

第26回 がん対策推進協議会 座席表

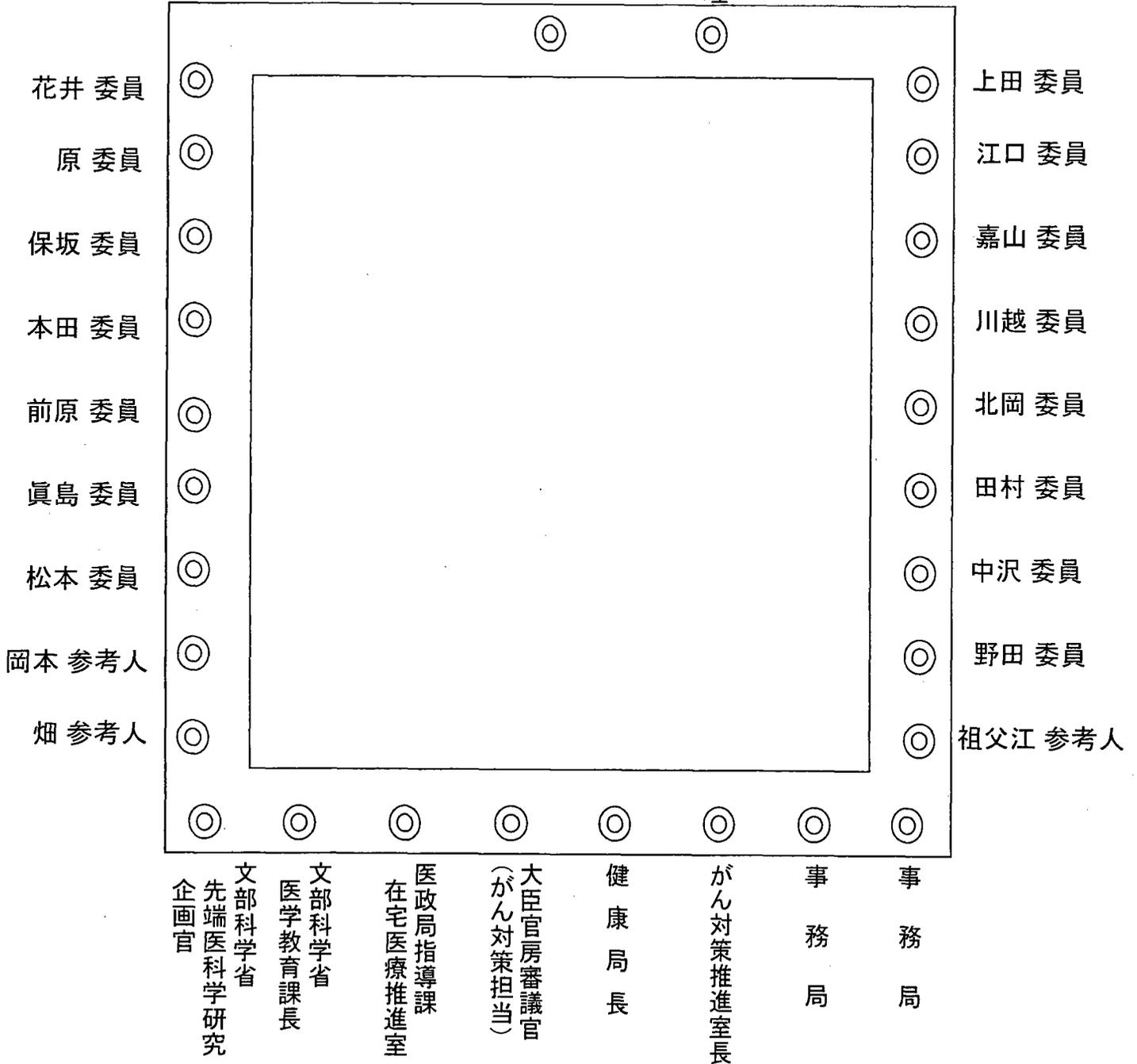
日時：平成23年10月20日(木)13:00~16:00

場所：全国都市会館 3階 第一会議室（東京都千代田区平河町2-4-2）

速記

門田会長

天野会長代理



事務局

(傍聴席)

出入口

第26回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成23年10月20日（木）

13:00～16:00

場 所：全国都市会館3階第1会議室

議 事 次 第

1 開 会

健康局長あいさつ

2 議 題

(1) 化学療法、ドラッグ・ラグについて（報告）

(2) 在宅医療、チーム医療について

3 意見聴取

・がん登録について

がん登録の現状と問題点（現場の視点から）（岡本参考人）

わが国のがん登録の課題と今後の体制について（祖父江参考人）

【資 料】

資料1 がん対策推進協議会委員名簿

資料2 化学療法、ドラッグ・ラグに関する委員からの意見のまとめ

資料3 在宅医療・チーム医療に関する委員からの意見のまとめ

資料4 畑参考人提出資料

資料5 岡本参考人提出資料

資料6 祖父江参考人提出資料

参考資料1 がん登録について

参考資料2 がん対策の推進について（平成24年度概算要求・要望額）

天野委員、花井委員、前川委員、

眞島委員、松本委員提出資料 がん患者に対する介護保険の適正化に向けての意見書

川越委員提出資料 国が応えなければならない課題（“このままでよいのか、地域緩和ケアの普及” “緩和ケア専門診療所（仮称）が解決の鍵”）

がん対策推進協議会委員名簿

平成23年9月1日

氏名	所属・役職
○ あまの しんすけ 天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
うえだ りゅうぞう 上田 龍三	名古屋市病院局長
えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
かやま たかまさ 嘉山 孝正	独立行政法人国立がん研究センター理事長
かわごえ こう 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
きたおか くみ 北岡 公美	兵庫県洲本市健康福祉部健康増進課保健指導係
たむら かずお 田村 和夫	福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
なかがわ けいいち 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
なかざわ あきのり 中沢 明紀	神奈川県保健福祉局参事監(兼)保健医療部長
の だ てつお 野田 哲生	公益財団法人がん研究会がん研究所所長
はない みき 花井 美紀	特定非営利活動法人ミーネット理事長
はら じゅんいち 原 純一	大阪市立総合医療センター副院長
ほさか しげり 保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
ほんだ まゆみ 本田 麻由美	読売新聞社会保障部記者
まえかわ いく 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
まえはら よしひこ 前原 喜彦	九州大学大学院医学研究院臓器機能医学部門 外科学講座消化器・総合外科学分野(第二外科)教授
まじま よしゆき 眞島 喜幸	特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事
まつづき 松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
まつもと ようこ 松本 陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
◎ もんでん もりと 門田 守人	公益財団法人がん研究会 有明病院副院長

化学療法、ドラッグ・ラグに関する委員からの意見のまとめ

1. 化学療法

(1) 化学療法に携わる人材の育成

① 腫瘍内科講座、化学療法部・がん診療部等の設置

◇ 文科省への要望であるが、救急医学講座を設置した時と同様、腫瘍内科講座の設置を進めるべき。さらに、病院にがん診療部の設置を推進することで、学生の教育や専門家の育成が進む。予算を確保し、専任のポジションを確保することが必要。(嘉山委員)

◇ 日本の大学には小児科学という講座しかないため、大学での小児の血液腫瘍医の育成が不安定。発展途上国でもある小児血液腫瘍学の独立した講座の設置が必要。(原委員)

◇ 人材育成を進めるためには、腫瘍内科講座や臨床腫瘍講座がなければ、若手医師や学生は、自分のキャリアパスとして選択することはできないか。(江口委員)

◇ 現状、各臓器別に診療を行い横のつながりができていない。解決するには、まず、病院内の横のつながりを構築するため、病院に化学療法部、腫瘍センターなどを設置し、さらに、人材育成を進めるため、臓器別講座ではなく(大学医学部に)腫瘍内科等の講座を作る必要がある。

◇ がんの化学療法は血液の分野が先導してきたということ、また、血液内科の入院患者の多数を血液がんの患者が占めることから、まずは血液/腫瘍内科講座の構築を進めてはどうか。(以上、田村委員)

◇ 薬物療法の急速な進歩・多様化に対応できる人材を養成するため、医学部に腫瘍内科などの講座設置を求めていく必要があるのではないかと。また、臓器縦割りの診療から横のつながりをつくるため、病院に化学療法部またはがんセンターの設置を促すことはできないか。(本田委員)

② 腫瘍内科医の確立

◇ 現状では、呼吸器内科医や血液内科医が腫瘍内科医に変わる場合が多い。腫瘍内科医を内科医のキャリアパスの中で明確に位置づけることが必要。

(原委員)

(2) 化学療法の提供体制の整備

◇ 就労世代や育児世代の患者が、社会や家庭で自身の役割を果たしつつ無理なく化学療法を続けるために、夜間や休日に外来化学療法を受療できると有難いという声が多く聞かれる。マンパワーの問題など課題も多いが必要があると考え。(花井委員)

(3) 化学療法に対する患者の理解向上

◇ 化学療法の副作用への誤解が依然として根強く、治療の阻害要因になっていることがある。がんの化学療法について、短時間で正しい理解を得られるようなDVDなどを製作し、治療を予定する患者に周知を図ることが必要と考え。(花井委員)

◇ 化学療法は、術前術後の化学療法と、再発転移後の化学療法がある。再発転移後の化学療法は必ずしも治癒には繋がらないことを理解していない患者がいる。患者はインフォームド・コンセントで詳しい説明を受け、しっかり理解することが大切である。医師も患者が理解できるよう、説明をすることが重要である。(前川委員)

(4) その他

◇ がんのチーム医療については、各医療従事者が何を担当するかということは各人の適正や能力もあることから決める必要はないのではないかと。(嘉山委員)

2. ドラッグ・ラグ

(1) ドラッグ・ラグ全般に関すること

◇ ドラッグ・ラグは、日本でどの疾患にも適応を有していない「未承認薬」と、ある疾患には適応を有しているが、同じく有効であるとわかっている疾患であるのに適応が無い「適応外薬」がある。「未承認薬」「適応外薬」それぞれに対して対策が必要。(嘉山委員、眞島委員、松本委員、天野委員、花井委員)

◇ がん対策推進計画中間報告では、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、日米における新薬の上市期間の差を「ドラッグ・ラグ」とし、平成18年度の2.4年から平成20年度に2.2年へ短縮

したと評価している。しかし、この数字は一部の新薬（未承認薬）のみを評価し、適応外薬の問題を含んでいないため、患者や医療者を苦しめている実態を表してはいない。適応外薬を含めた数値目標・評価のあり方を検討し、見直すべきである。（本田委員）

◇ ドラッグ・ラグの問題は悪化しているのではないか。10年前は4年、いまは5年かかっている例もみられる。欧米の抗がん剤開発は加速しており、毎年ガイドラインも改訂される。そこに収載される多くの新しい抗がん剤をスムーズに承認するシステムを整備しないと、ドラッグ・ラグはより深刻化するのではないか。（眞島委員）

◇ 米国 NIH の倫理規定では小児などのマイノリティのデータが乏しくなるのを防ぐために、臨床試験（治験）を行う際に、合理的理由がない限り、マイノリティを除外してはならないという項目がある。わが国にも導入して欲しい。（原委員）

(2) 未承認薬の取扱いについて

◇ がん対策推進基本計画中間報告書の中で、未承認薬の審査ラグは縮まったものの、申請ラグは開く傾向にあると書かれている。こうした事実を協議会でも認識しないと未承認薬のドラッグ・ラグは解消しない。（天野委員）

◇ 未承認薬（新薬）のドラッグ・ラグへの対応については、政府・医療界でも治験・臨床試験の推進に加え、早期探索的臨床研究などに力を入れ始めており、今後、進捗状況を明らかにするよう求め、評価していく必要がある。（本田委員）

◇ 緩和ケアについては、例えば、未承認薬の制吐剤の治験審査は2年かかっている。制吐剤など支持療法は患者の苦痛を緩和するものであり、審査を優先することが必要。緩和ケアの薬の多くは適応外であるが、安全性の問題、また民間療法とみなされないためにも公知のエビデンスとなるような臨床試験を進めることが重要。（江口委員）

(3) 適応外薬の取扱いについて

◇ 「適応外薬問題」の解消には、ガイドラインを策定する学会などと協力し、明確なルールのもとに保険適用に関して判断する、透明性の高い

審査機関の構築が重要であるとの指摘があることから、その具体的なプロセスを検討すること。（天野委員、花井委員、眞島委員、松本委員）

(4) ドラッグ・ラグ解消に向けた臨床研究のあり方について

◇ あるがんに対して薬剤使用の適応があっても保険は適応されていない点を議論する場が必要。日本で薬を開発する際のリスクを考え、企業が薬剤開発の意志決定を行うまでに時間がかかりすぎることから、未承認薬の問題を解決するためには、企業が薬剤開発をしやすくするシステムが必要であり、世界同時承認を目標とし、例えば、企業と学会と国立がん研究センターが協働して薬剤開発室といった組織を作り、開発までの意思決定が速やかにできるよう進めてはどうか。（田村委員）

◇ 日欧米同時承認を可能とする国際共同臨床試験に日本が参加できないなどの問題が残っていることから、未承認薬のドラッグ・ラグ解消について、取り組むべき課題は残っていると考える。（眞島委員）

◇ 国際共同治験、国際共同研究に日本が参加しようとしても、比較対象となる治療薬の適応を有していないため、参加が難しいという声もある。ドラッグ・ラグがさらなるドラッグ・ラグを出さないためにも、質の高い臨床試験を行う場合には治療薬を保険適用にするなど何らかの対策が必要なのではないか。

◇ 抗がん剤の中には、最初の承認から長い年月を経てから新薬との組み合わせや、別の用法、容量で従来のがんに対してさらなる効果が認められたり、別のがん種に対して効果が認められることも少なくない。日本発の臨床試験が海外に認められるケースも多いが、日本ではその評価（薬事承認に用いられることがほとんどない）は極めて低い。臨床試験の質を上げていくためにも、質の高い臨床試験を行った際には薬事承認にデータが用いられるようにするなどインセンティブが必要なのではないか。

◇ がん研究専門委員会の報告では、臨床研究の部分についての意見が多い。しかし、研究が薬となって患者さんに届くのは長い年月が必要ということから、「今、存在する患者に有効で安全な治療薬を届ける」という観点を持ち、Ⅱ相・Ⅲ相試験について、今後どのようにして取り組んでいくかという点を本協議会で補足する必要があるのではないかと。（以上、嘉山委員）

◇ 新たな治験活性化5カ年計画の進捗状況に関し、この計画のもとに現在まで具体的な企画された治験、稼働している治験などについて、診療現場における治験の具体的な進捗に関する情報を収集し、中間的な解析であっても、本計画による改善状況について分析・評価する必要がある。(江口委員)

◇ 薬剤開発は企業、研究機関に委ねられているが、希少疾患などはなかなか進まないのが実情であることから、米国のFDAやNCIのように、厚生労働省やPMDAなどからも主体的な提案をして欲しい。また、医師主導治験は臨床現場の医師には非現実的である。厚生労働省自らが実施することも検討してはどうか。(原委員)

◇ 日本のドラッグ・ラグ解消に対する海外の期待はなくなりつつあり、日本を外した形で国際共同臨床試験が進められる場合もある。例えば、多剤併用療法による国際共同臨床試験などにおいて、適応外薬があるために日本が試験に参加できないという事態が生じている。国際共同臨床試験などに参加できないことは患者にとって不利益。(天野委員)

(5) 薬事承認と保険償還の連動について

◇ 米国や欧州では、必ずしも全ての医薬品がFDAやEMAの承認を受けているわけではない。FDA承認年から、PMDA承認年を差し引いた数字だけで、「ドラッグ・ラグ解消」に向かっているとはいえない。公的保険で償還されている医薬品が多くあり、海外の患者が恩恵を受けていることを考えなくてはいけない。(嘉山委員)

◇ 適応外薬に関しては、内外の知見に基づいて適応症以外の有用性が明らかになった際に、速やかな承認に必要な施策を行うとともに、薬事承認と保険償還とを一体とする現行制度の改正を検討すること。(天野委員)

(6) 有効性及び安全性の確認された医薬品を処方した場合の取扱いについて

◇ 適応外薬のドラッグ・ラグへの対応については、諸外国のように、薬事承認とは別に、一定の評価のある医薬品を保険診療で利用できる新たな仕組みを検討する必要があるのではないか。現在の「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」で諸外国の後追いを続ける方法や、再審査期間を終了した医薬品を対象とした「55年通知」の活用では限界がある。平成16年からドラッグ・ラグの解消を目的とした検討会が次々に設置さ

れたものの、「新たな仕組みをつくらないと適応外薬のドラッグ・ラグはなくなる」とした有識者の言葉を重く受け止め、がん患者・医療者の視点で強く提言するべきである。(本田委員)

◇ 各種がんのガイドラインに記載されていても「適応外」という治療薬がある。また適応外の処方に関しては支払基金で保険が認められる、認められないといった差があり、そこで治療の格差が生じていることから、55年通知の限界も考え透明性のある組織を構築し、保険適用に関して学会などと協力の上、責任を持って取り組んでいくことが必要なのではないか。

◇ 多くの支持療法薬が現在「適応外使用」されている現状では、患者の痛みや副作用の辛さに適切に対処できるとはいえない。また支払基金で保険適用が認められる、認められないで受けられる治療の格差が生じないよう意見を出す必要があるのではないか。(以上、嘉山委員)

(7) デバイス・ラグについて

◇ ドラッグ・ラグだけでなく、診断・治療機器を含めたデバイス・ラグも基本計画に記載するべき。欧米の中古市場にあるような機器が日本では薬事取得したばかりということもある。極論を言えば、海外では診断可能であるのに、日本では診断不可能ということもある。(中川委員)

◇ ロボット手術や内視鏡手術のデバイスの導入では、日本は諸外国に比べてはるかに遅れている。ロボット手術の新型が出ているにもかかわらず、わが国では一世代古い機器がやっと承認されたばかり。これでは世界の先端治療を担えない。診断・治療機器を含めたデバイス・ラグの問題を、基本計画に入れるべき。

◇ 医療機器の承認について、最終的に承認された医療機器の承認までの過程を検証し、承認の一層の迅速化を図るために、研究開発機関や医療機器メーカーの開発体制を指導し、また、開発された医療機器の審査体制を必要な人材育成も含めて強化する必要がある。

◇ 我が国発の薬剤やデバイスの開発を推進するための一層の体制強化が必要。医療機器製造業界や研究開発機関を後押しするような文言を基本計画に入れて欲しい。(以上、前原委員)

(8) コンパシヨネット・ユース制度の導入

- ◇ 被験者保護の徹底、国民・患者への情報提供のあり方の検討、コンパシヨネット・ユース制度の創設などを、がん対策の推進の観点から担当部局に求めていく必要がある。(本田委員)
- ◇ 既承認薬での治療が難しく、代替となる治療がない患者に対して、海外での標準治療薬への早期アクセスの保証と人道的な観点から、コンパシヨネット・ユース制度の導入を行うこと。(天野委員、花井委員、眞島委員、松本委員)
- ◇ 極めて稀な疾患では、適応症を有する薬剤が皆無であるといった状況が必ず出現する。このような状況に対応できる柔軟性をもった制度構築が必要。(原委員)

(9) 協議会・基本計画におけるドラッグ・ラグの取扱いについて

- ◇ ドラッグ・ラグはがん患者にとっては「いのちに直結する問題」であり、長年にわたり、「がん患者が解消を求めて活動を続けている問題」であることを受け止め、化学療法の推進とひとくくりにするのではなく、しっかりと項目を立てて計画を作ることが必要なのではないか。
- ◇ 適応外薬・未承認薬に関する問題について、がん対策推進基本計画の骨子に具体的に書き込むべき。(以上、嘉山委員)
- ◇ ドラッグ・ラグについては、未承認薬だけでなく、適用外薬を保険診療で使えないことが患者にとって大きな問題になっている。未承認薬と適応外薬では、ラグの背景・原因が異なることから、それぞれの問題をきちんと分けて議論・対応する必要があることを、次期がん対策推進基本計画に明記すべきである。(本田委員)
- ◇ ドラッグ・ラグをがん対策推進基本計画の重点項目の対象とするべき。
(天野委員、花井委員、眞島委員、松本委員)
- ◇ 「がん対策基本法」は、未承認薬及び適用外薬のドラッグ・ラグ解消を求め、命をかけて訴えた患者たちの声を受けて成立したものである。こうした本協議会の発足の経緯を踏まえ、ドラッグ・ラグの解消にかかわる問題についても、中医協を含めた各種審議会や、治験・臨床試験等に関する

検討会などへ積極的に意見を出すべきである。(本田委員)

- ◇ 薬が欲しいというのは患者を預かる現場の医師の切実な願いでもある。命の長さが貧富によって決まるという状況は現場としては耐えられない。
(原委員)
 - ◇ がん対策推進協議会としてドラッグ・ラグ解消について、計画を打ち出し、関連する審議会や協議会などに対して意見を出していく必要がある。
(嘉山委員、天野委員、花井委員、眞島委員、松本委員)
 - ◇ がん対策推進基本計画において、未承認薬のみならず、適応外薬に関わるドラッグ・ラグについての状況を明らかにするとともに、それぞれに具体的な数値目標を定めること。また、次の5年間で成果を出すために、検討すべき具体的な内容を基本計画に記載するとともに、ドラッグ・ラグを化学療法と分けて独立した章項目とすべき。支持療法の適応外についても記載すべき。(天野委員)
 - ◇ 医薬品副作用被害救済制度が今回のドラッグ・ラグ解消を目的とした整備の中で、エビデンスに基づく使用であれば適応外使用でも救済制度の対象とすべきであるということを次回基本計画に明記すること。(無論、抗がん剤や免疫抑制剤も対象とするように改定する)
 - ◇ ドラッグ・ラグ解消の施策を推進する中で、患者さんの自己責任、学会を含めた医療者側のガイドライン作成の必然性と責任の自覚のもと、社会全体としてドラッグ・ラグ解消に努めることを次期基本計画に明記すること。(以上、上田委員)
 - ◇ 「ドラッグ・ラグ=悪」との印象があるが、厚生労働省は「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」などで検討しており、公知申請も可能。抗がん剤が、すべての患者の福音となるとは限らず、予想のできないことも起きうる可能性がある。すべての患者の益を考えると、基本計画の重点項目には入れないほうがいいのかと考える。(前川委員)
- (10) 次期基本計画へ記載すべき数値目標
- ◇ 日本発の画期的抗がん剤の開発に数値目標数値を設定する。(例えば、3年間で10成分をファースト・イン・ヒューマン試験から第1相試験、

5年間で5成分を第III相試験)

- ◇ 日本発の治療薬開発を促進させるために、現在高度医療評価制度においては“ファースト・イン・ヒューマンの治療研究”は医師指導試験で行うこととなっており除外されているが、GMP基準、GLPに対応しておりICH基準を満たしておれば除外規定から外し、高度医療評価制度の一連として取り扱うべく諸般の整備を2年以内に確立すること。
- ◇ 希少がんに対する未承認薬の治験外治療アクセスを可能とする制度を導入すること。(2年以内に薬事法改正を含め諸般の整備)
- ◇ 適応外使用の認可整備を3年以内に整備すること。
- ◇ コンパッションネート・ユースの要望に対して2年以内に解決すべく諸般の整備を急ぐこと。
- ◇ 個人輸入薬品の副作用報告制度を2年以内に確立すること。(以上、上田委員)

(10.11) その他

- ◇ 診療報酬については、内科系学会社会保険連合(内保連)、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)、各学会により適正化を進めるべきである。(江口委員)
- ◇ がん化学療法に伴う貧血へのESAの使用は認められておらず、世界に遅れをとっているのが現状。臨床医の関心は貧血以外の副作用にあり、貧血に関しては実情が把握されておらず、がん治療学会において調査を実施する予定。(前原委員)
- ◇ 根本的には制度の問題があることから、これを解決するためには、薬の開発プロセスも含め、国民を教育し、国民が理解することが必要。(中川委員)
- ◇ 小児適応薬の不足も含めて、膨大な数の薬剤についての検討が必要。患者救済を目的とした早期承認の拡大が必要だが、不利益(予期せぬ副作用)が伴うことへの理解も必要。(原委員)

在宅医療、チーム医療に関する委員からの意見のまとめ

1. 在宅医療

(1) 在宅医療の提供体制について

- ◇ かかりつけ医を持たず拠点病院などでがんの初期治療を受けた場合、その後、地域のかかりつけ医となる医師を見つけることが難しい。患者・家族が適切なかかりつけ医を探す手助けとなるような、地域の医療資源に関する情報の収集と公開が求められる。
- ◇ 在宅緩和ケアについては、専門的な知識と、家族へのケアも含め総合的な医療の提供が必要であることから、それらに精通した医療施設を核として整備を進めてはどうか。核となる医療施設は実践と共に、地域での人材育成やネットワーク作りにも取り組むこととする。(以上、松本委員)
- ◇ 化学療法等の治療中に地域のかかりつけ医にも通院する際、病院の担当医とかかりつけ医のどちらが主治医かということを明確にしておくことが重要。(川越委員)
- ◇ がん患者のかかりつけ医が必ずしも緩和ケアに習熟してはいないため、底上げが必要である。(江口委員)
- ◇ 在宅緩和ケアについて、例えば「拠点在宅支援センター」といった施設を全国的に整備するといったことは、医療経済や患者のニーズを踏まえると困難である。財政的にも、医療資源(医師やコメディカルの数など)を考へても、一定の地域に一定の患者さんの需要がなければ、在宅緩和ケア専門診療所の運営は成立しない。大都市の人口密集地以外では運営は難しい。現実には、地域の医療機関(いわゆるかかりつけ医)が連携する取り組みをすすめる事が大切であると考え。(一部の専門診療所を理想としてすすめる事は、その他の医療機関の協力、参画意欲を減じる事に通じると考える。)(保坂委員)
- ◇ 人口5万人程度やそれ以下の人口規模の市町村が多い地方の市町村では、高齢化も進んでいるところが多く、独居や高齢者世帯の割合が多くなってきている。そのような地域での在宅医療は、熱意のある開業医と地域にある社会資源で支えられているのが実態。必ずしも緩和ケアに習熟している医師と

は言えないが、現実的には個人の医師の力量の範囲にならざるを得ない面がある。現状の在宅緩和ケアの質を少しでも向上させるために、在宅医療を行っている医師や関係職種が燃え尽きることがなく地域医療を継続できる支援ネットワークの構築、相談支援できる機関や必要な研修を受けることが出来る仕組みが必要。

- ◇ 在宅での緩和ケアを選択できる機会を増やすには、熱意のある医師だけに頼っている今の体制では、その医師がいなくなれば継続できない状態に陥る。今後5年間でも高齢化が進めばおのずとがん患者は増加する。そのような地域は特に家族介護力の低下が進んでいる状況下で、住み慣れた在宅を選択できる体制を作る必要がある。
 - ◇ 患者家族調査の結果でも明確になっていたように、急変時の不安と介護負担が大きい。24時間往診してくれる医師と24時間看護や介護をサポート可能にすること、緊急時の入院受け入れやレスパイト入院(介護休暇目的入院)が可能になるように今ある制度や体制の見直しが必要。特に、病院診療所連携及び診療所間の連携などにより、24時間体制で在宅のがん患者を往診してくれる医療機関(片道30分程度の医療圏内)の確保や必要な支援体制を整備できるようなくみが必要。(以上、北岡委員)
 - ◇ 小児も在宅緩和ケアのニーズが存在するが、受けもらえる施設が少ない。成人のみならず小児もみることのできる体制を整備して欲しい。(原委員)
- (2) 在宅医療の質の評価について
- ◇ 在宅緩和ケアを受けた患者の声を調査することは困難であるが、家族・遺族の声は聞くことは可能ではないか。受け手側のニーズ、満足度を反映しながら、在宅緩和ケアの質の向上を図る必要がある。(花井委員)
 - ◇ 米国では在宅緩和ケアの専門チームが関わると、患者・家族の満足度が高くなるという大規模な調査結果がある。しかし、日本ではこのような調査結果はなく、緩和ケア専門チームの基準が存在しないため、検討が難しい。(川越委員)
 - ◇ 遺族に対する調査については、米国では死亡に関するデータベースが整備されているため、調査も容易である。日本においては、現在、遺族調査の妥当性を検証しており、例えば戦略研究では代表的な4つの地域で、緩和ケア

のプログラムの介入試験を実施している。(江口委員)

(3) 在宅医療に関する情報提供について

- ◇ 在宅緩和ケアについて何処に相談したらいいのかわからない。こうした情報は都道府県が詳細を把握するのが理想だが不可能に近い。小回りのきく市町村で情報提供を行うべきではないか。(前川委員)

(4) 介護保険に関連して

- ◇ 昨年4月に老人保健課より発出された事務連絡「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」(平成22年4月30日)が、地域に周知されておらず、対応に差があるのではないか。(天野委員)
- ◇ 介護認定の手続きは早くなってきたと感じるが、問題は、がん患者の場合、介護度の進捗が早く、例えば、要支援1、2であった患者が要介護に移行する場合は、地域包括支援センターでマネジメントされていたサービスが、管轄が変わることで現場では問題が生じている。具体的には、患者が「要介護」の区分変更の申請をしてから新たな認定が下るまでは、暫定のケアプランを立てるため、地域包括支援センターと次に担当する予定の居宅介護支援事業所のケアマネジャーのそれぞれが患者に関わることになるが、医療者としては、介護保険サービスの依頼や報告先をどちらにすればよいのかなどの混乱が生じている。がん患者や家族の立場としても、残された時間が短い中で介護サービスを待たされることになる。(川越委員)
- ◇ 介護保険の対象外となっている40歳未満の患者は、治療に伴い離職や減給などに直面している場合がある。さらに育児世代でもあることから、家庭内で在宅療養に十分な介護力を確保することが困難である。これらを考慮し、40歳未満の患者の療養支援に対して、何らかの対応が必要である。(松本委員)

2. チーム医療

(1) チーム医療に対する患者、家族の理解の促進

- ◇ 治療の選択肢の提示が十分になされていないという指摘もある現状の中で、チーム医療がどのように行われているのか患者側には見えにくい。また、がん治療を行うすべての病院で、他職種が連携したチーム医療が導入されているわけではない。患者が公平にチーム医療のメリットを受けられる制度や体制の整備をさらに進めてほしい。

- ◇ チーム医療の普及と充実のためには、患者もチーム医療の一員としてチーム医療そのものを理解する必要がある。チームにはどんな職種がいて、どんな役割を担うのか、患者に知ってもらうことでチーム医療が促進されるのではないか。(以上、花井委員)

- ◇ チーム医療で多職種が関わることはメリットも多いと期待するが、患者・家族にとって、誰に頼ればいいのか「司令塔」がわからなくなり混乱することがないように取り組みが必要。(松本委員)

(2) チーム医療を担う医療従事者の整備の必要性

- ◇ チーム医療では、多職種で関わるということが重要であるが、例えば医学物理士や臨床心理士は国家資格ではなく診療報酬上の手当もないため、他職種によるチーム医療が進んでいない。(中川委員)
- ◇ チーム医療の患者へのメリットは言うまでもないが、医師にとっても負担が軽くなる点を強調すべき。また、チーム医療への専門看護師の配置は数が少なく困難な面があり、認定看護師を増やすといったことも考慮すべき。(原委員)
- ◇ 認定看護師を取得する際には、一時臨床を離れなければならない、病院にとっても負担が大きい。(天野委員)
- ◇ 認定看護師を増やすことも大切だが、大卒看護師が増えつつある現在、志しのある看護師が臨床で働きながら大学院で学ぶことが出来るよう、病院が協力をする。専門看護師が増えることによって、院内で看護師への教育的役割を果たすことが出来る。それが、チーム医療にもつながっていくのではないか。(前川委員)

- ◇ チーム医療を推進するにあたり、多職種間のチーム医療と、病院・地域(在宅)間のチーム医療のふたつのチームが有機的に機能する必要がある。それぞれの職種がそれぞれの役割を担ってチーム内で協働する中で、いずれのチームにおいても、専門性の高い看護師の活用は有用であると考え。

- ◇ がん拠点病院などのがん看護に関する複数領域の認定看護師(化学療法・疼痛緩和・緩和ケア・がん放射線療法・乳がん看護4,500名)と、がん

専門看護師（250名）を地域と協働して派遣し、専門性の高い高度な看護ケア活動を提案する。患者にとって、慣れ親しんだ身近な医療機関や訪問看護ステーションなどを通じて、専門性の高い看護ケアを継続的に受けることができるシステムである。そのことにより、患者のいわゆる「がん難民化の防止」も可能となる。

- ◇ さらに、地域での活動は、拠点病院に集積されている「知」が具体的で実践的な形で地域に伝播する効果がある。がんプロなどのがん教育と融合すれば、現実的ながん医療の均てん化に資する。（以上、松月委員）

（3）その他

- ◇ New England Journal of Medicineに掲載された論文のとおり、早期からの緩和ケアチームの介入とその効果に期待している。（眞島委員）

日本医師会のがん地域連携クリティカルパスへの取り組み

日本医師会 公衆衛生・がん対策委員会副委員長
地域連携クリティカルパスへの取り組みワーキンググループ

北海道医師会副会長、
医療法人社団 畑俊一内科・理事長、院長 畑 俊 一

2011年10月20日
第26回がん対策推進協議会、ヒアリング

1. はじめに
2. がん地域連携クリティカルパスの目的
3. がん診療連携拠点病院の指定要件について
4. 北海道におけるがん診療連携拠点病院
5. がん診療連携拠点病院制度の概要
6. がん地域連携クリティカルパスの4つの要件
7. 連携パスの実例
8. 各立場のメリット・デメリット
9. 2010年診療報酬改定と地域連携クリティカルパス
10. 日本医師会のアンケート調査から
 11. がん患者と家族が求める地域連携への視点
 12. 5大がん以外のがんのクリティカルパス、前立腺がんについて
 13. 今後の課題

1. はじめに

がんは、わが国において1981年から死因の第1位になり、現在では死亡者数は年間約33万人に及ぶ。生涯にがんを罹患する可能性は男性54%、女性41%と推計されている。団塊の世代が70歳を超える2020年にはがん患者数は年間85万人に達し、がんによる死亡者は年間45万人になると予想されている。2人に1人が、がんで死亡することになる。こうしたことから国はがん対策に力を入れ、がん対策基本法の制定、がん対策推進協議会の設置、地域がん診療連携拠点病院の指定などを行ってきた。

がん医療において医療機能の分化・連携の推進、切れ目のない医療の提供（医療連携）は喫緊の課題である。地域連携クリティカルパスがそのツールとして有望視されている。

第5次医療制度改革で医療提供体制の再構築、医療連携の推進がうたわれ、またがん対策基本法では療養の質の向上とがん医療の均てん化が目標に掲げられた。がん対策推進協議の過程で患者からはがん難民解消の意見として「がんの拠点病院だけでなく近くの医療機関でもレベルの高いがん医療が受けられるなら、連携を進めて欲しい。」という声が寄せられた。これらの要望に応えるためにも「がんの地域連携クリティカルパス」の導入は必然の方向である。

2. がん地域連携クリティカルパスの目的

2006年6月、第5次医療法改正により地域連携が法制化され、同年6月16日に「がん対策基本計画」が成立し、基本的施策の一つとして、がん医療の均てん化の促進が示された。

次いで、2007年6月に「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、全国の医療機関は具体的な取り組みを求められるようになった。すなわち、術後の経過観察や在宅医療の実施を通じて医療機能の分化連携の方向性が示され、がん医療において地域連携の実施が重要課題の一つとなった。また、この「がん対策推進基本計画」において、がん拠点病院において、5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳）の地域連携クリティカルパス（がん地域連携パス）の整備が義務づけられることになった。今後はがん拠点病院と連携医療機関が地域連携パスに基づいて、がんにおいても地域完結型医療を目指すことになる。従って、がん拠点病院のみならず、病院、診療所、行政などの多くの地域医療関係機関が関与すると考えられ、今後はがんの地域連携クリティカルパスについて一層の理解と実践が必要となろう。

がん地域連携パスの目的として以下の3つがあげられる。

第一に計画策定病院（がん診療連携拠点病院、がん診療連携指定病院）と連携医療機関（一般病院、診療所等）の間で診療計画、検査結果、治療経過を共有することで患者さんに安心、安全で質の高い医療を提供すること。

第二に患者さん自身が診療計画や病気を理解でき、かかりつけ医のもとで手厚い診療を受けることができるようになること。

第三に診療の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減になること。

3. がん診療連携拠点病院の指定要件について（要約）

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22年3月31日一部改正)
(平成23年3月29日一部改正)

1 診療体制

(1) 診療機能

- ①集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供
- ②化学療法提供体制
- ③緩和ケアの提供体制
- ④病病連携・病診連携の協力体制

我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパス（がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。以下同じ。）を整備すること。

⑤セカンドオピニオンの提示体制

(2) 診療従事者

- ①専門的な知識及び技能を有する医師の配置
- ②専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフの配置

(3) 医療施設

- ①年間入院がん患者数
- ②専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

2 研修の実施体制

3 情報の収集提供体制

- (1) 相談支援センター
- (2) 院内がん登録

4. 北海道におけるがん診療連携拠点病院

4-1 北海道のがん診療連携拠点病院の整備状況

指定部門：国立病院機構直轄病院以外 平成25年3月31日まで
国立病院機構直轄病院 平成27年3月31日まで

三次	二次	がん診療連携拠点病院		当科指定年月日	
		所在地	所在地		
道南 (3)	南 渡 島 (3)	市立函館病院	函館市	平成16年1月31日	
		社会福祉法人函館厚生院 函館五輪病院	函館市	平成21年4月1日	
		独立行政法人国立病院機構 函館病院	函館市	平成23年4月1日	
道央 (11)	札 幌 (8)	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	札幌市白石区	平成17年1月17日	
		札幌医科大学附属病院	札幌市中央区	平成21年4月1日	
		北海道大学病院	札幌市北区	平成21年4月1日	
		市立札幌病院	札幌市中央区	平成17年1月17日	
		医療法人済仁会 手稲済仁会病院	札幌市手稲区	平成21年4月1日	
		JAL北海道厚生連 札幌厚生病院	札幌市中央区	平成21年4月1日	
		KKR札幌医療センター	札幌市豊平区	平成21年4月1日	
		社会福祉法人 恵信会札幌病院	札幌市白石区	平成21年4月1日	
	道北 (3)	旭川 (3)	旭川医科大学病院	旭川市	平成21年4月1日
			JAL北海道厚生連旭川厚生病院	旭川市	平成17年1月17日
			市立旭川病院	旭川市	平成21年4月1日
道北 (3)	上川北部 (10)	旭川医科大学病院	旭川市	平成21年4月1日	
		JAL北海道厚生連旭川厚生病院	旭川市	平成17年1月17日	
		市立旭川病院	旭川市	平成21年4月1日	
		市立紋別病院	紋別市	平成17年1月17日	
		市立網走病院	網走市	平成17年1月17日	
		市立稚内病院	稚内市	平成17年1月17日	
		市立室蘭病院	室蘭市	平成17年1月17日	
		市立苫小牧病院	苫小牧市	平成17年1月17日	
		市立釧路病院	釧路市	平成17年1月17日	
		市立帯広病院	帯広市	平成17年1月17日	
十 勝 (1)	十 勝 (1)	JAL北海道厚生連帯広厚生病院	帯広市	平成17年1月17日	
		市立十勝総合病院	帯広市	平成17年1月17日	
釧路・根 室 (2)	釧 路 (2)	独立行政法人労働者健康福祉機構 釧路労災病院	釧路市	平成11年1月17日	
		独立行政法人労働者健康福祉機構 釧路労災病院	釧路市	平成21年4月1日	
6 圏域		21 拠点	21 病院	9 市	

※ かつこまきの数字は拠点病院数



4-2 二次医療圏別の状況

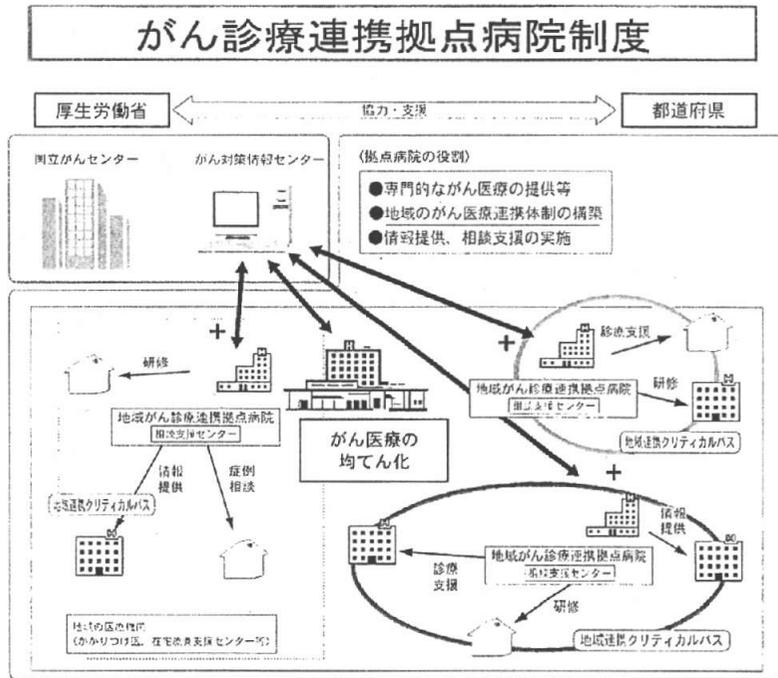
第三次 人口 (人)	第二次		がんによる死亡状況 (国)		がん患者数 (国保)		自給率		流出先上位2圏域														
	人口 (人)	圏域人口 (人)	死亡 患者数	粗死亡率・5年 生存率	入院 (人)	通院 (人)	入院 率 (%)	通院 率 (%)	1位 (%)	2位 (%)	1位 (%)	2位 (%)											
	圏域人口 (人)	圏域人口 (人)	死亡 患者数	粗死亡率・5年 生存率	入院 (人)	通院 (人)	入院 率 (%)	通院 率 (%)	1位 (%)	2位 (%)	1位 (%)	2位 (%)											
道南	南 渡 島	48,310	197,301	24,736	1,486	336.7	116.9	112.1	341	293.5	0.748	5,232.0	35.3	33.3	札幌	2.7	函館	0.6	札幌	1.3	函館	0.1	
	函 館	38,416	12,426	21,926	125	371.1	103.6	94.0	50	482.8	4.73	5,882.2	50.3	45.7	函館	59.0	札幌	12.3	前橋	45.9	札幌	3.6	
道央	札 幌	2,189,421	218,519	11,225	5,531	218.2	102.5	101.4	1,721	516.5	23.628	5,426.3	99.3	93.2	札幌	0.3	札幌	0.1	苫小牧	0.1	札幌	0.1	
	後 志	251,879	161,861	28,526	993	386.3	114.5	113.0	350	543.1	5.433	5,317.7	60.7	52.9	札幌	32.2	札幌	0.9	札幌	22.8	苫小牧	1.1	
	空 知	44,536	21,369	28,526	153	374.3	109.4	97.2	17	563.7	3.821	4,523.5	44.5	44.4	札幌	36.4	札幌	11.3	札幌	20.3	札幌	8.9	
	上 川	131,825	54,721	31,126	455	324.5	95.4	98.4	105	537.4	3.995	5,584.7	74.4	65.9	札幌	15.1	札幌	0.3	札幌	4.7	札幌	3.2	
	大 空	41,163	16,399	22,126	145	352.7	98.9	99.3	75	581.9	4.944	4,944.2	45.3	44.2	札幌	2.7	札幌	0.1	札幌	28.1	札幌	4.9	
	石 狩	219,436	86,944	21,226	633	321.5	103.3	103.3	424	536.3	5.029	6,365.3	32.4	32.4	札幌	0.1	札幌	0.1	札幌	2.9	札幌	0.4	
	美 瑛	210,114	71,420	21,826	581	267.4	105.7	111.4	0	516.7	4.311	5,582.3	75.2	62.5	札幌	16.3	札幌	2.9	札幌	0.2	札幌	1.9	
	日 高	82,384	21,573	24,326	555	374.0	104.7	99.5	105	443.8	1.545	4,112.0	31.4	37.0	札幌	43.2	札幌	20.7	札幌	21.3	札幌	13.4	
	上 川	418,436	156,253	22,726	1,210	276.2	101.2	102.2	802	572.1	6.045	5,142.2	32.0	32.0	札幌	1.6	札幌	0.1	札幌	0.1	札幌	3.1	
	下 川	76,153	35,221	21,326	257	272.3	101.0	94.5	121	581.1	1.623	5,584.5	32.4	32.4	札幌	0.1	札幌	0.1	札幌	2.1	札幌	2.6	
道北	室 蘭	48,131	26,688	28,026	133	265.5	98.9	102.1	52	551.4	1.097	5,363.1	54.9	54.9	札幌	43.9	札幌	1.3	札幌	24.1	札幌	2.2	
	釧 路	82,115	22,388	21,726	277	335.1	102.3	112.1	138	593.2	1.021	4,371.3	32.9	32.9	札幌	23.9	札幌	16.9	札幌	17.1	札幌	11.6	
オホ ツク	十 勝	76,163	31,496	24,526	549	331.4	106.5	103.6	167	531.7	1.245	3,967.4	44.3	45.0	札幌	31.7	札幌	16.0	札幌	2.4	札幌	3.7	
	釧 路	242,223	161,968	24,126	665	232.5	98.4	103.5	415	407.0	5.945	4,948.0	65.3	65.7	札幌	11.7	札幌	2.2	札幌	2.4	札幌	3.7	
十 勝 ・ 根 室	十 勝	82,413	36,368	21,326	310	300.0	102.2	104.6	131	524.5	1.721	4,732.0	61.3	61.3	札幌	15.2	札幌	12.9	札幌	2.7	札幌	5.9	
	根 室	294,314	141,665	22,526	1,071	234.2	98.0	104.7	583	311.3	1.709	4,691.3	58.3	58.3	札幌	5.7	札幌	0.1	札幌	2.9	札幌	0.7	
釧路・根 室	釧 路	597,733	36,618	22,526	439	216.9	103.3	113.3	424	451.9	5.689	5,714.3	58.1	57.9	札幌	2.0	札幌	0.1	札幌	1.1	札幌	3.3	
	根 室	83,410	41,533	21,326	251	302.4	107.0	105.9	129	313.2	1.426	3,422.9	32.3	32.3	札幌	47.3	札幌	10.1	札幌	31.7	札幌	3.9	
全道計		5,634,587	2,071,454	72,326	18,133	261.5	100.0	106.1	10,276	455.0	6,423.5	5,231.6	35.3	32.9									

注1)人口は平成17年12月末現在国勢調査によるもの。
2)粗死亡率は「年齢別人口動態統計」によるもの。
3)がん患者数は「がん登録」による。平成25年5月の国民健康保険被保険者のレセプトデータより算出したもの。
4)死亡状況については、人口10万人当たりの数値。
5)自給率は、平成19年3月31日現在「住民基本台帳関係年報」調査によるもの。
6)SIR(男・女)は北海道健康づくり推進計画「北海道における主要がんの発生5年(0-17歳)」によるもの。
7)圏域別の数値は、地域がん診療連携拠点病院が指定されている圏域。

国はおおむね二次医療圏に1カ所を指定する方向であるが、上記の指定要件を満たすことができない病院が多数あるため、全国的には現在349の二次医療圏中、拠点病院の整備は231の医療圏にとどまっている。

北海道では21の二次医療圏が存在するが、指定要件を満たす病院が21のすべての二次医療圏に存在しないことから、がん患者数や入院、通院の自給率、流出先など受療動向を調査し、6つの三次医療圏に拠点病院を複数指定することにより、北海道全体のがん診療を網羅する方向性を選択し、現在21の二次医療圏に対し21の地域がん診療連携拠点病院を整備することができた。

5. がん診療連携拠点病院制度の概要



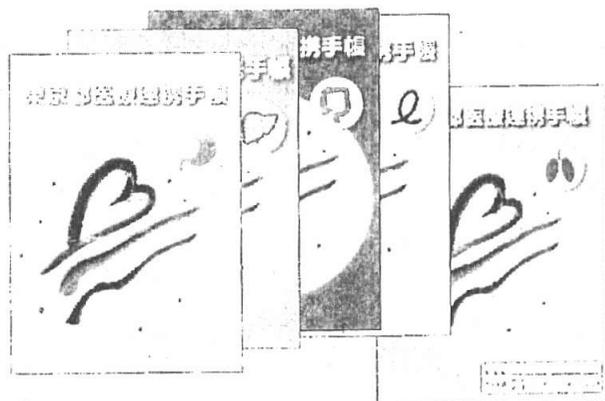
6. がんの地域連携クリティカルパスの4つの要件

- ① 病院と診療所の役割分担表
- ② 共同診療計画表 (医療者用地域連携クリティカルパス)
- ③ 私のカルテ (患者用地域連携クリティカルパス)
- ④ 連携ポスター



7. 連携パスの実例

7-1 東京都医療連携手帳の表紙



7-2 胃がんの診療予定表

診察・検査予定表 (Stage: IA~IB胃がん)				●は手術病院で行います ○はかかりつけ機関で行います ◎は手術病院またはかかりつけ機関どちらかで行います										
手術日 年 月 日	退院後 2週	3 カ月	6 カ月	1年		2年		3年		4年		5年		
				9 カ月	4 カ月	8 カ月	4 カ月	8 カ月	6 カ月	6 カ月	6 カ月			
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	○	●
採血 (血清、生化、CEA and/or CA 19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、 1年目は行いますが、2年目以降は症状 がある場合に行います。					◎		◎		◎		◎		◎	
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎		◎		◎		◎		◎	
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎		◎		◎		◎		◎	

8. 各立場のメリット・デメリット

《メリット》

患者さん

- (1) 地域連携クリティカルパス提示による診療の明確化、標準化
- (2) 待ち時間、通院時間などの節約

地域診療所

- (1) 地域連携パスによる情報共有することで、質の高いがん医療の役割分担を担うことが可能となること
- (2) ファミリードクターとしての役割拡大
- (3) 病院と良好な信頼関係が構築できること

病院

- (1) 待ち時間の短縮、診療時間の増加が認められ患者満足度や外来医療の質の向上が図れること
- (2) 外来負担が軽減し、より質の高い入院医療が行えるようになること
- (3) 地域診療所と良好な信頼関係が構築できること

《デメリット》

地域診療所

- (1) 多くの診療所ではクリパスというものになじみがない
- (2) 使用可能な薬剤の種類などに限りがある
- (3) 血液検査に時間がかかる
- (4) 多数のクリパスに対応しなければならない
- (5) 再発や転移の見逃しなどのリスクを負うため、参加にためらいを覚える

9. 2010年診療報酬改定と地域連携クリティカルパス

9-1



計画策定病院

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。

計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有

がん治療連携
計画策定料
(情報提供時)

(300点) 診療情報提供

がん治療連携
計画策定料
(退院時)

紹介 (750点)



連携医療機関
200床未満の病院
診療所

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。

9-2

また、がん地域連携クリティカルパスが診療報酬に今回導入されたことを受けて、診断群別包括支払い制（DPC）の対象病院の新機能評価指数にもがん地域連携クリティカルパスが反映されることになった。現在、DPC対象病院は1,283施設（2009年）で、この中には先述のがん診療連携拠点病院やそれに準ずる病院も数多く含まれている。がん診療連携拠点病院が、同時にDPC拠点病院である場合は、新たに導入される新たな機能評価係数の適応となる。新たな機能評価係数とは、病院の機能に応じて評価する係数のことで、今回、以下の6項目について新規に導入された。①データ提出指数、②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率、⑤地域医療指数、⑥救急医療係数。このうち、がん地域連携クリティカルパスが評価されるのは、⑤地域医療指数で、地域医療への貢献の度合いを評価する指標として、脳卒中地域連携クリティカルパスやがん地域連携クリティカルパスを実施していることをポイントの1つとしてあげている。

がん治療連携計画策定料(B005-6)、がん治療連携指導料(B005-6-2)に関する留意事項

- (1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関する医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。
- (2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。
- (3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。
- (4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。
- (5) 計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。
- (6) がん治療連携指導料は、連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

DPC対象病院における新たな機能評価係数

地域医療指数：地域医療への貢献を評価
(指数)＝以下の各項目ごとに1ポイントを加算した総ポイント数(0～7ポイント) (2010年8月より評価)
① 「脳卒中」について、脳卒中を対象とする「B005-2地域連携診療計画管理料」、「B005-3地域連携診療計画退院時指導料(I)」または「B005-3-2地域連携診療計画退院時指導料(II)」を算定している医療機関を評価
② 「がん」について、「B005-6がん治療連携計画策定料」または「B005-6-2がん治療連携指導料」を算定している医療機関を評価
③ 「がん」について、地域がん登録への参画の有無を評価
④ 「救急医療」について、医療計画上で定められている2次救急医療機関であって病院群輪審制への参加施設、拠点型もしくは共同利用型の施設又は救急救命センターを評価
⑤ 「災害時における医療」について、DMAT(災害派遣医療チーム)指定の有無を評価
⑥ 「へき地の医療」について、へき地医療拠点病院の指定または社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価
⑦ 「周産期医療」について、総合周産期母子医療センターまたは地域周産期母子医療センターの指定の有無を評価

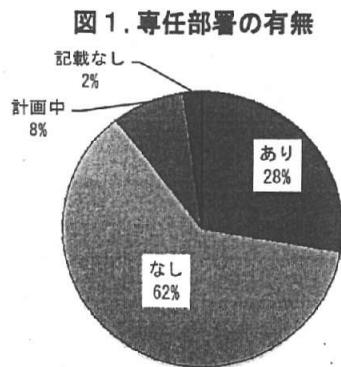
10. 日本医師会のアンケート調査から (2011年5月)

10-1

1) がん地域連携クリティカルパスアンケート結果

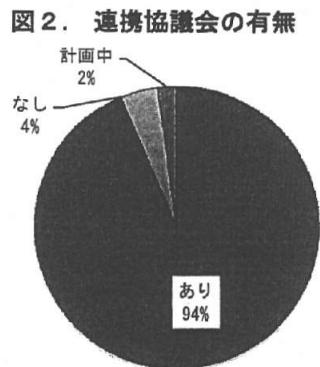
I 「医師会内に「がん対策推進のための事業」専任部署の有無について」

47 都道府県医師会中、専任部署があると回答したのは 13 医師会で約 28%、なしと回答したのは 29 医師会 (約 62%)、計画中が 4 医師会、記載なしが 1 医師会だった (図 1)



II. 「都道府県にがん地域連携クリティカルパスのための「がん診療連携協議会」のような組織があるか」

この質問に対しては、「あり」の回答が 44 医師会、「なし」が 2 医師会、「計画中」が 1 医師会で、94%の都道府県医師会が、行政の「がん診療連携協議会」などの組織があるとしていた(図 2)。



10-2

III. 「各「がん」についてがん地域連携クリティカルパスを現在実践しているか」

表 1 に 5 大がんである胃がん、肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、さらに子宮がんと前立腺がんのパスの実施状況を示す。

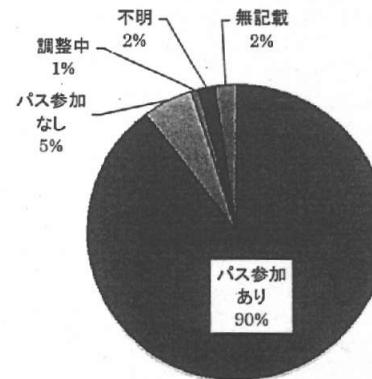
表 1

	胃がん	肺がん	肝がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	前立腺がん
あり	35 (74%)	36 (77%)	33 (70%)	35 (74%)	37 (79%)	12 (26%)	8 (17%)
なし	3 (6%)	2 (4%)	3 (6%)	3 (6%)	2 (4%)	28 (60%)	0 (0%)
計画中	6 (13%)	6 (13%)	8 (17%)	6 (13%)	5 (11%)	4 (9%)	0 (0%)
不明	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	3 (6%)	1 (2%)
小計	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	47 (100%)	9 (19%)

IV. 「がん地域連携クリティカルパスに参加しているがん診療連携拠点病院及びそれに準じる基幹病院数はいくつあるか」

調査当時の全国のがん診療連携拠点病院は 388 であるが、アンケートよりパスに参加しているとされたがん診療連携拠点病院数は 348 で、90%がパスに参加している (図 3)

図 3. - がん診療連携拠点病院数



10-3

V. 「がん地域連携クリティカルパスに参加（登録）している地域の医療機関数はいくつあるか、またその数はそれぞれの都道府県の全医療機関数の何パーセント位か」

この質問に対して、「不明」が7医師会、「無記載」が5医師会で12医師会が連携医療機関数を把握していなかった。「調整中・準備中」は3医師会だった。回答のあった32医師会のうち、正確な実数把握が困難な4医師会を除くと、28医師会で連携医療機関の総数は7415で、登録率の平均は約12.6%であった。最も連携医療機関数の多かったのは東京都の2128（16%）、連携医療機関率の高かったのは福井県の206（38.1%）だった。

10-4

VI. がん地域連携クリティカルパス実践上の問題点や課題についての各種意見

①医師会に関すること

ここでは、「会員医療機関への支援・周知・働きかけ」が最も多く、その他「県内統一パスの作成」、「近隣県との連携など広域化」、「届け出要件の簡素化」などが主な意見だった。

②がん診療連携拠点病院に関すること

「がん診療拠点病院整備のばらつき」、「地域差」、「病院間での温度差」、「急変時対応を含む後方支援体制整備」、「医師会、かかりつけの医師への密接かつ継続的な支援・協議」、「複数パスによる連携困難」、「医師不足」、「パスの統一化」「将来的に末期がんのパス作成」「連携体制の強化」などがあげられた。

③地域の医療機関に関すること

「クリティカルパスに関する情報が少ない」、「関心が乏しい」、「パス運用により病院の差別化が起きるのではないか」、「患者の囲い込みにならないか」「統一パスが必要」、「クリティカルパスを通じた一層の医療連携推進」などの意見があった。

④患者に関すること

「患者にとってのメリットが、経済負担の割にはつきりしないのではないか」、「パスの利用を希望する患者は少ないのではないか」、「連携を進める意味では大切だが、患者が「見放された」と思わせないようにすることが必要」、「患者を含め、地域住民にクリティカルパスの啓発・周知が徹底されていない」、「患者の受診行動が三次医療圏を超えることがあり、二次医療圏域内で完結できない」などの意見があった。

⑤行政に関すること

「広報不足」、「がん診療連携拠点病院に任せきりの行政がある」、「準じる病院の前向きな認定」、「厚生局への届け出要件簡素化の期待」などがあった。

10-5

2) がん地域連携クリティカルパス発行状況

平成23年5月に、本委員会の委員が所属する10の都道府県（以下、各々A～Jとする）にあるがん診療連携拠点病院に対し、平成23年7月末までに発行された5大がんのがん地域連携クリティカルパス発行枚数を調査した。全国調査でなく10都道府県のデータであるが、おおよその傾向を反映するのではないかと考える。

5大がん全体では、122の病院に調査したところ、パスの発行体制が整備されている病院が101、実際にパスを発行した病院は77で合計3,396のパスが発行され、胃がん、大腸がん、乳がんが多く、肺がん、肝がんのパス導入は少なかった。（図4）がん種によりパスの発行枚数が異なる理由は不明だが、がん種によって発見時期・ステージ・治療内容など、パスの導入しやすさが異なるのかもしれない。

発行枚数も、一県あたり12枚から、1004枚までばらつきがあり、地域によりクリティカルパスの発行状況に差が認められた。また多い県でも、限られた病院がパスを多く発行しており、同じ県内のがん診療連携拠点病院でも温度差のあることが推察された。

最も発行枚数の多かったEのがん診療連携拠点病院別パス発行枚数だが、13病院中6病院がパスを発行しておらず、a病院、b病院の2病院がほとんどのパスを発行していた。（図5）

2番目に多い736枚のパスを発行しているDでは、21病院中18の病院でパスを発行していた。しかし1病院が全体の52%を占めるパス発行をしており、ここでも病院間の偏りがみられた。（図6）

図4. 10都道府県のクリティカルパス発行枚数（n=3396）

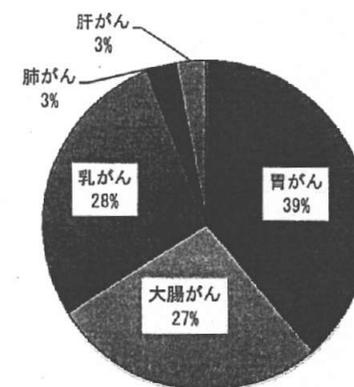


図5. Eにおける5大がんパス
発行枚数 (n=1004)

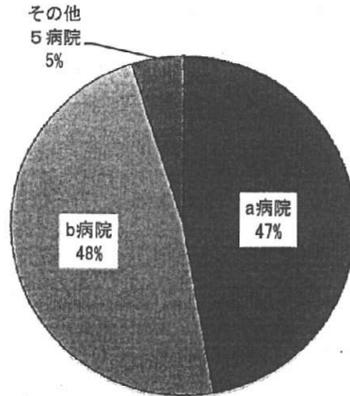


図6. Dにおける5大がんパス
発行枚数 (n=736)

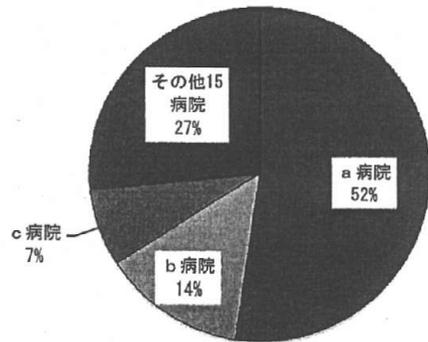


表2 10都道府県における平成23年7月までのがん診療連携拠点病院のがん地域連携クリティカルパスの発行枚数

都道府県	A					B					C					D					E					F					G					H					I					J					合計																																																																																																																																																																																														
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5																																																																																																																																																																																															
A	21	9	0	0	0	8	14	10	9	15	17	9	117	130	11	65	59	11	221	105	201	B	0	5	0	0	0	5	0	16	5	0	0	5	2	0	4	5	2	0	4	5	12	15	2	C	9	4	0	0	0	6	17	112	5	3	0	6	123	213	7	275	293	9	473	526	526	D	21	21	16	0	0	21	251	120	21	10	0	21	223	106	21	228	109	21	736	350	350	E	13	5	0	0	0	10	756	726	6	4	0	10	243	248	6	16	27	12	102	772	837	F	15	9	15	17	12	17	12	73	10	10	10	11	110	109	13	123	95	14	245	230	246	G	14	8	1	1	1	9	61	73	4	2	0	5	8	16	7	65	93	9	144	103	160	H	7	7	0	0	0	7	7	10	7	0	0	7	0	0	7	52	74	7	59	84	84	I	6	2	0	0	0	2	2	10	2	2	10	2	2	13	5	20	40	5	25	43	52	J	8	8	55	70	0	73	81	8	47	59	8	90	113	0	110	138	6	378	470	470	合計	122	72	55	12	67	136	151	77	100	13	84	698	118	63	658	106	101	339	272	331
合計	122	72	55	12	67	136	151	77	100	13	84	698	118	63	658	106	101	339	272	331																																																																																																																																																																																																																													

アンケート調査のまとめ

5大がんについては、ほぼ70%を超える都道府県で地域連携クリティカルパスが実施されており、約90%のがん診療連携拠点病院がパスに参加している。

準じる病院の数は、がん診療連携拠点病院より少なく、今後の認定がひとつの課題であろう。連携医療機関は、各都道府県で平均12.6%が参加しているが、連携医療機関の充実も課題であろう。

がん地域連携クリティカルパスの問題点や課題として、がん診療連携拠点病院に医師会・地域医療機関に対する支援・協力を求める声や、厚生局への届け出要件の緩和、共有パス（全国統一パス）の作成を求める声がある。

パスの発行は、都道府県によって発行枚数にかなりのばらつきがあり、同じ県内の病院でも偏りが見られ、全国的な普及にはまだ課題が多い事を推察させた。

また、一部で懸念されているような患者囲い込みにならないよう医師会が参加して適切な連携体制を整備すると共に、がん診療連携拠点病院、医師会、行政による住民・患者らに対するパスの広報・啓発が必要である。

1.1. がん患者と家族が求める地域連携への視点

11-1 患者・家族の意識調査から (NPO 法人愛媛おれんじの会)

回答者の60%が患者本人、25%が家族で、残りの15%は学生や医療職などだった。治療を受けている医療機関は87%が拠点病院で、13%が拠点病院以外の病院、近くの診療所と答えた人はなかった。

「近くの診療所にかかりつけ医がいますか？」との問いには「いる」が45%、「いない」が55%だった。この場合の「かかりつけ医」というものが、年に1~2回かぜのときに行く所なのか、すべての既往歴や家族構成まで理解してくれている所なのかは不明である。

次に「『病診連携』という言葉を知っていましたか？」との問いには「知っていた」が49%、「知らなかった」が51%であった。

「どの段階であれば『病診連携』が可能だと思いますか？」との問いに対しては、最も多かった回答は「経過観察だけでよい場合」で、これは当然の回答と思われるが、次いで多かったのが「どの段階でも可能」という答えであった。図1に示す通り、回答として8例を示したうえで選択してもらっているので「進行再発がんの抗がん剤治療を行う場合」も含めて「どの段階でも可能」と回答した人が多かったのは意外だった。回答者の中には再発がん治療中の患者もいたため、希望を込めての回答とも推測できる。また「積極的治療をしなくなった場合」との回答が3番目に多かったのは、現状のままといえる。「これ以上の治療法はありません。後はご自宅の近くの医者に診てもらってください」というのはよく聞く話なので、そんなものだと考えている人が多かったのではないだろうか。

「『病診連携』をどう思いますか？」に対しては、「良いと思う」が7割近くに上った(図2)

「良いと思う」理由としては、「通院時間が短くなるから」、「複数の医師に診てもらう方が安心だから」があげられ、「良くないと思う」理由として「大きな病院でないと不安だから」、「複数の医師だとどちらに頼ってよいかわからない」が続いた。

図1 どの段階であれば「病診連携」が可能だと思いますか？

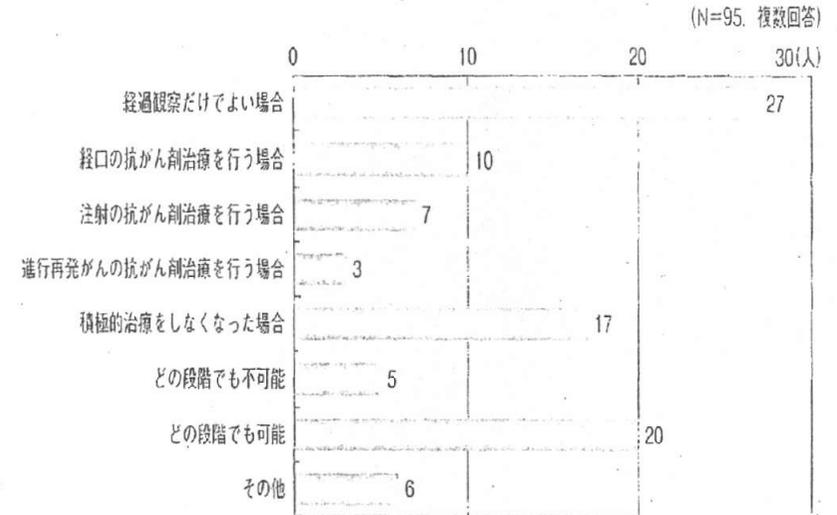
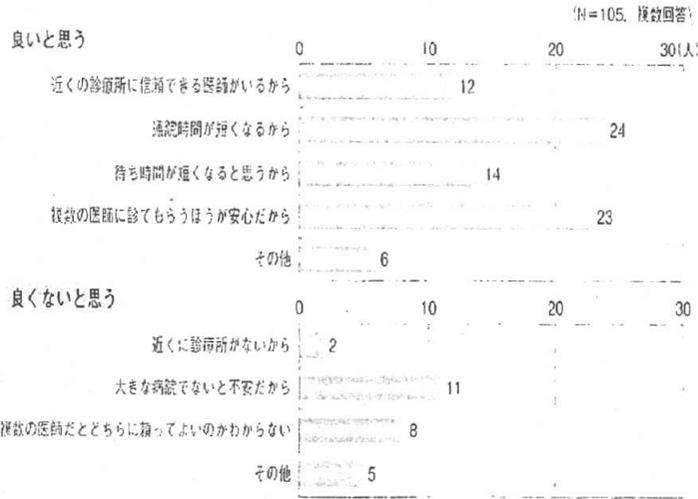
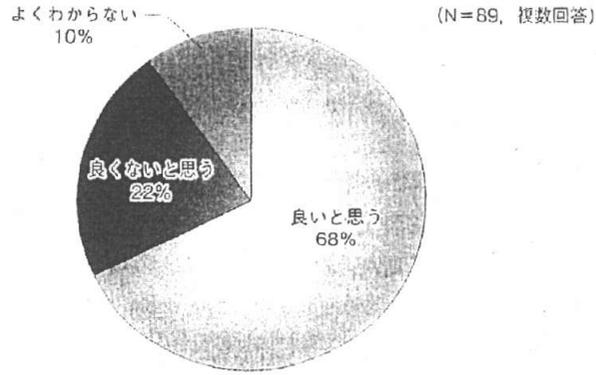


図2 「病診連携」をどう思いますか？



11-2

次に、「自分や家族が、病院から診療所へ紹介されることになったらどうしますか？」との問いには、「十分に説明を受け、納得できれば受け入れる」と答えた人が圧倒的に多数であった(図3)「抵抗があるが、主治医に言われれば仕方ない」、「見捨てられる感じがするのでできれば断りたい」との回答は比較的少数だったが、ここには注意が必要だと考える。それは、この調査が患者・家族会員対象であり、一般人よりもがん医療について理解があり、前向きにとらえている可能性があるからだ。「十分に説明を受け…」とともに「見捨てられる感じがする…」にも印をつけていた回答者が数人いたことも軽んじてはいけないと思う。

最後の設問は、「納得するために何が必要だと思いますか？」(図4)。「主治医からの説明」が最も多く、「緊急時の対応方法が保障されていること」が続く。「治療計画書(地域連携クリティカルパス)」は4番目に多かった。回答者のほとんどは「地域連携クリティカルパス」という単語をまだよく理解していないと思われるが、回答欄には「何らかの書面が必要」という意見が数件みられた。

図3 自分や家族が、病院から診療所へ紹介されることになったらどうしますか？

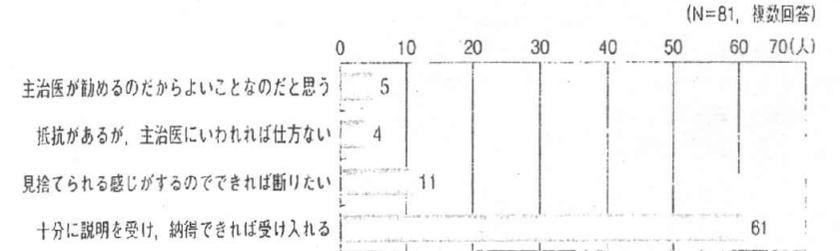
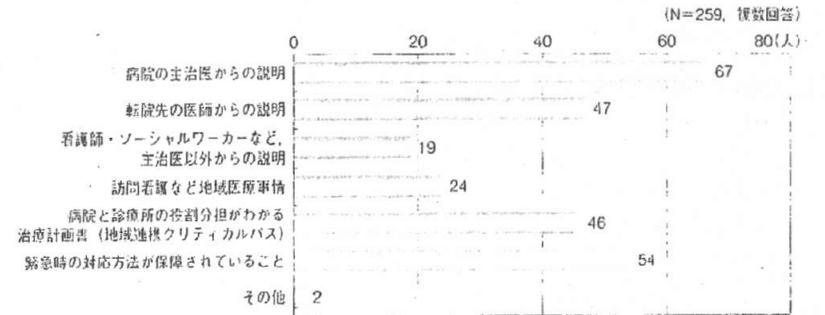


図4 納得するために何が必要だと思いますか？



調査結果を数字だけみると、回答者の大半が連携を肯定し受け入れる状況だと思える。しかし、数字とは相反して自由記述欄には不安が噴出している。他にもさまざまな意識調査を実施しているが、こんなに意見が寄せられたのはこれまでなかったことだ。

- 目立つのは説明・コミュニケーションについての不安である。
 - ・現状で、これ以上の情報提供や患者・家族への説明が可能なのか？
 - ・治療初期からの説明 (over view の揭示)。ある時期に突然告げられると、患者・家族の治療過程を否定してしまうことにつながる。
 - ・個別に丁寧な説明が必要。
 - ・医療者同士が顔の見える連携を強化しないと、患者を紙一枚で送る“冷たい医療”となりかねない。
- 回答者の多くが「十分な説明」を連携の前提と考えているのに、現状ではその点に不安が集中するという皮肉な結果である。また情報不足による不安も感じている。
- ・役割分担が詳細なレベルで明確でない。
 - ・診療所にがんの専門知識がないためにがん専門病院へ行くのであって、診療所が何ができるか明確でない。
 - ・別の医療機関に所属する複数の医師が、患者の状態を同じ水準で把握できるのか。
 - ・受け入れ先の体制がしっかり確保されてから進めてください。
- かかりつけ医がいないと回答した人が半数を超えていることもあり、連携先の医療機関の情報がみえない不安は非常に大きなものがあると思われる。
- この他に、大変厳しい意見も寄せられている。
- ・美名に名を借りた医療費削減策。
 - ・何か問題が起こったときに医療機関同士で責任のなすり合いが起こるのではないか。
 - ・連携は在宅が原則。在宅介護力のある家庭がどれほどあるのか。
- 今回の調査結果を総括すると、連携について概ね理解はされているが、患者・家族が自分の問題として納得して受け入れるためにはコミュニケーションや情報提供などの問題を丁寧に解決していくことが強く求められているといえる。

11-4 患者・家族が望む連携のために

- (1) 治療初期に、連携を含む over view の提示
- (2) 患者にとってのメリットとデメリットの理解と説明
- (3) 連携先医療機関の情報提供
- (4) ツールに頼らず“ことば”を使って
- (5) 繰り返し説明を

12. 5大がん以外のがんのクリティカルパス、前立腺がんについて

12-1 前立腺がんの診療に連携が必要な理由

(1) 患者数の増加

前立腺がんは高齢者に発生するがんであり、高齢になればなるほど罹患率が急増する。最も影響を及ぼしているのは、PSA という血液腫瘍マーカー出現と検診に代表される PSA 検査の普及である。

団塊の世代が発症年齢を迎える今後十数年はさらに増加し続けると予想される。

(2) PSA 高値患者数の増加

前立腺研究財団が出版している前立腺がん検診市町村実施状況によれば、2000年以降わずか数年の間に全国の半数以上の自治体で前立腺がん検診が行われるようになってきている。前立腺がん検診の普及や人間ドックでの検査、また、一般かかりつけ医における検査の普及は、前立腺がんの精査の紹介患者を次々と生み出している。

(3) 生検陰性患者の増加

生検でがんと診断されなかった患者が年々累積していることも忘れてはならない。生検の陽性率は PSA 値と相関することがわかっている。検診ではグレーゾーンの患者が多く指摘される。先に述べたように、グレーゾーンの陽性率は約3割にすぎない。生検陰性ということは、がんが否定されたわけではない。採取された組織にがんが存在しなかったというのが正しい答えであり、厳密なフォローが必要な患者も少なくない。この患者群はそのリスクに応じた PSA フォローが必要となる。これが毎年新たに増加しており、1施設で自己完結させることは非現実的である。地域内でフォローアップの体制を作る必要があることは自明である。

(4) 患者は高齢者

前立腺がんの診断時年齢は73歳であり、これは他のがんに比して明らかに高齢である。一般に根治手術の適応年齢の上限が75歳とされることから、後期高齢者と呼ばれる患者層には早期がんであっても内分泌療法が主体となる。これらの患者層は、高血圧、糖尿病、慢性呼吸器疾患、高脂血症などの併存疾患を有していることが多い。内分泌療法で血中の男性ホルモン値を去勢レベルにすることにより、次のような有害事象(①ホットフラッシュ(体のほてり、発汗)、②糖尿病の悪化、③肝機能障害、④骨密度の低下、⑤体重増加による心血管系への負担増、⑥うつ)これらの全身の状態を、泌尿器科専門医だけで診ることは非現実的であり、また好ましいことではない。

(5) 治療方法が多様化している

前立腺がんの治療には、早期のものに対しては手術、放射線治療、積極的待機療法がある。進行がんには内分泌療法、再発例には化学療法がある。進行度や年齢に応じて治療方法が異なる。手術にも開腹手術、腹腔鏡手術、小切開手術があり、放射線にも通常の原体照射に加えて密封小線減や高度変調放射線、さらには重粒子線、陽子線などの特殊な方法もある。積極的待機療法とは、すぐには治療を開始しないで腫瘍マーカーの推移を見ながら、積極的治療介入が必要と判断してから介入するという、前立腺がんの特異的な治療法である。

患者はインターネットでさまざまな情報を容易に入手できる。このような患者のニーズに応えるためには専門施設間の病病連携も必要となる。

(6) 専門医は多くない

わが国の泌尿器科学会の認定する専門医数は約6,000人に過ぎない。また、2005年から導入された臨床研修制度により、泌尿器科を志望する若手医師の数は減少傾向にある。今後、増加する患者には十分対応できない数字である。

12-2 前立腺がんが連携に適している理由

(1) PSA の存在

前立腺がんに関していえば、PSA の存在が、他のがんにはない極めて大きな強みである。

(2) 患者は高齢者

先にも述べたとおり、前立腺がんは診断時の平均年齢が73歳と、高齢になって発見されるがんである。当然のことながら、これらの患者は多くの併存疾患を抱えている可能性が高い。むしろ、高血圧、慢性呼吸器疾患、糖尿病などの基礎疾患を抱えている患者が後から前立腺がんを発見される、といっても過言ではない。

(3) かかりつけ医がいる

基幹病院ではPSA高値で紹介されてくる患者が大半を占める。基礎疾患を持っている患者は、当然ながらすでにかかりつけ医がいる。高齢者に行うことが多い内分泌療法では先にあげた有害事象を高率に起こすので、基礎疾患との整合性を加味したフォローアップが必要である。これは、まさにかかりつけ医の役割といえる。

(4) フォローアップは難しくない

前立腺がんのフォローアップの大きな特徴は、以下にまとめられる。

- ①基本的にはPSA測定以外に特殊な検査を必要としないこと。
- ②臨床的に再発が明らかになる前にPSAが上昇し始めること。
- ③がんの進行が緩徐であり、PSAがある程度上昇してから精密検査をしても、その後の治療法の決定や生命予後にはほとんど支障がないこと。

以上から、前立腺がんが連携システムを用いて診療するのにふさわしいがん種であることが考えられる。

13. 今後の課題

- (1) 日本医師会ワーキンググループの調査結果から、都道府県間の温度差がかなり存在し、がん診療連携拠点病院、行政、都道府県医師会の3者のスクラム、足並みを揃えることが必須である。
クリティカルパスの普及に向け、積極的な啓発、広報が要求される。
- (2) パス作成については、全国統一共有パスを作成することが理想的であるが、既に先行している地域がかなりあり、困難であると思われる。在宅医療や緩和医療を取り込むパスも必要であろうが医療資源によって決定される。
- (3) 肺・胃・肝・大腸・乳がんの5大がんすべてを対象とするのは容易ではない。例えば、乳腺のみに特化した症例数の多い病院が増加しており、単がん対象でも可とすることが望ましい。
- (4) 二次医療圏にほぼ1ヵ所のがん診療連携拠点病院の策定が考えられているが、現在のところ、そうはなっていないので指定要件の緩和が望ましい。
- (5) クリティカルパス診療報酬要件の策定の緩和が望ましい。
 - ① がんで検査入院し、病理結果が出る前に退院した患者の場合、外来での算定ができない。入院期間が短縮している現在、外来における保険算定が可能にすべきであろう。
 - ② 計画策定病院または連携医療機関の追加変更ごとに、計画策定病院・連携医療機関ともに厚生局に届け出を再提出せねばならず、事務処理の煩雑さにつながっており、要件緩和が必要である。
- (6) 絶対的医師不足、地域偏在、診療科の偏在に加え、化学療法医、放射線治療医、緩和ケア医、在宅ターミナルケア医などの専門医の不足解消が必要である。
- (7) クリティカルパスに関する診療報酬の引き上げのみならず、診療報酬全体の引き上げは医療機関のモチベーションの増加につながると思われる。

限られた人、物などの医療資源の活用の点から、がん地域連携クリティカルパスの推進は極めて大切であると考えられる。

がん登録の現状と問題点 —現場の視点から—

岡本直幸

神奈川県立がんセンター臨床研究所
がん予防・情報学部



Kanagawa Cancer Center

我が国の“がん登録”について

昭和45年 「胃がん全国集計による治療成績の統計的評価と
その治療への応用に関する研究」開始



“臓器別がん登録”

昭和48年 “院内がん登録” の標準化を目指した研究開始

昭和50年 “地域がん登録” の研究班が活動開始

昭和52年 「地域がん登録標準方式」(藤本班)

昭和54年 「Cancer Registration and Its Techniques」
の翻訳「がん登録とその方式」(藤本班)

昭和56年 「院内がん登録—その基礎と実際—」(三輪班)



Kanagawa Cancer Center

がん登録の種類と特徴

種類	基準人口	追跡調査	罹患率	死亡率	生存率	治療効果	医療技術評価	がん対策評価
地域がん登録	あり	可能	○	○	○	△	△	○
院内がん登録	なし	やや可能	×	×	△	○	○	△
臓器別がん登録	なし	困難	×	×	▲	○	○	△



Kanagawa Cancer Center

臓器別がん登録の状況

部位	登録	学会/研究会等	事務局	登録	参加	登録症例数		推定登録率(%)
	開始年			項目数	施設数	年間	累計	
頭頸部	1979	なし(日本頭頸部腫瘍学会*)	国立がんセ	36	21-36	1,200	24,828	15
甲状腺	1977	甲状腺外科学会	国立がんセ	52	51-96	1,600	36,962	30
食道	1965	食道疾患研究会	千葉大学	59	200	2,000	23,165	25
胃	1963	胃癌学会	国立がんセ	65	129-255	15,000	253,382	16
大腸	1980	大腸癌研究会	栃木県がんセ	63	122	7,845	111,736	10
家族性 腺腫症	1975	大腸癌研究会	杏雲堂病院	120	320-350	20	1,226	不明
肝臓	1965	肝癌研究会	京都大学	200	600-900	20,000	130,000	30
胆道系(胆嚢・胆管・十二指腸乳頭部)	1988	胆道外科学会	金沢大	109	140-148	1,300	11,030	8
膵臓	1981	膵臓学会	東北大	180	170-350	1,457	18,495	10
肺	1967	肺癌学会/呼吸器外科学会	杏林大学	80	150	3,000	50,000	20
骨	1964	整形外科学会	国立がんセ	31	102	1,999	57,738	70
乳腺	1975	乳癌学会	国立がんセ	45	100-200	7,900	100,000	25
婦人科	子宮頸部/体部/卵巣	産婦人科学会	岡山大学	13	200	7,000	156,869	34
泌尿器	膀胱	泌尿器科学会	国立がんセ	45	200	2,500	34,587	25
脳腫瘍	1969	日本脳神経財団	国立がんセ	52	350-450	4,500	78,000	35
小児腫瘍	1969	小児がん・小児血液・小児外科/学会	国立小児病院	40	700-750	1,200	38,221	55
造血器 白血病、リンパ腫、骨髄腫	1996	なし	国立名古屋病院	70-80	20-25	562	1,756	5

JACR Monograph No7 32-35



Kanagawa Cancer Center

院内がん登録

—その代表としての全国がん(成人病)センター協議会の研究班活動—

S47(1972)年度	厚生省がん助成金「二階堂班」発足
S48(1973)年度	全がん協発足
S53(1978)年度	松岡班にて「院内がん登録小委員会(委員長:三輪 潔)」
S56(1981)年度	「院内がん登録—その基礎と実際—」作成
S58(1983)年度	三輪班にて「院内がん登録実態調査」の実施
S59(1984)年度	庄司班にて自由記載方式にて「生存率調査」開始
S60(1985)年度	定型用紙記載方式による調査へ変更(全部位のがん)→ 下表参照
S61(1986)年度	全部位、胃、肺の調査(16/18施設)
S62(1987)年度	全部位、胃、結腸、直腸、肺、乳、子宮頸の調査(15/20施設)
H07(1995)年度	定型用紙記入方式(全部位のみ)の継続(20/21施設) 主要部位の個別データの収集による相対生存率の算定開始(18/21施設)
H14(2002)年度	1995年がん患者の全部位の個別データ収集(23/29施設)
H15(2003)年度	1996年がん患者の全部位の個別データ収集(21/29施設)
H16(2004)年度	「地域がん診療(連携)拠点病院」のデータ収集項目(案)に合わせた資料の収集開始 1997年がん患者の全部位の個別データ収集中 「生存率公表にあたっての指針(案)」作成
H17(2005)年度	「生存率公表にあたっての指針」の確定
H18(2006)年度	指針に基づく生存率の公表(ただし、施設名は非公開)
H19(2007)年度	「 // (了解した施設の名称を公表)

期 間	全 退 院 患 者 数	1年未満		2年未満		3年未満		4年未満		5年未満	
		死 亡 者 数	追 跡 不 能								
S54	4,898	1,873	2	728	5	238	3	159	2	94	1
S55	3,304	1,190	2	438	7	153	2	87	-	32	-
S56	3,746	1,320	-	504	6	138	6	40	-	-	-
S57	4,550	1,525	8	513	14	122	8	-	-	-	-
S58	3,881	1,389	14	256	6	-	-	-	-	-	-
S59	3,810	96	7	-	-	-	-	-	-	-	-
合計	24,189	8,257	33	2,439	38	651	19	286	2	126	1



Kanagawa Cancer Center

地域がん登録のあゆみ

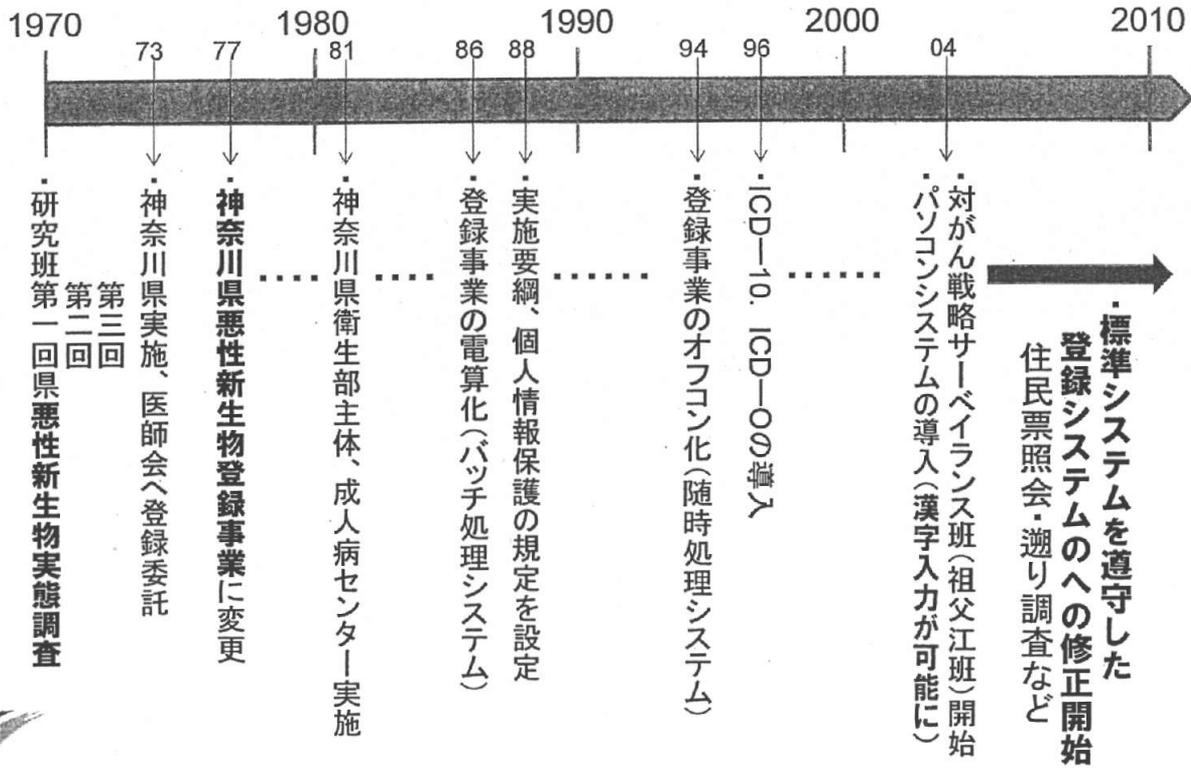
昭和26-28年	宮城県(実態調査)、岡山県(実態調査)
昭和30年代	広島市・長崎市(ABCC→RERF)、宮城県、 愛知県、大阪府、千葉県、兵庫県
昭和40年代	鳥取県、香川県、神奈川県、北海道、三重県、 高知県、佐賀県、山形県
昭和50年代	京都府、滋賀県、福井県、福岡県、長崎県
昭和57年	<老人保健法、市町村のがん検診と地域がん登録>
昭和60年代	奈良県、山口県、和歌山県、富山県、愛媛県、沖縄県
平成年代	青森県、岩手県、茨城県、栃木県、群馬県、 岡山県、新潟県、石川県、岐阜県、熊本県、 鹿児島県
平成4年12月	地域がん登録全国協議会設立
平成10年	<老人保健法、がん検診が法律から削除、その後廃止>
平成10年	福岡県(中止)
平成12年	兵庫県(中止)
平成14年	<健康増進法>
平成15年	<個人情報保護に関する法律>
平成18年	<がん対策基本法>
平成19年~	兵庫県(再開)、山梨県、埼玉県、静岡県、 大分県、長野県、秋田県

現在(2011年9月現在、44道府県1市で実施)、未実施は東京、奈良、宮崎

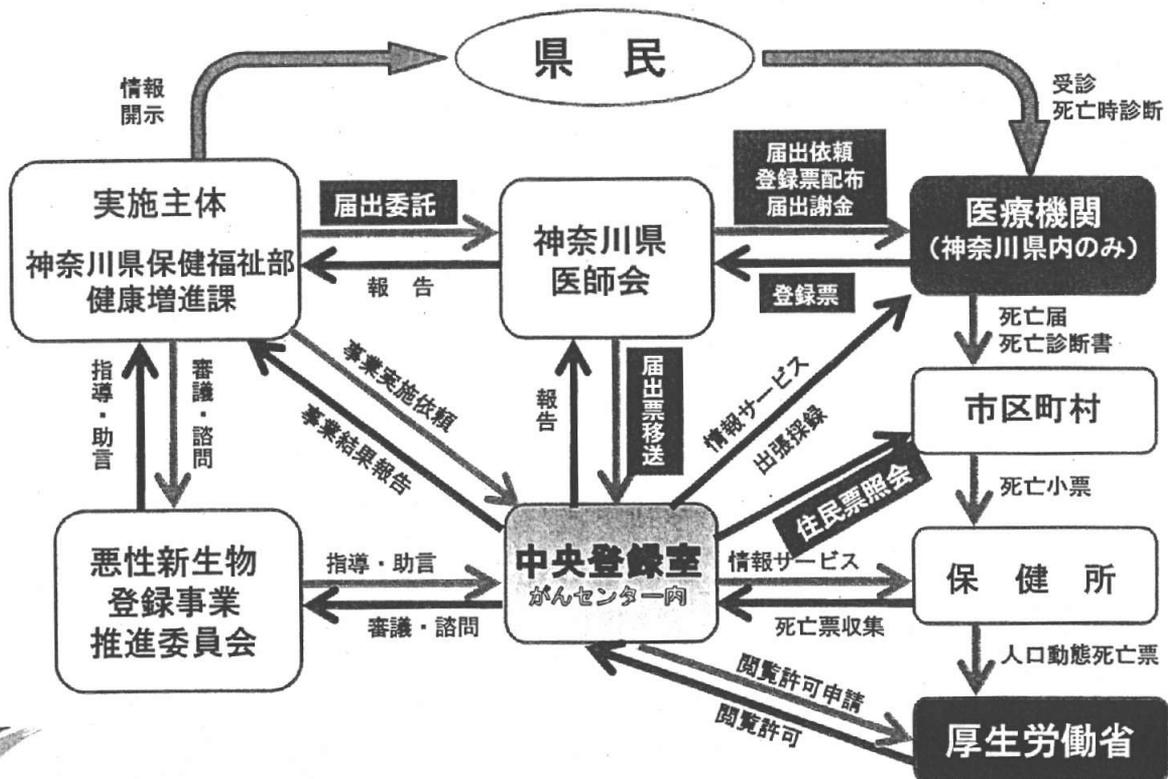


Kanagawa Cancer Center

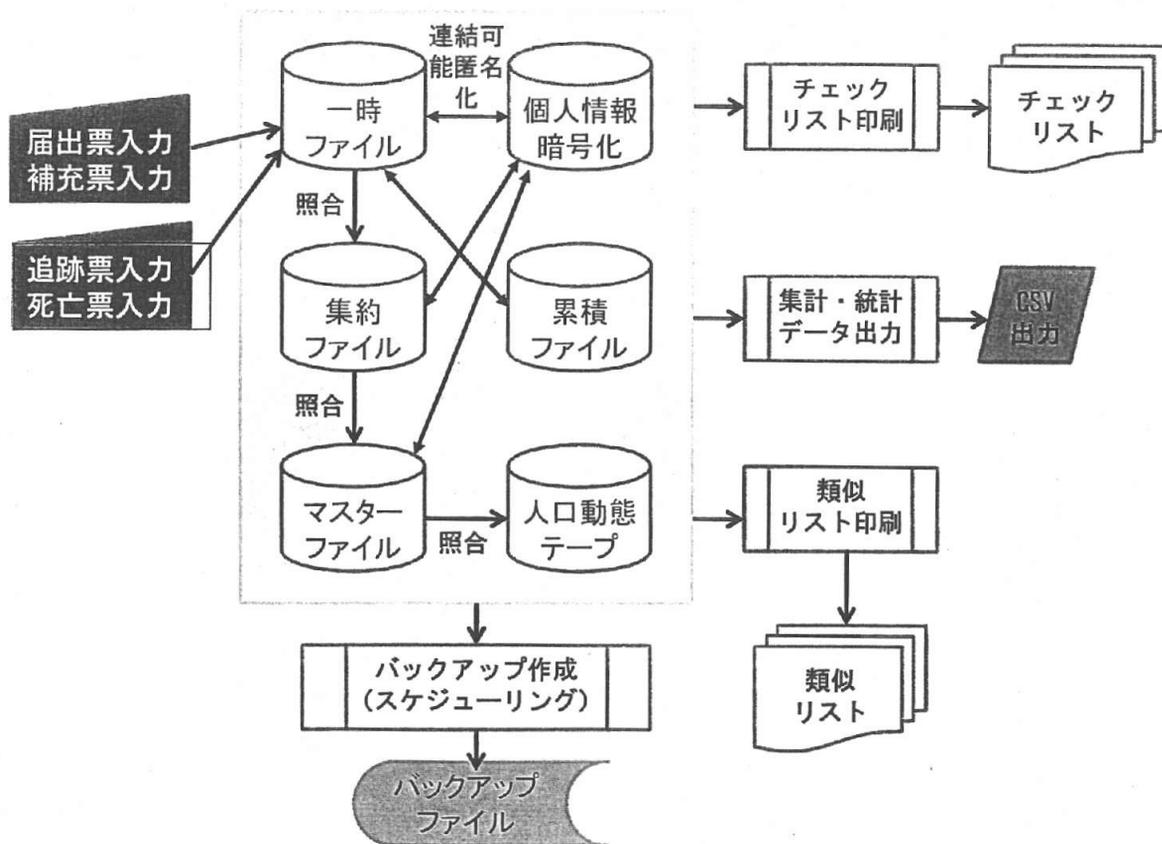
神奈川県地域がん登録の歴史



「神奈川県悪性新生物登録」のシステム関連図



「神奈川県悪性新生物登録」の電算システム図

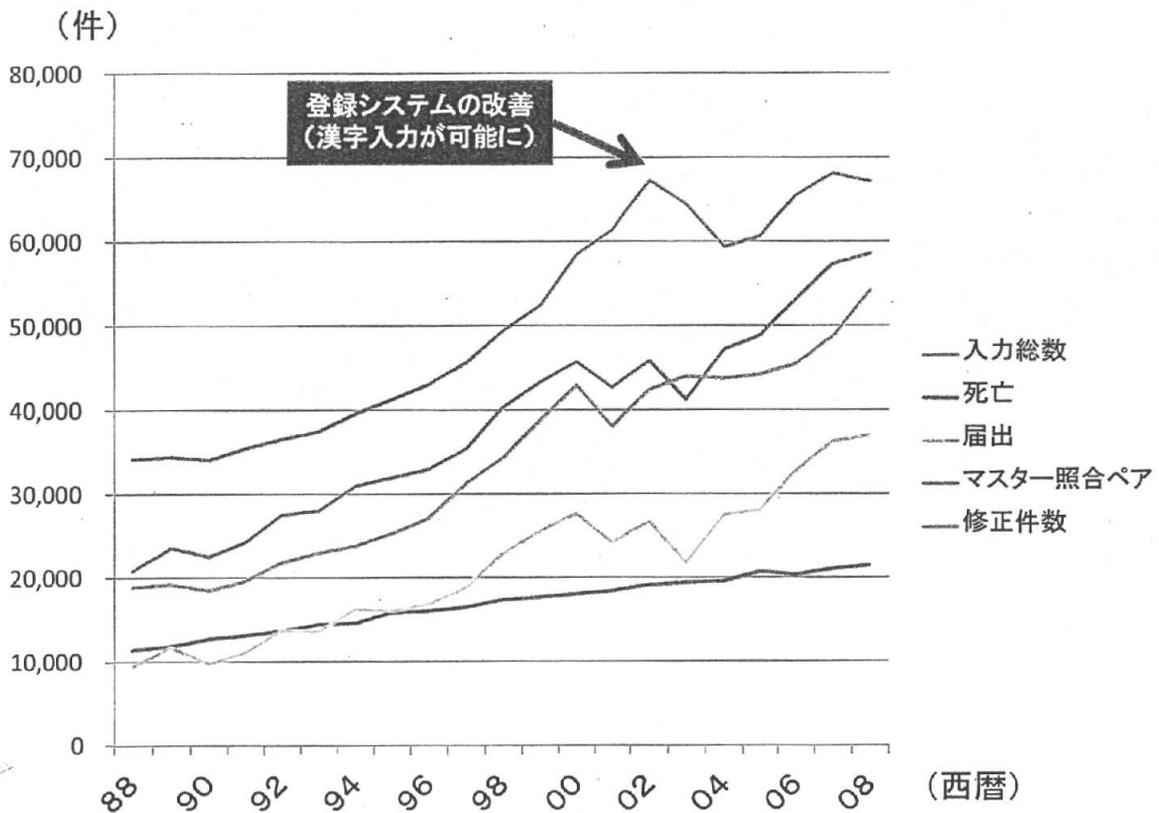


届出に関して

資料収集	施設	届出件数	届出施設数(%)	全施設数
届出	病院	52,282	79(26.3%)	347(精神47)
	診療所	946	118(1.9%)	6,372
	国立がん研究C	4,509	—	—
	他県がん登録より	25	—	—
	出張採録(県内3施設)	2,800	—	—
合計		57,762	—	—

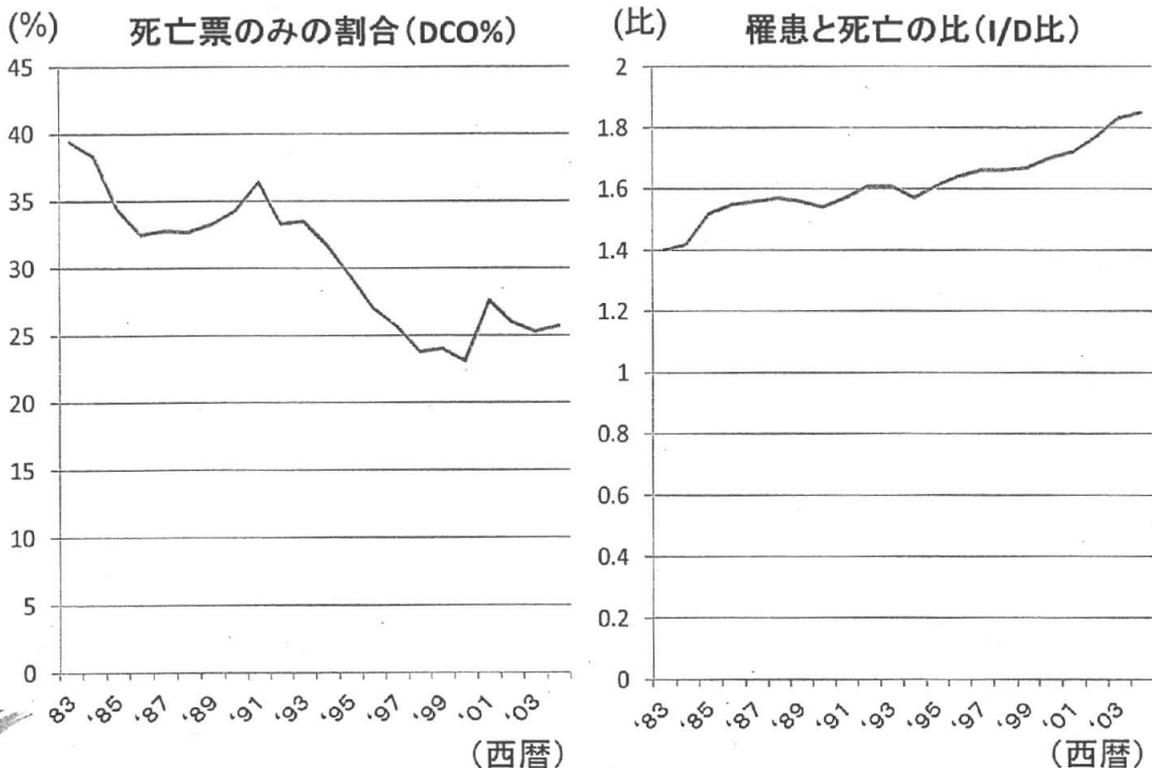


登録室における作業量の増大



Kanagawa Cancer Center

登録精度向上の限界



Kanagawa Cancer Center

死亡診断施設別の件数と割合 (H21)

医療機関	件数	割合
県内の医療機関	20,741	92.89
国立がんセンター	53	0.20
国立がんセンター東	1	0.00
がん研究会付属病院	36	0.16
東邦大大森病院	72	0.32
他の東京都内病院	1035	4.64
他県の病院(東京を除く)	391	1.75
合計	22,329	100.00



Kanagawa Cancer Center

「がん死亡者の届出」が県外の場合 一届出が期待できない

①東京の病院で死亡

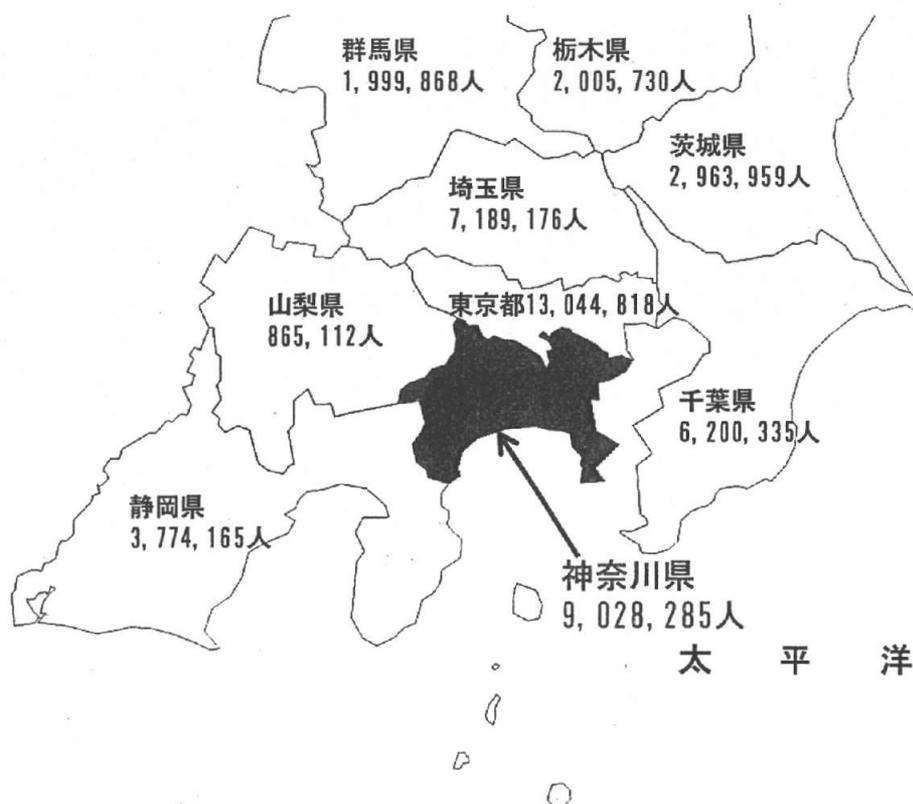


②静岡の病院で死亡



Kanagawa Cancer Center

神奈川県的位置



Kanagawa Cancer Center

追跡調査（住民票照会）対象者の増大（H16年患者）

項目	患者数	全患者中%	全照会中%
平成16年罹患者	34,532	100.00%	—
県内市区町村への照会依頼数(人)	16,376	46.22%	100.00%
生存が確認できた	13,837	39.05%	84.50%
県外へ転出	448	1.26%	2.70%
県内へ転出	703	1.98%	4.30%
該当者なし	857	2.42%	5.20%
死亡が確認された数	531	1.50%	3.20%
県外転出分の追跡調査(人)	(448)	(1.26%)	(100.00%)
生存が確認できた	(299)	(0.84%)	(66.70%)
転出	(25)	(0.07%)	(5.60%)
該当者なし	(91)	(0.25%)	(20.30%)
死亡が確認された数	(3)	(0.00%)	(0.70%)
調査不可(和歌山県)	(30)	(0.08%)	(6.70%)

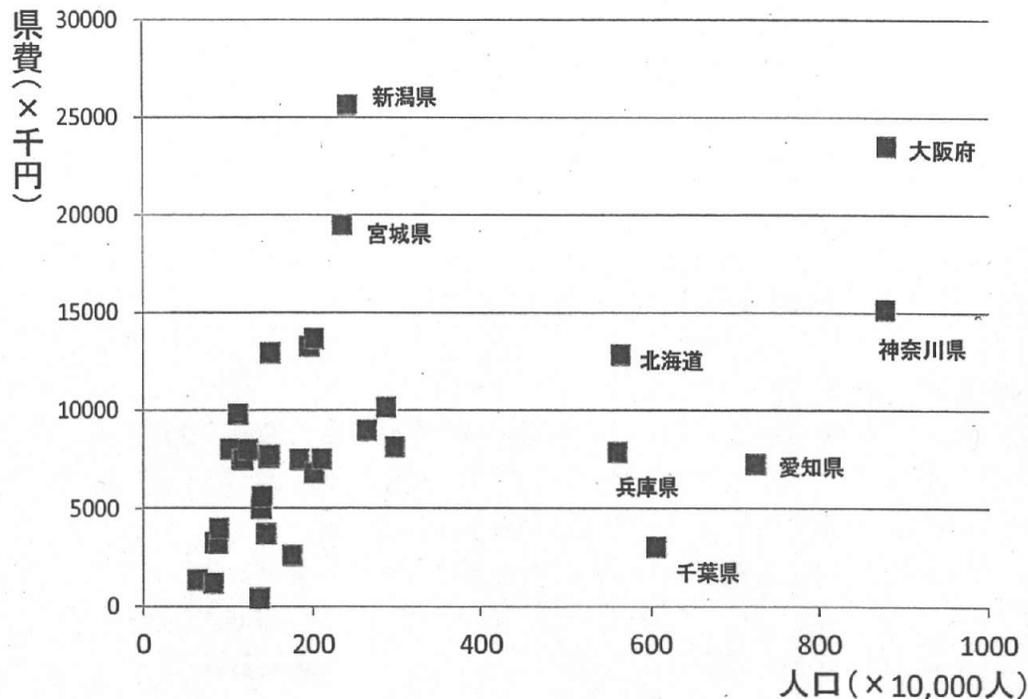
地域がん登録実施県の現状

人口規模 (万人)	道府県名	平均 がん り患数	平均 がん 死亡数	医療 関係 職員	事務 職員
61- 99	鳥取、高知、徳島、福井、 佐賀、山梨	4,075	2,327	0.28	0.92
100- 199	香川、富山、秋田、石川、 山形、沖縄、滋賀、岩手、 青森、愛媛、長崎、山口、 鹿児島、熊本、岡山	6,579	3,973	0.53	2.30
200- 299	栃木、群馬、岐阜、宮城、 新潟、京都、広島、茨城	11,351	6,326	0.41	2.96
300 以上	兵庫、北海道、千葉、愛 知、神奈川、大阪	29,049	17,318	1.06	3.81



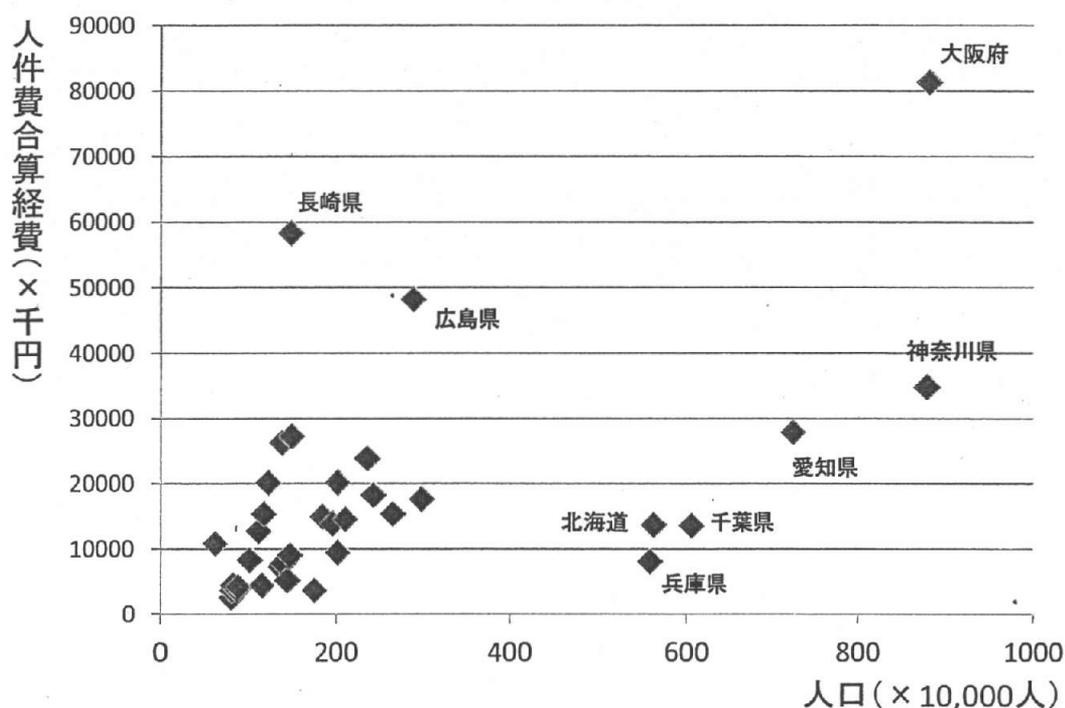
Kanagawa Cancer Center

人口別の地域がん登録県費



Kanagawa Cancer Center

人口別の人件費合算経費の分布



Kanagawa Cancer Center

地域がん登録の現状と問題点および要望 (まとめ)

○現状と問題点

1. 年々のがんり患者、がん死亡者の増加への対応していること
2. 生存率の上昇でキャンサーサバイバー増加への対応
3. 登録要員・スタッフの増員が見込めない
4. スタッフ一人あたりの作業量が増大
5. 県内全ての医療機関の協力が得られていない
6. 患者さんは県境を越えて受診、他府県の医療機関の協力体制はない
7. 追跡調査(住民票照会)に協力が得られない市区町村がある。
8. 追跡調査の対象者が年々増加している

○対応策への要望

1. がんり患者数(人口)当たりの経費や登録要員スタッフの確保
2. 医療機関におけるがん患者登録の日常業務(義務)化の推進
3. 他府県の医療機関からの登録の認可と推進
4. 追跡調査(住民票照会)の認可と速やかな対応
⇒ 住基ネットの活用の推進
5. 以上の点から、「地域がん登録」の法制化を要望します



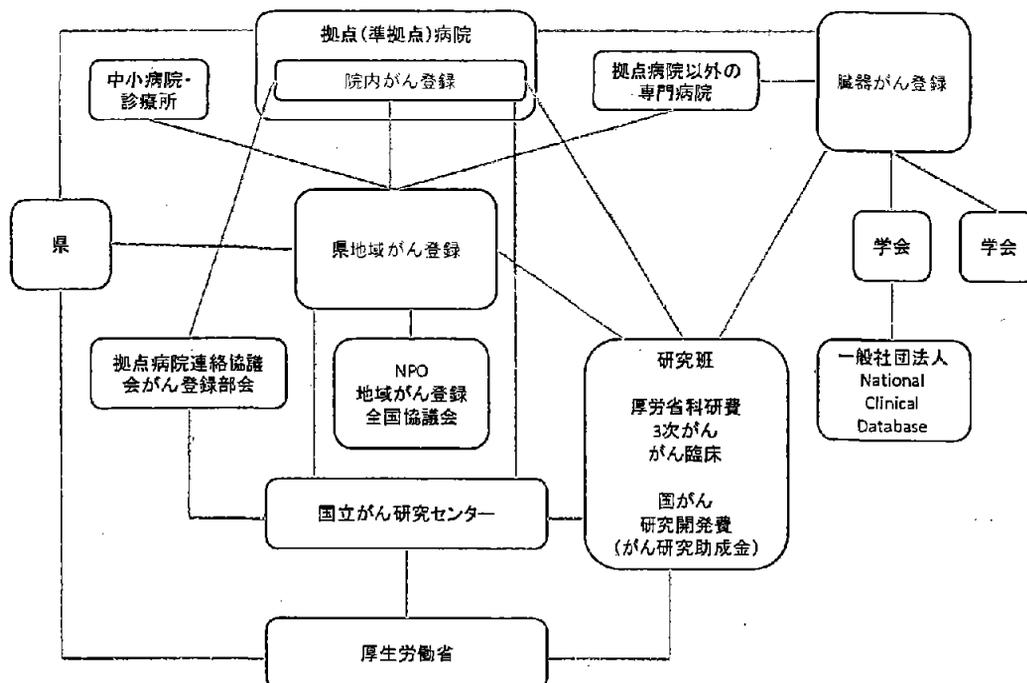
Kanagawa Cancer Center

わが国のがん登録の課題と今後の体制について

国立がん研究センター
がん対策情報センターがん統計研究部
祖父江友孝

参考資料:「がん対策を推進するために必要ながん登録に関する提言」
平成22年度国立がん研究センターがん研究開発費
「がん登録等、がんの実態把握に資する疫学的・基盤的研究」班
(主任研究者 祖父江 友孝) 平成23年3月

がん登録関係者関連図



最近のがん登録の進歩

地域がん登録

- 45道府県1市で実施(2011年10月)。2003年から12県増加。
- 2006年罹患例データ(14項目)を32道府県より収集。
- 15県(総人口の33%)のデータを用いて、全国罹患数推定。66万4千例。
- 標準DBS(研究班で開発、国がんに譲渡)を29県に導入。

院内がん登録

- 388拠点病院にて実施。
- 2008年診断例データを357施設より(22または44項目)収集。429,286例。
- 施設別集計を公表。
- 標準ソフトHos-CanRを配布。200施設以上で利用。
- がん登録実務者初級者研修2993名修了(2007-2011年7月)。

わが国のがん登録の課題

地域がん登録

- 登録精度の向上(把握漏れをなくす)
- 標準化の推進(比較できるデータを提供する)
- データ利用の促進(指標を計算して使う、外部ファイルと照合して使う)

院内がん登録

- 登録項目の整理と地域がん登録との共通項目化(作業の効率化)
- がん登録担当者の質の向上(地域がん登録への電子データ提供の前提)
- 診療の質評価指標の測定(均てん化達成度の確認)

臓器がん登録・小児がん登録

- 他のがん登録との連携促進(無駄を省きつつ自由度を確保)

共通の課題

- 予後調査の効率化・円滑化
(電子化された個人情報付き既存情報の有効活用)
- 国際連携
(諸外国の好事例に学ぶ、比較できるデータを提供する)

体制作りの基本的考え方

- 無駄を省く
 - 既存データの活用
 - 重複作業の回避
 - 項目の共通化
 - 電子データ化、IT化

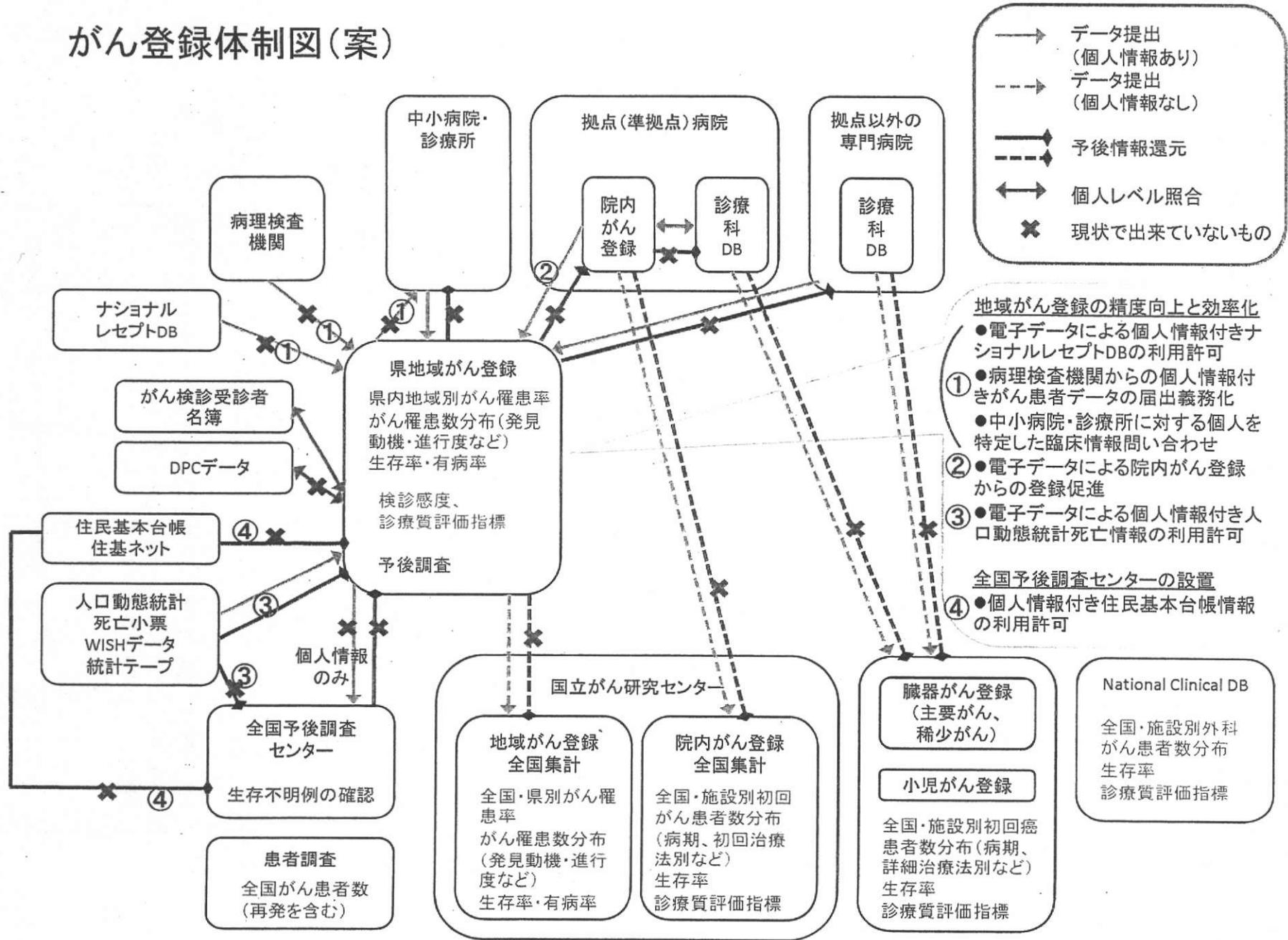
- 全体を通じて一定レベルの質を確保する
 - 主に、データを集める段階
 - 資源の乏しい県に対する支援
 - 精度を保つための仕組み(標準の決定、研修、データによる検証)

- 先進的な取り組みをサポートする
 - 主に、データを使う段階
 - 研究的活動の支援(マイクロデータ使用権限、研究費)

院内がん登録(50項目)・地域がん登録(下線:26項目)標準項目(案)

- ・ 基本情報
 - 患者ID番号、重複番号、氏名(フリガナ)、氏名、性別、生年月日
- ・ 診断情報
 - 診断時都道府県コード、診断時住所(詳細)
 - 当該腫瘍初診日、他施設診断日(初回診断日)、自施設診断日
 - 来院経路、検診発見の有無、診断施設、治療施設
- ・ 腫瘍情報
 - 原発部位コード、原発部位テキスト、部位の側性
 - ステージ(治療前UICC)、ステージ(術後病理学的・UICC)
 - ステージ(治療前・取扱い規約)、進展度(治療前)、進展度(術後病理学的)
 - 組織型コード、組織型テキスト、診断根拠(全経過)
- ・ 治療情報
 - 外科的治療(自施設)、外科的治療(他施設)、外科的治療の施行日(自施設)
 - 体腔鏡的治療(自施設)、体腔鏡的治療(他施設)、体腔鏡的治療の施行日(自施設)
 - 内視鏡的治療(自施設)、内視鏡的治療(他施設)、内視鏡的治療の施行日(自施設)
 - 観血的(外科的・体腔鏡的・内視鏡的)治療の範囲
 - 放射線療法(自施設)、放射線療法(他施設)、放射線治療の施行日(自施設)
 - 化学療法(自施設)、化学療法(他施設)、化学療法の施行日(自施設)
 - 内分泌療法(自施設)、内分泌療法(他施設)
 - その他の治療(自施設)、その他の治療(他施設)
- ・ 予後情報
 - 生存最終確認日、死亡日、予後調査結果、予後調査方法

がん登録体制図(案)



がん登録について (参考資料)

平成23年10月20日
厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室

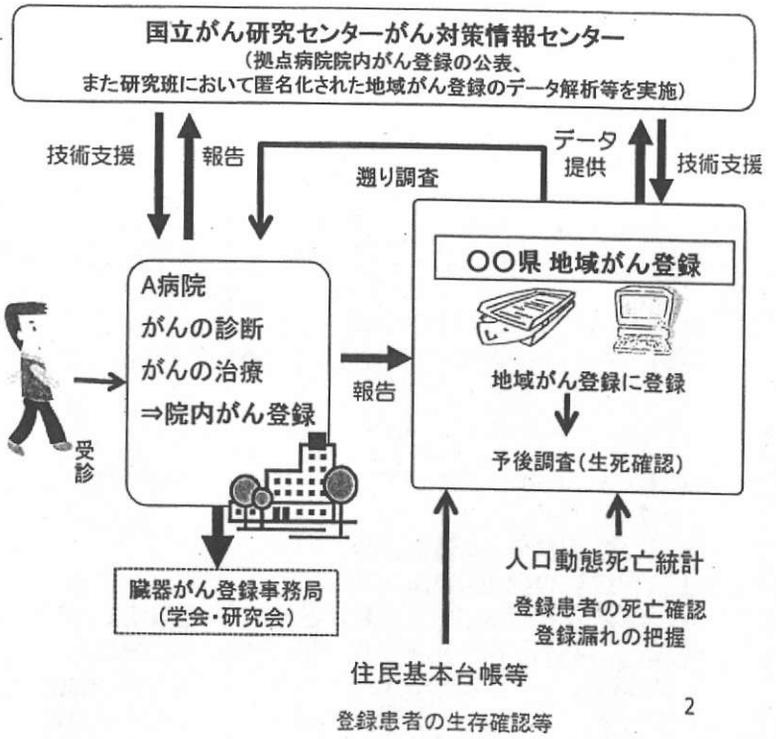
がん登録の体制

がん登録は、がんの罹患や転帰その他の状況を登録・把握・分析する仕組みであり、がん罹患数、罹患率、がん生存率、治療効果の把握など、がん対策の基礎となるデータの構築のために必要である。

実施 45道府県1市(H23. 10時点)



- 未実施は東京、宮崎。
東京は平成24年7月開始予定。
宮崎は平成24年度中に開始予定。
- 国立がん研究センターにおいては、標準化した登録様式に適應した地域がん登録の促進を図る。



がん登録の種類

目的	地域のがん実態把握	施設のがん診療評価	全国のがんの詳細情報の収集
実施主体	都道府県(市)	医療機関	学会・研究会
登録対象	対象地域の全がん罹患例	当該施設のがん患者	専門病院のがん患者
収集項目	診断、初回治療、生死情報など標準25項目	診断、初回治療、生死情報など必須22項目・標準49項目	臓器により異なる(22-185項目)
現状	45道府県1市にて実施(平成23年10月時点) 約5割のがん患者が登録されている。	<ul style="list-style-type: none"> がん診療連携拠点病院は388(平成23年8月時点)。 2008年は359施設より登録あり(全国の約6割のがん患者)。 	
その他	<ul style="list-style-type: none"> 健康増進法第16条に基づき実施されている。 平成22年度よりDPC機能評価係数に「地域がん登録」が含まれた。 	<ul style="list-style-type: none"> がん診療連携拠点病院の指定要件に院内がん登録の実施及び地域がん登録への協力が含まれている。 	

「地域がん登録の手引き改訂第5版」(2007年5月)を用いて作成

3

地域がん登録の根拠となる法令及び通知

健康増進法(平成14年8月2日法律第103号)

(生活習慣病の発生の状況の把握)

第16条 国及び地方公共団体は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の生活習慣とがん、循環器病その他の政令で定める生活習慣病(以下単に「生活習慣病」という。)との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生の状況の把握に努めなければならない。

健康増進法施行令(平成14年12月4日政令第361号)

(発生の状況の把握を行う生活習慣病)

第2条 法第16条の政令で定める生活習慣病は、がん及び循環器病とする。

「健康増進法等の施行について」(平成15年4月30日付健発第0430001号、食発第0430001号)

第2 法の概要

4 第3章 国民健康・栄養調査等

(2)生活習慣病の発生状況の把握

国及び地方公共団体は、生活習慣とがん、循環器病その他の生活習慣病との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生状況の把握に努めること。(法第16条)

具体的な内容は、地域がん登録事業及び脳卒中登録事業であること。

4

がん対策基本法 (平成18年6月23日法律第98号)

(がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等)

第17条

国及び地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講ずるとともに、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする。

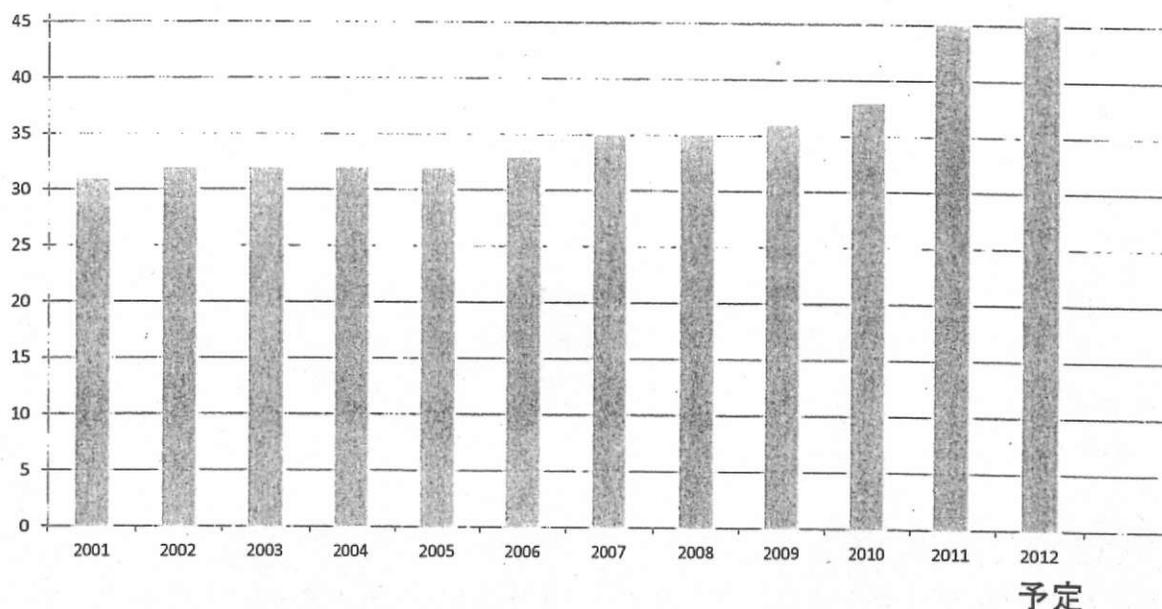
2 国及び地方公共団体は、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずるものとする。

がん対策基本法案に対する附帯決議 (平成18年6月15日参議院厚生労働委員会)

十六、がん登録については、がん罹患者数・罹患率などの疫学的研究、がん検診の評価、がん医療の評価に不可欠の制度であり、院内がん登録制度、地域がん登録制度の更なる推進と登録精度の向上並びに個人情報の保護を徹底するための措置について、本法成立後、検討を行い、所要の措置を講ずること。

5

地域がん登録の実施都道府県数



6

がん登録が役に立った例

1. 長崎市における子宮頸がんの動向

1973年から2003年までの長崎市における罹患データを用いて、子宮頸がんの進行度、罹患数推移、検診発見割合、5歳階級別罹患率を検討した。その結果、がん検診の普及により、早期がんの段階で診断される症例が多くなり、浸潤がんの増加に歯止めがかかっている状況が明らかとなった。一方で、25-34歳では近年浸潤がんの増加傾向が認められ、若年者に的を絞った対策の必要性が示唆された。

2. 大阪府の肝がんの地理的分布とその要因

1985年～89年の大阪府内の肝がん罹患率を市区町村別に詳細に分析したところ、地域格差が見いだされ、罹患率と市区町村別の献血者におけるC型肝炎ウイルス(HCV)保有率と強い相関が認められた。その結果、高感染地域では、住民検診にHCV抗体検査が導入され、一般住民の中にいるHCV保有者を早期に見出し、適切な医療につなぐ対策が講じられるようになった。大阪府の肝がん対策の要はHCV感染者の発がん防止にあることがわかり、これに肝疾患の研究費や対策費を集中することが効率的であることが判明した。

3. 宮城県の胃集団検診における内視鏡による2次精検の精度の検討

1989-98年に(財)宮城県対がん協会による胃がん集団検診を受診し要精検とされ上部消化管内視鏡検査による2次精検を受診した195,772例について、精度管理対策に積極的に取り組んでいる同協会での精検と地元医療機関における精検の精度を宮城県地域がん登録資料との照合で偽陰性率を比較することにより検討した。その結果、(財)宮城県対がん協会で精検が行われた群の偽陰性率は10.8%であるのに対して、地元医療機関で精検が行われた群の偽陰性率は18.9%と高く両群の間に有意差を認めた($P < 0.05$)。内視鏡検査において、専門医によるDouble checkと再検査の指示、撮影法指導や症例検討のための研修会への参加義務付けといった精度管理対策の重要性が示された。

4. 胃がん検診の疫学的評価の研究

大阪府立成人病センター及び大阪がん予防検診センターを中心に、昭和50～平成8年にかけて、胃がん検診の有効性を確かめるため、症例対照研究、早期胃がん患者のフォローアップ(がん登録との記録照合)などを実施した。その結果、胃がん死亡者での検診受検頻度は、対照でのそれよりも低いことがわかり、胃がん検診により、胃がん死亡は減少することが確認された。

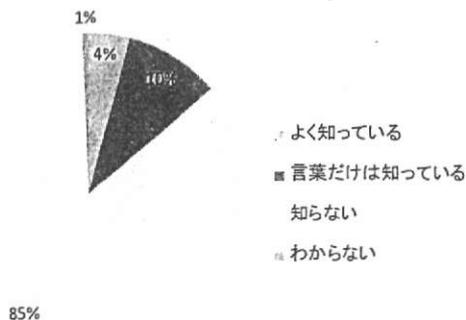
5. 中皮腫死亡症例数の将来予測

30年以上の長期統計を集計可能な国内4地域のがん登録の中皮腫統計とばく露要因(アスベスト輸入量、建築、造船)の長期統計を用いて2043年までの中皮腫死亡数の将来推計を行った。患者発生は2005年から2031年まで1,000人規模で繫留すること、悲観的な予測で今後30年間に3万人以上の中皮腫死亡が発生すること等を示した。長期的な救済システムの必要性が示唆された。

特定非営利法人 地域がん登録全国協議会ホームページ(<http://www.iacr.info/about/yakudatsu-76-86.html#83>)より作成 7

がん対策に関する世論調査 (平成21年9月内閣府調査)

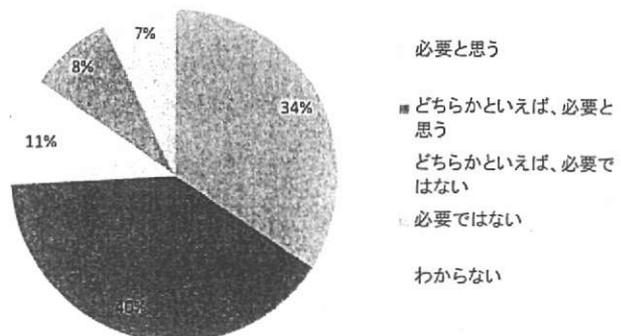
がん登録の認知度 (N=1935)



がん登録を知っていると
回答した者は14%

(「よく知っている」、「言葉だけは知っている」の合計)

がん登録の必要性 (N=1935)



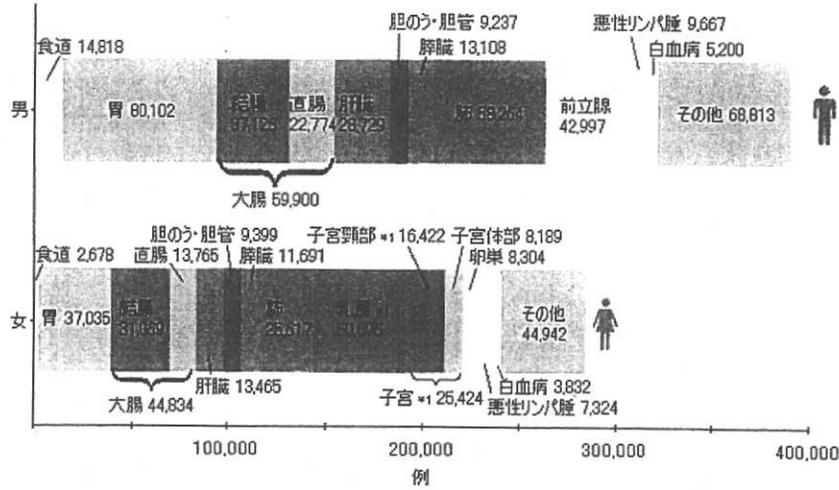
がん登録が必要だと
回答した者は74%

(「必要と思う」、「どちらかといえば、必要と思う」の合計)

全国がん罹患率の推計

- 我が国のがん罹患は、比較的精度の良いいくつかの地域がん登録から登録情報を収集し、推計値を算出することでモニタリングを行っている。
- 精度の基準として、国内では、①DCO割合が25%未満、またはDCN割合が30%未満、②がん罹患数とがん死亡数との比(IM比)が1.5以上、が用いられている。

部位別がん罹患数
2005年



資料: 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
Source: Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Japan

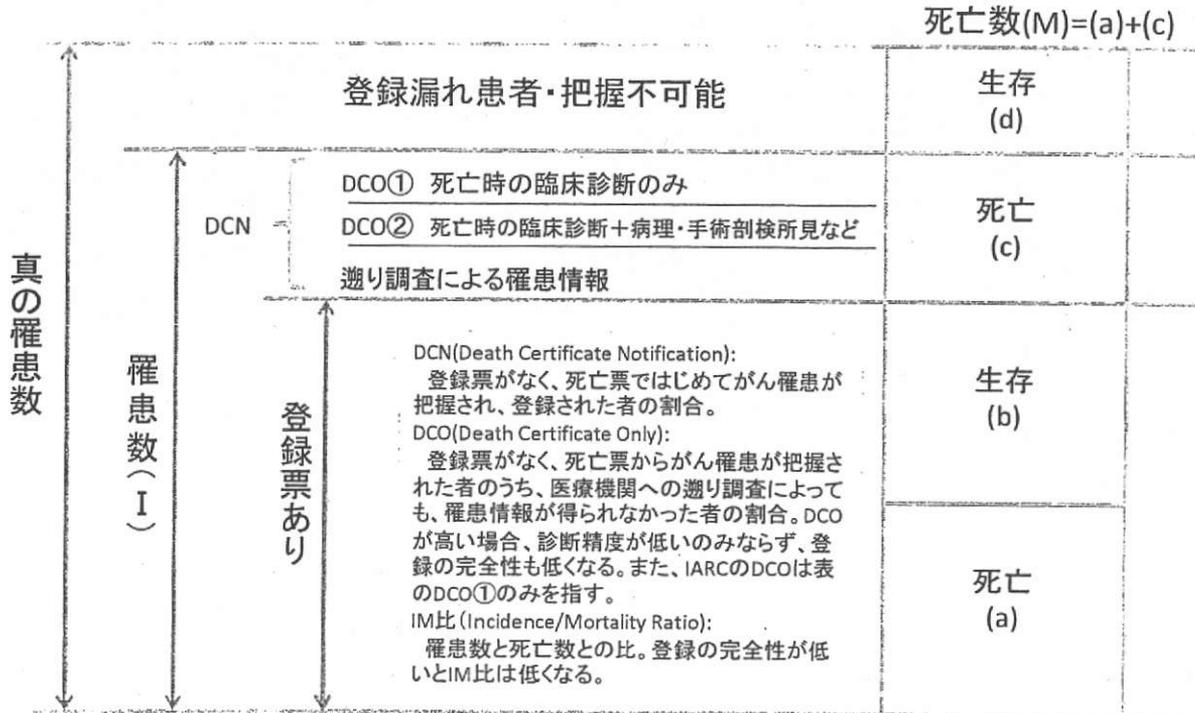
* 乳癌と子宮頸部は上皮内がんを含む。
* 子宮は、子宮頸部および子宮体部の他に「子宮部位不明」を含む。

9

諸外国の地域がん登録

	医療機関の報告義務、国の調査権限	義務違反に対する制裁	患者への説明の要否	患者の同意の要否	登録情報の顔名・匿名	本人の開示請求	医療機関への事後情報
米(各州)	義務	僅かの州で免許停止・罰金	不要(1-2州で要)	不要(1州で宗教的拒否権あり)	顔名	2-3州で開示請求可	提供あり
加(各州)	義務		不要	不要	顔名	1州で開示請求可	登録により様々
英	権限	NHS契約違反	説明文書が試行中	拒否権あり	顔名・NHS番号	開示請求可	提供あり
豪(各州)	義務	多くの州で罰金	不要(1-2州で説明が望ましい)	不要	顔名	2-3州で開示請求可	提供なし
独(各州)	義務8州、権限7州	無(1州資格停止、1州罰金)	13州届出の通知義務、2州要	13州不要(拒否権あり)、2州要	13州管理番号化、2州顔名	開示請求可	登録により様々
仏	権限	-	必要	不要・拒否権あり	顔名	開示請求可	提供あり
デンマーク	義務	-	-	不要	顔名	開示請求可	提供あり
スウェーデン	義務	-	-	不要・拒否権なし	顔名	開示請求可	提供あり

(参考)がん登録の精度指標

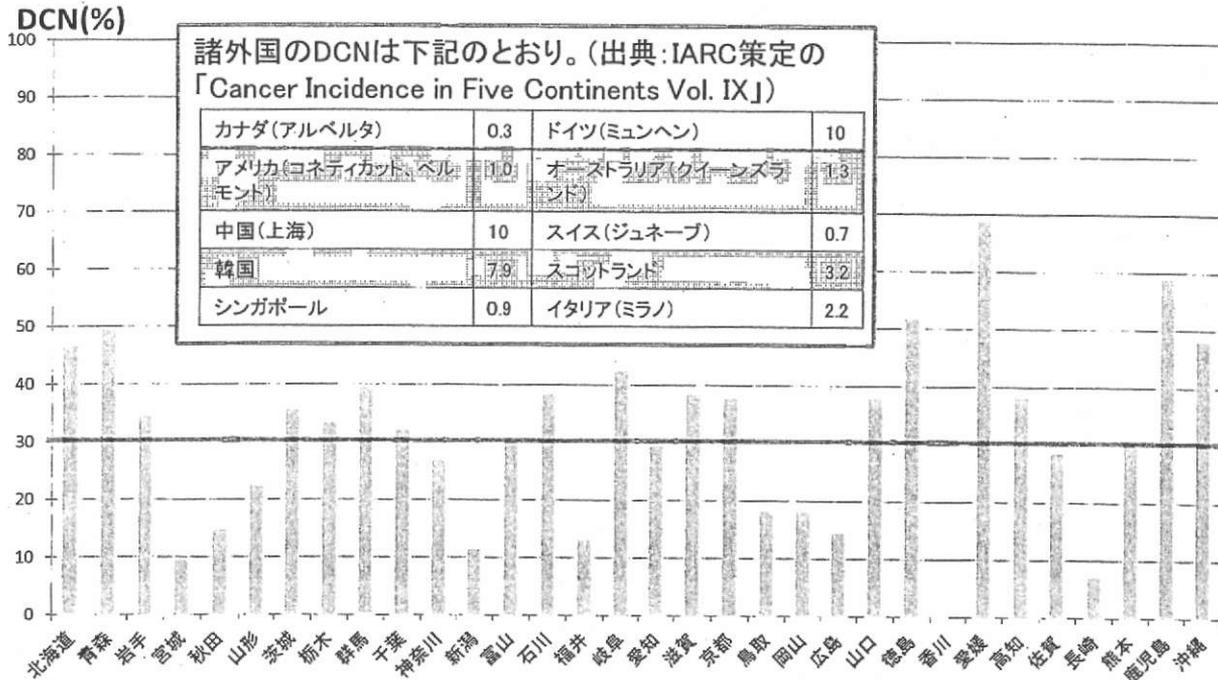


「地域がん登録の手引き改訂第5版」(2007年5月)を用いて作成

11

地域がん登録のDCN(道府県別)

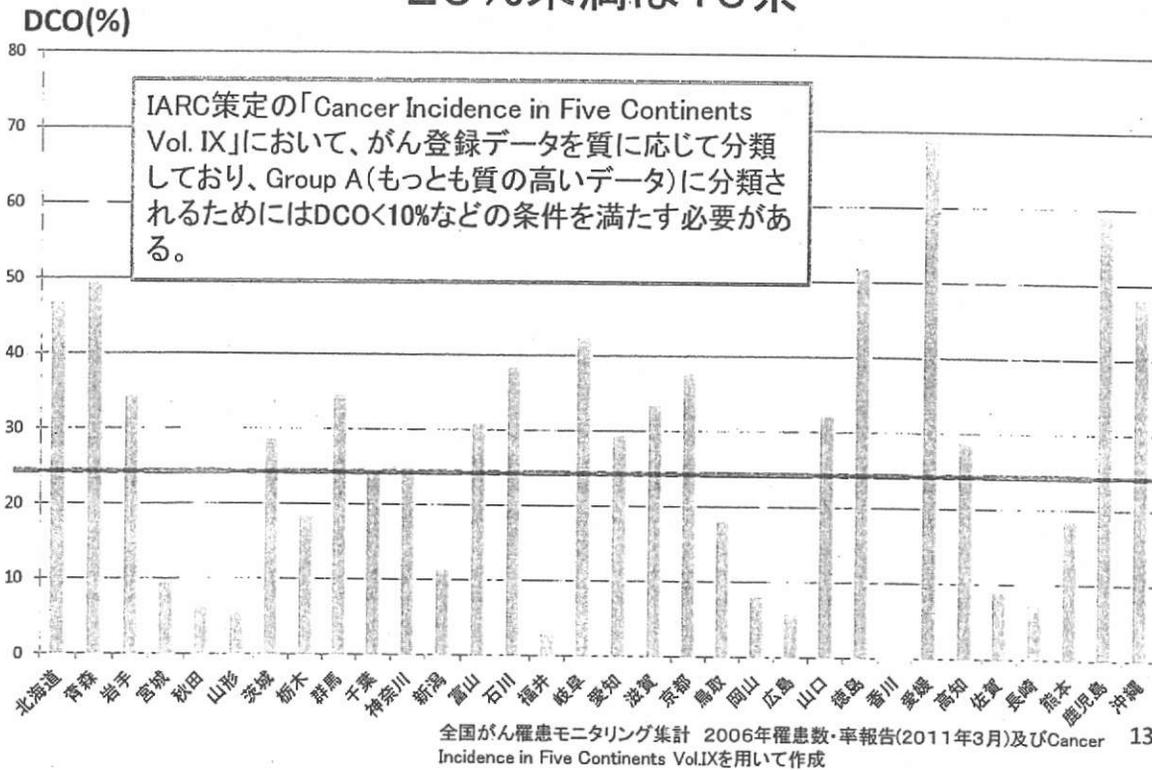
30%未満は12県



全国がん罹患モニタリング集計 2006年罹患数・率報告(2011年3月)及びCancer 12 Incidence in Five Continents Vol.IXを用いて作成

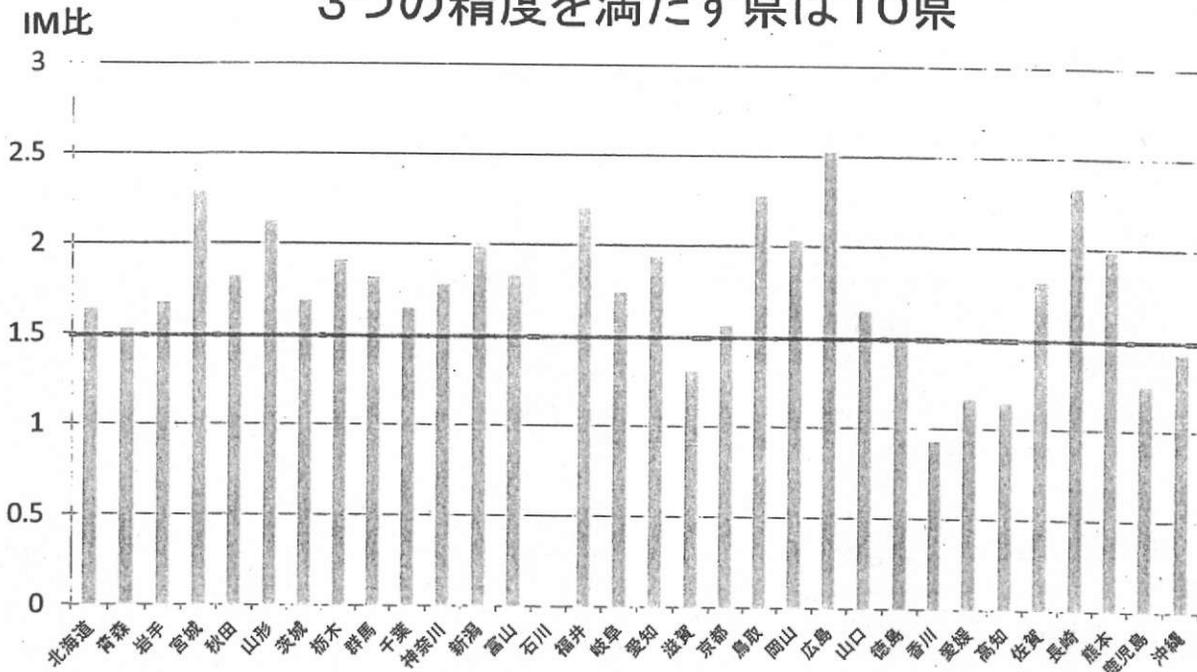
地域がん登録のDCO(道府県別)

25%未満は13県



地域がん登録のIM比(道府県別)

1.5以上は25県
3つの精度を満たす県は10県



地域がん登録の標準登録票項目(25項目)

(基本情報)

- ・ 医療機関名、カルテ番号、漢字姓・名、性別、生年月日

(診断・腫瘍情報)

- ・ 診断時住所、診断結果、初回診断日、自施設診断日、発見経緯、診断名(原発部位名)、側性、進展度(臨床進行度)、組織診断名、診断根拠

(治療情報)

- ・ 外科的治療の有無、体腔鏡的治療の有無、内視鏡的治療の有無、外科的・体腔鏡的・内視鏡的治療の結果、放射線治療、化学療法、免疫療法・BRM、内分泌療法、その他の治療

(予後情報)

- ・ 死亡日

15

出典:「地域がん登録の手引き改訂第5版」2007年5月

院内がん登録の必須項目(22項目)

「がん診療連携拠点病院で実施する院内がん登録における必須項目の標準登録様式に係る改正等について」(平成18年9月7日付健総発第0907001号)

(基本情報)

- ・ 患者ID番号、氏名、性別、生年月日

(診断情報)

- ・ 診断時住所、診断日、来院・発見の経緯、診断及び初回治療・経過観察が行われた施設の別

(腫瘍情報)

- ・ 診断名コード、診断名テキスト、治療前のステージ、組織診断名コード、組織診断名テキスト、診断に寄与した検査

(治療情報)

- ・ 外科的治療の有無、体腔鏡的治療の有無、内視鏡的治療の有無、放射線治療の有無、化学療法の有無

(予後情報)

- ・ 生存最終確認日、死亡日

(その他)

- ・ 最終更新日

16

院内がん登録の標準登録票項目(49項目)

(基本情報)

- 患者ID番号、重複番号、氏名、性別、生年月日

(診断情報)

- 診断時都道府県コード、診断時住所、当該腫瘍初診日、診断日1(他施設診断日)、診断日2(自施設診断日)、来院経路、発見経緯、診断区分(※1)、診断施設(※1)、治療方針(※1)、症例区分(※2)

(腫瘍情報) 診断名コード、診断名テキスト、部位の側性、治療前ステージ(治療前・UICC)、治療前ステージ(治療前・取扱い規約)、治療前TNM分類、術後病理学的ステージ(術後管理学的・UICC)、術後病理学的pTNM分類、進展度(治療前)、進展度(術後病理学的)、組織診断名コード、組織診断名テキスト、診断根拠、病理組織標本由来

(初回治療情報)

- 外科的治療の有無、体腔鏡的治療の有無、内視鏡的治療の有無、外科的・体腔鏡的・内視鏡的治療の結果、入院日、放射線治療の有無、化学療法の有無、免疫療法・BRMの有無、内分泌療法の有無、TAEの有無、PEITの有無、温熱療法の有無、レーザー等治療(焼灼)の有無、その他の治療の有無

(予後情報)

- 生存最終確認日、死亡日、予後調査結果、予後調査方法、

(その他)

- 登録日、定義バージョン

※1の3項目か※2の1項目か、いずれかの組み合わせで登録する。

出典:「がん診療連携拠点病院院内がん登録標準登録様式 登録項目とその定義2006年度版修正版【解釈本】 2006年12月25日 17
がん臨床研究事業「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究」班(主任研究者:池田 敏)院内がん登録小班

個人情報保護に関する法律 (平成15年5月30日法律第57号)

(利用目的による制限)

第16条 個人情報取扱事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで、前条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて、個人情報を取り扱ってはならない。

2 個人情報取扱事業者は、合併その他の事由により他の個人情報取扱事業者から事業を承継することに伴って個人情報を取得した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、承継前における当該個人情報の利用目的の達成に必要な範囲を超えて、当該個人情報を取り扱ってはならない。

3 前二項の規定は、次に掲げる場合については、適用しない。

一 ～ 二 (略)

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 (略)

(第三者提供の制限)

第23条 個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。

一 ～ 二 (略)

三 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき。

四 (略)

独立行政法人等の保有する個人情報の 保護に関する法律 (平成15年5月30日法律第59号)

(利用及び提供の制限)

第9条 独立行政法人等は、法令に基づく場合を除き、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供してはならない。

2 前項の規定にかかわらず、独立行政法人等は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、利用目的以外の目的のために保有個人情報を自ら利用し、又は提供することができる。ただし、保有個人情報を利用目的以外の目的のために自ら利用し、又は提供することによって、本人又は第三者の権利利益を不当に侵害するおそれがあると認められるときは、この限りでない。

- 一 本人の同意があるとき、又は本人に提供するとき。
- 二 独立行政法人等が法令の定める業務の遂行に必要な限度で保有個人情報を内部で利用する場合であつて、当該保有個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。
- 三 行政機関(行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成十五年法律第五十八号。以下「行政機関個人情報保護法」という。)第二項第一項に規定する行政機関をいう。以下同じ。)、他の独立行政法人等、地方公共団体又は地方独立行政法人に保有個人情報を提供する場合において、保有個人情報の提供を受ける者が、法令の定める事務又は業務の遂行に必要な限度で提供に係る個人情報を利用し、かつ、当該個人情報を利用することについて相当な理由のあるとき。
- 四 前三号に掲げる場合のほか、専ら統計の作成又は学術研究の目的のために保有個人情報を提供するとき、本人以外の者に提供することが明らかに本人の利益になるとき、その他保有個人情報を提供することについて特別の理由のあるとき。

3 ～4 (略)

19

地域がん登録事業に関する「個人情報の保護に関する法律」、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」及び「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」の取扱いについて(平成16年1月8日健習発第0108003号)

(略)

1.増進法(平成14年法律第103号)第16条に基づく地域がん登録事業において、民間の医療機関が国又は地方公共団体へ診療情報を提供する場合は、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第16条第3項第3号及び第23条第1項第3号に規定する「利用目的による制限」及び「第三者提供の制限」の適用除外の事例に該当する。

2.がん登録事業において、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第58号)第2条第1項に規定する行政機関に該当する医療機関が、国又は地方公共団体へ診療情報を提供する場合は、同法第8条第2項第3号に規定する「利用及び提供の制限」の適用除外の事例に該当する。

3.がん登録事業において、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第59号)第2条第1項に規定する独立行政法人等に該当する医療機関が、国又は地方公共団体へ診療情報を提供する場合は、同法第9条第2項第3号に規定する「利用及び提供の制限」の適用除外の事例に該当する。

20

医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン (平成16年12月24日(平成22年9月17日最終改正)厚生労働省)

1. 利用目的の特定等(法第15条、第16条)

(2)利用目的による制限の例外

医療・介護関係事業者は、あらかじめ本人の同意を得ないで法第15条の規定により特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱ってはならないが(法第16条第1項)、同条第3項に掲げる場合については、本人の同意を得る必要はない。具体的な例としては以下のとおりである。

①～②(略)

③公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
(例)

- ・健康増進法に基づく地域がん登録事業による国又は地方公共団体への情報提供
- ・がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供
- ・(略)

④(略)

5. 個人データの第三者提供(法第23条)

(2)第三者提供の例外

ただし、次に掲げる場合については、本人の同意を得る必要はない。

①～②(略)

③公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
(例)

- ・健康増進法に基づく地域がん登録事業による国又は地方公共団体への情報提供
- ・がん検診の精度管理のための地方公共団体又は地方公共団体から委託を受けた検診機関に対する精密検査結果の情報提供
- ・(略)

④(略)

がん対策の推進について

平成24年度概算要求・要望額 415億円(平成23年度当初予算額 343億円)

基本的な考え方

○ 平成19年4月に施行された「がん対策基本法」及び同年6月に策定された「がん対策推進基本計画」の個別目標の進捗状況を、質・量の両面から把握・評価しつつ、総合的かつ計画的に対策を推進する。

1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成

31億円(36億円)

- 改 (1) がん専門医等がん医療専門スタッフの育成 0.1億円(1.1億円)
- (2) がん診療連携拠点病院の機能強化 30.8億円(34.3億円)
- (3) 国際共同治験及び新薬の早期承認等の推進 4百万円(0.8億円)

2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

8億円(4億円)

- (1) 緩和ケアの質の向上及び医療用麻薬の適正使用の推進 3.7億円(3.6億円)
 - ・インターネットを活用した専門医の育成
 - ・がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修
 - ・医療用麻薬適正使用の推進
- (2) 在宅緩和ケア対策の推進 4.5億円(0.3億円)
 - ① 新規 在宅緩和ケア地域連携事業 3.6億円(ー億円)

3. がん登録の推進とがん医療に関する相談支援及び情報提供体制の整備

9億円(9億円)

- 改 ・院内がん登録の推進及び地域がん登録の促進 0.7億円(ー億円)
- 改 ・がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業 0.5億円(0.5億円)
- 改 ・都道府県がん対策推進事業(緩和ケア研修を除く) 8.2億円(8.2億円)

4. がん予防・早期発見の推進とがん医療水準均てん化の促進

126億円(139億円)

- 改 (1) がん予防の推進と普及啓発 14.4億円(17.8億円)
- (2) がんの早期発見と質の高いがん検診の普及 110.2億円(120.3億円)
 - ・がん検診推進事業 104.9億円(113.0億円)
- (3) がん医療水準均てん化の促進 0.8億円(0.8億円)

5. がんに関する研究の推進

129億円(68億円)

○ がんによる死亡者の減少、すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を実現するためのがん対策に資する研究を着実に推進する。

- ・第3次対がん総合戦略研究経費 37.1億円(46.3億円)
- ・難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究経費(がんワクチン関係) 12.6億円(14.0億円)
- ① 新規 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究経費(抗がん剤関係) 30.0億円(ー億円)
- ① 新規 がん臨床試験基盤整備事業 2.0億円(ー億円)

6. 小児がん対策を推進するために必要な経費

7億円(ー億円)

- ① 新規 ・がん診療連携拠点病院機能強化事業(小児がん拠点病院機能強化事業) 5.0億円(ー億円)
- ① 新規 ・がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業(小児がん緩和ケアに係る分) 0.4億円(ー億円)
- ① 新規 ・小児がん拠点病院整備費 1.0億円(ー億円)
- ① 新規 ・小児がん病院のあり方調査事業 0.2億円(ー億円)

7. 独立行政法人国立がん研究センター

105億円(87億円)

○ がん医療に関する研究・開発、医療の提供、医療従事者の研修等を行うことにより、がんに関する高度かつ専門的な医療の向上を図る。

- ・独立行政法人国立がん研究センター運営費交付金 105.2億円(87.6億円)
- (うち、日本再生重点化措置事業 26.3億円①)

① 「日本再生重点化措置」事業

平成24年度がん対策予算概算要求について

平成23年度予算額 平成24年度概算要求・要望額
34,335百万円 → 41,466百万円
【10,600百万円】

【】書きは「日本再生重点化措置事業」分を内数で記載

平成19年6月に閣議決定されたがん対策推進基本計画を踏まえ、放射線療法・化学療法の推進、専門医等の育成、がん予防・早期発見の推進など、がん対策を総合的かつ計画的に推進し、がん対策の一層の充実を図る。

放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の養成

- ・がん診療連携拠点病院機能強化事業 3,430百万円 → 3,079百万円
がん医療水準の向上と地域格差の是正を図るため、がん診療連携拠点病院における医師等の医療従事者に対して、放射線療法や化学療法等、質の高い医療を行うために必要な研修を行うほか、精度の高い院内がん登録、患者や家族への相談支援等の実施、地域の医療機関との連携を推進するとともに、病理医が不足している状況から病理医の育成及び病理診断補助員の確保を図る。
(補助先)：都道府県、独立行政法人等
(補助率)：1/2、10/10
※予算単価：都道府県がん診療連携拠点病院 @26,000千円 → @25,000千円
地域がん診療連携拠点病院 @14,000千円 → @13,000千円

治療の初期段階からの緩和ケアの実施

- ⑨ 新・在宅緩和ケア地域連携事業 0百万円 → 364百万円
【364百万円】
在宅緩和ケアの地域連携体制を構築するため、がん診療連携拠点病院が都道府県と連携して二次医療圏内の在宅療養支援を行う医療機関の協力リストを作成するとともに、同圏内の在宅緩和ケアを専門とする医師等と協力して在宅療養支援を行う医師等に対して在宅緩和ケアに関する知識と技術の研修を実施する。
(補助先)：都道府県、独立行政法人等
(補助率)：1/2、10/10

がん登録の推進とがん医療に関する相談支援及び情報提供体制の整備

- ⑨ 改・都道府県がん対策推進事業（緩和ケア研修を除く） 823百万円 → 823百万円
都道府県がん対策推進計画に基づき、地方自治体が行う、がん検診の受診体制の強化や医療提供体制の整備、相談提供体制として地域統括相談支援センターの設置、がんに関する正しい知識をはじめとした普及啓発など、重点的に取り組む施策に対する支援を行う。
また、がん登録を推進し、がんの罹患者数・罹患率や治療効果の把握等、がん対策の基礎となるデータを把握し、地域ごとのきめ細やかながん対策を進めるため、がん

診療連携拠点病院以外の医療機関においてがん登録を行うことにより、医療機関が収集したがん登録情報を都道府県が回収し、地域のがん対策の推進を図る。

(補助先)：都道府県

(補助率)：1/2

がん予防・早期発見の推進とがん医療水準均てん化の促進

- ・がん検診推進事業 11,298百万円 → 10,493百万円
受診勧奨事業の方策の一つとして、節目年齢の方を対象とし、乳がん、子宮頸がん及び大腸がん検診の無料クーポン券等を送付し、がん検診の重要性や検診方法の理解を促すとともに、検診受診率の向上を図る。
(補助先)：市町村
(補助率)：1/2
(対象年齢)：子宮頸がん 20歳、25歳、30歳、35歳、40歳の女性
乳がん 40歳、45歳、50歳、55歳、60歳の女性
大腸がん 40歳、45歳、50歳、55歳、60歳の男女

がんに関する研究の推進

- ⑨ 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究経費 0百万円→3,000百万円
(抗がん剤関係) 【3,000百万円】
小児がんを始めとする希少がんや難治性がんを中心に、これまでの基礎的研究や探索的臨床研究において開発された革新的診断法(診断薬等)をはじめ、化合物、抗体薬などの革新的がん治療薬や適応拡大の可能性の高いがん治療薬などに対して、臨床での実用化を目的に、前臨床試験や臨床試験の国際基準に準じた質の高いがん臨床試験を強力に推進する。

小児がん対策を推進するために必要な経費

- ⑨ がん診療連携拠点病院機能強化事業 0百万円→500百万円
(小児がん拠点病院機能強化事業) 【500百万円】
小児がん対策として、専門施設(地域の小児がん拠点病院)を設け、患者を集約し、最新かつ最適治療を提供するとともに、地域の医療機関との連携に基づいた治療後のフォローアップを行う。また国民に理解し易く、かつ信頼性の高い小児がん・思春期がんの情報、特に診療ガイドラインや専門医・専門施設の診療実績や相談支援先などの情報を一元的に発信するシステムを構築し、地域の医療機関と国・地方公共団体との連携のもと、患者・家族を含めた関係者が一体となって、小児がん患者・家族が診断時から切れ目のない安心・納得した支援を受けるために必要なプレイルームの運営や相談支援人員等を確保する。
(補助先)：独立行政法人等
(補助率)：定額(10/10相当)
- ⑨ がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業 0百万円→44百万円
(小児がん緩和ケアに係る分) 【44百万円】
小児がん緩和ケアを実施する小児がん診療機関において、がん患者等に対して、緩和ケアに対する実施方法や効果などについて、受診実態等を踏まえつつ指導するとともに、小

児がん緩和ケア研修会の指導者を養成するため、緩和ケアに専門的に取り組んでいる医師に対して、ワークショップ形式による研修を実施する。

(委託先)：特定非営利活動法人日本緩和医療学会を想定

独立行政法人国立がん研究センター

・独立行政法人国立がん研究センター運営費交付金

8,755百万円 → 10,520百万円
【2,631百万円】

がんその他の悪性新生物に係る医療に関し、調査、研究及び技術の開発並びにこれらの業務に密接に関連する医療の提供、技術者の研修等を実施する。

平成 23 年 10 月 9 日

厚生労働省がん対策推進協議会 会長 門田 守人 様
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室 室長 鷺見 学 様

がん対策推進協議会委員
天野 慎介
花井 美紀
前川 育
眞島 喜幸
松本 陽子

がん患者に対する介護保険の適正化に向けての意見書

平成 22 年 4 月にがん患者団体は、末期がん患者の介護認定の迅速化とがん患者の実情に合った要介護認定が行われるように制度の改正を求めました。これを受けて厚生労働省老健局より、各都道府県と市区町村の介護保険担当課に対し、4 月 30 日「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（介護認定の迅速化の促進）、10 月 25 日「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（要支援 1、2 及び要介護 1 と判定された方への福祉用具貸与）が通知されましたが、通知後に適切に行われたか、実情が把握されておりませんでした。

今般、私たちは、介護保険に携わるすべての保険者（市区町村等介護保険担当課）に対して行われた「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」（別紙 1）、「末期がん患者の認定状況調査」（別紙 2）の報告を手にし、全国の保険者の通知後の対応にばらつきがあること、迅速化を阻む要因に主治医意見書の提出の遅れや記載の不備、申請時点でがん末期と判断することが困難であること、要支援及び要介護 1 となり福祉用具貸与のできない例外申請が 26%の保険者であったこと、そして申請から二次判定までの日数の平均が 28.9 日で、30 日を超えている保険者が約 4 割おり、二次判定までに亡くなるなど、通知が出たにもかかわらず、がん患者が迅速ならびに適正に介護サービスを受けることができない現状が明らかになりました。

介護保険の適正化のために必要な施策を講ずるよう、以下の意見を提出いたします。

記

- ・国は、調査結果を踏まえ、末期がん患者の介護認定の迅速化とがん患者の実情に合った要介護認定が行われるように制度の改正に向けて検討を行うなど必要な施策を講ずること、早急に都道府県ならびに市区町村の介護保険担当課、また関係機関に対し、適切な要介護認定及び介護サービスの提供を行うことを周知徹底を図り、改善のための協議を図ること。
- ・厚生労働省がん対策推進協議会は、がん患者と家族が質の高い在宅療養を送ることができるよう、関連する審議会や協議会、検討会などに対し、がん患者が介護サービスを迅速かつ適切に受けられるよう医療と介護の連携強化に向けた意見を提出すること。
- ・都道府県ならびに市区町村等地方公共団体は、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、地域の特性に応じた施策を策定し、実施を行うこと。
- ・医師等関係者は、がん患者が迅速かつ適切な介護サービスを受けられるよう、問題の改善を図り、保険者や関係機関との連携を行うこと。

以上

末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査

調査期間：2010年5月～11月

調査時期：2010年12月1日～24日

調査対象：全国市区町村等の介護保険者
(介護認定担当者)1,597件

調査方法：郵送調査法

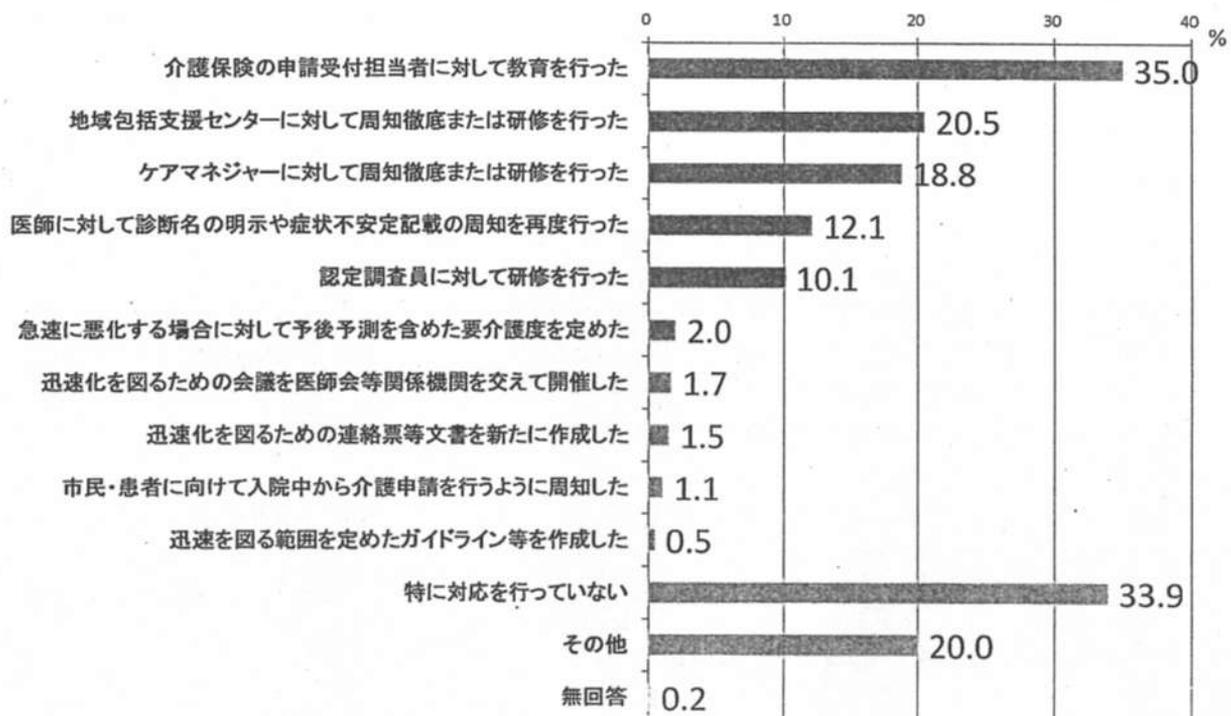
有効回収数：988件(有効回収率61.9%)

* 989件回収のうち、無効1件あり

出典：NPO法人ピュア「末期がん患者に対する介護保険サービスの提供に関する調査」中間報告より

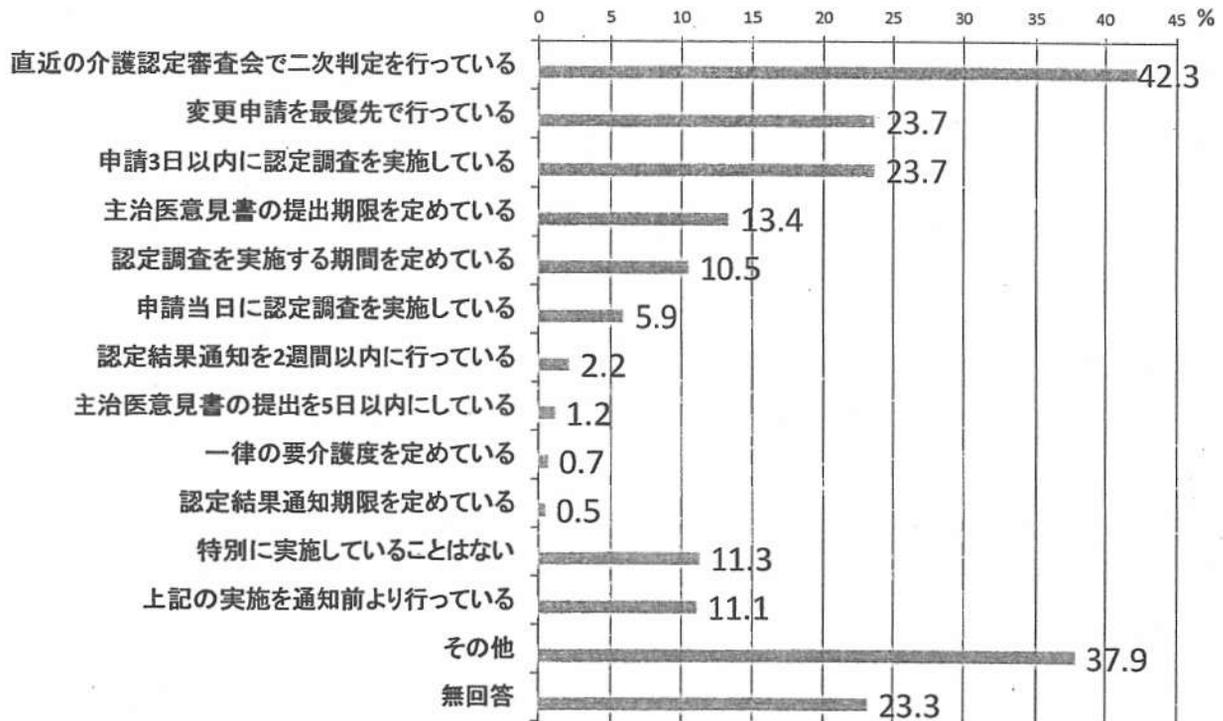
「迅速化」通知後の対応について

(複数回答可) n=988



「迅速化」通知後の実施している内容について

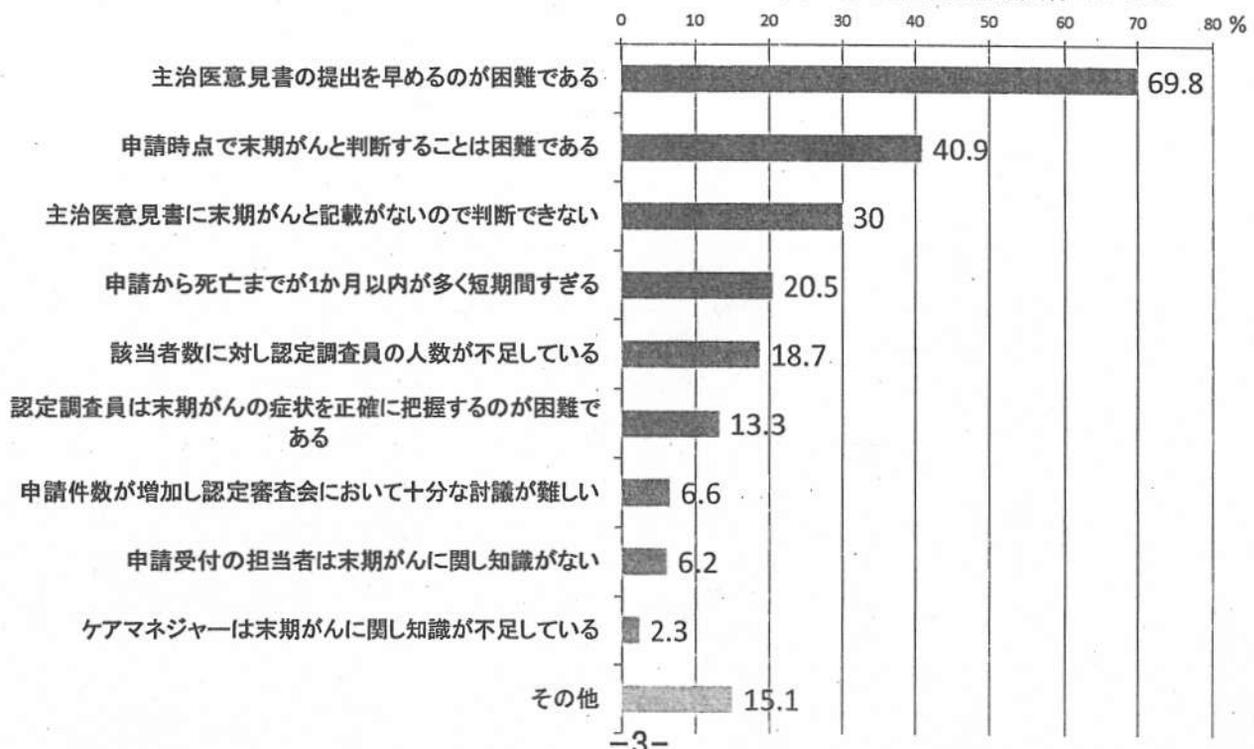
(複数回答可) n=988



迅速に介護サービスを提供する上での バリアと思われるもの

(複数回答可)

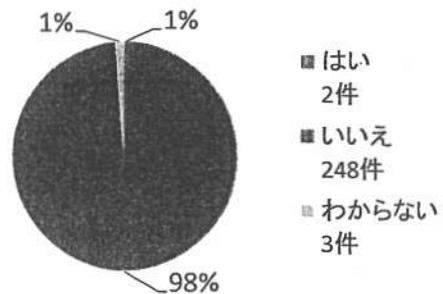
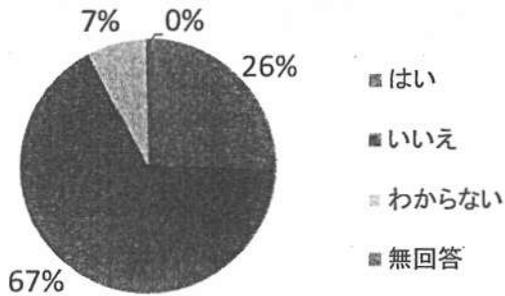
バリアがあると回答した保険者 n=663



要支援1, 2及び要介護1の末期がんの方の福祉用具貸与申請について

平成22年11月において、要支援1, 2及び要介護1と判定された末期がんの方で福祉用具貸与申請はありましたか n=988

福祉用具貸与申請があった26%(253件)において却下したケースはありましたか n=253



* 通常、ベッド等福祉用具貸与は、要介護2以上になっている

末期がん患者の認定状況調査

調査期間：2010年5月～10月の6か月間（新規申請）

調査対象：末期がんと診断された要介護認定
の申請者（第2号被保険者のみ）

調査方法：調査票を介護保険の全ての保険者
に送付し、担当者に記入してもらう

保険者数：1,587件（2011年10月末時点の数）

調査票A：回収数917件 回収率 57.8%

調査票B：回収数893件 回収率 56.3%

出典：平成22年度老人保健健康増進等事業「高齢者の心身状態の適正な評価方法の開発に関する調査研究」より

調査票A 保険者単位の基礎集計 末期がん患者の申請からの平均日数

申請から	全体	5日以下	5～10日	10日超
調査まで	588 (100.0%)	163 (27.7%)	295 (50.2%)	130 (22.1%)

申請から	全体	15日以下	15～20日	20日超
主治医意見書 まで	588 (100.0%)	320 (54.4%)	157 (26.7%)	111 (18.9%)

申請から	全体	20日以下	20～30日	30日超
二次判定まで	588 (100.0%)	79 (13.4%)	285 (48.5%)	224 (38.1%)

* 括弧“()”内は、有効回答保険者数に対する割合である

報告書から改編

調査票B 患者単位の基礎集計 要介護度別の申請からの日数

要介護度別	認定者数	年齢	申請からの日数			認定まで 20日以内 割合
			調査	審査会	認定	
非該当	17人	58.2歳	11.5日	39.2日	40.5日	5.9%
要支援1	145人	57.9歳	9.7日	30.8日	31.3日	11.7%
要支援2	187人	57.3歳	9.4日	30.6日	31.3日	11.8%
要介護1	677人	57.8歳	8.5日	30.2日	30.8日	16.7%
要介護2	878人	57.6歳	8.1日	28.5日	29.0日	20.5%
要介護3	588人	57.8歳	8.3日	29.0日	29.4日	20.6%
要介護4	679人	57.3歳	8.0日	28.4日	28.8日	22.5%
要介護5	599人	57.9歳	7.8日	27.1日	27.5日	26.0%
全体	3,770人	57.7歳	8.3日	28.9日	29.4日	33.9%

報告書から改編

国が応えなければならない課題
 ”このままでよいのか、地域緩和ケアの普及”
 “緩和ケア専門診療所(仮称)が解決の鍵”
 川越 厚

- I.これまでの歴史: 1)歴史 2)問題点
 II.いま(現状)の問題点
 III.これからの課題と解決策
 IV.がん対策推進基本計画の見直しに向けて

医療政策上、在宅医療が病院医療と相互補完関係にあると仮定すると、現在のがん対策推進基本計画の中の「在宅緩和ケア」に関する内容は、根本的に見直す必要がある。

在宅緩和ケアの普及は医療だけの問題ではなく、福祉(生活支援)やサービス提供機関のチームの在り方の問題でもある。また、在宅緩和医療の内容も高度専門家化し、外来をやりながら診るといったことは難しい。

患者サイドから考えれば、医療者が常在しない居宅で過ごすので、患者と家族の安心のためには、厳密な24時間体制を医療提供機関は取らなければならない。

歴史的にみると、在宅緩和ケアは高齢者の在宅ケア提供体制の枠組みに途中から参入するという形をとっているため、様々な不具合が生じている。

現在ですら在宅緩和医療の提供に関しては多くの問題があり、将来的にはこのままのサービス提供体制では破綻が生じる可能性が高い。

I-1 在宅緩和ケアをめぐる これまでの歴史

- 1) 病院中心医療の推進
 ⇒ “Hospitalization of Death”
- 2) 患者のQOL向上という視点で、
 病院中心医療の見直し
 ⇒ 在宅ケアの推進
- 3) 在院日数短縮、病床数削減
 ⇒ 在宅比重の増大
- 4) がん対策基本法制定、基本計画策定(2007)
 ⇒ 在宅に関する推進計画は適切か？

- 1) 死の病院化
 「病院で生まれ、病院で逝く」時代になって久しい。
 問題は、誕生はともかく、死の病院化が本当に良いのか、ということ。この観点から、患者・医療者それぞれの立場で問題提起がなされてきた
- 2) 在宅ケアの推進
 制度的なTurnig pointは医療法改正('92)。患者居宅も医療の場となった
 問題は
 - ① 医師法、保助看法の改正に手をつけないままの改正であったこと
 - ② 在宅緩和ケアが高齢者の在宅医療の枠組みの中に入らざるをえないこと。そのため、患者も医療者も共に不自由を強いられている
 - ③ 医療は、“福祉との連携”という新たな課題を抱えることになった
- 3) 在宅比重の増大
 問題は、社会からの要求に応えるに十分な備えがなされていないこと。待ったを許されない状況が、すでに現場では起きている
 - ① がん死亡者数の増加(ピーク時には現在の1.7倍になるとの予測)
 - ② 独居、高齢者世帯など、在宅困難事例が増加
 - ③ 重装備で退院する患者が増加し、在宅で対応しなければならない
 - ④ 在宅の実情に疎い(たとえば、在宅医療と外来医療の区別を理解していない)病院の主導で、在宅医療が整備されてきた
- 4) 推進基本計画に則った在宅緩和ケアの推進
 問題は、在宅の実情を反映せず、医療整備という観点に乏しいこと

川越委員提出資料

I-2) 問題点

I-2 歴史的過程に起因する諸問題

- 1) 医療法改正('92)→患者居宅が医療の場
 - ① 医師法、保助看法改正には手をつけず
 - ② “福祉との連携”という新課題出現
- 2) “非がん患者”を対象に整備された、在宅医療
 - ① “がん患者”は中途よりその枠に入り込む
 - ② 在宅医療という枠で、両者の区別は未だない
- 3) 病院主導で整備されてきた在宅医療
在宅医療と外来医療の区別を理解していない
- 4) 在宅の実情を無視した、推進基本計画の進行

1) 医療法の改定(1992)に関連した問題

患者の居宅が第3(病棟、外来、在宅)の医療の場として認知されたが、医療法以外の法律は手つかずなので、在宅では具体的に以下のような点が問題となる。

医師法17条、同20条(医師は、自ら診察しないで治療を…してはならない)、保助看法第37条など。

また、福祉との連携という医療者にとってはまったく新しい経験をする事になり、福祉を巻き込んだ様々な問題が生じている。

2) 「非がん患者を対象に整備された在宅医療」に関連する問題

在宅ケアは「高齢者のベストのQOL保障する」ための制度支援としてスタートした。“急性期医療に類する医療を必要とする患者(末期がん患者はまさにそうである)を在宅でケアする”、というコンセプトはなかった。

症状が安定し、医療依存度が低く、経過の長い患者を基本的に対象としているので、痛みや呼吸苦などの様々な肉体的な苦痛を持ち、症状緩和のための医療が積極的に介入し、しかも短い期間(平均2カ月未満)で、死という形で終了する末期がん患者を、現行の在宅医療制度、福祉の枠組みの中に押し込むのは、そもそも無理な話である。

施策上の議論を行う場合、将来的には対象疾患によって在宅医療を区別して考えなければならない。

3) 「病院主導で整備されてきた在宅医療」の問題

生活支援を主とする在宅医療は、基本的に病院医療の延長ではない。訪問診療を行っている医療者の声に耳を傾ける必要がある。

4) 在宅緩和ケアの推進は、単に医療者、特に医師だけの問題ではなく、地域単位で総合的に取り組む課題である。

II. いま(現状)の問題点

1. 哲学不在、混乱状態の(在宅)緩和ケア
2. 空回りしている、在宅緩和ケア推進基本計画
3. (在宅)ケアが困難な社会情勢の進行
 - 1) 独居の問題 2) 貧困の問題
4. 高品質のケアの提供が困難
 - 1) “在宅緩和ケア提供施設基準”の欠如
 - 2) 骨抜きに瀕する、“24時間ケア”
 - 3) “寄せ集め型”チームで提供される非効率なサービス
 - 4) 短期終了という臨床特性が考慮されていない、チームケア(医療と福祉など)

1 哲学不在、混乱状態の(在宅)緩和ケア

この問題点は諸外国、特に米国との比較で理解しやすい。メディケアではホスピスの認定基準があり、認定されたホスピスに対してホスピスフィーが支払われる形となっている。つまり、高品質のケアが最初から約束されている

2 空回りしている推進基本計画

現行の諸制度は、末期がん患者に高品質のケアを届けるため、十分とは言えず、さまざまな不備がある。現実的にはそれらの不備を克服しながら、サービスを提供するという形になっている。当然、経費の無駄使いにつながる。

1) 「開業医に少しずつになってもらえばよい」というのは、あまりにもあんなかんがえかたである。末期がん患者を診る開業医は1割弱。単に緩和ケアの教育をすればよいという問題ではない。

2) 慣れない開業医に無理やり押し付ける、という発想は適切でない。もしそうすれば、入院支援は不可欠。ただし、これは金銭的なインセンティブの問題だけではなく、受け入れる医師や看護師の気持ちを考えなければならない。

3) 在宅緩和ケアの普及には福祉との連携が欠かせないが、制度的に無駄が多く、結果的に高品質のケアにつながらない場合が多い。

3 在宅ケア実施が困難になる状況

困難に対応できる専門チームを地域展開する必要がある。

4 高品質のケア提供の問題

質をどのように保障するかは、最大の課題。すぐに解決を要する問題が山積みされている。

Ⅲ. 在宅緩和ケアのこれから 課題と解決策

1. 国民の希望をいかに叶えるか？
どうすればその希望を叶えられるか？
2. 予測される困難な状況と解決策
3. 在宅を希望する方へ
 - 1) 高品質のケアを保障する
 - 2) 希望を叶える(量の確保の問題)
4. 在宅緩和ケアの質と量の評価

1. 国民の希望：63%の国民は「療養の場」として、自宅を望んでいる。しかし66%は最後まで自宅というのは無理だと考えている(終末期懇談会資料)
2. “このままでは在宅緩和ケアの普及は危機に瀕する”、と予測される状況
 - 1) がん死患者数の増加
 - 2) 今後ますます弱体化する家族介護力
 - (1) 単独世帯(独居)の増加など
 - (2) 老々世帯、認々世帯の増加など
 - 3) 経済的困窮患者の増加
 - 4) 高度化、専門化する在宅医療(各種医療処置の実施、各種Interventionの判断、やや複雑なOpioid使用など)
 - 5) 不十分な在宅支援システム。ただし、病院支援ベッド増床だけではなく、在宅サイドの支援システム(在宅緩和ケアの専門チームによる支援)も考えるべきである
 - 6) 統合失調患者など入院する施設を探すのが困難な患者の問題
3. 高品質のケアの保障
“在宅緩和ケア専門チーム”が提供するケアの質は非常に高い(米国データ)
4. 量の確保の問題
“在宅緩和ケア専門チーム”は多数の在宅死を担うことができる
5. 在宅緩和ケアの質と量の評価
 - 1) 質を担保する“在宅緩和ケア専門チーム”を制度認知し、普及の評価を行う
 - 2) 在宅死率、PCU死率などを指標とした、医療整備計画を立てる

IV まとめ

Ⅳ. がん対策推進基本計画の見直しに向けて

患者視点に立った在宅緩和ケアの普及は、国策上の至上課題である。解決の鍵は、在宅緩和ケアの専門診療所の普及が握っている

見直しのポイント

1. 在宅緩和ケアを非がん患者の在宅ケアと区別した制度・環境整備を行う
2. 地域緩和ケア普及のため、
 - 1) 緩和ケア専門診療所の数を整備指標とする
 - 2) 在宅死率を正規の評価指標とする
 - 3) 地域緩和ケアの総合的な整備目標を設定する

在宅緩和ケア普及に関する提言

- ・ 在宅緩和ケア専門チーム(HPCT)を何らかの形で認定する
- ・ 地域緩和ケアの評価死数として、以下の数値を用いる
 - 1) 在宅死率
 - 2) 一定地域におけるHPCTの数
- 3. 地域緩和ケアの到達目標指数として、以下の数値を用いる
 - 1) PCU数
 - 2) HPCT数