

表2 第2回集計から第3回評価への負担軽減のための指標加工

	医療	研究開発	社会
評点ルールにより削除された指標数 (3分の1が低評点)	4	0	11
類似指標と比較して、統合 / 相対的低評点により削除された指標	10	12	19
拠点病院調査 / 現況報告から算出するため評価対象外になった指標	40	1	5
新規に追加された指標	1	2	12

で、平均ではなく割合を示すことで、平均評点に回答者を過度に誘導しない配慮であった。

不適切な指標を削除できるよう、あらかじめ指標を削除するルールを作成した。回答者の3分の1以上がいずれかの視点で1~3 (低い3分の1) をつけた場合には削除し、次回の調査には含めないこととした。また第3回の評価結果で、最初の3つの視点、(1) 施策目標との関連性、(2) 問題の大きさ、(3) 意味の明確さ、の3つのスケールの評点を全て平均したものをその指標の最終評点とし、各分野のグループで上位5位に入ったものを測定対象候補として、最終検討の対象とした。測定可能性については、指標を考える上では重要な視点であるために評価項目の一つとしたが、データ源の知識や調査の経験の有無によって、評価が変わることが予想されたため、最終的な評価基準とはしなかった。

## 2 調査の過程と結果

第1回調査においては、医療分野41、研究開発分野17、社会分野19の指標が候補に挙がっていたが、第1回では、各分野の専門家から医療分野40、研究開発分野22、社会分野64と、非常に多くの指標が提案された。一方、上記の削除ルールにより削除された指標候補は1つのみであった。結果、評価対象のリストが非常に多くなってしまったが、第2回の評価が終わって削除ルールに該当したのは医療4、社会11であり、結果、非常に多くの指標が残された。

第3回評価にはさらに過度ともいえる負担が予想されたため、3つの対策を講じた。まず、拠点病院現況報告などから算出可能なもの、あるいは、拠点病院に現況報告に準ずる形で評価可能な44

指標については評価を待たずとも測定するものとし、第3回からの評価対象からは除外した。次に、類似指標同士では平均評点を比較し、同じような指標については評点が高いものを残して積極的に削除する方針とした。その結果、評価対象としては大幅に削除することができた(表2)。さらなる負担の軽減のため、当初より評点の平均に含めない予定であった測定可能性については第3回の評価からは削除した。

最終検討会には、第3回の結果で、各分類(中分類)で平均評点が上位のものから5指標ずつ(同点があったため46指標)が付された。最終検討会では指標の測定方法や、改善点などを中心に議論がされ、様々な意見が出されて指標の改善がなされた。また、いくつかの指標は入れ替えがなされて、最終的に47指標が測定されることとなった。これらの指標の内訳は表3に、合計91指標のリストは第43回がん対策推進協議会の別添資料2として掲載されている。

## 3 今後の予定

指標の策定はこれで一定のものが策定された。指標のリストを見ると、それぞれの分野の一部分を取り出して測定するといった、ちょうど工業製品を生産ラインから一部取り出して検査することで全体を評価するのに類似している。個別の指標の内容だけで考えてしまうと、当然「これだけの指標でがん対策の進捗がわかるのか」といった疑問が浮かぶであろうが、測定に使える資源が無限ではない以上、測定ポイントを一定の範囲に絞るのは必要である。大切なのは理想を追い求めて足踏みするのではなく、優先度の高いものから測定し事例を蓄積しながら、適宜振り返ることであ

表3 各分野の採択指標数

	採択指標数	うち構造指標
<b>A. 医療</b>		
<b>1: 放射線療法, 化学療法, 手術療法のさらなる充実</b>		
放射線療法	3	3
化学療法	6	5
手術療法	1	
全分野の医療内容	4	1
地域完結	1	
ガイドライン	2	2
医療安全	1	1
チーム医療の推進/CB	7	6
医療専門家の配置	7	7
適正なチーム分業	2	2
患者中心の体制 (IC など)	7	3
地域連携	3	1
在宅医療・在宅緩和ケア	4	
地域貢献 (患者教育など)	1	1
小児がん	6	2
希少がん	2	1
病理診断	1	1
リハビリテーション	2	1
<b>B. 研究技術開発分野</b>		
<b>1: 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取り組みの強化</b>		
各種ラゲ	2	
申請・承認の数量	4	
<b>2: がん研究の推進</b>		
臨床試験	4	1
基礎研究	1	
<b>C. 社会分野</b>		
<b>1: がんに関する相談支援と情報提供のさらなる充実</b>		
相談支援	6	5
情報提供	4	1
<b>2: がんの教育・普及啓発活動の推進</b>		
学校教育	3	
社会普及啓発	2	
<b>3: がん患者の就労を含めた社会的な問題の軽減</b>		
就労問題	4	
社会的な問題	1	
合計	91	44

り、そのようにして評価も成熟していくと考えられる。また、今回策定された指標は絶対に最適のものと言うわけではないだろうし、時代とともに

最適の指標は変化する。経時的な比較にとらわれて指標を硬直化するよりも、課題を見つけて指標を改訂する、あるいは別の指標を測定することの

ほうが、がん対策を改善し、がん患者のために良いのではないかと考えられる。

そのような思考のもと、今後は指標のパイロット測定に入る。今回の策定された指標については、事業所や学校などの調査が必要であるなど、必ずしも容易にはアプローチできないものや、また、経口抗がん剤の服用患者に対する治療理解度のチェックといった、対象患者へのアプローチに困難が予想されるものが含まれている。これらに

対しては今後の測定体制を整えることが課題となる。また、一般がん患者への質問紙調査が必要なものが13指標存在しているため、院内がん登録を使って施設経由で患者に調査を行うことが想定されており、未だ行われていない体制の構築が必要となる指標もある。平成26年度はそのような試行により経験を蓄積することで、よりよい評価とがん対策につなげていく。

特別連載

—日本のがん対策の新しい動き—

—科学的根拠に基づいたがん対策を進めるために—

## がん対策を包括的に進めるための枠組みの検討

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

高山 智子 八巻 知香子 山崎 由美子 伊東 洋介 渡邊 清高

国立がん研究センターがん対策情報センターがん政策科学研究部

東 尚弘

国立がん研究センターがん対策情報センター

若尾 文彦

### はじめに

平成24年6月に第二期のがん対策推進基本計画（以下、基本計画と略す）が策定され、計画に基づく対策と対応が各都道府県をはじめとする各関係者の間で進められている。がん対策の範囲は幅広い。第一期の分野別に掲げられていた7分野の施策は、予防から治療に関わる医療体制までがんのすべてのプロセスを扱い、がんの医療的側面だけでなく患者の社会生活の側面についても扱っていることで、対象も医療者、患者だけでなく一般市民にまで及んでいる。第二期にはさらに9分野へと広がり、特に就労や小児がん対策、がんの教育・普及について新たに上げられるなど、がん対策として扱う重点領域は拡大し、それに伴った実際の施策の充実が課題となっている。

一方で、さまざまな関心領域は広がっているものの、基本計画の分野ごとに書かれた施策の粒度には差があり、分野によっては、実際にすべきことの全体像が見えにくくなっていることも否めな

い。それぞれの分野のがん対策の充実を考える際には、明文化された事項の進捗状況の確認とともに、明文化されていない事項についても本来意図されている課題を全体目標と照らし合わせて現状の課題を読み取る必要がある。また、分野を超えて潜在的に込められている意図を十分にくみ取りながら、共通の課題を見極めることも重要である。当然ながら、こうして導き出された全ての課題に対して具体的な対策や対応がとれるわけではないが、少なくとも基本計画の中で触れられている課題の網羅性を確保した上で対策や対応を検討することで、そのときの優先順位を決めやすくなると考えられる。

科学的根拠に基づいてがん対策を進めるためには、実態を把握し、段階を追って研究や検討、そして個々の対策を進める必要がある（図）。本検討では、科学的根拠に基づいたがん対策を進めるために必要な計画の枠組みを検討することを目的として、臨床現場や行政をはじめとする地域の構成員が個々の取り組みを行うことで計画が実現されるという観点から、3つの全体目標に共通する

有効ながん対策	予防	早期発見	診断	治療	終末期ケア
実態の把握	がんサーベイランスシステム (がん登録)				
	罹患率, 死亡率, 生存率, QOL				
方法の開発	臨床研究の支援				
	予防法開発	検診法開発	診断法開発	治療開発	緩和ケア法開発
	科学的根拠のまとめ / 各種ガイドラインの作成と更新				
	予防ガイドライン	検診有効性ガイドライン	診療・緩和ケアガイドライン 診療標準クリニカルパス		
実施と普及	科学的根拠に基づいた質の高いがん対策の実施と普及 = 専門家に対する教育・研究・支援				
	一般国民に対する知識と情報の普及				
	予防介入	検診	検査診断	手術, 化学・放射線療法	緩和ケア
評価	生活習慣のモニタリング	検診の受診率把握	検診の精度管理	診療実態の把握	

図 科学的根拠に基づくがん対策の進め方

がん対策を進めるために必要な要素の抽出を行った。具体的には、第二期がん対策推進基本計画に記述された内容を文脈ごとに分解し、整理と検討を繰り返して、枠組みに必要な要素の洗い出しとその構造化を行った。このような計画の枠組みとそこに含まれるべき要素が示されることによって、今後、新たな分野の計画が必要となった際に、どのような観点を計画に盛り込むべきなのか、また考慮すべきなのかについての検討が容易になると考えられる。

### 1 枠組みの作成

取り組むべき対応や対策の検討段階での網羅性について検討するために、1) どの全体目標に対する施策かという観点で施策分野を分類して一つの軸とし、次に2) 科学的根拠に基づくがん対策の枠組みに必要な共通要素を整理することで第2軸とした。これらの2軸を縦・横に並べて交差した各セルに具体的施策を分類した。

#### 1 ● 施策分野の分類

3つの全体目標のうち「がんによる死亡者の減少」の目標については、予防、検診、標準治療（適切な診断・治療技術）、医薬品・医療機器の開発、予防・社会医学研究を「分類1」として、基本計

画に示された課題を整理した（表1）。

「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」の2つの目標については、目標そのものの方向性や対策として重複することを多く含むため、今回の枠組みの検討では一緒に扱った。その際に、網羅性を担保させるための一つの検討軸として、全人的苦痛（トータルペイン）の身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、霊的苦痛（スピリチュアルペイン）の4要素と一般市民や健常者を対象とした健康教育・ヘルスプロモーションの5要素を「分類1」として、さらに具体的に示される内容の分類を「分類2」として検討を行った（表1）。

がん対策推進基本計画（H24年6月）の「分野別施策と個別目標」に掲げられた9分野（1. がん医療, 2. がんに関する相談支援と情報提供, 3. がん登録, 4. がんの予防, 5. がんの早期発見, 6. がん研究, 7. 小児がん, 8. がんの教育・普及啓発, 9. がん患者の就労を含めた社会的な問題）の取り組むべき課題と個別目標について、整理番号をつけた。この際に、一つの文章の中に複数の課題が含まれている場合には、文章を箇条書きに分解して、課題毎に一つの整理番号になるようにした（課題毎の整理番号およびがん対策推進計画の対応表については、それぞれ付表1、参考資料

表1 全体目標別の課題の網羅性担保のために今回使用した分類

全体目標	分類1	分類2
1 がんによる死亡者の減少	予防	-
	検診	-
	標準医療（適切な診断・治療技術）	-
	医薬品・医療機器の開発	-
	予防・社会医学研究	-
2 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	身体的苦痛	がんや治療により生じるさまざまな身体症状
	精神的苦痛	がんや治療に関連して生じる不安や悩み、精神的な症状 情報不足により生じる苦痛
3 がんになっても安心して暮らせる社会の構築	社会的苦痛	がんや治療に関連して生じる不安や悩み、精神的な症状 治療に関連して生じる社会的な役割の変化などによる苦痛
		医療の不足により生じる苦痛
		医療資源不足により生じる苦痛 情報不足により生じる苦痛
	スピリチュアルペイン	がんや治療そのものに関連して生じるスピリチュアルな苦痛
	健康教育・ヘルスプロモーション	健常者や罹患前の人を含めた対象に対する活動

として、誌面上の関係から、独) 国立がん研究センターがん対策情報センターがん政策科学研究部のサイトに掲載した。http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health\_s/index.html).

2 ● 共通要素の整理

科学的根拠に基づくがん対策の枠組みに必要な要素を「がん対策の各段階」として表2に整理した。その結果、科学的根拠に基づくがん対策には、実態把握、教育・啓発、関係従事者への研修、研究・技術・支援開発、体制整備（実施・普及・強化）、モニタリングの6段階とそれぞれに含まれる要素として、少なくとも18の要素が抽出された。さらに、ここで抽出された「がん対策の各段階」と各段階に含まれる要素に沿って、分野別施策の一つである、がんに関する相談支援と情報提供について、がん対策の各段階で「必要とされる内容」および「確認できる進捗状況を確認するための指標例」を表3に示した。

3 ● 枠組み（各分野と共通要素）に基づく施策の分布

前章で作成された2軸をもとに枠組みを表4および表5（誌面上の関係から、独) 国立がん研究

表2 科学的根拠に基づくがん対策の枠組みに必要な要素

段階	各段階に含まれる要素
実態把握	国内の現状把握・分析
教育・啓発	国民への啓発
	患者・家族への教育・啓発
関係従事者への研修	行政関係者
	一般医療者教育
	専門家の育成
研究・技術・支援開発	新技術・支援
	既存の取り組みの強化・推進 新対策
体制整備 (実施・普及・強化)	情報提供体制強化
	患者支援・相談体制の強化
	医療従事者支援
	医療者以外への支援
モニタリング	個別施設体制強化
	施設連携体制強化
	関係団体を含む地域医療連携体制強化
	情報収集体制 公表体制

センターがん対策情報センターがん政策科学研究部のサイトに掲載した。http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health\_s/index.html) に整理

した。整理するには各分野の施策対象を予防・検診・標準医療・医薬品、医療機器開発・予防社会医学研究を列に分離し、それぞれの分野を、教育啓発、医療従事者への研修、研究技術開発、体制整備、モニタリングとして行に分類し、その交差点となるセルにがん対策推進基本計画に記載のある施策を分類した。その上でどのような施策も当てはまらなかった空白セルに関しては、それをきっかけにして施策を考えることが可能である。

この空白行に何を埋めるのかは今後の検討により公式には決めていくべきであると考えられる。今回は考え方を示すために、表4に筆者らの検討を元に例を挙げてみた。たとえば、予防や標準医療については一般医療者の教育が、基本計画に定められている記述が存在するが、検診については存在しない。そこから、検診について一般臨床家に対する検診の教育の必要性について検討するきっかけが生まれる。そう考えると、一般臨床医にとって、健康人に対する検診はどのようにあるべきか、臨床における検査とどのように違うのか、住民検診と任意型検診（人間ドック）の考え方の違い、のなどの知識は広まっているとはいえない。検診の利益だけでなく、不利益についてもなどについての意識なども教育の意義はある可能性がある。このように施策の分類・整理をすることによって、現在存在しないが重要である可能性について気づくことが可能になるのである。

## 2 各分野の計画を実施する際に必要とされる内容と、それに対応した進捗指標の例

がん対策を具体的にやっていくためには、具体的な様々な施策を計画して実行することが必要であるとともに、それらに対応した進捗管理指標を設定して常にモニターし必要に応じて軌道修正していく必要がある。そのため、例として分野2の「がんに関する相談支援と情報提供」について、がん対策の枠組みに必要な要素の枠組みに基づいて、「計画を実施する際に必要とされる内容」と「進捗状況を確認するための指標例」の検討を行った。各分野の推進のためには、それぞれに進めるべき詳細な過程が必要である。必要とされる内容と進

捗状況の確認指標を示すことで、関係者が共有できる道標になり、これにより、この分野としての計画から改善までの取り組みの体制についての検討が可能になると考えられる。

## 3 考察

科学的根拠に基づいたがん対策を進めるために必要な計画の枠組みを検討することを目的として、第二期がん対策推進基本計画に記述された内容を文脈ごとに分解し、整理と検討を繰り返して、枠組みに必要な要素の抽出を行った。この結果浮かび上がってきたがん対策の枠組みに必要な要素は、分野横断的に検討を行ったことで、それぞれの分野には書かれていなかった、あるいは書き切られていなかった計画に必要な視点を浮かび上がらせることにつながったと考えられる。分野によって科学的根拠の蓄積の度合いや体制整備状況は異なるため、このような違いは当然起こりうる。しかし、基本計画の基本方針2にも書かれているように、「重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施」を行うためには、がん対策を推進するために必要な多くの関係者の協力を得ながら進めていく必要があり、できるだけ必要な視点のもれなく、網羅的であることが重要である。一覧として全体の課題をがん対策の段階に沿った枠組みで見渡せるようにすることで、関係者間での目標の確認などをするということにも役立つであろう。また、こうした分野ごとの進捗状況の違いを一覧で確認することにより、新たな分野や発展途上の段階の領域については、他分野の計画を参考にしつつ今後の計画立案に活かすこともできるかもしれない。

### 1 ● 分野横断的な活動計画の必要性

「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」の2つの目標については、今回、全人的苦痛の4要素と一般市民や健常者を対象とした健康教育・ヘルスプロモーションの5要素から検討を行ったが、各苦痛の領域に入る項目は、計画に掲げられている分野を横断するもの

が少なからず見受けられた。実施計画を立てる際には、こうした分野横断的な視点でも検討が必要であろう。また全体として、どの目標に対して実施されている計画であるのかを容易に見極めるためにも、こうした整理された表が必要になると考えられる。

2 ● 今後の計画立案に関する教訓と方向性

今回の検討では、すでに書かれた基本計画の内容から枠組みの整理を行った。その中で何度も文を読み返して整理をして行ったが、記述の内容に関してその対象とする段階が非常に多様であった印象がある。具体的に何を実行するのかを例示してある施策分野から、必要性について検討することだけが記述されており、言葉の定義も曖昧なものなど実に様々であった。また違う章に繰り返し出てくる分野なども見受けられ、整理の過程で記述をどこに分類すべきか迷うものも少なくなかった。

がん対策はどう立案していくべきか。施策を考えていく上で関係者の参加はもちろん重要であるが、それだけでは声の大きい団体の利益を代表とした計画になってしまうリスクがある。一方で、関係団体がそれぞれの分野において活動することを通じて蓄積してきた知恵は貴重なものがある。今回のような整理方法は各分野で蓄積された知恵をもとに整理軸として抽象化することで他の分野にも応用し、意見聴取だけでは見過ごされがちな施策を抽出することができる。これは施策を系統的に考えるために必要なステップといえる。

がん対策の範囲は非常に広いため、今後は、強化・推進すべき内容が決まったならば、計画の枠組みに沿って内容を埋めていくような形で、整理することが、具体的な計画を立てていくことで、漏れもすくなく、系統的な計画が立てられる早道かもしれない。

表3 分野2「がんに関する相談支援と情報提供」のがん対策の各段階別に見た計画を実施する際に必要とされる内容と進捗状況を確認するための指標例

がん対策の各段階		計画を実施する際に必要とされる内容	進捗状況を確認するための指標例
実態把握	苦痛（ニーズ）に関する調査・分析	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族の情報・相談ニーズ（悩みや不安）の実態把握を行う</li> <li>情報・相談ニーズが発生している原因・背景の分析を行う</li> <li>特定された原因、背景の然るべき部門や機関等へのフィードバックを行う（対応策、さらなる原因究明など）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（△悩みや不安の領域別、疾患別の数、必要な情報や相談内容の範囲（多様性）の特定）</li> <li>必要な情報にたどり着く、提供された人の数、割合</li> <li>必要な情報にたどり着く、提供されるまでの時間（の短縮）</li> <li>悩みや不安が解決・軽減した人の数、割合</li> </ul>
	国民への啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>がんに関する情報の探し方などの認知を高めるための働きかけを行う</li> <li>がんの情報や拠点病院・相談支援センターなど情報発信・相談拠点となるための院内・外の広報活動を充実させる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>拠点病院、相談支援センター、がん情報サービスの認知度（世論調査）</li> <li>情報発信・相談支援センター等発信・対応拠点の利用件数</li> <li>がんに関する情報の探し方の知識・活用力（ヘルスリテラシー、情報発信・相談対応拠点をさがし始めてから見つかるまでの時間等）</li> </ul>
関係従事者への研修	患者・家族への教育・啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>罹患前後でがんの情報や医療機関の使い方・仕組み等について教育 / 学習できる機会がある、そうした場が増える</li> <li>罹患前後でがん情報の獲得ができるようにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診や診断が行われる施設、療養する場での情報（パンフレット等）を必ず受け取る人の割合、相談対応割合</li> </ul>
	行政関係者	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族の苦痛の理解（どのような情報を求めているのかを知る）とそれへの対応や支援が可能ながん対策体制について学ぶ機会をもつ、実施できるようにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（△学ぶべき対象者と内容の特定）</li> <li>研修や学ぶ機会の数、受講割合</li> </ul>
	一般医療者教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族の苦痛の理解（どのような情報を求めているのかを知る）とそれへの対応や支援方法、がん対策体制について学ぶ機会をもち、実施できるようにする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（△学ぶべき対象者と内容の特定）</li> <li>研修や学ぶ機会の数、受講割合</li> </ul>
	専門家の育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族の苦痛の理解（どのような情報を求めているのかを知る）とそれへの対応や支援方法、がん対策体制について学ぶ機会、専門家間で情報共有できる機会をもつ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>（△学ぶべき対象者と内容の特定）</li> <li>研修や学ぶ機会の数、受講割合</li> <li>専門家間での情報共有機会の数</li> </ul>



表3 続き

がん対策の各段階	計画を実施する際に必要とされる内容	進捗状況を確認するための指標例
研究・技術・ 支援開発	新技術・支援	情報格差が生じやすい対象、情報や相談支援未整備領域の特定、対応や対策等を検討する (△研究や開発等による新たな視点、見方、情報や提供方法の数等)
	既存の取り組みの強化・推進	第一期計画の評価を踏まえ、情報不足による苦痛に対して効果があると考えられる施策を引き続き充実、強化する (△第一期計画の評価による改善点や課題の抽出)
	新対策	第一期計画の評価を踏まえ、不足していると考えられる領域の新たな対策を組む (△第一期計画の評価による課題の優先順位と対策案の策定)
体制整備 (実施・普及・ 強化)	情報提供体制強化	相談支援センター等情報発信拠点に対する情報(提供)の充実(希少がんや副作用等の情報も含む)をはかり、活用できるようにする (△目標とする範囲の特定) ・利用者(患者・家族、医療従事者等)と情報発信拠点が必要とする情報のカバー率 ・必要とされる(悩みや不安に対応できる)情報範囲・内容の特定、拡大状況(コンテンツ数等) ・不適切情報へのアクセス数(減少)
	患者支援・相談体制の強化	相談支援センター等情報発信拠点における情報提供や相談対応を充実させ、対応の量・質ともに向上させる ・信頼できる情報に基づき提供される/多様なニーズに対応できる情報提供・相談対応拠点数 ・相談員の定期的・継続的な教育・学習機会数、参加人数 ・相談対応のプロセス・アウトカム評価の実施割合と改善への取り組み実施割合
	医療従事者支援	相談員以外の医療従事者が情報提供や相談支援対応をしやすい環境の整備を行う ・多様なニーズに適切に応えるための院内専門家との協力連携体制の構築と構築状況を明らかにする (△その専門職種ごとのカバーすべき対応領域と連携範囲の特定) ・医療者が情報提供や相談対応に活用できるツールや情報数 ・連携協力状況(会う機会/回数/検討や調整事項数・深さ等)の把握や連携協力による成果や効果の共有の機会数
個別施設体制強化	医療者以外への支援	医療者以外の支援者が情報提供や相談支援対応をしやすい環境の整備を行う ・多様なニーズに適切に応えるための専門家以外のがん患者・経験者との連携協力体制の構築と構築状況を明らかにする (△がん患者・経験者のカバーすべき対応領域と連携範囲の特定) ・医療者以外からの支援者が情報提供や相談対応に活用できるツールや情報数 ・連携協力状況(会う機会/回数/検討や調整事項数・深さ等)の把握や連携協力による成果や効果の共有の機会数
	個別施設体制強化	患者や家族の苦痛の理解(どのような情報を求めているのかを知る)とそれへの対応や支援方法、がん対策体制について学ぶ機会をもち、確実に実施できるようにする ・相談支援センター人員の量的・質的な充実をはかる ・院内専門家間の連携体制/専門家以外のがん患者・経験者との連携協力体制をはかり、充実させる (△施設内の学ぶべき対象者と内容の特定) ・施設内の研修や学ぶ機会の数、受講割合 (△量的・質的な充実がはかれていない理由や原因の特定) (△院内専門家間及び専門家以外のがん患者・経験者等との連携協力ができない理由や原因の特定)
	施設連携体制強化	施設間の役割分担と連携を明確にする ・施設間の院内専門家間の情報共有と連携体制/専門家以外のがん患者・経験者との連携協力体制をはかり、充実させる (△連携の定義、連携と見なされる範囲の特定) ・地域単位での役割分担状況、連携協力による成果や効果の共有の機会数
モニタリング	関係団体を含む地域医療連携体制強化	関係機関ごとの役割分担を明確にする ・さまざまな関係者を巻き込んだ効率的・効果的な情報提供と相談支援を進める ・多様なニーズに適切に応えるためにさまざまな関係者間での役割分担と連携体制を構築し、機能させる (△連携の定義、連携と見なされる範囲の特定) ・地域単位、全国単位での役割分担状況、連携協力による成果や効果の共有の機会数
	情報収集体制	「必要な情報にたどり着く、提供された人の数、割合」他、指標例で取り上げられた情報の収集を行う ・多様なニーズに応えるためにさまざまな関係者間で情報収集のための役割分担と連携体制を構築し、機能させる (△相談者からのフィードバック方法の確立) (△相談対応者からのフィードバック方法の確立) (△実態把握～体制整備の各項目の情報収集状況)
	公表体制	上記の「実態把握」～「情報収集体制」の対応状況について、わかりやすい形で公表する ・公表に際しての留意点(改善を阻害しうる要素等)の検討を行う (△公開・公表すべき範囲と内容の特定) ・公開・公表の機会、実施割合

注) (△・・・)は、測定の前に前提となる条件と考えられるもの

表4 がん対策の各段階別に検討した基本計画の各取り組みべき課題の分類 (全体目標1 がんによる死亡者の減少)

がん対策の各段階に 必要な要素	(分類) 予防	検診	標準医療 (適切な診断・治療技術)	医薬品・医療 機器の開発	予防・社会 医学研究	
実態把握	国内の現状 把握・分析					
教育・啓発	国民への啓発	4.1 喫煙率低下と受動喫煙防止策の充実 4.2 禁煙意識向上の普及 4.5 家庭での受動喫煙防止の強化 4.6 感染に起因するがん対策の検討 4.12 生活習慣によるがん予防の普及啓発 4.01 成人喫煙率 12% (2022年度までに) 4.02 未成年者の喫煙をなくす 4.03 受動喫煙のない職場の実現 (2020年度までに) 4.04 受動喫煙率を家庭 3%飲食店 15%に (2022年度までに) 4.05 感染に起因するがんへの対策推進による予防 4.06 ハイリスク飲酒者の減少 4.07 運動習慣者の増加 4.08 野菜と果物の摂取量の増加 4.09 塩分摂取量の減少	5.4 職域がん検診の普及啓発 5.11 がん検診の意義・限界(弊害)等の啓発	1.5.11 患者目線の治療等の普及啓発 1.5.12 患者への治療等の適切な情報提供	1.5.11 患者目線の治療等の普及啓発 1.5.12 患者への治療等の適切な情報提供	3.3 地域がん登録の周知 6.19 がん研究への理解の深化
	患者への啓発	4.3 禁煙の支援	(対象が一般国民のため該当せず)	1.1.1.8 患者への情報提供の支援	1.5.12 患者への治療等の適切な情報提供	6.2 がん臨床試験の体制整備
行政関係者	4.1 喫煙率低下と受動喫煙防止策の充実 4.4 職場での受動喫煙の防止 4.12 生活習慣によるがん予防の普及啓発	5.3 がん検診実施の助言、努力 5.4 職域がん検診の普及啓発	標準医療を普及させるための環境作り (公立病院の医療従事者の研修機会確保)	1.5.4 医薬品開発に対応する人材の育成		
関係する医療従事者への研修	一般医療者教育	4.6 感染に起因するがんの対策の検討 4.12 生活習慣によるがん予防の普及啓発	検診のエビデンス、精度管理の要点、効果的な受診勧奨方法について一般臨床家への周知	1.1.01 前得できる治療環境の整備 患者調査で「十分に議論して治療を決めた」と回答した割合 1.1.1.6 診察ガイドラインの整備	臨床研究への紹介や紹介先の周知など	
	専門家の育成	禁煙外来の普及	①地域の保健師を対象とした研修プログラム (上記の総論と、実際に取り組む際のノウハウを研修する) ②①より上位の「指導者」レベルの医師 (県のがん対策における部会委員など指導的立場の者) を対象に、県全体の検診体制、受診率向上について取り組むべき事項を研修する	1.1.2.4 放射線治療の人材の適正配置 1.1.3.1 化学療法の人材の適正配置 1.1.4.5 病理診断体制の整備 1.2.1 がん専門医療従事者の育成推進 1.2.2 がんの専門的・大学教育体制の整備 1.2.3 がん医療従事者の研修体制の検討 1.2.4 がん医療従事者の育成 1.2.02 がん専門医のあり方の整理 1.2.03 がん医療の質の向上	1.5.2 研究者・CRC等の育成	6.23 がん研究の人材育成
新技術	4.11 ビロリ菌除菌の有用性の検証	5.2 がん検診の方法等の検討 5.9 効果的ながん検診受診勧奨方法の開発	1.1.2.6 放射線治療機器の研究開発推進 1.6.1.4 小児がん・希少癌対策も加味した研究開発の検討	(特筆すべき無し、そのもの)	NA	
研究・技術開発	既存の取り組みの強化・推進	4.6 感染に起因するがんの対策の検討 4.7 子宮頸がん検診の充実 4.8 肝炎ウイルス対策による肝がん発症予防 4.10 HTLV-1 感染予防対策	5.7 がん検診受診率向上施策の効果検証	1.1.4.2 手術療法の評価法・教育システムの整備	6.9 基礎研究成果の橋渡し研究への支援 6.10 公的バイオバンクの構築 6.11 日本人がんゲノム解析の推進 6.12 革新的医療機器開発の促進 6.14 効率的臨床試験の支援 6.15 予防研究等の効率的体制整備 6.16 疫学研究の戦略的推進 6.17 がん関連情報利用の枠組み整備 6.18 研究成果の評価制度の確立・維持 6.22 政策研究への効果的費用配分 6.24 倫理指針の改定と倫理審査等の円滑な運用	
	新体制構築	4.1 喫煙率低下と受動喫煙防止の施策の充実 4.6 感染に起因するがんの対策の検討 4.8 肝炎ウイルス対策による肝がん発症予防 4.9 B型肝炎ウイルスワクチン接種の検討	5.1 (職場)がん検診の実態分析	1.6.1.1 小児がん対策も加味した標準的治療体制の検討 1.6.1.02 個々の希少がんに見合った診療体制の検討 (既存の取り組みの強化に対応する) 7.9 小児がん診療施設あり方の検討・整備 7.10 臨床試験支援機関等の検討・整備	系統的研究推進体制の構築	

表4 続き

がん対策の各段階に必要な要素	(分類I) 予防	検診	標準医療 (適切な診断・治療技術)	医薬品・医療機器の開発	予防・社会医学研究
情報提供体制強化	4.3 禁煙の支援 4.8 肝炎ウイルス対策による肝がん発症予防	5.6 がん検診受診者の不安軽減	1.1.1.6 診療ガイドラインの整備 1.1.1.7 診療ガイドライン更新体制の整備 7.7 小児がんのデータベース構築の検討	一般患者・一般臨床家向けの臨床試験情報などの情報提供体制強化	研究成果を集約する体制 (系統的レビューなど) の強化
患者支援・相談体制強化	4.3 禁煙の支援 4.8 肝炎ウイルス対策による肝がん発症予防	都道府県は、管轄下の全ての市町村・検診機関の精度管理成績を名前つきで公表するなど、受診者へ情報を公開する。(住民が自ら受ける検診の質を判断するため) (現状) 厚労省が申した報告書では、上記事項は「県の役割」とされているが形骸化している	1.1.1.1 IC体制の整備 1.1.1.2 患者の意思の尊重 1.1.1.3 患者の治療内容確認環境の整備 1.1.1.4 セカンドオピニオン体制の整備 1.6.1.3 希少がんへ相談支援の検討	相談支援センターにおいて、臨床試験(I~III相)の情報が提供できる。また、臨床試験に入るべきかどうかの相談をする場を構築する。	研究成果を患者支援・相談につなげるような体制を構築する。
医療従事者支援	4.3 禁煙の支援 4.8 肝炎ウイルス対策による肝がん発症予防	ガイドラインなど? (現状) 学会のガイドラインが更新されるたびに、厚労省から市町村へ事務連絡があり、「このガイドラインに沿って検診して下さい」と通達されています	1.1.02 チーム医療体制の整備 (3年以内) 1.1.03 手術・放射線・化学療法の実質の向上 1.2.5 教育プログラム参加推進の環境整備		3.5 国立がん研究センターの役割実施 3.6 がん登録に必要な人材の確保
医療者以外の関係者への支援	ピアサポート以外は、国民・患者への支援? 4.4 職場での受動喫煙の防止 5.1 がん検診の実態分析	行政担当者に対し、有効な検診受診勧奨の方法に関するノウハウの提供			
体制整備 (実施・普及・強化)	個別施設体制強化 禁煙外来の要件を満たす施設の増加など	(住民検診を行う検診機関について) 検診機関は、これまでに国が検討した「検診機関が満たすべき要件」を遵守するよう努め、市町村は委託先検診機関が要件を満たしているかを定期的に点検する	1.1.1.9 がん診療体制の整備 1.1.1.10 チーム医療の推進 1.1.1.11 職種間連携の推進 1.1.1.12 がん看護体制の強化 1.1.1.13 がん医療の質と安全の確保 1.1.1.14 横のつながり重視の診療体制構築 1.1.2.1 放射線療法地域格差是正 1.1.2.5 放射線診療体制の整備 1.1.3.2 化学療法診療体制の整備 1.1.4.1? 手術療法診療体制の整備 1.1.05 手術・放射線・化学療法の実質の向上 7.1 小児がん拠点病院の指定 7.2 小児がんの診療・療育・相談支援等の体制整備 7.02 小児がん拠点病院の整備 (5年以内)	6.4 薬事支援部門の強化	
施設連携体制強化	予防サービス実施施設の周知など 4.6 感染に起因するがんの対策の検討 4.7 子宮頸がん検診の充実 4.8 肝炎ウイルス対策による肝がん発症予防 4.9 B型肝炎ウイルスワクチン接種の検討	5.8 がん検診受診手続の簡便化 5.5 がん検診内容向上への取組の検討	1.1.1.15 医療機関の役割分担と計画的集約化 1.1.2.2 放射線治療技術の地域集約化 1.1.2.3 放射線治療の医療機関間の連携と役割分担 1.1.1.7 診療ガイドライン更新体制の整備 1.1.4.3 地域毎の手術療法実施体制の検討 1.1.4.4 周術期管理体制の整備 1.1.04.06 質の高いがん診療の提供 (04と06は文言が同じ) 7.3 小児がん拠点病院と地域医療機関との連携 7.4 小児がん患者の生活環境整備 7.5 小児がん経験者の長期フォロー体制の検討	1.5.1 臨床研究中核病院の整備	6.3 研究者主導臨床試験の基盤整備 6.5 臨床試験グループの基盤整備への支援 6.6 中心となる臨床試験実施施設の整備 6.7 集学的治療の臨床試験への支援強化 6.13 特定の施設への医療機器開発プラットフォームの構築
関係団体を含む地域医療連携体制強化					
情報収集体制 モニタリング	3.1 地域がん登録の精度向上 3.2 地域がん登録促進の検討 3.01 がん登録の精度向上 (5年以内) (3.02, 3.03は公表体制の方で?)	3.4 がんの詳細な現状分析の検討 (5.2)がん検診の方法等の検討 5.01 がん検診受診率 50% (5年以内) 5.1 がん検診の実態分析	1.6.1.2 小児がん対策も加味した情報収集・発信の検討 1.6.1.01 稀少がん検診の場を設置 3.4 がんの詳細な現状分析の検討	是非がん情報サービスで	3.1 地域がん登録の精度向上 3.2 地域がん登録促進の方策の検討
公表体制	3.02 すべてのがん患者の登録推進 3.03 活用しやすいがん登録の実現	検診の精度管理に関する公表は一元化すべきでしょう→是非NCCで	難しいが、すべきでしょうね	是非がん情報サービスで	是非がん情報サービスで

注) 整理番号がついていないものは、筆者らが考えた例。空白セルは、今後検討が必要と考えられる領域。

# 日本の緩和ケア「不都合な真実」と解決策

## ホスピタリストのセンス、コミュニケーション・ガイド「十戒」のススメ

吉本 鉄介\* YOSHIMOTO, Tetsusuke

**院**内緩和ケアチーム（HPCT）の活動に対する保険診療加算やがん対策基本法など、緩和ケアサービスを現場に届けるための制度作りが続いてきたが、いまだ HPCT が担い展開するべき緩和サービスが患者・家族に届いたとは言い難いのが現実である。この「不都合な真実」の主たる理由は、① HPCT の中心的役割を果たす医師の問題解決能力が不足、つまり、必要なホスピタリスト・総合内科的な問題解決のセンスをもつ医師数のニーズに対する絶対的な不足、② 活動に欠かせない HPCT のコミュニケーション技術（「十戒」として米国では普及）が知られてない、の2つと考える。本稿では、ホスピタリストや HPCT の医師に対して、後者の「コミュニケーション技術」を我々の実体験に基づき紹介して、「不都合な真実」解決の突破口となることを期待する。

### 日本の緩和ケア、不都合な真実：患者の声が作った制度は機能していない？

2002年の院内緩和ケアチーム（HPCT）の活動に対する保険診療加算を嚆矢として、患者の声を反映したがん対策基本法など、緩和ケアサービスを現場に届けるための制度作りの努力は、がん対策推進協議会の要請もあって、行政により現在に至るまで続いている。その結果、治療医に対する緩和ケアのガイドラインをはじめとする基本的知識の研修は累計3万人以上が受講修了<sup>1)</sup>し、合わせて彼らをサポートするための HPCT が、行政ガイダンス<sup>2)</sup>に基づいて、がん診療連携拠点病院を中心として全国的に急速に増加した<sup>3)</sup>。

緩和ケアチームによる治療ガイドライ

ンを遵守したコンサルテーションにより患者の症状が改善することは国内外の報告<sup>4-6)</sup>で明らかにされており、日本では多職種 HPCT のうち緩和関連の認定看護師数は1600人を超えた<sup>7)</sup>こと、薬剤師が HPCT において重要な役割を果たしている<sup>8)</sup>ことも示唆されている。さらに、治療医が WHO ガイドラインを熟知していることは、彼らの除痛成績が良好となる<sup>9)</sup>だけでなく、HPCT と協力して治療にあたらうとする傾向がむしろ増す<sup>3)</sup>ことも報告されている。

ここまで条件がそろえば、これらの体制整備により日本の進行がん患者ならびに家族の QOL は「計画どおり」に改善するのは確実だと思える。しかし、実に残念ながら、行政や患者・家族の期待どおりに現実には改善していないようである。その「不都合な真実」として、国家単位の緩和ケア水準の指標である医療用麻薬消費量<sup>\*1</sup>は、2010年をピークとして増

加から微減に転じ、国際比較でも G7 の最下位（6位のイタリアの約1/3）、アジア地域でも韓国に次いで第2位に転落している<sup>10)</sup>。地域の中心がん治療施設の消費量調査<sup>11)</sup>でも同様の傾向が報告され、消費量に医師への緩和ケアの基礎教育効果が反映されていない理由として、DPC による医療費抑制効果や、在宅の療養選択肢が整備された影響などが推測されている。しかしながら、在宅医療も含む都道府県ごとの傾向も同様<sup>12)</sup>であり、がん疼痛に限定した先進国同士の比較において日本の消費量はドイツの約1/5、フランスやアメリカの1/3であるという報告<sup>13)</sup>を考慮すると、せっかく作った制度のケアサービスがエンドユーザーである患者・家族に届いていない可能性が大きい。

この「不都合な真実」は、行政主導の介入研究が実施された地域でさえも、専門的な緩和ケアサービスの利用実数の増加効果が乏しかったという報告<sup>14)</sup>、2013年横浜にて開催された専門的・横断的緩和ケア推進委員会（橋爪委員長）による報告<sup>15)</sup>\*2と一致している。

以上のことから、残念ながら現在まで行政が作ってきた制度は「少なくとも」

\*1 人口100万人当たりを経口モルヒネに換算

\*2 厚生労働省指定の地域がん診療拠点病院でさえ専従医師をメンバーにもつ HPCT は30%未滿、エフォートが半分程度の専任医師も50%未滿であり、県指定や500未滿の病院では HPCT の活動維持さえ困難な状況である。

\* JCHO 中京病院 緩和支援治療科

十分には機能しておらず、エンドユーザーに届いていないと考えざるを得ない。

## HPCTには(本来ならば)何ができるか?

HPCTのように専門的な緩和ケアサービスが施設内でうまく稼働することで、がん疼痛治療の指標の1つとされる医療用麻薬消費量(経口モルヒネ換算)<sup>16)</sup>が増加し、処方内容も適正化することは、先進国<sup>17)</sup>、発展途上国<sup>18)</sup>双方からの報告で確認されている。また、地域への啓発も重要である。平成26年度から、都道府県がん診療連携拠点病院に義務づけられた緩和ケアセンターは、制度としてはHPCTを拡大発展させたセクションであり、院内だけでなく地域への緩和ケアの啓発事業を期待されている。

この期待を支持する欧米の先行研究として、ドイツにおけるWHOガイドライン遵守の教育啓発で処方経験のある地域医師の処方のドーズ増量と適正化があり、対照地域より約3倍に消費量が増加した報告<sup>19)</sup>や、米国でも専門的知識をもつ看護師のサポートがオピオイド消費量を対照群の約3.6倍に押し上げた報告<sup>20)</sup>がある。国内HPCTでもフロントランナー的な施設に限定すれば、国際水準の成績<sup>5)</sup>、院内への啓発・普及だけでなく化学療法患者へのサービス拡大<sup>21)</sup>、さらには、連携する医療圏へのサポートができる<sup>22)</sup>ことが報告されている。

## 多くの国内HPCTが機能していないことに対する行政の判断と対応

日本におけるこの「不都合な真実」に対して厚生労働省は、拠点病院の緩和ケア提供体制を改善するために作成した実地調査に関するワーキンググループのレポート<sup>23)</sup>において、HPCTが十分機能していない状況を調査するとともに、「緩和ケアチームの専門的緩和ケア提供能力が低いと診療を依頼されない」および

「現状において、すべての拠点病院で専門性の高い緩和ケアチームの医師を確保することは困難」という2つのステートメントで、現時点での日本のHPCTに足りない要素の現状認識を表明している。このステートメントは、要するに「HPCTに期待されるタスクを担い得る人材、特に医師がまったく不足している」という事実を2つの表現で言うことになるだろう。これは国内の緩和ケア専門家のエキスパートオピニオンであって、実地の調査で確認されるべきものであるが、ここまで筆者が述べてきた「不都合な真実」の数々を説明できる知見だといえよう。

このレポートにより、日本の緩和ケアを、がん診療連携拠点病院を中核として改善するために、症状スクリーニング、看護師や薬剤師からのHPCTへのコンサルトシステム作り等々、盛りだくさんの推奨が採択された<sup>23)</sup>。また、HPCTの中核となる医師は、ほとんど全員が2007年に開始された行政委託の緩和ケア指導者講習会(トレーニングワークショップ)の修了者であり、研修会開催を通じた交流やフォローアップ研修プログラムの研鑽により人材育成がなされることが期待されて今日に至っている<sup>1)</sup>。さらに、HPCTの能力向上を目指した研修会も、強制ではないが、対がん協会や県レベルで開催されている。しかしながら、HPCTのリーダーたり得る人材、ヒューマンリソースの問題、すなわち「何が足りないか、補てんするにはどうすればいいか」をそのままにしている問題は問題解決はあり得ない。要するに『同じことをやっていると、同じ結果を得るばかり』(Zuckerman B. Lancet, 2001)である。

## 多くの国内HPCTに必要なもの：ホスピタリストのセンスを備えた医師と独特な活動ルールの知識

進行がん患者は入院治療中に、疼痛をは

じめとした実に多彩な「不快な症状」を訴え<sup>24)</sup>、病態の機序と診断に至る評価法を理解することが必須<sup>25)</sup>である。主治医がHPCTに期待する問題解決能力は、WHOの緩和ケアの定義(2002年)<sup>\*3)</sup>のとおりで、「問題を早期に発見し、的確なアセスメントとマネジメント(治療・処置)を行うことによって」なされる。まず見逃しのないスクリーニング⇒次に系統的評価で病態のアセスメント⇒最後に医療リソースと患者と家族QOLを考慮した包括的マネジメント、という三段階プロセスである。ところが、HPCT医師にホスピタリストとしてのセンスが欠如していれば、HPCTに所属する認定・専門看護師、薬物療法認定薬剤師をはじめとする多職種のチーム<sup>\*4)</sup>も、ここが律速段階となって能力を発揮できないことが容易に予想できる。日本において、このセンスをもっていると考えられる総合内科専門医の国内医療のレベルを維持できる必要数を日本内科学会が試算発表している<sup>26)</sup>。それによると、必要数約3万人のうち15449人(2014年5月時点)と約半数であり、圧倒的に不足している。

数の問題だけでなく、仮にHPCTの医師に総合内科専門医、またはそれに準じるホスピタリストのセンスがあっても、それだけでは急性期病院でHPCTを運営するには十分ではなく、他の医療チームにはない独特の活動ルール(原則)を2つ認識していなければならない。1つ目は、対象患者が高齢で予備能が乏しく、複数の投薬がなされているために、HPCTにはその独特のリスクマネジメントとして「治療に反応しない」「状態が悪化する」を常時考え、用心深く謙虚な

\*3 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

\*4 HPCTが活動するのに望ましいメンバー構成についての国内コンセンサスとしては、上記の緩和医療学会のガイドやオレンジパループプロジェクトHPを参照されたい。ただし、筆者としては、これに歯科医師や歯科衛生士を加えるべきだと考える。

推奨や治療にあたること<sup>27)</sup>である。2つ目は、HPCTが依頼された主治医とのコミュニケーションに齟齬をきたしてチーム活動が障害される点を考慮することである。これは、Diane E. Meier 先生が米国各地でHPCTを運営する専門医のインタビューをまとめた論文<sup>28)</sup>に「コンサルテーション・マナーの原則」（米国医師により「十戒」とよばれる行動原則）として詳述されている。この「十戒」は、開発者のWeissman教授が彼の講義録<sup>29)</sup>で述べているように「十戒のすべてを自分は実際に失敗体験した」ものである。HPCT運営に必要な独自の原則の2つは、ともに失敗を恐れ反省する謙虚な態度の必要性を述べているのである。

### コンサルテーション・マナーの原則：十戒

この十戒は、HPCTに限らず米国のコンサルテーション技術の重要な要素として普及している。HPCTに属さないホスピタリストが、専門医からコンサルテーションを受けたり、逆に専門医にコンサルトをするときにも大変有用であると思われる。そこで日本語訳<sup>\*5</sup>に基づき、僭越ではあるが筆者の実体験による解説を以下に訳者解説として記載した。読者諸賢も、十戒を意識してチーム診療にあたるようになると有用性が実感できるばかりでなく、それぞれの体験に応じた失敗や成功の「解説」が書けるようになり、さらなるスキルアップにつながると思うゆえである。

また、若手のホスピタリストには、是非積極的にHPCTメンバーとして参加することを推奨したい。なぜなら、HPCTに必要な総合内科的な問題解決能力とコミュニケーション能力の素晴らしいトレーニング経験、将来に役立つキャリアになると思われるからである。

以下緑字が各「戒め」、太字が原文の補助文である。

#### ◎第1の戒め：何が問題かを明確にせよ。

「Xさんの件ですが、**どういう介入が必要ですか？**」と聞け。問題点を明らかにせよ。

【訳者解説】この「戒め」がなぜ、第1番目に置かれたのか。HPCTのコンサルテーション活動のアルファでありオメガでもあるからである。簡単な病歴が記載された依頼箋と「いつもどおりよろしく」という言葉だけで介入をスタートすることをルーチンにすればどうなるだろうか？たとえ信頼関係が完全に確立した（とこちらが思っている）主治医であっても、これはHPCTへの評価を落とし、活動を阻害するリスクをはらむ行為である。親しくとも、または自分よりずっと若い医師が依頼者であっても、「この患者さん、どのようにお手伝いしましょうか」で会話を始める習慣こそが不可欠である。治療の節目、介入の終了時も「こういう介入でよかったですでしょうか？」と確認し続けるべきである。米国の緩和ケア教育機関の1つCAPC（Center to Advanced Palliative Care）の提供するHPCTサポートツールには、消費者アンケートのようなサンプル<sup>30)</sup>も収録されているので参照されたい。

筆者も、たとえ患者からは感謝され病棟スタッフから称賛されても、肝腎の主治医から「次からは依頼する気にならない」と言われた複数の体験がある。これは主治医が、（本当は）何が問題なのか理解しておらず明文化できないことは少なくない<sup>28)</sup>ため、HPCTの行為に対する感情的な（理性ではなく）葛藤が起きるからである。

#### ◎第2の戒め：緊急度を判断せよ。

「**緊急症例、準緊急、待機的症例**」に分けるべし。緊急度を判断せよ。

【訳者解説】顧客である主治医の満足度に常時留意するHPCTであれば、この戒めは当然のことと理解できるはずだ。危機的な状況で「今すぐ何とかしてほし

い」顧客である主治医からの要望に対して、「（他の仕事をしておいて）今すぐに対応します」と反応しない、午後〇時以降のコンサルトはダメです、というようなHPCTが信頼関係を築けるわけもない。

#### ◎第3の戒め：自力で情報を収集せよ。

コンサルト目的に焦点をあてた、丁寧な問診、診察をせよ。自身で情報を収集せよ。現病歴を聴取し、徹底的な身体診察を行う。

【訳者解説】HPCTに主治医から与えられたインテーク情報が不十分であることは珍しくない、多いと言ってもいい。顧客である主治医は、詳細な問題解決に直結する新情報を得ようとしているのに、逆に「自力でHPCTが獲得できるはず」の情報を要求してはいけない。例えば、痛みがとれなくて困っている主治医に対して、HPCTはWHO方式<sup>31)</sup>やVIHA<sup>32)</sup>など確立した系統的な痛みの問診情報を取得し、および既知の検査結果から「病態像」を組み立てたうえでフィードバックする。これらガイドラインはHPCTでなく治療医や訪問看護師のためのものだが、HPCTはこれを用いたコンサルテーションを通じてロールモデルを示すことになる。HPCTは彼らに対し、系統的な診断手順を無視することは誤診や治療失敗を頻繁に起こし得ることを、オンザジョブトレーニングとして教育する必要があるが、気配りが必要である（第8の戒め参照）。

#### ◎第4の戒め：簡潔を心掛けよ。

コンサルトへの答えは、アセスメントと推奨に絞るべし。簡潔を心掛けよ。

#### ◎第5の戒め：具体的であれ。

目的が明瞭な推奨をせよ。具体的であ

\*5 Diane E. Meier 先生の許可を得て、亀田総合病院の関根龍一先生、清水堀衣先生のご指導下に筆者が訳し、日本緩和医療学会HPCTガイド第2版、2013年度作成に収録。

ることを心掛けよ。目的のはっきりとした推奨を行う。

【訳者解説】この2つの戒めはHPCTが介入するときに、どうすれば顧客が「コンサルトしてよかった！」と思うかを考えれば当然のことである。「何が起きているか」を（わかりやすく）評価・解説して、「こうすべき」と（実践的な表現で）推奨する、ということである。HPCTは褥瘡チームやNSTチームと異なり、主治医の問題解決ニーズは「（手に負えない）複雑な問題を解明し、最善手を示してほしい」。簡潔でない評価（「～かもしれない」「～は否定できない」の羅列）や、具体性に欠ける推奨（複数の推奨が並列で、優先順位や理由を説明しない）は、主治医の「複雑さへの悩み」がより深まるばかりとなる。これでは、要望の逆をしているので、どんな顧客だろうが満足するはずもない。

#### ◎第6の戒め：先を読め。

予測される事態に備えて救済策をたてよ、先を見据えよ。不測の事態に備えた対応策を計画すること。

【訳者解説】第5までの戒めは、主治医の悩み（何が起きていて、何をすべきかが複雑な病態を読み解けずわからない）に対してシンプルな回答を与えることを推奨してきた。第6からの後半5つの戒めは、前半5つができたうえでの上級編といえる。後半の最初の「先を読め」というのは、総合内科・ホスピタリストとしての経験値・センスが必須なデマンドである。例えば、激痛に対してHPCTがモルヒネ投与を推奨したところ、痛みはとれたが、嘔吐し誤嚥性肺炎となって重度せん妄状態になってしまった、という事例を考えてほしい。投与前に詳細に観察し病棟スタッフから情報収集すれば、投与前から「軽度の」胃内容排出障害、誤嚥傾向、夜間せん妄の情報を取得でき、「先を読んで」主治医にアセスメントと推奨をすることができる。一見すると、

前半の戒めが主張した簡潔化具体化による主治医の悩み解決と逆のアクションのようにみえる。だが、複雑な事態が起きてからの「事後解説」より、未来に起き得る複雑な病態を予測して推奨することは、未来の「見取り図（chart）」をHPCTが提供するようなもので、プロフェッショナルとしての責任ある態度として顧客の満足度は非常に高いものになるだろう。とはいえ、未来を読み切るのは簡単でない。HPCTには、将棋や囲碁の上達トレーニングのような環境設定が必要<sup>27)</sup>ともいえる。

#### ◎第7の戒め：相手の領分を尊重せよ。

依頼された問題点のみに忠実であれ。

相手の領域を尊重せよ。

【訳者解説】この戒めは一見したところ、第1、4、5の戒めと同様のようにみえるだろう。だがこれは、顧客のデマンドを聞き取り、簡潔かつ具体的なコンサルテーション活動をしたうえで、なおも起き得る落とし穴 pitfall を述べているのである。すなわち、HPCTの能力 capability が高いと、主治医や病棟スタッフがキャッチしていない新しい問題点を発見することは珍しいことでないし、黙秘すべきではない（例えば、消化器科医師からの腹痛のマネジメント依頼ケースで、腸管穿孔や捻転を発見する）。ここで問題が起きるとしたら、HPCTがその問題への評価や推奨をすることが、「主治医の領分」「他の併診医の領分」を侵害したと（少なくとも主治医にとっては）とらえられてしまうことである。伝えるには、細心の気配りが必要となる。

ほかに、疼痛のコントロール依頼例において、家族から主治医の部下であるレジデント医師への不満感を発見した場合、HPCTはだれにどう伝えるのか？HPCT医師がベテラン外科医の場合、依頼した主治医も外科医であったときに、疼痛以外のアドバイスをしてしまう可能性はないか？など、臨床場面で意外に多

く起こり得るパターンなのである。高い臨床能力を得たHPCTほど主治医の領域を侵犯しないよう、くれぐれも慎重にならねばならない。

#### ◎第8の戒め：教育すべし、ただし気配りをもって。

全コンサルテーションを教育、チーム宣伝のチャンスととらえよ。

【訳者解説】第7の戒めである「相手の領分を尊重」しつつ、HPCTはコンサルテーションを通じて行ったアセスメントとマネジメントを主治医への教材にせよ、という戒めである。HPCTが用いた国際水準のガイドライン<sup>31,32)</sup>を、主治医へのフィードバックで用いることは、至上のオンザジョブトレーニング効果と顧客満足度を生むであろう。また、ガイドラインを理解した医師を増やすことは、非介入例の除痛成績<sup>33)</sup>とHPCTとのコラボレーション<sup>3)</sup>双方が向上することを期待できる最高の「宣伝」といえる。だが、「気配り」を絶やさずに教育しなくてはならない。

#### ◎第9の戒め：顔の見える関係を作れ。

依頼医への連絡は直接しなさい。個人的な関係を築け。

【訳者解説】HPCTには主治医とのコミュニケーションをうまくこなす、つまり彼らの発しているメッセージの意図を正しく解釈する必要がある。要するに、非言語的（例：声の調子、表情など）のほうがかかると情報量が多いという心理学者の主張<sup>\*6)</sup>のとおり、テキスト＜電話＜対面の順で、「真意」をつかむ手掛かりは急速に増えていくことを意識してほしい。逆に、この順でこちらのメッセージも十分に伝わらなくなっていくので、

\*6 Mehrabian M, Wiener M. Decoding of inconsistent communication. J Pers Soc Psychol 1967; 6: 109-114. および Patterson ML. Nonverbal Behavior: A Functional Perspective, New York: Springer, 1983.

## Summary

- 日本の行政が患者の声から作った制度には、必要な緩和ケアサービスをエンドユーザーである患者や家族に届けることがいまだ成功していない「不都合な真実」がある。
- 院内緩和ケアチーム（HPCT）には、病院や地域の緩和ケア水準を向上させる能力があることがわかっているが、日本では能力不足、人材不足により能力が発揮できていない。
- HPCT が能力を発揮しないことに対して、行政は再び新しく制度を作って対応しようとしている。だが、チーム所属医師がホスピタリストのセンスを備えること、米国で「十戒」として知られる HPCT 独自のコミュニケーション技法の習得、という2つのキーポイントなくしては同じ結果に終わるだろう。
- 「十戒」は作成者自身の体験でもあるので、筆者は自分の HPCT の体験により各項目に対して解説を試みた。その目的は、読者の実践を助け、将来読者自身が体験し解説を語れるようになることである。

たとえ依頼の症状が改善したとしても顧客満足度はひどく低い、という予想外の結果になるだろう。主治医が検査や手術で多忙であることも多いが、コンサルト初日には、「顔を見て話し合い」がしたいものである。

### ◎第10の戒め：推奨に責任をもて。

定期的にフォローせよ。自分の現在の役割や、いつその役割を降りるかも含めて継続してフォローしていくこと。

**【記者解説】** 主治医が HPCT に対して、「無責任だ」という最悪の評価を下すのはどういう行動に対してだろうか？ 責任の定義 = 「自分がかかわった事柄や行為から生じた結果に対して負う義務や償い」（大辞林）だから、自らの推奨の招いた（予想しなかった）結果に伴う義務や償いを無視する、頓着しない、ということである。さらに「最悪の無責任さ」は、フォローを怠り結果をみないことである。HPCT が推奨を定期的にフォローするのはマナーとして当然だが、さらに自分の役割が主治医や患者の要望により終わってしまう可能性、予想しないような副作用、まったくの無効に終わる、というさまざまなパターン<sup>27)</sup>を知ってないと顧

客の満足は得られない。

### ●文献

1. 日本緩和医療学会. PEACE プロジェクトレポート 緩和ケア研修これまでのあゆみ. 2012. <[www.jspm-peace.jp/images/forum/2011rep\\_abs.pdf](http://www.jspm-peace.jp/images/forum/2011rep_abs.pdf)> Accessed Oct. 16, 2014.
2. 厚生労働省. 終末期医療に関する調査等検討委員会報告書—今後の終末期医療の在り方について—平成16年7月. <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>> Accessed Oct. 16, 2014.
3. Tamiya N, Okuno M, Kashiwakgi M, et al. Collaboration between physicians and a hospital-based palliative care team in a general acute-care hospital in Japan. *BMC Palliat Care* 2010; 9: 13. PMID: 20546626
4. Meuser T, Pietruck C, Radbruch L, et al. Symptoms during cancer pain treatment following WHO-guidelines: a longitudinal follow-up study of symptom prevalence, severity and etiology. *Pain* 2001; 93: 247-57. PMID: 11514084
5. Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005; 29: 458-65. PMID: 15904748
6. 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生ほか. 一般病院における専従緩和ケアチームの身体症状マネジメント能力. *緩和医療学* 2005; 7: 301-8.
7. 日本看護協会. News Release 2011年7月26日. <[http://www.nurse.or.jp/up\\_pdf/20120704115122\\_f.pdf](http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20120704115122_f.pdf)> Accessed Oct. 16, 2014.
8. Ise Y, Morita T, Katayama S, et al. The activity of palliative care team pharmacists in designated cancer hospitals: a nationwide survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47: 588-93. PMID: 24018207
9. Kao CY, Hu WY, Chiu TY, et al. Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: an evaluation study. *Int J Nurs Stud* 2011; 51: 226-35. PMID: 23790804
10. 厚生労働省 国立がん研究センターがん対策情報センター. 医療用麻薬消費量. I 日本のモルヒネ・フェンタニル・オキシコドン消費量の推移について [厚生労働省調べ (2012年)] <<http://ganjoho.jp/data/professional/statistics/back-number/2013/data13.pdf>> Accessed Oct. 16, 2014.
11. 丸山洋一. 当院におけるオピオイド鎮痛薬の使用動向—8年間の推移. *新潟がんセンター病院医誌* 2011; 50: 92-7.
12. 厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課 医療用麻薬適正使用ガイダンス作成検討会委員 (平成23年度). 医療用麻薬適正使用ガイダンス がん疼痛治療における医療用麻薬の使用と管理のガイダンス. 2012. <[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/iryo\\_tekisei\\_guide.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/iryo_tekisei_guide.html)> Accessed Oct. 16, 2014.
13. 片岡理恵. 患者に我慢をさせない診療を—がん患者の疼痛緩和ケア—. *MMJ* 2008; 4: 533-6.
14. 森田達也, 秋月伸哉, 鈴木聡ほか. 異なる算出方法による地域での専門緩和ケアサービス利用数の比較. *Palliative Care Res* 2012; 7: 374-81.
15. 橋爪隆弘. 日本緩和医療学会平成24年度緩和ケアチーム登録速報. 2013. <[www.jspm.ne.jp/newsletter/nl\\_61/nl610705.html](http://www.jspm.ne.jp/newsletter/nl_61/nl610705.html)> Accessed Oct. 16, 2014.
16. Foley KM. How well is cancer pain treated? *Palliat Med* 2011; 25: 398-401. PMID: 21708847
17. Yennurajalingam S, Zhang T, Bruera E. The impact of the palliative care mobile team on symptom assessment and medication profiles in patients admitted to a comprehensive cancer center. *Support Care Cancer* 2007; 15: 471-5. PMID: 17093911
18. Alsirafy SA, Ibrahim NY, Abou-Ellela EN. Opioid consumption before and after the establishment of a palliative



- medicine unit in an Egyptian cancer centre. *J Palliat Care* 2012; 28: 135-40.  
PMID: 23098011
19. Hoffmann W, Munzinger H, Horstkotte E, et al. A population-based evaluation of an intervention to improve advanced stage cancer pain management. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28: 342-50.  
PMID: 15471651
  20. Miaskowski C, Dodd M, West C, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1713-20.  
PMID: 15117994
  21. 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴ほか. 緩和ケアチームは病院の緩和医療をかえたか. *緩和医療学* 2006; 8: 144-50.
  22. 井村千鶴, 藤本亘史, 野末よし子ほか. 緩和ケアチームによる診療所へのアウトリーチプログラムの有用性. *癌と化療* 2010; 37: 863-70.
  23. 厚生労働省. 拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ. 拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書. 2014. <<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000041481.pdf>> Accessed Oct. 16, 2014.
  24. 淀川キリスト教病院ホスピス編. 柏木哲夫監修. 緩和ケアマニュアルターミナルケアマニュアル 改訂第4版. 序文. 大阪: 最新医学社, 2001.
  25. 堀 夏樹. 緩和ケアゴールデンハンドブック. 序文. 東京: 南江堂, 2009.
  26. 日本内科学会. 「総合内科専門医」の医師像と適正な医師数. 2014. <[https://www.naika.or.jp/nintei/seido/ishizo\\_01.html](https://www.naika.or.jp/nintei/seido/ishizo_01.html)> Accessed Oct. 16, 2014.
  27. 吉本鉄介. 鎮痛薬の効果と副作用に合わせた治療の進め方 (困ったときにどう考えるか). *がん患者と対療* 2010; 21: 117-23.
  28. Meier DE, Beresford L. Consultation etiquette challenges palliative care to be on its best behavior. *J Palliat Med* 2007; 10: 7-11. PMID: 17298244
  29. Weissman DE. Audio conference: Reaching out to your referring physicians: Part II—Consultation etiquette. New York Center to Advance Palliative Care. September 19, 2006.
  30. Care to Advance Palliative Care. Measurement Tools for palliative care programs provided by CAPC 2014 [Sep 20th, 2014]. <<http://www.capc.org/tools-for-palliative-care-programs/measurement/>>
  31. World Health Organization. Cancer pain relief. 2nd edition. With a guide to opioid availability. 1996. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>> Accessed Oct. 16, 2014.
  32. Vancouver Island Health Authority (VIHA). Principles Of Pain Assessment. 2008. <<http://www.viha.ca/NR/rdonlyres/FB1E3BDD-2D23-4C53-A4D3-0F9D2DCE1081/0/PrinciplesOfPainAssessment.pdf>> Accessed Oct. 16, 2014.
  33. Kim do Y, Ahn JS, Lee KH, et al. A nationwide survey of knowledge of and compliance with cancer pain management guidelines by Korean physicians. *Cancer Res Treat* 2014; 46: 131-40.  
PMID: 24851104



# がん患者と対症療法

Symptom Management in Cancer Patients

2014 vol.25 no.1

別刷

## 突出痛に対するオキシコドンによるレスキュードース

Oxycodone rescue dose for breakthrough pain

医療法人光仁会西田病院麻酔科(緩和ケア病棟担当)／緩和ケア医長 富安 志郎 Shiro Tomiyasu

## Key Words

● がん性突出痛 (breakthrough cancer pain)  
● レスキュードース (rescue dose)

■ オピオイド鎮痛薬 (opioid analgesics)  
■ オキシコドン (oxycodone)

## Summary

がんによる痛みの治療プロセスにおいて、持続的な痛みが十分にコントロールされたあとに、突出痛と呼ばれる一過性の痛みの増強が1日に数回みられることがある。がんによる痛みの治療を受けている患者全体の約60%が経験するとされており、予測できる／できない誘因に続いて発生する場合と誘因なく発生する場合がある。突出痛のある患者はない患者に比べて日常生活が障害されやすいため、原因病態へのアプローチや定時鎮痛薬・鎮痛補助薬の調節、非薬剤的アプローチ・ケアなどの多面的アプローチに加えてレスキュードースによる対応が重要となる。持続的な痛みの治療の際に用いたレスキュードースの情報をもとに、突出痛発生予測の可否、時間経過などを参考に投与タイミング、1回量、投与経路などの工夫を行うことが重要である。

During the treatment process for cancer pain, patients may experience intensified transient breakthrough pain several times a day after achieving sufficient control of persistent pain. Approximately 60% of patients treated for cancer pain experience breakthrough pain. Breakthrough pain may be caused by predictable or unpredictable factors, or may be spontaneous. Patients who experience breakthrough pain are more likely to have impaired daily lifestyles compared with those not experiencing breakthrough pain. Countermeasures using a rescue dose, in addition to multidisciplinary approaches, such as approaches to causative medical conditions, treatment with fixed-dose analgesics, adjustment of adjuvant analgesics, non-pharmacological approaches and care, play a crucial role. To evaluate whether the occurrence of breakthrough pain can be predicted based on the rescue dose used to treat persistent pain, performing optimization of the timing of dosing, dosage administered in a single dose, and route of administration, by referring to the time course, is important.

## はじめに

突出痛とは、「定時オピオイド鎮痛薬で持続痛が適切にコントロールされているにもかかわらず自然に、または予測できる／できないトリガーに関連して発生する一過性の痛みの増悪」と定

義される痛みである<sup>1)</sup>。発生頻度はがんによる痛みの治療を受けている患者全体の約6割だが、病状の進行あるいはパフォーマンスステータス (performance status ; PS)の悪化に伴ってこの頻度は上昇する<sup>2)</sup>。欧米の観察研究<sup>3)</sup>において、突出痛のある患者の実に9割が「痛みのために常に作業が中断する」と答えており、患者のQOL

維持においてこの痛みのコントロールは不可欠である。

本稿では、突出痛治療の考え方を示し、オキシコドン速放散を用いた実際の対処法を紹介する。

### 突出痛の特徴

突出痛の約8割は、元からある痛み(background pain)の一過性増悪と考えられている。Daviesら<sup>3)</sup>の突出痛を有するがん患者1,000例における観察研究によると、1日あたりの突出痛の発生回数の中央値は3回、痛みの発生からピークに達するまでの時間の中央値は10分、無治療で経過した場合の持続時間の中央値は60分と報告されているが、発生の予測の可否、誘因の有無によって分けられる次の3つのサブタイプ(表1)ごとに若干特徴が異なる。

#### ①誘因が明らかで発生予測が可能な突出痛 (predictable breakthrough pain)

予測できる誘因によって発生する突出痛である。骨転移の体動時痛が代表的で、発生率は約3割である。平均的な突出痛よりさらに痛みの発生からピークに達するまでの時間、持続時間が短い。

#### ②誘因が明らかだが発生が予測できない突出痛 (unpredictable breakthrough pain)

誘因が明らかだが、いつその誘因が起こるか不明な突出痛である。くしゃみによって誘発される骨転移の痛みなどがその例で、発生率は1割程度である。時間経過は予測できる突出痛と同じく、平均的な突出痛よりも痛みの発生からピークに達するまでの時間、持続時間が短い。

#### ③誘因の不明な突出痛 (spontaneous breakthrough pain)

誘因が明らかでない痛みである。安静時に起こる骨転移の痛みの増強や誘因なく起こる腹部疝痛などで、発生率は4割程度である。誘因の明らかな痛みと比べると痛みの発生からピークに達するまでの時間、持続時間が長い。

ちなみに、定時鎮痛薬の切れ目の痛みは突出痛ではなく「コントロールされていない持続痛」と考えられ、本稿では突出痛として扱わないこととする。

### 突出痛の治療

表2に示すようなものが突出痛治療において推

表1. 突出痛のサブタイプ

		体性痛	内臓痛	神経障害性疼痛
痛みの誘因が明らか	①予測できる突出痛	歩行、立位、座位保持などに伴う痛み(体動時痛)	排尿、排便、嚥下などに伴う痛み	姿勢の変化による神経圧迫、アロディニアなどの刺激に伴う痛み
	②予測できない突出痛	ミオクローヌス、咳など不随意的な動きに伴う痛み	明らかな蠕動などの自覚に引き続いて起こる腹部疝痛など	咳、くしゃみなどに伴う痛み(脳脊髄圧の上昇や、不随意的な動きによる神経の圧迫が誘因となって生じる)
③痛みの誘因が不明な突出痛		体動と無関係に増強する骨転移痛など	蠕動などの誘因なく起こる腹部疝痛など	神経障害が原因の自発的な発作痛