

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 —

がん医療と診療提供体制に関する用語の明確化
のためのインタビュー調査について

国立がん研究センターがん対策情報センターがん政策科学研究部

東 尚弘

●連載趣旨●

がん対策基本法が2007年に施行されてからさまざまながん対策が進められてきた。しかし対策が必要な施策は多岐にわたり計画内容は膨らむばかりである。その中で効果的、効率的に計画を実行し、成果を出していくためには、状況を正確に把握し、科学的・系統的な方法で行動する必要がある。本連載ではそのための新しい考え方や動きについて紹介する。

はじめに

平成24年のがん対策推進基本計画が改定されて新しい計画となったが、そこで新しく加わった事項に「目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定」がある。それを受けて、国立がん研究センターがん対策情報センターでは定期的に職員有志で検討会を開き、計画から何が目標で何が指標になり得るのかということを議論してきた。しかしながら、まずそこでぶつかった課題は、がん対策推進基本計画で使われている用語の定義が曖昧で、人によってとらえ方が全く異なるのではないかと、ということであった。例えばがん診療連携拠点病院という単語に関しても、がん診療連携拠点病院（拠点病院）の指定要件に関する定義として「手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及

び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。」という定義はあるものの、実際に、がん診療連携拠点病院現況報告に掲載されているがん診療連携拠点病院の報告に掲載されているがん診療連携拠点病院の内容は実にさまざまである。そこで、そのような定義をはっきりさせることが、目標を把握し進捗の指標を考える上での大前提となると考えられた。

折しも同時期に、拠点病院の指定要件を見直すために、「がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ」が立ち上がり、さまざまな医療現場を代表する方々が構成員となって検討を行っていた。これは現場の意見を聞く絶好の機会である。公式のワーキンググループの議論と並行して、非公式ではあるものの用語の定義についての意見聴取による調査を行った。

1 意見聴取の手順

意見聴取の対象とした用語は表1の通りであ

表

- | | |
|---|------------------|
| ① | がんセンター |
| ② | 医療チーム、チーム医療 |
| ③ | 歯科連携、がんリハビリテーション |
| ④ | 腫瘍センター（がん診療部） |
| ⑤ | 切れ目が無い在宅療養への移行 |
| ⑥ | 地域連携 |
| ⑦ | 拠点病院グループ指定 |

る。

これらについて、インタビューを円滑に進めるために、事前に問題点をまとめた質問紙を配布し、可能な範囲で回答をもらった上で面接による意見聴取をした。面接は全て筆者が行い、所要時間は1～1時間30分程度であった。インタビューの後には内容をまとめ、本人の確認を得た。

2 それぞれの用語について

インタビューの結果や詳細なまとめについては、国立がん研究センターのホームページ上で報告書を掲載しているのをご参照いただきたい。（http://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/06health_s/06health_s_02.html）ここでは、結果そのものは概要にとどめ、報告書には記載しなかった筆者の感想に近い観察もあえて含めつつ、以下にご紹介する。

1 ●がんセンター

がんセンターは拠点病院現況報告において、より具体的ながんセンターと開催回数のリストが提出されており、がん情報サービスで閲覧することができる。しかし、その中には臓器別の症例検討会、診療科横断的な症状マネジメントカンファレンス、術前カンファレンスに近いもの、とさまざまなものが挙げられている。また参加者も医師のみのものや、看護師や薬剤師、ソーシャルワーカーが入るものなど、さまざまであった。さらに現況報告とは別に、メディアで紹介される記事などでは、院内の診療科連絡会議のようなものががんセンターに含まれるようにもとれる。それがこの用語を選んだ動機である。

まず、誰が参加することががんセンターの最低条件なのかといったことを訊いた。回答者の一致した意見としての条件は、各臓器に対して主たるがん治療の専門家である、外科医、内科医、放射線治療医の3者が最低限参加して、個々の患者について治療方針を検討・決定していること、であった。

では、診断を専門とする放射線診断、病理などの参加は不要なのか。がん対策推進基本計画では、がんセンターへの「放射線診断医、病理診断医の参加する」が「質の高い診断」を確保するための取り組むべき施策としてあげられている。今回の調査では意見の分かれるところであったが、非公式に今回の対象者以外も含めた両診療科の医師に意見を聞いたところ、異口同音に両診療科を入れるべきだとの意見も聞かれた。

一方で、医師以外の職種の参加については必須ではないとする意見が多くを占めた。もちろん良好なコミュニケーションが良好な医療の実施に不可欠ではあるという点は回答者全員が一致していたが、がんセンターとは別の機会が良いのでは、という意見が散見された。逆に、米国の例などを引き合いに「患者もがんセンターに参加すべきだ」という意見もみられた。

拠点病院現況報告からは、現在行われているがんセンターはほぼ臓器別に分かれており、それぞれ関連診療科が参加しているものである。これに対して臓器横断的ながんセンターの可否について問うたところ、意見は分かれた。肯定的な意見の根拠は、単一臓器だけで解決しない症例が無視できない数あるということが挙げられ、逆に否定的な意見としては、全臓器の専門家が集まる必要性和効率の問題が理由に挙げられた。これは施設の規模や構造によっていろいろな事情があると考えられる。

また、今回意見聴取を行って感じられた点で特筆すべきなのは、定義として多くを盛り込むことが、診療や病院運営の制約条件になりかねないという懸念である。この点は、がんセンターが自然発生的にできたものではなく、拠点病院の要件として広まったためであると考えられる。どのようにすれば良かったのか、の提言は難しいが、

一定の制度を進める上ではそのような点も工夫と配慮が必要な点かもしれない。

2 ●医療チーム、チーム医療

チーム医療の重要性は、昨今特に認識が広まっており、厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」が平成22年にその方向性について報告書をまとめている。また、診療報酬に関しても、各分野の専門「チーム」による診療に関して加算を通じた裏付けがなされている。さらに、がん対策推進基本計画においては、「3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備すること」が個別目標の一つとされている。

しかし、そもそも以前からチーム医療はあったものではなかったか。それが認識の広まりで、発展しているのか。意見聴取の作業を進めていく上で、筆者はその点が気になっていった。伝統的に医療者が協力して患者にとって総合的に最善の診療目標、方策を考えるということは以前から、優れた現場では行われてきたことである。例えばベテラン看護師がうまく患者と家族の話をきき、それを医師や他の職種に伝えたり意見を交換したりする光景はそれほど珍しいものではなく、医師には言わないけど看護師や他の職種には言う事柄が数多くあることは当然、時に逆のこともあり、他職種協力して何が提供できるのかを考える重要性は以前からわかっていたことである。上述の検討会報告書にはそのような他職種の協力やその精神についてもしっかりと明記されている。しかし、どうも昨今のチーム医療の議論は、医師以外の医療スタッフを専門分化する方向が強調されすぎている。意見聴取の作業の中で、たまたまこのような伝統的チーム医療があるインタビューで話題になって以降、努めてこのことを問うてみた。専門分化を否定するのではなく、伝統的側面もあり、その重要性については多くの方が賛同して下さった。

そもそもこの定義に関する調査の企画が「がん対策の評価指標を考える」ことから始まったこともあり、チーム医療の達成度をどうやって測るのが良いか、も問うてみた。しかし、一律に返ってきた答えは「難しい」ということであった（もち

ろん筆者に良い考えがないから訊ねているわけで、筆者が訊かれても、「難しい」と答えると思う）。興味深かった意見は、医師以外の医療スタッフに質問調査をして「医師に対して必要と感じたときに意見が言えますか?」と聞いて「はい」と答えた人の割合でチーム医療の達成度が測れるのでは? というものである。自由で垣根のない意見交換がチーム医療のあるべき姿としたら、データの取得は簡単ではないものの、おもしろい視点である。

3 ●歯科連携、がんリハビリテーション

この二つは、がん対策推進基本計画において推進するとされているものの、果たして誰に必要なのか、ということが基本計画からは不明であったため、意見聴取をすることにした。歯科医療については、化学療法前、ビスホスホネート剤治療前、頭頸部の放射線治療前、最中、および大侵襲を伴う手術前という回答が一致していた。中にはがん治療する患者は全例必要という意見もある一方、歯科は歯科の専門家であり、全例に基礎的な歯科診察が必要というならば、それはもはや専門診療ではないから腫瘍内科医がその技術を身につけるように訓練をすべきであるといった意見もみられた。

がんリハビリテーションは診療報酬で規定されており、診療報酬上の適応に疑念を挟む余地はなさそうであった。しかし、それ以外でもリハビリの必要な患者は多数いるとの意見がきかれた。最終目標はがん患者の個々の状況に合わせた日常生活、社会復帰を進めることであることは共通認識であるが、一方で、特にがんの分野においては「他にやることがないからリハビリ」といった消極的な考え方があり、そこから脱していかなければならないという指摘もあった。また、普通のリハビリは原疾患の症状が安定していることが通例だが、がんリハビリは原疾患が安定していなくても積極的に取り入れるべきであるという対比などが聞かれたのは興味深い。

4 ●腫瘍センター（がん診療部）

これは、診療科の横のつながりを重視した構造

としてがん対策推進基本計画で進められており、
がんセンターと筋道的には近いものがある。
しかし、用語についての内容や意義についての認識についてはやはり幅がみられた。現状の腫瘍センターは、患者に対する診療を直接担当する組織というよりも、がんセンターの運営、がん登録や相談支援センターの管理など、どちらかというところ、がんに関連した管理業務が主体であることが多い。この現状に関して、「診療に関与しないと意義は薄い、診療に関与するために診療科から独立することになり、そうすると診療規模も相当大きくないと効率が悪い」という意見から、「診療科を超えてコミュニケーションをする機会が確保され、特に大病院において意義は大きい」という意見からさまざまであった。また、特に総合病院においては、「国や県、地域のがん対策に協力するために対外的な窓口として組織がないと、他の全く異なる業務と並行して、がん対策業務を遂行せざるを得なくなるし、がんのことを理解できる人員の確保と配置が難しい」という意見もあった。この点などは計画に記載された「横のつながり」からは異なる側面であるが重要な点であり、今後、制度として「腫瘍センター」を考える上で考慮すべきであろう。

5 ● 切れ目がない在宅療養への移行

在宅療養が何を指すのか、「在宅で療養」字義通りであれば通院治療を継続することも在宅療養と考えられるし、「在宅医療」（つまり、在宅で医療を受けること）の同義語とすれば訪問による診療・看護を受けながら医療をうけることになる。この区別が最初に話題に上がったが、ここでは前者の広い意味、すなわち通院も含む、専門機関から地域への移行について検討した。ここでは、特に「切れ目がない」ことを考える上で逆に「切れ目があるとはどういうことか」という逆説的な質問をしてみた。

回答として挙げられた例は、1) 患者が高度医療機関から地域へ移行ができず必要がないのに高度医療機関への通院、入院を続けている状態、2) 高度医療機関から地域へ紹介したのに戻ってきてしまう例、また、3) 情報の伝達共有がうまく

いかず、特に患者の希望と提供されるケアに乖離が生じたり、画像などの検査情報が伝わらないことなどがあつた。興味深かつたのは、インタビュー対象者全員が高度医療機関勤務であるにもかかわらず、おそらく切れ目が存在した場合の責任は高度医療機関にあり、高度医療機関の努力で改善する、という認識が多数を占めたことであつた。

6 ● 地域連携

地域連携というキーワードからは「地域連携クリティカルパス」の運用が連想されるが、がん対策推進基本計画ですでに「十分に機能していない」と記載されている。そこで、何が問題なのか探ってみたところ、診療報酬が実態に合わない形で「パス」についてしまったことに対する批判が多く聞かれた。地域連携のあるべき目標は、患者の生活が医療中心になってしまわず、あくまで個人の送りたい生活が中心になる環境を作ることである。個人的には、その手段のごく一部にすぎないパスにあまりに大きな役割を期待したことに機能不全の根源があるように思われる。もちろん、パスがうまく機能している地域もあるだろうが、それはパスが単独で成功したのではなく、それをうまく使う環境を整備する医師をはじめとして医療スタッフの努力があつての成功と考えられる。個々人の患者にパスを使う、使わないが問題なのではなく、地域としてネットワークが構築されているか、を中心に評価を行い制度的なサポートをすることが必要ではないかと考えられた。

7 ● 拠点病院グループ指定

この用語は、ちょうどがん診療提供体制に関するワーキンググループで、拠点病院のない二次医療圏に診療の質を確保する構造として考えられた方策であつた。そのため、インタビュー時点で何もまだ決まっていなかったのも、イメージがわきづらい限界があつた。

しかし、その中でも医療機関はそのままではお互い競争する構造になってしまうので、人事交流やがんセンターボードを共同で開催するなど、具体的に協力実態を確保する要件を指定しなければなら

らない、という意見では一致していた。

3 今後に向けて

上記の事柄は、臨床現場にいる読者の皆様からみると当たり前のことがらを繰り返しているだけなのかもしれない。しかし、制度を論じ政策を決める際に明確に言語化して検討の俎上にのぼることは少ないのではないだろうか。少しでもこのようなまとめがお役たてばありがたい。

一つ留意すべきなのは、今回の結果はどこの公式見解でもない、ということである。インタビューの対象者は、臨床現場のがん専門家であって、各用語や対象分野の専門家というわけではない。そのため、専門家の見解は異なる可能性があるということである。今回は敢えて現場の意見を聴取することを選択したのは、専門家の意見が表出される場は他に多くあることが考えられることも理由の一つである。公式な調査となると専門家への遠慮もあり、現場は声を出さないこともあるため努めて現場の声を収集することが必要である。

今回の調査からは、当初の予想通り、用語に関する現場の認識は千差万別であることが判明した。そのため結論として定義の明確化への最終到達はできていない。制度上の用語定義の難しさは、定義を明確化しよう試みても、そもそも意見やイメージのすりあわせが必要なばかりでなく、拠点病院の指定要件として使われるかどうかなどの諸要素が逆に定義に影響し、どこまで幅を持たせられるかといった明確化とは逆の配慮が必要な点であろう。しかし一方で、今回のインタビューのやりとりを通しては、がん対策が目標とすべき状態のイメージも数多く指摘された。がん対策の用語の定義を考えることは、がん対策の目標を考えることに通じる。少なくともこれらの目標を意識しつつ、できれば関係者が目標を共有し、協力していくことががん対策の成功の鍵であろう。

謝辞

本調査にご協力いただきました、がん診療提供体制のあり方に関するワーキンググループ構成員の方々に心から感謝いたします。