、地域での連携を促す活動が行われています。このような先行的な活動に目を向け、地域に特化したがん情報をごん患者・住民へ提示することは計画に盛り込んでいく必要があります。

3. がん対策に関する条例

国としてがん対策基本法が成立し、この5年間でさ

まざまな活動が広げられてきていますが、法律を策定することは行政が中心となり制度設計を行う他、人的配置等を含めた予算措置がなされることとなります。都道府県においては「がん対策に関する条例」が相応し、2006年9月29日に島根県においてがん対策推進条例が最初に施行されました。その後、各地で条例が成立・施行され、2012年3月29日に宮崎県がん対策推進条例が施行され、現在19道府県で制定・施行されています。その他、市区町村の条例やたばこ条例などもあります¹⁰⁾。行政首長や議会・議員及び住民などが政策への姿勢を示す一つの形態と考えられます。段階的に整備していく課題の一つと考えられますが、栃木県では都道府県がん診療連携拠点病院である県立がんセンターが行政等と連携し、限られた環境で積極的に活動を行っています。

4 栃木県におけるがん対策(一期)のがん医療に関するレビューと二期計画策定

1. 栃木県におけるがん対策の体制の経緯

栃木県立がんセンターは2007年1月に都道府県がん診療連携拠点病院に指定されました。栃木県におけるがん対策の流れを図に示します(図1)。2005年には栃木県における保健医療計画やがん対策推進計画の策定のため、がん総合対策検討会が設置されました。当会議は、委員は自治医科大学・獨協医科大学など医療機関から医師・看護師、医師会など公的団体・医療機関他、患者団体などの代表、合計14名から構成され、県立がんセンター所長が会長に指名され、県健康増進課が事務局を担当して、県の健康政策やがん対策を推進・評価するために広く意見を拾い上げ、議論を行っています。一方、がん診療連携拠点病院制度の発足とともに、2007年に栃木県にもがん診療連携協

議会(会長:県立がんセンター所長/事務局:県立がんセンター)が設立されています。栃木県のがん診療連携協議会では、単にがん診療連携拠点病院のみの集まりではなく、地域のがん診療を行っている中核医療機関にも参加を呼びかけ、かつ、病院協会、医師会、看護協会、薬剤師会等からの代表が参加しています。がん総合対策検討会で策定された栃木県がん対策推進計画を実行するために、がん医療の均てん化の推進のために協議を行っています。活動組織として、協議会の下部組織として研修部会、相談支援部会、がん登録部会を立ち上げました。その後、研修部会のもとに緩和ケア研修ワーキング・グループ(以下、WGと略す)とがん地域連携バスWGを、相談支援部会のもとに地域連携マネージャーWGを設置しました(図2)。

図1 栃木県におけるがん対策の体制の経緯

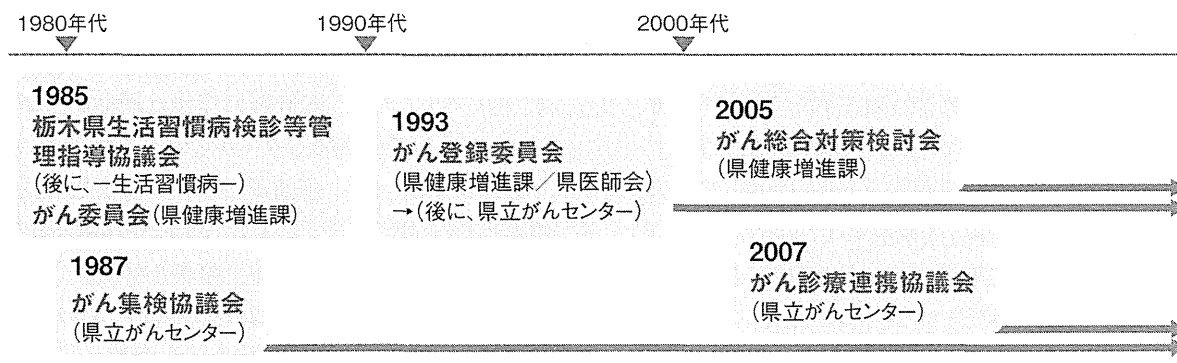


図2 栃木県がん診療連携協議会

※参加組織

(1) がん診療連携拠点病院

- 県拠点病院(★)
栃木県立がんセンター
- 地域拠点病院(★)
上都賀総合病院 自治医科大学附属病院
済生会宇都宮病院 佐野厚生総合病院
獨協医科大学病院
- 県指定病院(★)
大田原赤十字病院 足利赤十字病院

(2) 県内各地域の中核病院(★)

- 下都賀総合病院 芳賀赤十字病院
- 国際医療福祉大学塩谷病院 小山市民病院
- 国際医療福祉大学病院 国立病院機構宇都宮病院
- 国立病院機構栃木病院

- (3) 県医師会 (4) 県病院協会
- (5) 県看護協会 (6) 県薬剤師協会
- (7) 県保健福祉部

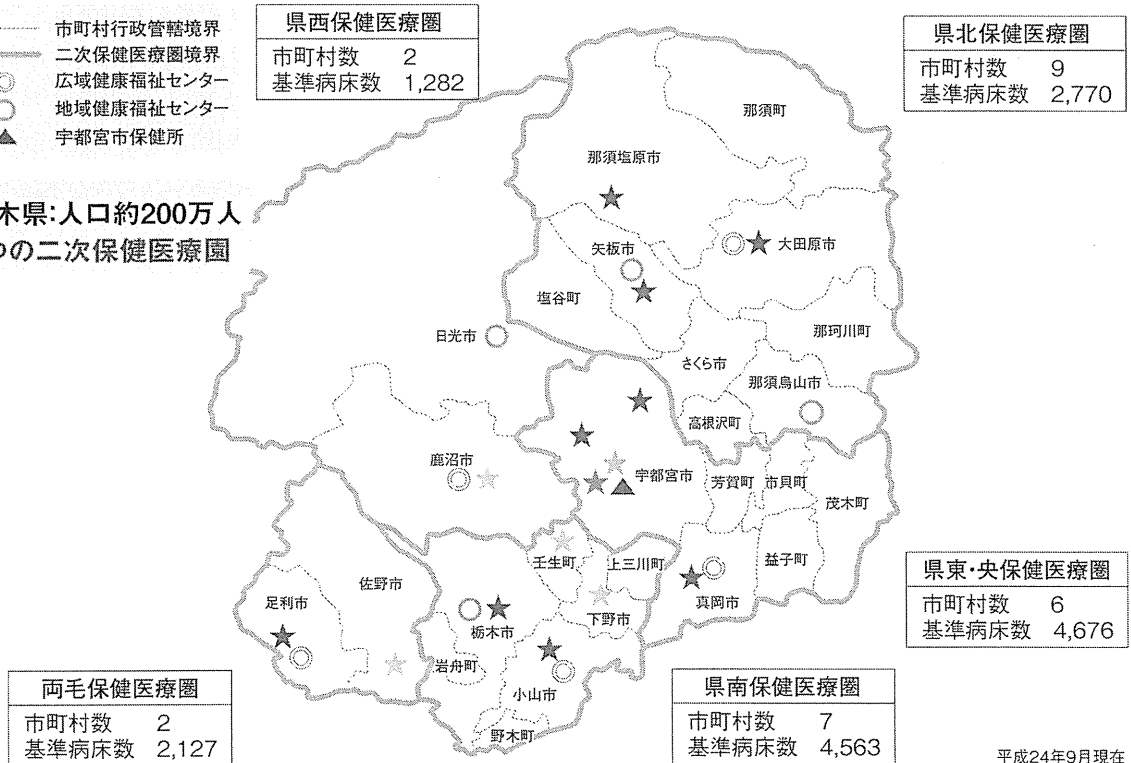
※部会を設置して具体的事案を議論する

部会の名称	主な協議内容
(1) 研修部会	がん診療に係る研修(医師、看護師及びコメディカル)
(2) 相談支援部会	がん診療に係る相談支援に関する事項
(3) がん登録部会	院内がん登録に関する事項

→ 緩和ケア研修WG 地域連携バスWG
→ 地域連携マネージャーWG

- 市町村行政管轄境界
- 二次保健医療圏境界
- 広域健康福祉センター
- 地域健康福祉センター
- ▲ 宇都宮市保健所

栃木県:人口約200万人
5つの二次保健医療圏



平成24年9月現在

2. 栃木県がん対策推進計画(一期計画)の概要

がん総合対策検討会で策定された栃木県がん対策推進計画(一期計画)¹¹⁾は国が策定したがん対策推進基本計画を基本として、本県の特性に合ったがん対策の推進に関する計画を策定し、平成20年度を初年度として、平成24年度を目標年度とする5ヵ年計画です。「がん医療」では、放射線療法・化学療法の推進、緩和ケアの推進、在宅医療の推進、がん医療の均てん化の推進、医療機関のネットワークの構築があげられています。

3. 栃木県における「がん医療」の進捗状況・評価および問題点

2012年3月13日に第17回栃木県がん総合対策検討会¹²⁾が開催され、一期計画に関する評価及び課題が検討され、「がん医療」に関連した事項について以下の評価がなされました(表3)。

- ① がん診療連携拠点病院の整備により、放射線療法や外来化学療法などの実施体制が整い、手術を含めた集学的治療が実施されている。また、都道府県拠点病院や特定機能病院においては、放射線療法

部門及び化学療法部門が設置され、専門のスタッフによる放射線療法や化学療法等が実施されています。しかし、各学会等の専門・認定等の登録医療従事者数の把握も検討する必要があります。

- ②緩和ケア研修については、地域の医療機関の医師等も参加しやすいような開催方法に変更しました。また、薬剤師や看護師などの医療従事者も緩和ケア研修会に参加し、緩和ケアの知識や技能を習得できる体制が整いました。しかし、医師の参加者の増加のために、病院勤務医師では新臨床研修制度の期間に積極的に参加する仕組みづくりや医師会と協力し非病院勤務医師への呼びかけや研修会修了証書の明確な意義付けなどを地域として取り組む必要があります。
- ③国立がん研究センター等における指導者研修を修了した者が増え、緩和ケアの知識や技能を習得できる体制が整いました。研修会参加医師数のみで

なく、指導者数の把握も検討していかなければなりません。

- ④がん診療連携拠点病院の整備の他、県が独自に指定する栃木県がん診療連携拠点指定病院や栃木県がん治療中核病院の制度を創設し、本県のがん診療体制の充実を図っています。県指定病院の設定の意図および効果など積極的に提示し、全国における動向も注視していく必要があります。
- ⑤拠点病院等において、県共通の地域連携クリティカルパス（栃木県医療連携手帳）の運用が開始され、がん患者に切れ目のないがん医療を提供する体制が構築されました。今後はパスの疾患別患者登録・進捗状況・バリエーション（中止）理由など統計的事項をもとに現状把握を行い問題点を整理し、患者の視点に立った患者満足度調査など検討されるべき課題に取り組んでいく必要があります。

表3 栃木県がん対策推進計画に関する評価:がん医療

個別目標	計画策定時	現状値 (H23)	目標値	評価
放射線療法及び外来化学療法体制の整備	—	8病院/8病院	すべての拠点病院に設置	達成
放射線療法部門及び化学療法部門の設置	—	3病院/3病院	都道府県拠点病院及び特定機能病院に設置	達成
10年以内にすべてのがん診療に携わる医師等が緩和ケアに関する知識と技能を習得	—	568人	がん診療に携わるすべての医師 [H24年度までに1,000人] [H29年度までに2,000人]	改善
すべての2次医療圏において緩和ケアの知識及び技能を習得している医師の増加	—	緩和ケア指導者研修 修了者数 19人 精神腫瘍学指導者研修 修了者数 8人	緩和ケアの知識及び技能を習得している医師の増加	改善
すべての2次医療圏において緩和ケアチームを設置している医療機関を複数箇所整備	0施設	11施設 [3施設 2医療圏] [2施設 2医療圏] [1施設 1医療圏]	2次医療圏に複数箇所整備	改善
在宅療養支援診療所や24時間対応可能な訪問看護ステーション等の充実	在宅療養支援診療所 118施設 24時間対応可能な訪問看護ステーション数 45事業所	在宅療養支援診療所 136施設※H24.2.2現在 24時間対応可能な訪問看護ステーション数 45事業所※H22.10.1現在	充実を図る	改善
すべての2次医療圏において、3年以内に概ね1ヵ所程度、拠点病院を整備	6病院	8病院 ※2つの県指定病院を含む	すべての2次医療圏に整備	達成
すべての拠点病院において、5大がん(肺・胃・肝・大腸・乳)に関する地域連携クリティカルパスを整備	0病院	8病院 ※2つの県指定病院を含む	すべての拠点病院で整備	達成

5 栃木県における二期計画策定について ―がん医療の関連事項―

1. 医療機関の整備（治療中核病院の指定）

栃木県保健医療計画（五期）に基づいてがんの医療に関する機能別医療機関を「専門診療」「標準的診療」「療養支援」と分け、診療状況をモニターしています。栃木県では診療報酬上のがん診療連携拠点病院に準ずる病院として、県指定がん診療連携拠点病院に加えて、栃木県がん治療中核病院を2011年度末現在で6病院を認定しています。これら「がん医療」に係る実施状況及びキャンサーボードやセカンド・オピニオンの実施状況について「栃木県がん登録」「がん診療連携拠点病院現況報告書」などのデータをもとに経年的に評価していきます。

2. 在宅療養をめざした地域医療ネットワーク構築

地域連携バスとともに、在宅療養を念頭においた地域医療ネットワーク構築のために取り組みが行われています。

一つに、「緩和ケア」関連の講演会・シンポジウムを2009年より各年度2回、開催しています（表4）。栃木県（健康増進課・県立がんセンター）が開催し、ボランティア団体「在宅緩和ケアとちぎ」（県立がんセンター緩和医療部長が企画者に参与）へ企画・運営を県より委託しています。「在宅緩和ケアとちぎ」は、緩和ケアを希望する人が、病院・ホスピス・施設・自宅など、どこで暮らしていても、また、どこに移っても、切れ目

なく必要なケアが受けられるように関係職種が連携を図り、その人が望む暮らしができるよう、患者さんとご家族を支えてゆくことを目的とした集まりです。ケアマネジャー、看護師、臨床心理士、メディカル・ソーシャルワーカー、理学療法士、薬剤師、僧侶、ジャーナリスト、アロマセラピスト、がんを克服した方、治療中の方、ご家族、医師、歯科医師など、さまざまな背景をもつ方々が参加しています。メーリングリストを介して栃木県のみならず、他地域からも登録され、在宅療養を中心とした情報交換が適宜なされています。

二つ目は、地域でのがん診療における関係機関の連携を推進するための取り組みがあります。たとえば、県健康福祉センター（保健所）・地域がん診療連携拠点病院・県立がんセンターが連携し、医療・介護関係者が一堂に会して研修や情報交換を行うもので、「がん患者必携」をツールとしてがん診療における情報提供のあり方や、病院退院がん患者の退院調整などをテーマとした研修会を実施しています。2012年度は県薬剤師会と栃木県立がんセンターが主催する「薬局におけるがん患者・家族支援のための研修会」を開催予定です。抗がん剤を調剤する可能性のある薬剤師を対象として、抗がん剤を処方された患者に対して、「がん患者必携」をツールとして、情報提供あるいは患者・家族からの相談に対応できるようになることを目標としています。

表4 「緩和ケア」関連の講演会・シンポジウム

栃木県（健康増進課・県立がんセンター）が主催し、ボランティア団体「在宅緩和ケアとちぎ」へ企画・運営を県より委託

○第1回：2009/3/20	基調講演「緩和ケアのいろは」 シンポジウム「地域連携と治療・療養の場の選択」
○第2回：2009/4/26	基調講演「がん患者の退院調整の現状と課題」 シンポジウム「事例を通して学ぶ緩和ケア：若年がん患者の退院調整と在宅ケア」
○第3回：2009/12/13	基調講演「緩和ケアにおける国の政策と最近の流れ」 シンポジウム「緩和ケアと地域連携の実現に向けて」
○第4回：2010/8/8	栃木県在宅緩和ケア公開講座 基調講演「地域社会でのがん患者支援」 シンポジウム「緩和ケアと地域連携」
○第5回：2011/1/8	栃木県在宅緩和ケア公開講座 「生と死について考える」 講演「臨床死生学」、講演「医療者自身が患者・介護者になったとき」
○第6回：2011/12/4	栃木県在宅緩和ケア公開講座 基調講演「地域で支える」～訪問看護と暮らしの保健室から見えてきたこと～ シンポジウム「地域で支える ～いのち輝くときを大切に～」
○第7回：2012/3/18	栃木県在宅緩和ケア公開講座基調講演 「がんと就労」～診断後も自分らしく働くために～ シンポジウム「がん患者支援 ～いつでも、どこでも、誰でもが～」

3. 栃木県に特化したがん情報提供

先行事例を参考にして2011年8月にホームページ「がん情報とちぎ」¹³⁾を立ち上げました。このサイトは栃木県立がんセンターと県健康増進課が中心となり、栃木県がん診療連携協議会参加施設の協力を得て運営されています。トップページでは、協議会参加施設のがん診療連携拠点病院や二次医療圏中核病院が栃木県の地図上に表示され、各々の病院のホームページにリンクされています。トップページ左側のバナー（ウェブサイトを紹介する画像枠で、クリックすると紹介するサイトを表示）では『がんを知る』『予防と検診』『がんと向き合う』『地域で支える』『栃木県の取り組み』に関する情報を発信し、栃木県内のがん医療専門機関・相談窓口などを提示し、関連サイトにリンクしています。『がんを知る』では、「がんを取り巻く状況」を解説し、「診断と治療」「がんQ&A」は国立がん研究センターなどのホームページにリンクしています。『予防と検診』は、「禁煙のお手伝い」で禁煙に関する情報や「肝炎ウィルス検査」に関する情報を掲載しています。『栃木県の取り組み』は栃木県のホームページにリンクし、栃木県のがん対策の情報に直接アクセスし

やすくなっています。また、栃木県がん診療連携協議会内に設置された3つの部会「相談支援部会」「研修部会：がん地域連携パスWG、緩和ケア研修WG」「がん登録部会」の活動状況・資料にはトップページ右側のバナーからアクセスできます。『地域の療養情報』では『患者必携「地域の療養情報」』の試作版の改訂版「あなたとあなたの家族のためのがんの療養情報」が掲載されています¹⁴⁾。『がん地域連携パス』では、栃木県立がんセンターが事務局として作成した栃木県共通がん地域連携パスに参加している計画策定病院や連携先医療機関のリストを提示しています。今後の運用にあたり、がん患者・家族や一般市民の方々の意見を取り入れられる仕組みを構築します。

稿を終えるにあたり、栃木県がん総合対策検討会会長 児玉哲郎（栃木県立がんセンター所長）及び検討会事務局 渡辺晃紀（県保健福祉部健康増進課グループリーダー）、松本秀一（同課スタッフ）などの方々に資料提供、適切なコメントをいただいたことに感謝申し上げます。

参考文献

- 1) がん対策推進基本計画：2012年（平成24年）6月
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ckvt-att/2r9852000002ckzf.pdf>
- 2) 種田憲一郎. 都道府県がん対策推進計画におけるがん医療について、厚生労働科学研究「自治体におけるがん対策の現状分析とマネジメントシステムの構築支援に関する研究」（研究代表者 今井博久）平成20年度報告書
- 3) がんプロフェッショナル養成プラン 文部科学省.
http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/gan.htm
- 4) 廣橋説雄. 第23回市民公開講演会「がんについて」— 国のがん対策と国立がんセンターの目指すところ—（2007年12月1日）
<http://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/lecture/20071201b.html>
- 5) 統計でみる大阪府のがん—10年のがん死亡20%減少へのアクション—
<http://www.mc.pref.osaka.jp/ocr/training/text/0712.pdf>
- 6) がん情報サービス. 国立がん研究センターがん対策情報センター
<http://ganjoho.jp/public/index.html>
- 7) 大阪がん情報提供コーナー
<http://osaka-gan-joho.jp/>
- 8) 広島がんネット
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/>
- 9) 試作版「地域の療養情報」（PDF版）
http://ganjoho.jp/public/qa_links/hikkei/hikkei03.html
- 10) 都道府県のがん対策に関する条例. がん政策情報センター
http://ganseisaku.net/practices/archives/law/gan_local.html
- 11) 栃木県がん対策推進計画（一期）
<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/welfare/gantaisaku/gantaisakuisinkeikaku.html>
- 12) 第17回栃木県がん総合対策検討会
<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/welfare/gantaisaku/gankentoukai-17kekka.html>
- 13) がん情報とちぎ
<http://www.ganjoho-tochigi.jp/>
- 14) 患者必携「地域の療養情報」栃木県改訂版：「あなたとあなたの家族のためのがんの療養情報」
<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/welfare/gantaisaku/documents/gan-ryoyojocho.pdf>

2 県内がん医療の主要病院の連携における問題点と連携・協力体制のつくり方

～どう計画に盛り込み、どう構築するか～

計画に必須の項目

- 医療機能を評価するための指標や目標を設定し、医療現場の把握を行います。
- 医療関係者や行政担当者から構成される医療計画作成のための協議の場を設置します。関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されることが重要です。
- 主要病院間の連携によって得られる成果を明らかにしたうえで目標を設定します。
- 医療提供サイドの視点からの階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った、患者の実際の受療行動に着目した医療連携体制への転換が、主要病院間での連携・協力体制に求められます。
- 五大がん(乳がん、肺がん、胃がん、大腸がん、肝臓がん)をはじめとするがん種ごとの作業部会を設置します。
- 作業部会は、1) 地域医師会等の医療関係団体、2) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師など現に診療に従事する者、3) 介護保険法(平成9年法律第123号)に規定するサービス事業者、4) 医療保険者、5) 医療・介護サービスを受ける患者・住民、6) 保健・医療・福祉サービスを担う都道府県・市町村、7) 学識経験者、8) その他、各疾病及び事業において重要な役割を担う者などで構成するのがよいでしょう。

平成19年に施行された改正医療法(厚生労働省公示70号)により、医療計画制度のもとで、いわゆる4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)、5事業(救急・災害・へき地・周産期・小児)、さらに平成25年度からは精神疾患と在宅医療を加えた「5疾病・5事業及び在宅医療」の医療連携体制の構築が進められることとなります。また次期がん対策推進基本計画では、個別目標として「がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築」があげられています。今後、在宅医療を含めた地域連携の有機的な展開が求められているのです。それぞれのがん医療機関の現状と問題点を共有したうえで、それぞれの医療機能を明確化し、役割分担と連携を推進することが必要です。本稿では、「都道府県内のがん医療の主要病院の連携」に焦点を当て、現在の問題点ならびに連携・協力の体制のあり方、つくり方に関して解説します。

1 がん医療のあり方に関する変化

従来、がん医療は縦割りの診察が実施されてきました。たとえば、胃がんにおいては、診断は消化器内科、手術、化学療法や症状緩和は消化器外科、肺がんにおいては、診断、化学療法は呼吸器内科あるいは手術や術後の化学療法は胸部外科といったように、一つの病院において、がん種ごとに、病態ごとに、診療科といった垣根の中で、診療が提供されてきました。そこでは、専門性の高いがん治療・手術などを行っている医師は技術や治療成績そのものに関心が高く、患者個人がどのような最期を迎え、緩和ケアの必要性や内容はどうかであったか、どのような医療者が看取りに関与したのかといった集約が疎かになる傾向がありました。

「がん対策基本法」が、平成18年6月に議員立法により成立、翌19年4月に施行されました。基本法では、がん対策の一層の充実を図るため、厚生労働省に設置する「がん対策推進協議会」の意見を聞いたうえで、がん対策に関する「がん対策基本計画」が策定され、平

成19年6月に閣議決定されました。その基本方針は、がん患者・家族を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施、ならびにがんによる死亡者の減少（75歳未満のがんによる年齢調整死亡率の20%減少）、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の向上です。こうした中で、患者の視点に立った臓器横断的な診療体系、チーム医療の推進が推奨されるようになりました。また、がん医療水準の均てん化を図ることを目的として、住民が日常の生活圏の中で全人的な質の高いがん医療を受けることができる体制を確保するといった観点から、各都道府県にがん診療連携拠点病院が整備されました。具体的な整備方針は、地域医療水準の格差要因等について検討され、「がん医療水準の均てん化の推進に関する検討会」報告書を踏まえ、平成18年2月に改定され、連携協力体制の要としての連携拠点病院の仕組みが提示され、現在に至っています。

2 がん医療の複雑さ

がん検診等でがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、まず精密検査等が実施されます。がんの確定診断等が行われた場合、さらに詳細な検査により、がんの進行度の把握や治療方針の決定が行われます。がんの治療は、がん診療連携拠点病院やその他のがん診療に係る医療機関において、個々のがんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法またはこれらを組み合わせた集学的治療が実施されます。その後も再発予防のための術後療法や再発の早期発見のための定期的かつ専門的検査等、長期の管理が必要になります。

再発や転移を有するがん患者においては、延命や症状緩和を目的とした化学療法や放射線療法が実施されます。症状緩和のために手術が必要とされることもあります。さらに、がんと診断されたときから、身体

的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、患者とその家族への緩和ケアの提供も求められます。一つの病院において多職種の医療者が自分の専門的な立場で医療チームに参加して患者中心の医療を提供する傾向にあります。一方で、がん診療の主要病院で提供が困難な医療機能を補完し病院間で連携する病病連携も求められています。

在宅医療に関しては、入院医療機関をはじめ、在宅療養支援病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどが有機的に連携し展開される必要があります。入院医療機関としては、円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制、日常の診療支援が可能な体制、急変時の対応が可能な体制が求められます。

3 がん診療連携をめぐる現状と課題

がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（（健発第0301001号 平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知）（平成23年3月29日一部改正））において、都道府県は専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の

整備を図るとともに、当該都道府県におけるがん診療の連携協力体制の整備を図る他、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行うため、都道府県がん診療連携拠点病院にあっては、都道府県に1ヵ所、地域

がん診療連携拠点病院にあっては、2次医療圏（都道府県がん診療連携拠点病院が整備されている2次医療圏を除く）に1ヵ所整備するものとされています。ただし、当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療の連携協力体制の整備がより一層図られることが明確である場合には、この限りでないともされています。

地域がん診療連携拠点病院として複数の病院が指定されている2次医療圏もあります。また最近では都道府県指定（認定）のがん診療を専門とする病院も見られます。これらの中にはすでに十分な医療機能等も有している病院もあり、診療機能を補完するための病病連携の必要性はないのかもしれませんが。機能分化としての一元化は病院の存続に関係する問題にもなりません。一方で、従来複数の病院ががん診療を実施して均衡が保たれていたにもかかわらず、2次医療圏に1ヵ所のがん診療連携病院が指定されたために、がん患者が集中したがん診療連携拠点病院では勤務医の業務

過重となり、十分な医療提供が実施できないといった問題を有するところもあります。こうした現状を解決するためには医療機関相互が有機的に連携する必要性が生じます。各医療圏の現状や各々のがん診療の主要病院の問題点を踏まえて連携の形を考えていく必要があります。

地域連携、特に病診連携においては、平成20年よりがん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携ツールとして地域連携クリティカルパスの整備が開始されました。また、家に帰り終末期を迎えたいというがん患者が6割近くにのぼるといった調査結果から、患者本位の終末期が対応できる在宅緩和ケアを含む在宅医療の整備の必要性もあります。しかし、クリティカルパスの運用をはじめ、地域連携は十分に機能していないのが現状です。在宅医療に関しては、体制構築にあたり、地域における多職種連携を図りながら、24時間体制で在宅医療が提供されることが重要です。

4 がん医療の連携に求められるものとは

がん医療の連携の目的は、1) 住人・患者視点に立った安全・安心で質の高い医療が受けられる体制を構築すること、2) 地域におけるがん医療水準を相対的に向上させるために、個々のがん診療連携拠点病院を系統的に統合し、連動・協働して効果的かつ効率的に機能させる連携体制の確立をめざすことです。そのためには、まずは各医療機関が各々の医療機能を明

確化することが必要です。そして適切な医療の選択の支援、医療機能の役割分担と連携による切れ目のない医療の提供、医療と介護等が連続したサービスの提供など、患者視点に立った医療提供の具体化とその情報提供が必要になります。これらが実現できれば、「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療」が可能になると考えられます（表1）。

表1 階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った医療連携体制への転換

現在の医療計画制度の問題点	新たな医療計画制度での医療連携体制の考え方
(1)患者の実際の受療行動に着目するのではなく、医療提供サイドの視点で構想	(1)患者を中心にした医療連携体制を構想
(2)地域の疾病動向を勘案しない量的な視点を中心に構想	(2)主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制を構想
(3)地域の医療機関が担える機能に関係なく、結果として大病院を重視することとなる階層型構造を念頭に構想	(3)病院の規模でなく医療機能を重視した医療連携体制を構想

5 有機的な連携構築のために必要なポイント

医療機関、たとえば診療所と病院というように大別し、それぞれが専門領域・得意領域をもつことにより、全体として効率的に機能させることが連携構築に求められるのはいうまでもありません。しかし、わが国の医

療供給体制は、入院・診療に関して機能分化が十分ではないのが現状です。

有機的な連携を構築するためには、1. 医療現場の把握、2. 医療機能を評価するための指標や目標の設

定、3. がん医療機関の機能分類とその明確化、4. 医療関係者や行政担当者から構成される医療計画作成のための協議の場の設置と協働、5. 医師を含む医療者に対する教育、6. 住民・患者への公表・啓発などを実施していくことが必要になります。

1. 医療現場の把握

まずは、がんの診療の流れを知ることが大事です。第2節の「がん医療の複雑さ」をご参照ください。有機的な病院間の連携を構築するために、医療資源や連携等に関する情報を共有し、現状を把握します。アンケート調査なども重要であると思います。

①がん診療機能

- ・手術、放射線療法や外来化学療法の実施状況
- ・がん診療を専門的に行う医療従事者数
- ・緩和ケアの実施状況
緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師、緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況等
- ・診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスの整備状況
- ・院内がん登録の実施状況
- ・地域連携クリティカルパスの整備状況
- ・がん診療に関する情報提供の状況
- ・パンフレットの配布、ホームページでの情報提供等
- ・相談支援センターの整備状況
相談員の研修状況等

②在宅療養支援機能

- ・在宅療養における24時間対応の有無
- ・疼痛等に対する緩和ケアの実施状況
- ・がん診療機能を有する病院等との連携状況

2. 医療機能を評価するための指標や目標の設定

医療計画の実効性を上げるために、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが重要です。具体的な目標を以下に示します。

- ①血液検査、画像検査（X線検査、CT検査、超音波検査、内視鏡、MRI、核医学検査）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること
- ②病理診断や画像診断等が実施可能であること
- ③患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた

集学的治療が実施可能であること

- ④各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること
- ⑤患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること
- ⑥相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること
- ⑦がんと診断されたときから緩和ケアを実施すること（緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること）
- ⑧地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること
- ⑨院内がん登録を実施し、地域がん登録へ積極的に協力すること

3. がん医療機関の機能分類とその明確化

医療計画において、患者の望む医療の実現と質が高く効率的かつ検証可能な医療提供体制が目的とされます。基準病床数設定の際には、1) 地域のニーズに基づくこと、2) 病床の機能・疾患の臨床経過を反映すること、3) 介護との整合性が図られることなどが求められています。ここでは、医療機能、とりわけ入院機能を臨床経過、疾病等の種類という2つの軸により分類することが重要であり、医療機能分化を促進させるうえでも欠かせません。

がん医療における医療機関の機能分類に関しては、がん医療を1) 予防、2) 専門診療、3) 標準的診療、4) 療養支援の4つに分類し、それぞれの医療機関の機能を明確化する流れにありました。専門診療としてがん診療連携拠点病院を、標準的診療として病院または診療所を医療機関例としてあげられています。しかし、がん医療においては、がん種ごとのガイドラインで推奨された標準治療を提供することが求められています。専門診療と標準的診療を実際に区別することは困難です。また退院後の在宅療養での支援を含め、受けられる医療の流れがどうなっているのかといった医