

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調査報告書

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

平成25年8月22日

目次

I.	本調査の目的と方法	3
II.	聞き取りの結果.....	4
1.	がんセンター.....	4
2.	医療チーム、チーム医療	7
3.	歯科連携・がんリハビリテーション	10
4.	腫瘍センター（がん診療部）	13
5.	切れ目のない在宅療養への移行	14
6.	地域連携	16
7.	拠点病院のグループ指定	18
III	全体のまとめ	19
IV	謝辞.....	19
	（添付資料）各対象者への回答聞き取りのまとめ.....	20

I. 本調査の目的と方法

1. 目的

本調査の目標は、がん対策推進基本計画の中で使われている用語のうち、がん対策を施行、進捗評価管理する上で、内容に幅があると考えられるものを、特に診療に関するものに関して明確化することにある。今回は手始めに、現場を代表する医療従事者の意見を聴取することで、意見が一致する点、一致しない点、あるいは評価方法などに関する考え方を明らかにすることを目的とした。

2. 方法

平成 25 年 5 月末～7 月初頭にかけて行われた「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」の構成員全員に対し、個別に聞き取り調査を行った。聞き取り調査は、円滑に進めるために事前に論点を記した質問紙を送付して考えて頂いた（参考資料）。質問紙の内容は課題の明確化の補助として位置づけ、聞き取りにおいて質問をきっかけとして考えた内容を含めて回答を依頼した。聞き取りは回答者それぞれ 1 時間～1 時間 30 分程度で行った。全ての聞き取りは、一人の調査者が行い、その都度、聞き取った内容のまとめを作成の上、回答者に確認を得た。回答者は以下の通りである。（地理順、敬称略）

大崎市民病院 がんセンター長	蒲生 真紀夫
国際医療福祉大学 教授	黒田 一
聖路加国際病院 乳腺外科部長	山内 英子
国立がん研究センターがん対策情報センター センター長	若尾 文彦
がん研有明病院 看護師長	花出 正美
山梨大学医学部附属病院 放射線科准教授	大西 洋
近畿中央胸部疾患センター 地域医療連携係長	池山 晴人
九州大学病院 消化器・総合外科分野准教授	調 憲

また、今回聞き取り調査を行った対象の用語は以下の通りである。

1. キャンサーボード
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. 切れ目がな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

以下に全体まとめを記し、また個別の回答者への聞き取り内容のまとめを巻末に添付する。また、報告者として強調点を下線で示した。

II. 聞き取りの結果

1. キャンサーボード

【総括】

キャンサーボード（以下、CB とする）は、がん対策推進基本計画やがん診療連携拠点病院の整備に関する指針では、「がん手術、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。」と定義され、その件数や概要が拠点病院からの現況報告として厚生労働省で収集、国立がん研究センターがん情報サービスなどで公開されている。しかし、現況報告の中で具体的に報告されている CB の内容は実に様々であり、また院内で使われる用語としても一定していない。そこで、まず、CB の定義や必須と考えられる構成職種などについて質問した。

回答者の一致した意見として CB の最低条件は、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。今後のがん診療連携拠点病院の現況報告において、CB についての検討件数や内容についての情報を収集する際にはこの点を明確にして、あてはまらないものについては計数しないことが望ましいかもしれない。

もちろん、診療は治療だけではない。そのため、「キャンサーボード」の役割を、診断に始まり、治療方針決定、全人的なケア、社会的な調整などの診療の流れ全範囲をカバーするように広く取るべきであるとの意見もある。現状のがん診療連携拠点病院の整備指針における定義は狭い範囲のみと受け取れるが、その一方で、がん対策推進基本計画では「取り組むべき施策」のなかに「放射線診断医や病理診断医などが参加するキャンサーボードを開催する」(P8) ことが含まれていることから、CB の役割を治療方針のみではなく質の高い診断を確保することも想定しているとも考えられる。今回の意見聴取では診断関連科の参加を必須としない意見が見られたのは診断専門科の参加が望ましいことを否定するものではない。今後は基本的な CB の開催と併せて、診断やそれ以外も含めたカバー範囲の広い CB の有無などについても現況情報を集めることでより実態が明らかになると考えられる。

CB の主たる参加者が医師であるという意見は多数であったが、医療全体として医師以外の職種が共同して最善の医療・ケアを患者へ提供していくべきであるのは疑いない。そのためには、CB に限らず、何らかの段階で、あらゆる職種が密接なコミュニケーションを取ることが必要である。施策分類としては、「チーム医療の推進」に含まれるのかもしれないが、CB に多職種の関わりを求めないのであれば、別途意見交換の機会が設けられていることを確保する施策や、それを評価するための指標設定・情報収集体制も必要であろう。

その他の論点として、全科ボードを必須とするか、検討対象症例の割合がどの程度あるべきか、あるいはこれらは施設の対応に任せるべきかなどについては、意見の分かれるところではある。今後実態の詳細な把握と同時に、あるべき CB のの形を探るような場があっても良いのかもしれない。

【意見のまとめ】

<定義と範囲>

(a) 一致した意見

回答者の間では、

- ・各患者に対する治療方針を他職種で議論、決定を目的とすることが条件となる

- ・構成メンバーとして、治療関連の診療科（外科、内科、放射線治療科）の医師の参加は必須。
 - ・症例検討を含まない院内連絡会、教育講演会などは、CB とはいえない。しかし、症例検討の CB に付随して同時にこれらを行う場合もある。
- ということは一貫して見られた。

(b) 意見が分かれた箇所と論点

具体的な症例検討を行う事例に関しては多少の意見の相違が見られた。

「術前カンファレンス」は内科や放射線治療科が参加していることを条件として CB の一種として良いという意見が多かったが、「手術適応の無い症例の内科・放射線治療カンファレンス」に関しては、「手術適応が無いかどうか」を外科も交えて検討するのが CB であるので含めないという意見や、血液内科などでは最初から手術適応がないならばこのような CB を持つことがあるという意見もあった。また、漠然と「内科」「外科」とするのではなく、治療に関わっていて意見を言える専門家の参加が重要であるという意見や、とにかく広く参加者を募るのが重要という意見に分かれた。

症状マネジメントに関するカンファレンスについても、意見が分かれ、個別症例に関する方針の検討という点を重視して CB であるという意見、逆に CB は新しくがんに対する治療を始める患者を対象としたものに限るべきだという意見も見られた。症状マネジメントカンファレンスが CB とは言えないとの回答者も、これは CB の定義上のそう考えられるだけで、緩和ケアカンファレンスで話し合われたことも CB と密接に連携することが重要であると強調していた。

(c) 個別参考意見

CB の機能に関する一部の意見として、治療開始前の症例に関する検討とともに、過去の症例に関するフィードバックも併せて必須の機能として持つべきだという意見もあった。

<参加者の構成について>

(a) 一致した意見

CB の主な機能が様々な立場の医師が多角的に治療方針を検討して決定することが必須であり、そのため、外科医、内科医、放射線治療医は全員が必須とほぼ全ての対象者が回答した。放射線診断医、病理医、看護師、薬剤師においては、必須かどうかは別にして理想的には参加は望ましいという点については一致が見られた。

(b) 意見が分かれた箇所と論点

質問を「参加が必須か」としたために治療診療科の医師以外については意見が分かれた。全ての関連診療科の参加が必要という意見がある一方で、病理医、放射線診断医については必須とまでは言えない、看護師、薬剤師についても必須ではないという意見もあった。ソーシャルワーカーの参加も多数においては、理想ではあるものの他の業務との優先度と役割を比較して考えて否定的との意見が多数を占めた。

参加職種を限定的に考える意見からは、CB の機能は狭義の治療方針の決定であるため、診断は既についているという意見、患者の総合的なケアを考える場は別にあるとの理由が聞かれ、逆に全ての職種の参加を求める意見からは、治療を診断からケアまで広く捉えて多角的な検討を重視し、その機会を CB に持たせることが必要との理由が聞かれた。また、病理医の参加を必須でないとする意見の中に、病理医の主たる仕事は術後のフィードバックであり人員も不足しがちである

という考えから、最初の治療方針の決定の場では必須ではないとされる意見も聞かれた。

(c) 個別参考意見

参加職種をさらに広く捉える意見として、海外の事例を参考に、乳癌や卵巣癌など、症例に応じて遺伝カウンセラーの参加、他院で試行中の臨床試験についての知識のある臨床試験コーディネーターも参加、患者が自らの治療方針について希望を述べる機会の一つと考えられるので患者へ門戸を開くことを検討してはどうか、といった意見もきかれた。

<全科ボード vs 臓器別ボード>

(a) 一致した意見

CB の実際の形態には、臓器別ボード/全科ボードの 2 種類が考えられ、臓器別のボードで検討する機会があるのは必須であるが、原発不明がんなどは、全科的ボードで検討することが必要だろうという点は意見の一致をみた。この具体的な運用については、施設における症例数の多寡により効率が変わるため、施設毎に任されても良いという意見が多数を占めた。つまり、症例数がそれほど多くない場合には、全科で最初から検討する機会を設けるのが良いと考えられた。

(b) 意見が分かれた箇所と論点

特になし。

(c) 個別参考意見

CB の実施状況の現状については、ほとんどの回答者の施設では、臓器別のみ行われていた。

<検討対象症例について>

(a) 一致した意見

判断が難しい症例に重点をおいて議論をすべきであるという点については一致した。

(b) 意見が分かれた箇所と論点

全例検討しているかどうかは分かれた。全例検討している施設においては、特に問題の無い症例に関しては迅速に報告だけ行い、問題のある症例に時間を割く工夫をしていた。全例検討対象とする理由は、何かの基準で要検討症例かどうかを絞ることが出来たら要検討症例のみ検討すれば良いが、その基準がないので全例とりあえず報告しているという意見や、逆に時間がないので、主治医が判断した要検討症例のみを検討しているという意見も聞かれた。また、制度上、どの症例をボードの対象とすべきかについては主治医の裁量権にゆだねられるべきであるという回答もあった。

(c) 個別参考意見

電子カルテの活用方法については具体的事例が聞かれた。症例にがんの病名がつき、関連の治療（がんに対する手術など）が電子カルテに入力されると自動的に CB の対象症例として登録されるシステムをもっているところや、電子カルテ上で検討症例の概要が共有され、CB で実際に検討する前に参加者が「予習」できる体制をとっているところなどの工夫があった。

2. 医療チーム、チーム医療

【総括】

チーム医療全般については、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年に報告書をまとめており、今日に至るまで検討が続いている。また、がん対策推進基本計画においては、医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴う医師等への負担を軽減し、患者、家族へのきめ細かい支援を可能にするため、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるとされ、取り組むべき施策においては、「手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、各職種の専門性を活かし医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する」とされている（P8）。さらに個別目標に「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」が掲げられている（P10）。また、放射線療法の推進、化学療法の推進の項には、それぞれ放射線治療チームの設置、化学療法チームの設置などが、その推進策の重要な施策としてあげられている（P11）。また、診療報酬上も、緩和ケア診療加算、栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算、精神科リエゾンチーム加算など様々な「チーム」による診療に加算を通じての裏付けがなされている。

しかし、真にチーム医療を達成していくためには、構造的な「チーム」と名称のつく集団を組織するだけでは無く、目標を明確化し、具体的にどのような行動が求められるのか、その条件や目標、進捗管理に関して検討する必要がある。尚、今回の調査に関しては、厚生労働省や他の団体の発表しているチーム医療の定義などには触れること無く、現場の医療従事者として各回答者が考えるチーム医療の具体的な条件や評価方法について意見を伺った。

今回の回答者から聞かれた意見は全体として先の報告書に沿って多職種の自由な意見交換などの重要性は共通認識が確立しているように思われた。しかし、意見の分かれた点が大きく2点あり、それらが、①非公式なチーム医療についての考え方と、②評価における患者の役割についてであった点は興味深い。前者については、診療報酬や施策の具体的な記述がどうしてもある特定の治療側面における専門治療チームに関するものが多くなりがちであり、通常の患者への医療のなかで多職種が役割分担しつつも相互補完する共同作業が抽象概念の範囲にとどまってしまって発展がみられていない問題点を指摘したものと考えられる。役割分担のあり方についても、職種間の専門性に関する議論はあって良いが、それだけではなく個々の患者への最適な対応を柔軟に考えることを忘れてはならない。この問題意識に立てば、チーム医療の評価方法として、「〇〇チーム」の有無や処理件数などにかかわらず、医師以外の職種に対して「自分の意見を言えているか」を質問することは、抽象的で忘れられがちではあるが本質的な協同体制の有無にも注目した評価方法といえるかもしれない。また、意見の相違点の后者、患者による評価が最適かどうかについても、患者の選択や患者中心の医療を否定するかどうかの議論にすりかえるのではなく、公平で妥当性のある評価方法を考える上で、現場の体験から様々な可能性を考えて、幅広く調査してみて評価の妥当性を検証するのが重要である。それこそが科学的な姿勢といえ、この点は重要な指摘といえる。

チーム医療の評価方法については、回答者の多くが、カンファレンスの数や依頼件数などを挙げつつも、それが良い指標とも思えないが、と付言した。評価方法については妥当性の高い具体的な方法を考えつくるのは難しいものの、簡単に計数可能な指標のみでは事柄の本質を見失ってしまう。目的を見据えて多角的に考えていく上でも、医療スタッフへの調査や患者調査なども試行して評価方法は確立しなければならないと考えられる。

【意見のまとめ】

<チーム医療に求められる条件と効果>

(a) 一致した意見

各医療スタッフが専門性を生かして患者へ医療を提供することは、多角的に良いものを作るアイデアが生まれることから重要である。特に安全面ではチェックをする機構が多重に働くことが重要である。また、分業が適切に行われることで効率化も期待できると一貫して指摘された。

チーム医療に求められる条件で大切なのは職種間のコミュニケーションによる情報共有である。そのためには役割分担が可視化されていること、定期的あるいは随時ミーティングを開くことが求められるとされた。また、チームにおける目標の共有も重要な条件としてあげられた。これは個別の患者の治療目標ではなく、チームとしての一般目標ということで考えられていた。

チーム医療を概念的に考える上では、上記のようなことが挙げられるが、具体的に構造を考えたときには、診療報酬で考慮されている〇〇チームという名称で呼ばれるあるものが主となっている現状認識については一致した。

患者のケアへのかかわりについては、化学療法チームや放射線治療チームのように専門的な治療を担当する部署に常駐するチームは別として、緩和ケアチームのような病棟へ出張していくチームに関しては担当医／主治医による依頼があって初めてチームがかかわるといった形態が主流であるとされた。担当医からの依頼が無い状態でも自律的にニーズを発見して介入することは現状では難しいとの認識は一致した。

(b) 意見が分かれた箇所と論点

役割分担の指す範囲と公式・非公式のチーム医療については異なる傾向の意見が聞かれた。

・役割分担の指す範囲

上記のように、役割分担はキーワードの一つであるが、具体的な内容については、職種間の資格による異なる専門性を重視して意見交換することを重視する見方と、さらに患者毎のニーズによって主たる窓口が分かれることが挙げられた。すなわち、社会的・経済的な配慮などが必要な患者についてはソーシャルワーカーが主たる窓口になったり、経過上家族などをよく知っている看護師が居ればそれが窓口になったりする、状況に応じた自然発生的な役割分担も認識していくことまで踏み込むのが良いという意見もきかれた。

・公式チーム、非公式チーム

チーム医療が指す範囲については異なる考え方も明らかになった。多職種が協同する形態については、一部、伝統的にうまく職種間の協力が出来ている施設では行われてきたように、担当医や病棟師長など、キーパーソンが中心となり、個々の患者の必要に応じて、いろいろな職種を呼びこんでケアにあたるといった形をチーム医療に含めても良いかもしれないという考えがあるとの指摘がなされた。しかし、昨今「チーム医療」といった文脈で議論する際の「チーム」は通常は病院横断的なものを指し、診療報酬加算などにおいて想定される形で構成された〇〇チームが対象となることが多く、そのようないわば公式のチームと、非公式のチームを整理して考えることが必要と考えられた。

(c) 個別参考意見

個別に散見された意見として、チーム医療というのは以前からやってきているのに、なぜいまさら取り立てて言う必要があるのだろうか？ということが挙げられた。

チーム医療はその構成職種や活動の構造がチーム医療というのでは無くて実際に自由に意見を表明していることが重要であるとの指摘もあった。つまり、がん専門看護師をはじめ、各方面の専門職を育成するのは、そのような意見を述べることの出来る人材を育てるためでありチーム医療の前提に過ぎないという考えである。しかし、専門職を育てておきながら、その専門性に合った職場に配属がされていない、という現状は、その前提のさらに前の状況が論外であり、改善がのぞまれるとされた。

<チーム医療の評価方法>

(a) 一致した意見

評価方法については、回答者からは一致して難しいという感想が聞かれ、参考指標ながらカンファレンスの数、チームへの相談件数などが挙げられた。情報共有の量や医師以外の職種からの意見表明の数なども考えられるが、薬局からの疑義紹介の数などシステム化されているもの以外は、実際には測定は難しいであろうということであった。また、測定できるものであっても、多ければ良いというものでもなく、ただ、少なすぎるのは何か問題の存在を示しているのでは、という程度かもしれないという意見が多数であった。

(b) 意見の分かれた点

チーム医療を評価する上での患者の役割については、一定の意見の相違がみられた。

ひとつには、患者の満足などが向上することを検証するために患者に評価してもらうのが良いという意見と、逆に患者への効果は認識されないことも多いので患者評価にはなじまないという意見である。後者の理由として、現実、患者にとっては接している看護師がいたとしても、それが「看護師」であることはわかって、「〇〇チーム」の看護師なのか、病棟の看護師なのかの区別をつけることは難しくチームの構造などはわかりづらいことや、チーム医療によって効率が上がったり、医療安全が改善されたりしても、それは患者には認識されとは限らないことが理由として指摘された。

(c) 個別参考意見

伝統的に医師に医師以外のスタッフが意見をいうことは難しい雰囲気があることから、医師以外のスタッフに質問紙調査をして「どれだけ意見が言いやすいか」を問うてはどうかという意見があった。個別の医療機関の評価とすると医療機関を守るあるいは逆の動機付けが存在した場合にバイアスがあるが、日本全体としてチーム医療の推進が出来ているかを評価するには、例えばがん専門看護師が意見を言える雰囲気ができているか、などは指標となると考えられた。

また、チームの目標共有が得られているかを検討する場合には、患者向けにチームを紹介している文書などを検討するとわかるという意見もあった。

3. 歯科連携・がんリハビリテーション

A) 歯科連携

【総括】

がん対策基本計画においては「各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者のさらなる生活の質の向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、(中略)職種間連携を推進する」とされている(p8)。しかし、その具体的な内容については記述がないため、がん対策の方向性や進捗管理などはこれから策定しなければならない。今回はそのための基礎情報として現場の認識を聴取した。

その結果、歯科連携については、侵襲の大きな手術における肺炎リスクの低減、頭頸部におけるがんの放射線療法や化学療法における口腔合併症、ビスホスホネート製剤使用における顎骨壊死の予防には歯科連携が重要であるとの意見の一致がみられており、また、歯科診療報酬において、「周術期口腔機能管理計画策定料」、同「管理料」が平成24年度から算定可能になっており、診療報酬上の裏付けもできたことから歯科受診は進むものと考えられる。一方でそれ以外の症例のスクリーニングがどの範囲で行われるべきかについてはコンセンサスを作っていく必要があることが本調査からは明らかになった。今後は実態を把握しつつ、臨床研究、医療経済研究によって患者のために最善の連携のあり方を確立することで評価の体制も作っていく必要がある。

【意見のまとめ】

<歯科連携の対象>

(a) 一致した意見

- ① 化学療法を開始する前（好中球減少症発生時の感染予防）
- ② ビスホスホネート剤治療前（顎骨壊死の予防）
- ③ 侵襲の特に大きな手術（特に食道がん、膵がん）や頭頸部がんの手術前患者
- ④ 頭頸部の放射線治療前、およびその最中

については一致して歯科連携が必要であるとの意見が聞かれた。

(b) 意見の分かれた点

上記以外の症例については、全例受診とするべきなのか、歯科的問題を抱えている、あるいは歯科のチェックをしたことがない例について受診すれば良いかどうかは意見がわかれていた。特に問題ない場合の口腔ケアについては看護師がやっているという意見もあり、また逆に口腔ケアは全て歯科に任せてしまった方が良いという意見もあった。

(c) 個別参考意見

がんの化学療法などにおいて口腔ケアが重要な位置を占めるのであれば、一定のスクリーニングに関しては腫瘍内科医が可能であるようにトレーニングをすべきとの意見も聞かれた。対象症例を考える上でも、どのような症例に対して、合併症の発生が多いとか、歯科受診によるスクリーニングの医療経済的な、費用対効果についてもきちんと研究、検討するべきだという意見もあった。

<連携相手となる歯科医の条件>

(a) 一致した意見

連携する歯科医にも一定の抗がん剤副作用等に関する知識が求められるだろうという点では一

致した。その上で、がん診療連携拠点病院で治療をするならばその中にある歯科医は症例も多くまたコミュニケーションがとれることから安心であるという意見や、講習会を行い、それを受講した歯科医を主に連携先を選んでいるとの施設もあった。

(b) 意見の分かれた点

特にこの点に関して意見の相違は見られなかった。

(c) 個別参考意見

上記意外に、特に目立った個別参考意見はなかった。

< 歯科連携の評価方法 >

(a) 一致した意見

一致して妥当な評価をするのは難しいという意見であった。実態を知る上では歯科数が指標にはなるという意見がきかれた。もっとも、極端に少ないのはおかしいが、逆に多ければ必ず良いというものでも無いだろうということでもほぼ意見は一致していた。

(b) 意見の分かれた点

特にこの点に関して意見の分かれた点はなかった。

(c) 個別参考意見

手術前の歯科連携により、術後肺炎の発生が減るという知見があるから、実際に術後肺炎の発生率を指標にしてはどうかという意見もあった。関連して口腔内合併症の数なども評価可能かもしれない。

B) がんリハビリテーション

【総括】

がん対策基本計画の中では、治療の影響で生ずる嚥下、呼吸障害や、病状の進行に伴う日常生活動作への障害による生活の質の悪化がしばしばあり、機能改善や低下予防のためのリハビリテーションについて取り組むことや人材育成が施策・目標とされている (P19)。また、平成22年度の診療報酬の改定により、がんリハビリテーション料が設定され、診療報酬上でも制度化された。

このように推進体制は徐々に整ってきていると言えるが、そこで、明確にその施策における進捗を管理できるように、その対象や現場の医療従事者の認識について伺った。

結果、がん患者の日常生活、社会への復帰を目標として行う各種の対策がリハビリテーションであるという認識は回答者に共通していた。しかし、そのために解決しなければならない問題は多岐にわたる。最大公約数的には、がんリハビリテーション料の算定対象患者にリハビリを行うことで意見の相違は無いが、それ以外にも復帰へ向けた援助が必要な様々な点があることも指摘された。これらは全て診療報酬による制度化になじむのかどうかは議論の余地があるものの、社会、医療体制としては必要な人に必要な援助が行き渡るような制度設計が必要と思われた。

【意見のまとめ】

<がんリハビリテーションの対象>

(a) 一致した意見

リハビリテーションの対象となる患者は、がんの治療に伴い一定期間活動が低下することで、廃用症候群のリスクのある患者、また、周術期における呼吸リハビリで肺炎などを予防する必要がある患者、がん罹患自体、手術切除による臓器や運動器の切除による臓器機能障害に対する機能回復が必要な患者、化学療法の副作用として生ずるしびれなどに対する生活上の工夫が必要な患者というのが一致した意見であった。具体的に挙げられた者については、基本的ながんリハビリテーション料の算定対象となる患者が一致してあげられたといえる。

(b) 意見の分かれた点

特にこの点に関して意見の分かれた点はなかった。

(c) 個別参考意見

リハビリテーションの対象患者に関する総論では一致する意見が多かったものの、幅のある個別の意見が数多く見られた。以下にいくつかの例を挙げる。

- ・リハビリテーション一般が疾患自体は安定している患者を相手に行われてきたのに対して、がんリハビリについては、それに加えて今後悪化していく患者も含めて対象としていかなければならない。その重要性に関する認識を臨床医が持つべきである。
- ・化学療法による脱毛など容姿の変化に対応することも、社会復帰のためには非常に重要な視点であり、リハビリとして考えるべきである。
- ・独居高齢者が増えている現状に対して、独居にも対応できる生活上の工夫を訓練する必要がある。
- ・精神的に社会復帰が可能なように心理的なリハビリテーションが必要な患者もいる。

<リハビリテーション不足により生じている問題点とめざす姿>

(a) 一致した意見

リハビリテーションにより、患者の身体的回復や社会復帰が促進されるべきところを不足により、社会復帰が遅れている点が一貫して指摘された。身体的、社会的回復を目指してリソースを割り当てていくべきであるという点で各回答者の意見は一致していた。

(c) 意見の分かれた点

特にこの点に関して意見の分かれた点はなかった。

(c) 個別参考意見

リハビリテーションの過程で、その見方から捉えられた問題点が、がん治療医にフィードバックされ、治療が調整できることを目指すべきであるといった意見や、リハビリテーションが広まっていないことで、リハビリテーションそのものの標準化がいまだ進んでいないのではないかという意見がきかれた。

4. 腫瘍センター（がん診療部）

【総括】

がん対策推進基本計画では、医療全般に関する取り組むべき施策のなかで、「腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める」と記載されている。この腫瘍センター、がん診療部の設置については特に現状でがん診療連携拠点病院における要件、義務とはなっていないが、今後の方向性を検討が必要と考えられた。

回答者の多くは、腫瘍センターとは、腫瘍診療科横断的な施設機能を統合して運営していくための主体であるとの認識であり、その活動を通して診療科間のつながりを促進することが期待されていた。しかし、施設機能だけではなく患者診療を統合する機能がないと意義は必ずしも大きくはない、という考えもあり、一般病院での設置が必須か否かについて、意見が分かれることになった。

構造的な腫瘍センターよりも、実態としての診療科間の横のつながりのほうが本来重要であるとすれば、形にこだわることなく実態を確保していくことが重要と考えられるが、その評価方法についてはなかなか良い方法がないとの意見で一致した。この点は今後の課題といえる。

【意見のまとめ】

<効果、および必須と考えるかどうか>

(a) 一致した意見

効果としては、カンサーボードと同じく診療科間（特に内科と外科）の横のつながりが促進されるだろうということであった。また、多数の意見からは、がん診療に共通する運営管理機能、例えばレジメン管理、カンサーボードの運営、教育、連携、また各科共通の外来化学療法室の運営などが円滑に行われるためには、腫瘍センターなどの組織が必要であるということであった。また、組織が出来ることで、診療科間の意思疎通の機会も増えることが期待されるという意見が見られた。

(b) 意見の分かれた点

以上のような効果については合意があったものの、がん以外の疾患の診療も行っているがん診療連携拠点病院において、腫瘍センターという組織が必要かどうかについては意見が分かれた。拠点病院を標榜する以上、がんの責任者が外形的に明確になっていなければならない、つまり腫瘍センターが必須とする意見と、組織があれば良いが、事務運営管理は腫瘍センターほど大がかりでなくても良く、また、カンサーボードなどの診療科間のつながりがあれば、構造としてセンターが必須とまでは言えないだろうという意見でわかれていた。

(c) 個別参考意見

運営管理機能が円滑化することについては合意がみられたものの、その機能はあまり意義が深いものではないという意見もあった。その理由は、腫瘍センターというには診療の改善を目指すべきで、がんの診療を担当する医師が診療科に属したままではなく、診療科から完全に独立させ、がんの診療のみを専門に担当しないと診療は変わりづらいからである。当然、症例数がそれほどない施設においては、そのような独立した部署の設立は難しい。よって意義のある腫瘍センターは難しく、そのような腫瘍センターの設置は必須ではないとの意見がきかれた。

<診療科同士の横のつながりが良好かどうかの評価方法>

(a) 一致した意見

この点について、意味のある評価はとて難しくて工夫が必要であろうという意見で一致した。さらに、あげられる評価指標としては、「対診依頼の件数」や「カンファレンスの数」などを挙げる回答者も多かったが、同時にはほぼ全ての回答者で、これらは非常に重要な指標とは言いがたい、他に評価点がない、また極端に数が少ない場合などが、これらのデータをとることで判明するだろう、という程度の位置づけであることも一致していた。

(b) 意見の分かれた点

特にこの点に関して意見の分かれた点はなかった。

(c) 個別参考意見

特にこの点に関して個別意見は見られなかった。

5. 切れ目のない在宅療養への移行

【総括】

がん対策推進基本計画は、「地域の医療・介護サービス提供体制の構築」の章を持っており、「取り組むべき施策」の一つとして拠点病院と地域の医療機関との連携を検討すること、また、拠点病院が患者とその家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目無く在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するように努めるとしている（P15）。そこで、まず、「切れ目の無い移行」について、逆に「切れ目のある」例を質問した上で、その切れ目のなさを評価するための方法について質問した。

そこで聞かれたのは、在宅、地域への紹介と移行の成否において、高度医療機関の果たす役割は大きいということであった。回答者がすべて高度医療機関に勤務する医療従事者であったためかもしれないが、切れ目を作っている原因の多くは高度医療機関にあり、自らそれを戒めるべきであるとの意見が散見された。

切れ目の無い在宅や地域への移行の確保のためには、客観的に評価し継続的に改善していくべきであるが、継続的な評価が現在なされているとは言いがたい。今回様々なアイデアが聞かれたことから、地域や在宅の移行という患者の流れについて、診療報酬データやその他の調査により現状を把握することからはじめ、客観的で妥当な評価方法を試行・確立することが重要であろう。

【意見のまとめ】

<切れ目があるとはどういうことか>

(a) 一致した意見

典型的な例としては、患者が積極的な抗がん治療から症状コントロールを中心とした治療に移行せざるを得ない状態になったときに、転院などを迫られることが言われている。その際に患者は転院を勧められてもどこに行けば良いのかわからないこともあれば、紹介を受けて紹介先に行っても、その段階で通院や入院を断られてしまっ行き先がなくなるということが挙げられた。

逆に常態的に切れ目がある地域においては、高度医療機関に入院、通院の必要性がなくなっていて、患者本人もアクセスの良い地域での受診を希望しているにもかかわらず、高度医療機関で

の受療を継続している例もあるだろうということが一貫して聞かれた。類似した例としては形の上では地域へ紹介するものの、患者が連携に不安を感じてすぐに戻ってきて入院したり、高度医療機関へ頻繁に連絡をとるようになってしまったりする例も同様の原因による切れ目のある状態といえたとされた。

他にも情報の切れ目はありがちな問題であり、高度医療機関から地域医療機関へ検査や画像を提供するのは非常に手間がかかることや、患者の希望をきちんと伝達できずに、地域でうけられる医療やケアと希望との間に乖離が生ずることなどが切れ目のある移行の例と考えられた。

(b)意見の分かれた点

この点に関して特に意見が分かれた点はなかった。

(c)個別参考意見

切れ目を生ずる原因についていくつかの参考意見がきかれた。まず、特に症状コントロール中心の医療や、地域の医療機関への移行を円滑に進めるためには、それが絶対に必要な状態になってから説明をするのではなく、まずは治療を始める段階で1度、抗がん治療が効かなくなる前の段階でもう1回説明をしておくこと、また、何か抗がん治療以外にコントロールの必要な症状が出現した際に、そのような連携先や緩和ケアとの併診を開始するのがコツであるということ、また、高度医療機関は安易に「いつでも診てあげます」ということを患者に言うべきでは無く、むしろ医療機関同士の役割分担についてきちんと説明することが重要であるということ、などが挙げられた。また、患者や家族のニーズや希望をきちんと把握することは重要であり、それが出来ていないために余計な負担を患者や家族が抱え込んでいる可能性にも常に注意すべきであるという意見もあった。

<在宅療養への移行の評価方法>

(a)一致した意見

評価をうまくするのは難しいが、紹介率や併診率、積極的治療の終了から死亡までの期間やその間での在宅ケア利用率、死亡場所の割合、退院カンファの数などで現状を把握するのは必要なステップであるという意見は一貫してあげられた。また、患者の最終的な満足度を調べても移行の円滑さは評価できるかもしれないと考えられた。

(b)意見の分かれた点

個別の意見は数多く聞かれたが、同じ論点に関して意見の分かれた点は特になかった。

(c)個別参考意見

上記以外に様々な意見が聞かれた。以下に例を挙げる。

- ・地域の在宅を含む医療機関とうまく連携できている状態にあるかどうかは、地域の受け入れ先となっている施設の質問紙調査を行い、高度医療機関に対する評価や連携姿勢に関する満足度を評価すれば良い。
- ・地域で働くスタッフ個々人の連携に関する満足度調査も、切れ目の無い移行がうまく行えているかの指標になる。
- ・紹介先医療機関から、さらに他の医療機関への転出の割合は良い指標かもしれない。1回受診してすぐに他の医療機関へ行く様であれば最初の紹介が良くなかったと考えられる。もちろん

個々の事情はあるだろうが、割合が高いのは良くないだろう。

6. 地域連携

【総括】

地域連携については、がん対策推進基本計画において現状として、「地域の医療連携のツールとして平成20（2008）年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。しかし、多くの地域では、地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていない」と、指摘されている（P14）。そこで、今回現場の経験から地域連携のあるべき姿と何が問題なのか、その評価をどのようにすれば良いのかを訊ねた。

結果、がん治療連携計画策定料やがん治療連携指導料などの診療報酬の要件が現状に合っていない、パスといった形式を追求するのではなく内容や効果を追求すべきである、といった様々な課題が指摘された。そこから見えてきたのは、地域連携クリティカルパスという言葉や形式にとらわれることなく、あるべき連携の実態をもう一度議論し直して、再構築することの必要性である。その際に注目すべき点は、①医療従事者のネットワークの構築と可視化、②連携のニーズへの適合性の視点から地域連携クリティカルパスの見直し、の2点である。現状の制度の変更が難しい場合には、少なくともあるべき連携の達成すべき目標を明確化し、効果に関する達成度を評価して実態を把握する必要はあるだろう。

【意見のまとめ】

<地域連携の目標>

(a) 一致した意見

一貫して地域連携の目標は2つ挙げられた。一つは、医療の場を個別の医療施設内の限定された場から、地域全体に移すことで、良好なアクセスを確保すると共に患者が自分の生活を中心にライフスタイルに沿った形で医療を受けられるようにする。すなわち、医療が生活を支配するような不自然な状態を解消するということである。

もう一つは、いわば医療提供体制側の都合であるが、効率の改善により限られた医療資源を有効に活用するということである。繰り返し言われていたことは、本来連携は前者の目標を中心に構築していくべきであるのに対して現実には後者ばかりが議論される傾向にあるのではないかということであった。

(b) 意見の分かれた点

同一の論点に関して特に意見が分かれたものは無かった。

(c) 個別参考意見

地域全体として連携をすることで、標準医療の変化など医療の進歩に地域全体として追いついていくことが可能になる効果がある。また様々な配置を地域で考えることで地域の中での不公平がなくなり全体としての質の高い医療が可能になるという意見があった。

逆に地域連携そのものに疑問を投げかける意見もあり、患者は基幹病院における主たる治療の後他の病院へ行くことを望んでいないことも多々あるのではないかと、それを無理に連携と推し進めるべきではないが、医療資源が限られているための方便としては仕方が無いかもしれない、という意見も見られた。

<機能しない地域連携パスの問題点>

(a) 一致した意見

一部に「地域連携クリティカルパスがうまくいっているか」の問いに対して明言を避ける回答者もいたが、「うまくいっている」という意見は皆無であった。一貫して大きく2点の意見が聞かれた。

1. 連携がうまくいくかどうかは連携パスの問題ではなく、連携先に顔の見えるネットワークがあり、技術的にも関係的にも信頼できる相手がいるかどうかである、ということ。そのためのネットワークは現時点では非公式に個人的に調べていくしか方法はなく、特に相手のがんについて十分な知識、経験があるのか、といった点については認定資格も無い状況であり不透明であるということ。

2. 現状の地域連携クリティカルパスは比較的早期の患者に関する簡単なことが中心であり、パスが無くてもあまり困らない事柄を対象にしている。本当に必要なのは、何を注意してフォローしていくべきなのか、どのようになったら連携先から高度医療機関に戻すべきであるか、といった判断を補助するための文書であり、検査計画を書くだけのものが主流である現状はあまり意義深いものとはいえない、ということ。

(b) 意見の分かれた点

特にこの点に関して、同じ論点で意見の分かれたことは無かった。

(c) 個別参考意見

様々な事柄に対する個別意見が聞かれた。

- ・情報共有のインフラが乏しく、診療情報を共有する仕組みが無い。電子的に画像などを共有することは技術的には可能になったが、メディアに記録するのも煩雑である。また、個人情報保護の意識の過剰な高まりにより、フォローアップのための問い合わせなど、文書による照会しか認めないというような対応をされることもある。

- ・診療報酬がついているが、逆に地域連携クリティカルパスに患者を当てはめることが自己目的化している。患者のためになっていない。

- ・連携に関する診療報酬がついているが、その要件が非常に早期からの紹介を要求するものであり無理がある。最近緩和されたが、それでもあまり自分の周りでは普及しない。

<地域連携の評価方法>

(a) 一致した意見

紹介率、逆紹介率、併診率や、一人の患者の流れを追うなど、で実態を把握することは重要であるということは一貫して聞かれた。他にも実態を表す指標として連携医療機関数・介護事業所数、連携パス使用患者数、研修会の開催回数・参加人数、平均在院日数、総治療期間、在宅復帰率などが挙げられた。しかし、これらの指標は現状把握以上のものではなく、評価につながるものではないとの点でも意見は一致していた。

(b) 意見の分かれた点

同一の論点に関して特に意見が分かれたものは無かった。

(c) 個別参考意見

概念的ではあるが、紹介先の満足度、Win-Win な関係が保てているか、患者情報の共有の簡便さ、コメディカルの支援実態を調べるのが良いという意見、少し特殊な例としては、紹介のリピート率、返書の速度、などが挙げられ、患者満足度なども評価の指標になるという意見もあった。

そもそも、施設が連携に熱心であるかは、地域医療連携部門の有無や、そのスタッフ構成や実績、医師の登録制度があるところでは、その数などを見ても良いという意見も聞かれた。

7. 拠点病院のグループ指定

【総括】

拠点病院のグループ指定はそもそも拠点病院の指定のない2次医療圏に、診療の質を確保するための施策が届く施設を作るために、複数の病院がグループを組んで拠点病院の機能を実現するために考えられた方策である。本調査を施行した時点においては具体的にその内容は確定していないが、構成員に対して「グループのあるべき姿」について聴取した。

ただし、聴取時点ではグループ指定の具体的な方向性も流動的であり、回答者もまだイメージがつかなかったことから、総論的な意見が多く今の時点での問題点の指摘などは他の話題ほど鋭く指摘されなかった。しかし、協力関係を担保する仕組みをその指定要件の中に組み込んでおかないと、この制度が形骸化してしまう可能性もある。先述の通り地域連携クリティカルパスなどの道具を用意するだけでは不十分である可能性は高いため、グループ内での人事交流やカンサーボードの共有など実効性のある要件を準備する必要があるとされた。

また、新しい試みであることから、最初から全てがうまくいくとは限らないため、実態を継続的に把握する仕組みを制度そのものと共に導入することで、課題の早期同定と迅速な対応が成功の秘訣であると考えられる。

【意見のまとめ】

<グループ指定により達成されるべきこと>

(a) 一致した意見

得手を活かし不得手を補う協力関係を築くことが重要であり、そのために情報共有を円滑にすることを達成すべきとの指摘が繰り返された。そのような協力関係と、レジメンなど基礎的な部分の標準化を行うことで患者は地域でどこへ行っても質の高い医療を受けることができ安心感につながるだろうということが言われた。

しかし、目標に比して現状は、医療機関が競争して協力し合わない、特に都会においては顕著であるとの指摘も一貫していた。もし、そのような同レベルの医療機関がグループ指定内に複数存在すると、現状と同様協力し合うのは難しいとの懸念も聞かれた。

(b) 意見の分かれた点

特にこの点に関して、同じ論点で意見の分かれたことは無かった。

(c) 個別参考意見

グループ指定が、「地域の腫瘍センター」のような一体感のある組織になればグループ内の連携も情報共有も進むだろう。そのためには、人事的な交流や、カンサーボードを共有して一緒に症例検討を行う、など、グループ化を実質的に患者の診療に活かすための様々な具体的方策が聞かれた。

Ⅲ 全体のまとめ

以上、がん対策推進基本計画の医療と医療提供体制に関する部分について、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への聞き取り調査から、明確化が必要な用語に関する現場の医療従事者が考える定義や実態などを要約した。本調査で明らかになった点を検討することで、今後、がん診療連携拠点病院や、国あるいは都道府県が指定する他のがん診療施設の指定要件や現況報告を精緻化するきっかけが提供されたと考えられる。

もちろん、本調査に関して注意しなければならないのは、これが課題に対する結論を提供することを目的としたものではなく、一定の論点整理を行うことで今後のがん対策を検討していく上でのスタートとなるべき基礎資料を提供することを目的としているものである。そのため、各回答者への質問時には、回答が客観的であることを重視するのではなく、むしろ、それぞれの立場から個人的な意見で問題提起を依頼した。また、ワーキンググループ構成員は様々の現場でがん医療に従事しているが、個々の用語や話題について専門家というわけではない。今回は現場の医療従事者の意見を明らかにすることを目的として調査をしたため、専門家の意見を求めることは取ってしななかった。今後、最終的に定義を決める際などは、現場の意見と専門家の意見をうまく融合させて構築していくことが必要であると考えられる。

がん対策推進基本計画では、目標の達成状況や進捗管理を行うために3年を目処に中間評価を行うとしている（P35）。この基本計画が策定されたのが平成24年であるため、平成27年には評価が行われることになる。そのためには、まず適切な評価指標を策定することが急務である。本調査のもう一つの役割は、関連施策を評価する指標のアイデアを聴取することで、それぞれの項でまとめられた通り、今後の評価体制を構築する指標の原案が一部得られた。

一方でこの点については「評価は難しい」「実態把握から始めるしかない」という意見が数多く聞かれ、現場の医療従事者が納得できる評価指標が簡単には導出できないことも明らかになった。今後は、個別意見をもとにしてDelphi法などの手法を用いて幅広くアイデアを募り、その中から適切なものを利用していくことが必要かもしれない。

それをもとに情報を収集する体制を構築して継続的に指標を算出して進捗管理しなければならない。そのタイムラグを可能な限り縮めて素早く評価と改善が有機的に行われるようにすることが、今後のがん対策の成功の鍵になると思われ、そのためには用語を適切に明確化することに始まり、施策の目標を定めてそれにむけた到達度を評価することは必要不可欠である。

Ⅳ 謝辞

多忙な中、本調査にご協力頂きました皆様に深く感謝申し上げます。

(添付資料) 各対象者への回答聞き取りのまとめ

回答者 1

1. キャンサーボード

キャンサーボードは各臓器のがんに関して、外科、内科、放射線治療科の医師が中心となって、患者の治療方針について話し合う場として機能している。血液腫瘍科は外科の必要性が薄い場合が多いので、内科と放射線科と病理の医師でおこなわれている。一方で通常のカンファレンスも診療科内、病棟毎、などでおこなわれており、そこには看護師、薬剤師は参加していることも多い。

キャンサーボードとカンファレンスの違いは参加者の範囲と誰が主導するかの違いに現れている。キャンサーボードは医師主導だが、多くの科の医師が確実に集まる。また一方で他の職種も含めて開かれた場である。カンファレンスは様々な主体で医師主導とは限らないが、参加者の範囲は狭い傾向がある。

質問に挙げられた項目をみると、術前のカンファレンスや手術適応の無い症例に対する内科・放治カンファ、原発不明がんへのカンファ、症状マネジメントに関するカンファなどはキャンサーボードの範囲に入れても良いかと思う。ただ、手術症例の無い症例というのは本当に手術適応がないのか外科医が居て検討に加わっても良いかもしれない。

以上まとめると、外科・内科・放射線治療の医師の参加は必須、看護師、薬剤師は参加した方が良いが、「必須」という意味で要件にするほどでは無いと思う。病理医も同様、足りないのに参加しなければいけないというようになっては多くの病院で困るのではないか。ソーシャルワーカーについては居る方が良いだろうが、その参加のために他の仕事が後回しになったりすることと比較すると優先度は低いと思う。

対象症例は全例の必要は無いと思うが、標準的な治療で良い症例は概要を挙げるだけ、というのでも良いかもしれない。病院単位の全科的なキャンサーボードというのはあまり知らない。自分の知らないところでやっているかもしれないが、現状、盛んではないと思う。

病棟管理的な検討については症例検討の後に行っても良いと思うが、それがキャンサーボードであるとは思えない。

2. 医療チーム、チーム医療

今の医療は既に医師だけ、看護師だけなど各職種だけでは、やっていけない状況になってきている。多職種による構成、目標の共有、情報の共有、職種間の相互理解に基づく尊重を特徴としたチーム医療を構築していかないとうまく医療が回っていかない。そのような協力に価値を見だし、そのための体制が取れることが現在の病院に求められている。

目標の共有とは患者毎の目標といった細かいことではなくて、医療の治療の場における全体的な目標の共有で良い。たとえば、化学療法であれば、チームが患者の安全、安楽を保った上での治療の完遂が目標と考えられる。そこでチームが機能することで、外来化学療法室などで看護師がデータを見て気がつけば化学療法が施行される前に有害事象を防ぐことができる。そのような協同が行われることで、多くの職種が皆働きやすくなると思う。

これを、どのように評価するのは非常に難しいと思う。外から見てわかる形では、カンファの

機会があるかどうかであろうが、チーム医療を促進するように努力しているかは、組織としてそのような機会を作っているか、また状況を把握しているかに現れるのではないかと思う。また、実態を把握するためには、関連した診療報酬算定状況が役に立つ。

3. 歯科連携、リハビリテーション

(1) 歯科連携

歯科連携が必要な患者は、食道がん、頭頸部がんなどで手術をうける方、化学療法前、頭頸部に対する放射線療法を受ける方で、治療開始前に口腔チェック、ブラッシング指導などを行うことが重要だと思われる。また、治療開始後に、口腔トラブルの発生した患者に対しては連携が出来ると良い。通常の看護師のケアよりも、少なくとも衛生士が歯垢除去をしたり専門的な処置をするほうが良い。

歯科連携がうまくいっているかは、そのような体制があるか、ルールがあるか、ということを見るのが良いし、治療前の歯科介入率、紹介率、さらには診療報酬算定状況を見ると実態がわかると思う。

(2) リハビリテーション

がんのリハビリテーションの対象患者は、がんおよびがん治療により、機能障害、形態的变化が生じると思われる、または生じた患者であると思う。特に治療によって障害が生じた患者についてはリハビリテーションで回復させるのが望ましい。高齢者が化学療法で入院して廃用症候群となったりすることは、予防しないとイケない。また、生活上の問題への対処力を培ったり、機能障害に適応して生活に戻っていくようにサポートするのもリハビリの一種であり、例えば化学療法による脱毛に対してメイクをしたりするようなことが挙げられる。最終的にはそれらが患者のQOLの向上につながることを目標である。

4. 腫瘍センター、がん診療部

各診療科の横のつながりは重要であるが、カンサーボードなどの機能を充実させることでそれは達成可能であり、腫瘍センターなどの組織は絶対必要であるとは思わない。目に見える形で組織がある方が、動きが取りやすいということもあるのかもしれないが、必須とは思えない。

実際に横のつながりが不十分で問題になる例なども、例えばある患者さんが複数の科に平行して受診しているときに、各科の医師の焦点や説明内容が微妙に異なることなどが問題になる。これはきちんとカルテに情報が書いてあっても医師が患者と話をしなかったりすることで問題となり得る。このような問題は、医師がお互いに話を十分にすることで解決するかもしれないが、腫瘍センターという組織があることとはあまり関係ないと思う。なので、横のつながりをどうやって調べるかはとても難しい。実際に職員に「本当に横のつながりがあると思っているか」を聞くのが良いかもしれない。合同カンファレンスの開催の有無や頻度などで実態は把握できると思う。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

切れ目のある在宅への移行で最大の問題は、在宅療養における生活上の困難を患者と同居家族のみで抱え込んでいる状況と思う。外来で薬の処方だけしているが、患者は家で寝たきりとなって苦しんでいるという状況などは、一見処方が続いて入れば医療が切れていないように見えるが、実は生活の状況が把握できていないということで切れてしまっている。そのような状況が現状ではある。

円滑な移行については、診療報酬の算定状況や、地域医療連携部門（退院調整・在宅療養支援部門）の介入実績をみると良いと思われる。

6. 地域連携

地域連携は一施設でのがん医療の限界をカバーする病院都合が大きいものと、患者、家族が遠方から来ており効果的に生活の場で医療を受けることを支援するための2種類があるように思うが、今議論されているもののほとんどが、前者であると思われる。患者は連携して他の病院へ行くことを望んでいないことも多々あるのではないかと。しかし、資源が限られている以上は仕方が無い。

地域連携パスについては、うまくいっておらずあまり使われていないと思う。診療報酬はついているものの、算定の要件が早い段階での連携を前提としており現実に合っていない、医療者側、患者・家族側のニーズの両方を満たす物になっていないため大きい。これはレセプトの診療報酬を見てみるとわかるのではないかと。

とは言っても基幹病院の外来がパンク状態にあるために連携は必要である。そのために信頼できる連携先を見つけるために非常に苦労しているのが現状である。当院の医師はそのためかなり努力をしていると思う。また連携の状態は、地域医療連携部門の有無や、そのスタッフ構成や実績、登録制度を取っているところであれば、登録医の数などを見ればその施設がどれだけ真剣に地域連携に取り組んでいるかはわかると思う。

7. 拠点病院のグループ指定

グループ指定については、患者紹介、人事交流、合同カンファレンスなどで、連携が充実されることが望まれるが、2次医療圏に大きな病院のないところではうまくいくことが期待されるし、うまくいけば、治療・ケアへのアクセスが良くなるでしょう。同様のことは東京では実現されないし必要でも無いと思われる。

回答者 2

1. キャンサーボード

キャンサーボードは、臓器別のキャンサーボードと、全科的なキャンサーボードがある。全例が対象ではなくても良いが、手術以外の治療法に関する検討も必要な症例では内科医や放射線治療医も参加したキャンサーボードが必要である。全科的なキャンサーボードは、誰が議長をするのかなどが難しい問題があるが、腫瘍センターなどの組織があれば対応できる。後腹膜腫瘍で発症した精巣腫瘍などが内科を受診して、ということもあるので、そのような全科的なキャンサーボードは必要である。

ただし、腫瘍が少ない科の参加をどのようにして確保するかは問題である。

術前カンファ、内科系カンファは、やはりキャンサーボードそのものとは言えないと思うし、それは取り立てて指定しなくても、自然発生的にすることが多い。しかし、複数の診療科が治療方針を検討する場合は生まれづらいため、それが重要なポイントと思う。原発不明がんに対して外科医・内科医・放射線診断医・治療医・病理医などが参加して臓器横断的に行われるのはキャンサーボードと言って良い。また、症状マネジメントに関するカンファはキャンサーボードではなく、緩和ケアカンファレンスだと思われるが、いずれにせよ、緩和ケアで話し合われたこともキャンサーボードと密接に連携して患者ケアを行っていくのが重要である。現実的には同じメンバーが両方に入っていることも多いので連携する場合もある。

キャンサーボードについてはいろいろな工夫が考えられる。例えば、各科持ち回りで院内教育講演会を企画して、院内症例で他の科も知っておいた方がよいものを話してもらうことにしている。2～3ヶ月に1度なので、そこでの検討は治療前のものではなく、診療が終了した症例もあれば、継続中の症例もあるが、治療継続中のものは、これからの治療方針に関する意見ができることもある。

対象症例は理論的には全例である必要は無いが、現時点ではどのような症例をキャンサーボードで検討するのが良いのかわからない面もあるので、消化器など数が多い科では全例を対象に検討している。その際に、電子カルテを活用して各参加者が自分の時間のあるときに予習をして迅速に検討を進めるようにしている。また、逆にキャンサーボードに挙げられた症例について、担当科は臨時手術などで出席できなかったが、検討がなされた結果を電子カルテ上で担当に知らせるなどのこともおこなわれている。

参加者については、もちろん医師以外の看護師や薬剤師などの参加があるのは望ましいが、治療選択肢の検討と提示が主目的であるからであり、現時点で必須とまでは言えないと思う。内科医は腫瘍だけを診ている内科医は少ないものの、腫瘍を一部でも診る科はキャンサーボードに必須だと思う。病理医が必須かといわれると、もちろん参加してもらった方が良いが、そこまで余裕があるかどうかは難しい。理想と現実の間で悩むところである。

週1回程度の定時開催が望ましい。実際の運営上は、全ての科がそろえることは難しいかもしれないが、定例で開催する主体があれば、上記のように必要に応じて症例を電子カルテ上でレビューするなどの工夫をすれば可能だろう。検討すべき臨床的問題点が抽出できれば、臨時開催も検討されるのが良い。

2. 医療チーム、チーム医療

チーム医療が必要の条件とは、①医師、看護師、薬剤師、MSW その他のスタッフがそれぞれの専門的知識に基づく医療介入に参画すること、②チーム内でどの職種が何を提供するか計画が決

められており、可視化されていること③チーム内のミーティング（定期・随時）が行われていること、が考えられる。患者が医師に言うことと看護師や他の職種に対して言うことが異なることが当然ある。それは医師に対して言いにくいことがあるし、また場が異なると話題になることもあるわけで、それを特に医師が尊重して、情報共有によって対応していくことが重要である。

それによって、治療・ケア内容の質の向上、分担による業務の効率化、患者自身の病態理解、医療介入内容理解の向上、が得られるし、経済的社会的側面でのサポートにより、治療意欲が保たれることが期待できる。また、患者のライフ・スタイルや希望がくみ取れることで、それに添った治療選択オプションを提示することが出来る。

例えば、がん薬物療法に限定しても

- ① 副作用の早期スクリーニングと早期対策→治療継続率、成績の向上
- ② 適切な薬剤の休薬や減量実施
- ③ 過小治療、過大治療の回避
- ④ 緩和ケアチーム（院内）や在宅ケアチーム（院外）との連携の向上
- ⑤ 結果として、患者のトータル QOL の向上

などの効果も具体的に期待できると考えられる。

チーム医療がうまくいっているかの評価については、定量評価は難しいが、医師以外のスタッフから医師への情報発信の量、スタッフ同士の情報提供の量などを測定できれば良い。それには電子カルテ上でのコミュニケーションなどを検討することが考えられる。薬剤師による疑義照会の回数なども参考になるかもしれない。これらの情報共有の結果として、それらによる医師の診療行動の変化、患者自身の病態や治療内容の理解度チェックなども考えられる。

個別の放射線治療チーム、化学療法チームなどの特定の治療チームに関して、専門職種の構成員は変わる。化学療法チームに関しては、看護師、薬剤師は必須、MSW、臨床心理士が加わることが望ましいし、医師についても、主治医以外の医師が入ってチェックが可能なこと望ましい。また、チーム間での情報共有、たとえば、化学療法チームは放射線治療チームや、緩和ケアチームと情報をいつでも共有できる、つまり、症例の病態と必要に応じた横断的オンコロジーチームが柔軟に組めるようにするべきである。

制度上チーム医療で問題なのは、薬剤師による薬剤指導加算が、外来患者に関して定期的に算定できないことが挙げられる。入院では薬剤師による薬剤指導に加算が取れるのに、外来化学療法室で同じことをしてもとれない。これは現在増加している外来化学療法で薬剤指導が行われないリスクがある。また、今後は、経口薬に関して効果もあるが副作用も多い分子標的薬が増えていくのに、十分に服薬指導ができる体制が診療報酬上ない。これは大変危険だと思う。

3. 歯科連携、リハビリテーション

歯科を受診すべき患者は、以下の4種類が考えられる。

- ① 全身麻酔手術を受ける全ての患者（麻酔上の問題）
- ② 頸部周囲に放射線療法を受ける予定の患者
- ③ 一定以上の粘膜障害を生じる化学療法施行予定患者
- ④ 骨転移治療にビスフォスフォネート製剤を使用する予定の患者

当院では全部院内の歯科が診ている。特別な知識が必要というわけではなく、一般の歯科が診察する範囲で、歯科のスクリーニングや、口腔ケアの教育が必要ということなので、歯科が無い病院では外に紹介すれば問題ない。化学療法施行に関連するものならば腫瘍内科医が診ればどうか、

という指摘については、現状ではそのようなトレーニングを受けていないので、専門家が診た方が確かであると思う。当院の歯科も自分の知っている歯科医も皆積極的で受けてくれると思う。

評価、というとながしいが、上記のがん治療を受けたがん患者の歯科併診率、全がん患者の歯科併診率などを検討するのが良いだろう。

がんのリハビリテーションの対象は、①大侵襲を伴う手術の周術期、②化学療法副作用入院の患者、③PS 不良だが、化学療法感受性が高いと考えられる患者の治療前、治療期、④骨転移を伴うがん患者、⑤在宅ケアを目標としている終末期（狭い意味の緩和期）患者が考えられる。がんのリハビリに特別なものと、他疾患と同じように廃用症候群の予防・治療のために必要なものがある。

多くのがん治療医が「進行がん」だから、QOL の低下は仕方がないとあきらめ、本来は達成・維持できる QOL に達していないがん患者が多い。積極的治療期はもとより、緩和期・終末期で ADL が低下している過程であっても QOL の向上は目指せる、という認識を普及すべきである。

治癒を目指すがんでは、がん治療に伴う ADL、QOL の低下を防止することで、患者の利益になるのみならず、医療コストの低減にもつながる。また、治癒不能のがんでも、リハビリを取り入れることで、患者の気持ちが前向きになり、在宅でやってみようとするようになることもある。リハビリは、「がんと付き合う」ライフ・スタイルを支えることにつながると思う。

4. 腫瘍センター、がん診療部

特にがん以外の診療も行っている、一般病院においては、がん診療体制の組織的整備を進めるために、横断的な腫瘍センター、がん診療部という組織が必要である。がん診療は（臓器別ではなく）機能別には下記の様に整理される。

- ① がん診断（画像・病理）
- ② 局所療法・低侵襲（内視鏡治療・他）（臓器特異的）
- ③ 局所療法・外科的手術（臓器特異的）
- ④ 局所療法・放射線治療（臓器横断的）
- ⑤ 全身療法・薬物療法（臓器横断的）
- ⑥ 緩和医療（臓器特異的）

従来の本邦のがん治療は臓器別、局所療法重視で発展してきたため、①②③の整備は（病理を除き）多くの施設で普及している。④⑤⑥は我が国で特に立ち後れている臓器横断的診療機能であり、がん対策推進計画が求めているところである。進行期のがんのフェーズでは特に重要である。腫瘍センターは拠点病院において、特にこれらの領域の整備とがんセンターボードなど横断的カンファレンスの主体になることが期待される

具体的には、腫瘍センターには下記の部門やチームの統括部署としての役割が想定される。

- 1) がんセンターボード（多診療科合同カンファレンス）
- 2) 外来化学療法部門
- 3) 放射線治療部門
- 4) 緩和ケアチーム
- 5) がん相談支援センター
- 6) 院内がん登録室
- 7) がん臨床試験支援室

このような組織が出来ることで、以下の効果が期待される。

①局所療法だけでは完結しないがん治療（全がんの 70%前後）における横断的治療方針立案の場

の確立

②がん薬物療法において、レジメンのみならず、副作用管理、治療選択基準、変更基準なども含めた質の高い標準化の実現

③放射線治療の適応の適切な拡大（現状では必要な症例に適切に施行されていない可能性が高い）

④治療初期からの緩和ケア、緩和ケアとがん治療の融合

⑤地域全体に巡らせるがん診療ネットワークの活性化

⑥がん診療のプロセスとアウトカムのデータ蓄積

⑦臨床試験の普及＝変化し続けるがん診療での本邦における最新エビデンスの更新と標準化

「各診療科の横のつながり」が良好かどうかの指標については、①がんセンターボードの開催数、出席者数、出席診療科、症例数、がん腫ごと分布、②代替え指標：がん患者の院内紹介状の年間総数/施設のがん患者総数などが考えられる。これらは、多ければ良いというものではないが、普通にやっていたらこれぐらい、極端に低いと何か問題があるかもしれない、という目安として有用である。電子カルテの普及により自動的に計数が可能かもしれない。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

在宅・介護への移行がうまくいっていないと、特に進行期のがん患者の診療において患者が積極的治療期を過ぎた場合、あるいは治療期でも生活の質が低下して在宅や地域での療養を本当は希望しているのに、遠方から基幹病院のみに通院を続けていたり、逆に積極的な治療が終わったとたんに意に沿わない形の紹介先への転院を強いられたりするものが切れ目のある例である。これらを防ぐためには、患者の病状から標準治療がなくなってしまう前に、適度に説明しておくことが必要である。

移行がうまくいったかどうかを明確に知るのは困難であるが、

①進行がん患者の基幹病院とかかりつけ医の併診率

②積極的治療の終了時から死亡までの期間と、その期間での在宅ケア利用率

③その地域における、ホスピスでの死亡率、在宅での死亡率、施設での死亡率、急性期病棟での死亡率

などが、現時点では考えられる指標かもしれない。

6. 地域連携

地域連携の目標は、

①がん患者が居住地にかかわらず、一定水準以上の癌治療を受け、継続が可能であること

（施設の枠を超えて継続が可能であること）

②患者や家族の希望やライフ・スタイルに沿った治療継続が可能になること

③標準医療の変化する水準に地域全体としてキャッチアップし続ける体制を組むこと

が考えられるが、現状の地域連携パスはあまりその目的に合致していないし、普及している5大がんの連携パスはあまり有用性を感じない。現在定められている5大がんの連携パスは多くが病期I-IIの経過観察パスであり、必要かもしれないが有用性はむしろ医療施設側の都合>患者ではないか。十分な患者教育と診療情報書で代用できるレベルのものである。

むしろ、がん性疼痛治療の連携や、化学療法中の採血モニタリング、副作用ケアなどへの「かかりつけ医の参加」などにおいて、進行がんでの診療連携と役割分担が明確になるような手順書のようなものの作成の必要性が高い。また、すべての医療機関でパスが使えるということはない。がん診療に熱意と理解を持つ医療機関など、連携可能なかかりつけ医とヒューマンネットワーク

を作ることが必要である。

これらを測る指標については、診療中がん患者のかかりつけ医併診率、がん診療における、かかりつけ医⇄基幹病院での紹介・逆紹介率が考えられるが、これだけでは十分ではない。これから、がん患者が困っていること、実際に連携して解決されたことを施設として記録していき、データを蓄積した上で、そこから、手順書→パス？にしていくことが重要である。あまりパスという形式にこだわる必要はないかもしれない。

7. 拠点病院のグループ指定

1) 複数の病院がグループとなって「グループ拠点」となった場合、一定のグループ指定にもとづき、真に必要なのは、がん種と病態の両方に応じて必要な診療コンテンツを施設を超えて組むことのできるがん診療ネットワークである。化学療法に関してはレジメンのみならず、適応基準、中止基準、変更基準なども含めた標準化、コアになる病院はマネジメントに関して相談にのる体制を構築すべきである。

そのためには、施設の垣根を超えたカンファランス、いわば地域がんセンターボードなどを行うことが良いが、具体的に一同に介するのは困難なので、face to faceの関係構築、診療情報提供書によらず、電話カンファランス、メールを用いた相談など、柔軟に対応できる運用の環境整備がのぞまれる。

そうすることで、患者側からは、グループ指定によって、どこに住んでいても安心してがん医療を受けられるがん診療ネットワークが保証されると期待できる。がん種や、病態、フェーズ、診療のコンテンツによって必要なネットワークの広さは変化するので、グループ指定もその可塑性を考慮しなければならないが、アクセスは保証されることが必要である。

回答者 3

1. キャンサーボード

少しずつ普及し始めている時なので、どのような形がいいのか模索しているところがあると思われる。しかし、キャンサーボードは患者本人の治療方針を決定するために行うものであり、患者を中心として行うものであるため、病院の管理運営に関するものはあてはまるとは言えない。医師に関してはがん治療に関する意見を聞くにあたり、複数科からの参加は必要だと考える。術前カンファは内科的な治療方針もそこで話し合われるとしたら、キャンサーボードの一種とあって良いだろう。原発不明がんについても関係する科の医師が参加することを条件にキャンサーボードの一種と言って良い。緩和的なものについては判断に迷うが、少しはずれる気がする。現状では理想とするキャンサーボードを運営するに必要な医師、医師以外のメディカルスタッフが充足している病院はなかなかないので、出来る範囲での運営にとどまらざるをえないだろう。

またキャンサーボードは看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど、医師以外のメディカルスタッフも参加すべきと考えるが、どの部署が、どのくらいの人数を参加させるべきという最終的な判断は、主治医あるいはその患者に責任を有する人物（チーム医療の責任者 etc.）に委ねられるべきである。特に入院期間の長いわが国においては看護師の役割などは重要と思うが、カンファレンスへの参加の要否は一義的には主治医の判断によるので、いなければキャンサーボードでないとは言えない。

また全ての癌症例にキャンサーボードを行うことは現在の医療資源を考えると、将来的にも非現実的であるように思う。途方もないカンファに時間を取られ、患者を診察する時間すら失ってしまうだろう。どういう症例を選択するのも主治医の裁量権に委ねられると考える。また、全病院単位の全科キャンサーボードを行うべきか、臓器別に行うべきかについては、本来両方あるのが望ましいが、一部の医療機関では臓器別で行われているのが現状だと思う。

2. 医療チーム、チーム医療

多数の診療科（内科や外科、放射線科、麻酔科、病理診断科、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど）で協力したり、合同カンファレンスやキャンサーボードなどの合同会議を開いたり、一人の患者に専門ジャンルの違う医師が合同で治療方針を立て治療にあたる時、チーム医療ができてきていると思う。

そうすることで、単独の科で診断、治療などを考えるより、より個々の患者の実態に即した医療が可能になり、また医療を進める際、思考過程におけるエラーを防ぐことができる。一般論だが、外科医は外科的な手術を嗜好するものだし、放射線科は放射線治療を嗜好する傾向がある。それぞれの立場に立った議論を進め検討することで、最も患者にとっていい医療を提供できるのではないだろうか。

チーム医療の成否を判定するには、患者のQOLの改善・患者満足度の向上（満足度アンケート）・カンファレンスへの本人・家族参加・医療従事者の参加（参加率）などで評価するものとする。

3. 歯科連携、リハビリテーション

(1) 歯科連携

歯科連携が必要な患者を以下に挙げる。

1. 口腔癌患者。
2. 手術や抗がん剤、放射線治療を受ける前の癌患者、手術後の患者。
3. 歯科が標榜されていない回復期リハビリテーション病棟などリハビリテーションが中心の病院に入院中の患者。
4. 地域の歯科医院では対応が難しい患者。
5. 糖尿病など持病のある患者。
6. 閉塞型睡眠時無呼吸症候群患者。

これらの患者に歯科が介入することにより、口腔機能の向上・嚥下障害の改善（食形態の改善・摂食量）・経口摂取への移行数・誤嚥性肺炎の予防（発生率）・QOLの改善・認知症状の改善・患者満足度の向上（満足度アンケート）・カンファレンスへの本人・家族参加（参加率）などで評価。また、チーム医療にかかわる各分野担当者が集まり合同症例検討会を行うことにより、それぞれの治療効果だけでなく、連携の良・不良が判定できる。

（2）がんのリハビリテーション

がんのリハビリテーションの対象患者は、がんに関連して、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害を持つ患者である。癌治療を行う場合には、障害の軽減、生活能力の改善を目的としてリハビリテーションの介入を行う必要性がある。

がんのリハビリテーションが不足しているために起きている問題は、癌そのものによる障害と、治療過程においてもたらされる障害がある。

1. 癌そのものによる障害
 - 1) 癌の直接的影響（骨転移、脳腫瘍や転移による片麻痺、失語など）
 - 2) 癌の間接的影響（癌性末梢神経炎、悪性腫瘍随伴症候群（筋力低下、小脳性運動失調）など）
2. 主に治療の過程においてもたらされる障害
 - 1) 全身性の機能低下、廃用症候群（化学・放射線療法、造血幹細胞移植後）
 - 2) 手術（骨・軟部腫瘍術後、乳癌術後の肩関節拘縮、乳癌・子宮癌手術後のリンパ浮腫、頭頸部癌術後の嚥下・構音障害・発生障害、頸部リンパ節郭清後の肩甲骨周囲の運動障害、開胸・開腹術後の呼吸合併症）
 - 3) 化学療法（末梢神経障害など）
 - 4) 放射線療法（横断性脊髄炎、腕神経叢麻痺、嚥下障害など）

がん患者でリハビリテーションを広めることの効果は、現状として医師や病院によって、がん患者に対して薦めるリハビリテーションが全く異なり、治療成績に格段の差があるが、リハビリテーションが普及すれば、日本の医療に即したスタンダードモデルが確立される可能性がある。

4. 腫瘍センター、がん診療部

腫瘍センターの枠組みと概念がはっきりしていないので、現段階でこれにコメントすることはできない。完全に独立した部門とするなら、縦割りの構造でなくなり、より効率のよい医療を提供できるのではないかと思う。しかし、総合病院でがんの患者が拠点病院といえどもそれほど多くないところでは、独立した組織に医師・スタッフを割くことは非常に難しいと思う。逆に独立した部門ではなく、各科の医師が各科に所属したまま委員会的に腫瘍センターにも属する、といった形をとるならば、今までの診療の実態と何も変わらないと考えられ、そのような腫瘍センターは不要と思われる。現在腫瘍センターを運用している医療施設でも、その役割は施設ごとに

相当異なるのではないだろうか。

従って、癌患者が少ない総合病院のがん診療連携拠点病院もあるから、腫瘍センターの設置は必須であるとは思わない（そんな病院がなぜ拠点病院なのかという議論もあるだろうが、地域特異性も考慮するとそのような拠点病院はあり得る。厳しい言い方をすれば、癌に対して完全な能力を有する拠点病院は東京など大都市にしか生まれえない可能性もある。）必須かどうかは、それぞれの施設、規模に応じた弾力的な運用を考えるべきで、一律に決めるべきものではない。

各診療科の横のつながりを評価する方法については、カンファレンスへの医療従事者の参加（参加率）などで評価するのが妥当であろう。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

在宅・介護への移行に切れ目があるとは、医療施設から介護施設、医療・介護施設から居宅施設・在宅への移行、居宅施設・在宅における医療・介護サービス提供者間の連続性が絶たれている状態であり、その評価は、患者満足度などのアンケートによると思う。この部分は、歯科連携の部分を参照。重複する部分があると思う。

6. 地域連携

地域連携の目標は、地域の医療機関と連携して、癌の治療、緩和医療、専門医師・専門的コンディカル配置、相談支援センター等の設備の体制を整え、地域患者に質の高い癌医療を提供し、医療の不公平を失くすことである。

機能しない地域連携パスは、提供する情報と相手が求める情報との食い違い、医療の進め方の違いなどから起こるため、双方の連絡・連携の不足により起る。相手の顔が見えない見知らぬ人との連携は非常に難しいため、日頃からの連携が必要だと思ふ。地域連携が機能しなければ、パスが働かない。

連携の評価に関しては、連携医療機関数・介護事業所数、連携パス使用患者数、研修会の開催回数・参加人数、平均在院日数、総治療期間、在宅復帰率などを数値化し、ワーキンググループでの協議や患者満足度アンケートで評価するのが良いと思ふ。

7. 拠点病院のグループ指定

グループ指定の達成すべき目標としては、それぞれの得意分野を持つ拠点病院が、相互に連携して治療水準の向上に努めるとともに、緩和ケアの充実、在宅医療の支援、患者・家族等に対する相談支援、各種情報の収集・提供等に努め、地域における医療の充実を図るべきであると思ふ。そうすることで患者がそれぞれの特色を持つ病院での治療を受けられるようになることが期待される。

回答者 4

1. キャンサーボード

(定義)

キャンサーボードという言葉自体、通常は英語では tumor board あるいは、tumor board review という。キャンサーボードの条件は多様な専門家が参加して治療方針について決定する（場合によっては診断を確認する）のが役割であり、最低限、関係各科および患者のサポートに関連する職種すべてが入るのが条件である。2種類、全科的なボードと臓器別のボードがあると考えられ、全科的なボードは全ての科が参加すべきだし、臓器別のは関係各科、例えば肺がんであればつまり呼吸器外科、腫瘍内科、放射線治療科、放射線診断科、病理科の医師が入る。

また、医師だけのカンファでは不十分であり、患者への医療を総合的に考えるためには、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカー、臨床試験のコーディネーター／専門家、栄養士などが出席するのが必須である。乳がん、卵巣がんであれば、遺伝が関係するので、遺伝カウンセラーも必要である。臨床試験の専門家が入る例は日本ではあまりないかもしれないが、米国では普通のことである、臨床試験専門家は、臨床試験の実施状況を他院のものも含めて熟知しているので患者を他院の試験にも紹介が可能になる。

臓器別では、理論的に関与がないような職種の参加は不要と思われる。たとえば、血液疾患、リンパ腫のボードに外科医は必要無いと考えられる。

(対象)

特に判断に迷う症例（例えば根治不能と考えられるが患者が手術を希望している例）などに対して治療前は基本的に全例が対象となり、さらに治療経過の途中であってもその時点からの治療方針の決定に必要であればいつでも On-going-basis で検討対象となる。

基本的に治療開始前には全例、何らかのレビューをうけるべきである。総合病院では全科的な Tumor board を全例にやるべきであり、大体これは週に半日程度で全例を検討することになる。治療決定に迷わない例は報告だけですぐに終わるし、迷う例は長くなる。ただ迷わないと報告者が思っている例であっても、違う視点から見たら意見が異なることもあるのでそこに報告する意義はある。一般病院ではなく、がんセンターなどの大規模専門病院では、全科 board をやるには数が多くなりすぎるので、基本的に臓器毎 board でレビューを行い、原発不明癌などのみ全科的な Tumor board でレビューするのが現実的かもしれない。

(質問紙への回答について)

手術を行うことが基本決まってしまうような術前カンファは Tumor board とは言わないし、逆に、「手術適応が無い」などと治療方針が決まっているものについてのカンファも Tumor board ではない。これからの治療方針の決定をそれぞれの症例にたいして検討してはじめて Tumor board といえる。参加者の質問については、内科医、看護師などが質問項目では挙げられているが、漫然とこの職種が参加すれば良いというわけではなく、治療にかかわっていて意見をいえる専門家が参加することが重要である。

2. 医療チーム、チーム医療

(定義)

構成内容や構造などがチーム医療というのではなくて、患者へ医療を提供する上での free communication が成功していることがチーム医療である。言い換えるなら、患者への医療（ケアを含む全体的な）にかかわる職種が、自由に意見を表明して最適なものをつくっていくことがチ

ーム医療の条件である。そのような多職種がかかわることで多角的に患者のために最適な医療ができる。

(評価)

がん専門看護師をはじめ、各方面の専門職を育成するのは、そのような意見を述べることの出来る人材を育てることが目的であり、チーム医療の前提に過ぎない。先日WGで報告があった、がん専門看護師などのように、専門職が育成されても、配属が違う場所になってしまって、そのような意見を言う場すら与えられていないのは非常に残念な事態といえる。しかし、配属が適正であり場が与えられていても意見を言うことは非常に難しい雰囲気であることも多いので、「意見を言えているか」を評価するのが重要である。これは専門職になった人たちやかかわる人たちに対して、アンケートなどをするのが良い方法かもしれない。

(その他)

放射線治療については、放射線物理士は必要だろうし、化学療法チームに薬剤師が必要である。

3-1. 歯科連携、

(対象)

歯科連携の必要な症例は、

- ⑤ 化学療法を開始する前 (Neutropenia になったときに感染源になるため)
- ⑥ Bisphosphonate を開始する前 (点滴剤は必須。経口剤でも望ましい。顎骨壊死の予防のため) が挙げられる。

もちろん、すでに最近 (例えば過去 1 年以内) 歯科にかかっている、齲歯の治療が完了している人については再度歯科受診が必要というわけではないが、未治療の虫歯があることがわかっている人や、近年全然歯科にかかっていない人などは、一度は歯科にみてもらった方が良いでしょう。また、歯科受診が必ずしも必須というわけではなく、腫瘍内科医が化学療法の前に歯をみるのが良いかもしれない。化学療法に伴う歯科リスクなど、歯科医が皆わかっているわけではないから、腫瘍内科医が歯科の問題を見つける技術を持つようにトレーニングするのも一つの方法である。

(留意点)

歯科ならば誰でも良いわけではないから、連携をするにも連携先に知識があることが重要であると考えられ、その健全な体制を整えることも必要である。

3-2. リハビリテーション

(対象)

がんのリハビリは、術前・術後の一般的な周術期リハビリ (呼吸訓練、術後の回復) だけではなく、がんを含む臓器の一部を切除していることから、それぞれの切除臓器に関する臓器別機能回復 (消化管ならば栄養、喉頭などでは言語機能訓練など)、タキサンやオキサリプラチンなどの化学療法の副作用でおきる手先のしびれに対する生活上の工夫など、じつに多岐にわたる。すべてのがん患者が何らかのリハビリが必要であると思う。

(期待される効果)

これらの訓練、工夫をすることで、患者の身体的回復や社会復帰が促進されると考えられる。また、リハビリの過程で、その見方から捉えられた問題点が、がん治療医にフィードバックされ、治療が調整される効果も得られる。これは患者のサバイバーシップをサポートすることに必須の要素である。

4. 腫瘍センター、がん診療部

(効果)

腫瘍センターという組織をつくることで、異なる科（特に外科と内科）の間でのコミュニケーションが生まれることが大きいと思われる。もともと診療科のあいだのコミュニケーションが良いところでは必ずしも「センター」という組織が必要ではないかもしれないが、そのような施設は少数派である可能性が高い。

また、組織としてまとまることで、勝手な治療が横行することが少なくなると考えられる。レジメン管理はもちろんのこと、副作用の対応についても、各科が個別に対応していると「副作用が出たから適当に半量！」といったようないい加減な習慣が放置される可能性がある。腫瘍センターのようなまとまった組織が出来て意思疎通がうまくいくと、知識をもった専門家が最適の調整をすることが出来るようになり、また、少なくとも複数の専門家の眼でチェックする機会が増える。

(評価)

横断的なつながりを評価するのはとても難しい。一人の患者を何人が診ているか（少なくとも外科医だけで診ていないか）を検証するのは必要である。

5. 切れ目のない移行

(定義)

この移行とは、①積極的な抗がん治療から症状コントロールを中心とした治療への移行と、②終末期における施設ケアから在宅への移行、の2つが考えられる。①については、専門施設において積極的な治療のみを専門に行う施設から、急に「治療は出来なくなりました」といって転院を迫られるケースが問題であり、②については介護保険の認定を取るのに時間がかかったりすることが問題ではないかと思われる。①は何らかの症状が出た時点からの症状コントロール専門医との併診を積極的に行うことで切れ目が生ずることを防げると思う。

(評価)

評価については具体的には難しい。

6. 地域連携

(地域連携の目的)

特定機能病院が、専門医療を十分に提供できるようにすることと、患者にとって十分な医療へのアクセスを確保することが目的である。現状は専門病院もパンク状態で、専門医療の提供に支障をきたしている。

(問題点)

地域医療施設との信頼関係が問題。紹介元になる病院にとっては、安心して連携できる地域の開業医の確保が問題と思う。現状では、先方のがん患者をフォローする知識・経験があるのか、や、必要な時に患者を元の病院に戻してくれる姿勢があるかどうか、がわからないので、紹介先に困ることもある。逆に密に連携が可能な信頼できる開業の先生方の診療所は満員状態になっている。

これはトレーニングの問題もあり、プライマリケア医としての専門認定があることが望ましい。

(評価)

連携がうまくいっているかは、一人の患者の流れを追うことで見えてくると思う。必要な時に専門施設に戻しているのかとか、戻ってこなくてもきちんとした対応が出来ているのかにもよる。指標などはすぐには思いつかないが、少なくとも患者の流れを追っていけるようなことが重要である。

7. 拠点病院のグループ指定

異なる施設間でお互いに情報共有出来るようになることが必要。これは、各関係者がおたがいに専門家を Respect して、専門家へのアクセスがあるところで専門外の部分まで手を出さない文化ができることが前提である。それが患者にとって最適の診療を提供することになる。

グループ指定が成功すればそのような姿勢がお互いに来てくると思う。手に負えない患者を抱えこまずに専門施設に紹介できるようになることが期待される。

回答者 5

1. キャンサーボード

キャンサーボードの定義についての条件は、基本的に患者さんの治療法について、その決定前に選択肢を広くカバーして議論する体制になっていることである。それには様々な診療科が参加することが必要であり、日本では難しいと思われるが米国で見学したときには患者もキャンサーボードに参加していた。術前カンファなどは手術をすることが決まっていたら、キャンサーボードとはいえないし、レジメン登録や連絡会議などについても実際の患者の議論がない場合はキャンサーボードとはいえない。標準治療がそのまま疑いなく適用できる患者の割合は3割ぐらいしか実際にはないと思うので、その点からも多くの診療科で話し合うことは重要である。

ただし、全例を検討することは、時間的にも難しいと思われるし、全科でキャンサーボードを行うのは、多くの科が担当範囲外の患者の議論を聞かなければならないことになるので、全科参加を進めるのは、現状で難しい。原則臓器毎に分かれて行っているのが現状である。ただ、逆にそうすると多くの臓器を横断的に診る腫瘍内科、病理医や放射線診断医、治療医は全部に出なければならないことになり負荷がかかる。そのバランスを取ることは重要である。なので、診療科毎→臓器別キャンサーボード→全科キャンサーボードと症例を割り当てて効率よくやる必要がある。

参加職種については、外科、内科、放射線治療科は必須だと思うが、病理医については治療方針の決定にあたって、病理診断に議論の必要がない症例もあるので「必須」とまではいえない。また治療方針の決定が主目的であることから、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーの参加は必須ではないと考えられる。ただし、これらの職種については必須とはいえないが、可能であれば参加を促すことがのぞましい。

2. 医療チーム、チーム医療

チーム医療により、偏った独善的・密室的医療の改善が期待される。そのため、チーム医療の条件には、作業の専門分野別分担化、分担内容の相互の確認検証、がなされることが必要であり、そのためにはチームリーダー（責任者、マネジメント者）が明確に存在し、全スタッフでの合同ミーティング、それぞれの作業の記録がおこなわれなければならない。特に分担の内容が明確になっておりその共通認識があることが重要である。そうすることで個々の職種間において分業とチーム協同作業の良いバランスが得られる。またチーム医療の中で可能であれば教育活動も行えることが理想である。

チーム医療がうまくいっているか、はそのような記録を調べて評価するのがよい。具体的な基準が明確ではないが、定期的なカンファとその記録、そしてそこから得られた変化がわかれば、チーム医療が成功しているのだと思う。しかし、これらは外から観察してもわかりづらい面もあるかもしれない。

個別のチームについては、たとえば放射線治療に関するチーム医療として、医療技術評価提案が行われており、放射線治療に関するチーム医療として次に掲げる業務を求めることが提案されている。

- ア 施設基準に記載されている人的要件にて放射線治療に関するチームが構成されていること
- イ 週に1回以上のチーム（治療医・技師・精度管理担当者および構成員に含まれる場

- 合には看護師)の全員が参加する放射線治療カンファレンス
- ウ 放射線治療計画における医師作業に対するチーム内での支援
- エ 放射線治療の安全性についての週1回以上の検証と記録

このような条件が各チームにも出てくることが予想される。

3. 歯科連携、リハビリテーション

歯科連携が必要な患者については、口腔領域が手術領域または照射範囲に含まれる放射線治療患者、粘膜炎が重篤化しやすい全化学療法患者の2種類において相当数の症例の歯科受診が必要と考えられる。齲歯があると放射線治療によって顎骨壊死がおこることもあり、事前に口腔内の清潔を保ち、また治療中にも必要に応じて受診していただく。連携相手は歯科医なら誰でもよいというわけではないが、拠点病院にある歯科口腔科ならば十分に対応できる。歯科連携がうまくいっているかについては、連携の実態の記録(患者紹介状況やカンファレンス)などを見ればわかると思う。

がんのリハビリテーションの対象患者は、がんの症状自体、または治療中に有害事象として発生した心身の問題を?中心に考える。特に身体的なものについては治療中であってもPTなどに依頼してリハビリをするべきである。心理的なリハについては概念的には必要だが、日本ではあまり日常的には行われていないと思う。

現状では、がんリハビリテーションでは十分とはいえない。たとえば、入院中でも週に2~3回程度が多い。これは専門スタッフが少ないのだと思う。がん患者でリハビリテーションが広まれば、心身の障害に対する早期の回復が促進されると考えられるし、支援を受けている実感が患者の中にも生まれると考えられる。

4. 腫瘍センター、がん診療部

腫瘍センターはカンサーボードとも重なるが、それ以外でも、レジメンの管理や、検査体制の円滑な運営、管理につながると思う。また、組織ができることで記録や教育の体制も整うことが期待される。現状では、腫瘍センターの業務はレジメン管理に関するものが9割で、カンサーボードの運営などは臓器ごとの科が独立してやっている。可能であれば、こういった活動を統括する機能として腫瘍センターが拠点病院に設置することが望ましいと思う。

各科の横のつながりについては、院内紹介の状況や多くの診療科が参加するカンファレンスの様子を見れば実態がわかると考えられる。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

在宅・介護への移行において「切れ目がある」とは、紹介がスムーズに運ばない、情報の伝達困難、移行後の情報交換困難、移行後の紹介側のそっけない対応、押しつけなどが例である。在宅医療システムは重要で有り、ケアワーカーなどの担当専門職の更なる充実が必要と思われる。

在宅医療への円滑な移行については、ワーカーの存在、実績を調べるのが最初で、実態の記録、情報交換の容易さ、移行後の連携の状況などもみていかないといけない。

6. 地域連携

地域連携の目標は重粒子線などの先進医療を集約化することと、逆に集約化された治療を地域の患者が円滑に受けることが出来るようにすること、治療後に元の地域施設に戻って適切な経過観察が行われること、にある。ここで最も問題になるのが患者情報の共有についてであり、今後

は病院間でもっと簡易に情報共有できる環境（国家的インフラ、政府の支援が必要）を整える事が重要である。医療提供体制は個々の病院が独自で行うことになりがちであるので注意が必要である。

地域連携パスはあまり機能していないと思う。治療をしていないのにフォローだけ、は出来ませんという医療機関も多いし、紹介できても情報を提供するの、いちいち検査結果を印刷したり画像をCD-Rに焼いたり非常に手間がかかる。さらに、受け入れてもらえても逆に患者の情報を返してもらえないこともある。特に電話で紹介先の病院にフォローしようとする、「個人情報電話ではお答えできません」と言われて、文書の提出を求められる。非常に手続きが煩雑になってしまっている。

連携の実態を表す指標としては紹介数や返書の速度などが思いつく。患者情報の共有の簡便さ、コメディカルの支援実態などが何かで表せれば良いと思う。

7. 拠点病院のグループ指定

グループ拠点のポイントは、特に、患者情報の共有化だとおもう。そうすることで連携もしやすくなるし、教育も進むと考えられる。患者側からも安心感が生まれ、分かりやすいがん診療につながる。

回答者6

1. がんボードについて

がんボードのイメージは、各患者に対するこれからの治療方針を、標準治療に関連する専門家が集まって話し合える場。診断のための専門家の集学的参集、手術、化学療法、放射線療法のための専門家の集学的参集が核をなすため、外科医、化学療法の専門家、放射線治療医、病理医などから構成される。主な役割は個別の治療方針を話し合うことであるが、その会で他の検査室の利用方法などを話し合うこともある。診療科は出来るだけ広く参加するのが重要である。一方で、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーの参加などは、必須とまではいえないと思う。しかし、参加が望ましいのはいうまでも無い。現状では、診療科にまたがる医師がカンファをするのが原則で、特に必要な患者さんについては他の職種が呼ばれる。これは効率的かもしれないが、今後は他職種が意見の表明する機会がない場合でも出席する方向に進んだ方がよい。

2. 医療チーム、チーム医療

チーム医療は2種類ある。ひとつは、もともと自然発生的に主治医（担当医）が多様な職種の中心的存在となってコーディネートする。あるいは医師ではなく病棟看護師長がこのようなコーディネートをする、などによって発生するチーム医療、もう一つは診療報酬で定められている緩和ケアチームなどのように、全病院的に「チーム」を作り、それが依頼あるいはその他の方法でニーズを同定して介入するチームである。現在「チーム医療」ということが話し合われる際には後者が多い印象がある。今回はそれについての話という前提で進める。

チーム医療の条件は、①目標を共有していること、②役割の明確化と分担、③情報共有、④継続的な協力関係などが挙げられるが、最重要なのは「目標を共有している」ことである。チームとして何をを目指しているのかがわからずに、「チーム」とは名称だけで実際にはバラバラに介入していることもあり、その時には目標が誰にもわからない状態ということになってしまう。そうすると、多方面の患者へのサービスを有機的に組み合わせて相乗効果を狙うことが出来なくなる。また役割分担の明確化では、通常の職種間の役割分担については、資格によって区切られていて割と明確であるが、そればかりでは無い。患者毎に、この患者には良く話が出来た看護師が主として対応する。この患者には家族と信頼関係が持てているソーシャルワーカーが主に担当するとか、そういった分担も重要であると思う。

情報共有は病院で構造化されたチームであれば、普通は一緒に回診をしたり、カンファをしたりしておそらくチームの中では問題なく共有されているのが普通であろうと思う。

このチーム医療がどのようにうまくいっているのかを、評価するのはとても難しい。何よりも、患者からみて、「チーム医療」というのはわかりにくい面もある。例えば、看護師が何かに対応しても患者側からは緩和ケアチームの看護師なのか、病棟の看護師なのかなどは区別がつかないことが多い。そのため、チーム医療を行っても患者が評価しても具体的に「チームのおかげで良かった」と認識されることは少ないと思う。

逆にチームの患者向けパンフレットなどを見ると、そのチーム、たとえば緩和ケアチームが何をを目指しているのかがわかると思う。ただ「緩和ケアチームがあります。お問い合わせは主治医まで」というような掲示をしているところも多く、それでは目標がわからない。そのような施設で目標がないとは言えないが、明確に書いてあるところの方が、目標の共有が図られていると思

う。

3. 歯科連携、リハビリテーション

歯科連携については、普通に歯科受診が必要な人にはそのように言うだろうし、必要があれば紹介する。あまり取り立てていう意義はよくわからないので回答ができない。

リハビリテーションについては、がんそのものによる、または合併症による機能低下、能力障害、社会的不利、精神活動性の障害を解決するのに非常に重要だと思う。目標は、職場、家事、地域、社会への「参加」が再び出来るようになることであり、これは ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)の考え方でも中心となっている。これまで（特に医学的）リハビリテーションは永続する障害に対して処方されることが多く、がん患者は病状が「動く」（場合によっては常に悪化傾向）ので対象とされないことが多かったが、その状況は改善されていくべきである。がんが進行して機能が悪化していく患者に対して、リハビリをすることの意味は、放っておいたら廃用症候群によりさらに機能悪化の程度が悪くなるのを防ぐことにある。また、例えば脊髄転移のために四肢の運動、感覚機能、膀胱直腸障害が出現した患者でもリハビリによって対応を考えることで、生活レベルを落とさないようにすることができる。この意味は大きい。

4. 腫瘍センター、がん診療部

腫瘍にかかわる診療科は専門分化しているものの、共通の部分もある。「その科のやり方」をそのまま放置にするのではなく、それを整理して共通化するところは共通化するような体制を作ることが腫瘍センターであり、そこから、まず院内におけるがん治療の「均てん化」がなされる意味がある。多くの患者は医師を選んできている、診療科を特に選んできているということはなく、病院を選んできている。その意味からも、患者に対して明らかになるように、一定のことは共通していた方が良い。Cancer board などによってそういうことも進んでいくと思うが、横断的な腫瘍センターもその役割があると思う。また、そうした意思疎通を増やすことで、複数の診療科が関係する患者で、診療科間の押し付け合いが発生して、院内がん難民が出てしまうのを防ぐことにもなる。

その評価については、院内がん難民の状態などがわかればとても意義があるが、現実には難しい。実際には、カンファレンスの開催頻度と出席者、診療科ごとの偏り、カンファレンスでの発言などが指標になると思われる。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

切れ目があり、連携が悪い場合には、①回転ドア現象（医学的に必要度の低い頻回な再入院）、②地域スタッフの押しつけられ感の増大、③患者・家族の「医療機関への依存」などが発生する。回転ドア現象とは、退院してすぐに戻って入院となる、しかも病状が悪化したというよりも、家で過ごすのが辛かったとか、不安が強かったという社会的理由で入院になるケースである。在宅医療機関や地域の医療機関と患者・家族の信頼関係が取れていないと、患者は地域の医療機関へ相談しないし、飛び越えて、直接元の高度医療機関へ連絡・受診して入院を強く希望したりする。担当医は、強い患者の希望に抵抗できず入院を決めてしまう場合もある。そうすると地域の医療機関やスタッフもやる気をなくして、患者を紹介しても上から下へ押しつけられているだけ、と感じることになる。医療機関への依存もこれに関連するが、高度医療機関の医師が治療の開始の時に、「当院の役割は〇〇までであとは地域と連携する」、といった説明をしないことも多く、

安易に「いつでも診てあげます」に近いことを言うと、それを信じた患者や家族が、地域の医療機関を紹介しても直接連絡してきたりする。そうすると地域との信頼関係が失われて連携などできなくなる。このような現象を作っているのは高度医療機関の側にあることが大きい。

評価については、高度医療機関の姿勢の問題でもあり、地域の医療機関でアンケート調査をすればすぐにわかることだと思う。他の項目としては、患者・家族の地域生活における満足度、地域スタッフの満足度などが挙げられる。退院前カンファの開催頻度なども傍証かもしれない。

6. 地域連携

地域連携とは、生活の中で医療に費やされる時間や労力の比重が大きくなりすぎないという、当たり前前の生活の姿を実現することにあると思う。まず地域における生活があって、その中で適切な時期に適切な医療をうけられることがあるべきである。生活の一部に医療を必要とするが、逆転してはならない。また、そのためには、機関完結ではなく地域完結型として広がりのある医療・介護の体制が必要である。

地域連携パスは、パスの導入と管理に対して診療報酬がつくものもあることから、パスが使えるような患者を必死に探すような状況で、それ自身が自己目的となることがあり、そうすると患者自身がパス導入の恩恵を享受できているか疑問が残る。

連携がうまくいっているかどうかは紹介元、紹介先の満足度、Win-Winな関係が保てているか、紹介数、逆紹介数、紹介のリピート率などで評価するしかないか。必ずしも数が重要というわけではないが、ゼロはまずいということはわかると思う。

7. 拠点病院のグループ指定

グループ指定についてはせめて、人事交流が出来るようになれば、目的を共有した医療が可能になり、「地域の腫瘍センター」的な組織になれると良い。そうすれば、医療機関同士の押し付け合いによる、地域がん難民の減少も期待できる。ただ、実際には、医療機関の上下関係が出来そうで、うまくいかない懸念もあり、注視する必要がある。

回答者 7

1. キャンサーボード

(定義と機能)

キャンサーボードは全症例について治療前に関連診療科が検討・確認する場であり、術前カンファに近いものではあるが、多くの眼を通して治療決定を行う点が重要である。さらに、治療方針を前向きに決定するだけでなく、あとから振り返ってアウトカム検討し、行われた治療がそれで良かったのかも検討するべきである。たとえば、術後の振り返りとして、手術病理の結果から、外科医や放射線診断に対してフィードバックする。結果のフィードバックはその患者自身には役に立たないかもしれないが、施設の医療水準を上げていくには必須の活動であり、キャンサーボードの重要な機能だと思う。

自施設では電子カルテで病名が登録されたときから、ボードの検討対象検索に上がるシステムができあがっており、全例検討する体制が整っている。数が多いこともあり、臓器毎で行い、問題の無い症例については時間をかけない。

看護師、薬剤師も参加するべきで、当院ではそうしている。看護師は看護部から副師長クラスが選ばれ、薬剤師も各臓器で決まった人が出席している。ソーシャルワーカーは参加していたら良いとは思いますが、そこまで手が回っていない。ボードの長は内科の先生にやってもらおうと、なぜかうまくいく。

(個別の質問への回答)

そういう観点から言うと、術前カンファや原発不明がんのカンファ、症状マネジメントに関するカンファはキャンサーボードと考えて良いだろう。手術非適応例に関するカンファであっても、今は大腸癌のように以前は切らなかった転移でも切ったりすることもあるので、外科医は参加していた方が良いと思う。院内の教育講演などはキャンサーボードの機能の一つとしてあっても良いが、それだけでは不十分である。

参加職種の間については、ソーシャルワーカー以外は全て必須。ソーシャルワーカーも参加は望ましいが、必須ではない。

2. 医療チーム、チーム医療

チーム医療の条件を具体的に挙げるのは難しいが、キャンサーボードと同じように、患者の診療において、色々な専門職の眼を通すというのが重要な機能と思う。今や医師だけで診療が行える状況ではないし、医師が他の職種から評価されたりフィードバックを受けたりすることも重要である。そのようなオープンな雰囲気を作られることで、偏りのない医療が達成される。また、医療安全にとってもチーム医療はとても重要である。例えば薬剤師の疑義照会などは投薬のダブルチェックの機能を果たしている。

チーム医療がうまくいっているか調べるのは、とても難しい。様々なチーム、例えば栄養チームなどが病棟に来るのは、コンサルテーションをベースにやってくる。(現状では、病棟の外科医が他の職種と一緒に回診するという事はあまりない)コンサルテーションの数などを見るのが、評価と行かないまでも現状を把握する意味では第一歩となるだろう。

3. 歯科連携、リハビリテーション

歯科連携が必要な患者は、一つは術前の歯科的に問題がある患者である。特に食道がんなどの大きな手術における術前では全例歯科受診をしている。そうすることで術後肺炎のリスク低減につながる。もう一つはビスフォスフォネートを開始する患者である。治療開始前に歯科受診が必要だろう。移植前なども全例ではないものの頻りに歯科へコンサルテーションすることがある。当院においては、院内の歯科に依頼する体制が確立している。

評価については何とも言えない面があるが、肺炎のリスク低減をアウトカム評価として検証するのは一つかもしれない。

リハビリテーションについては、膵臓や食道などの大きな手術後、また消化器においては、栄養リハビリが必要になる。また高齢者の手術患者の割合も増えてきているので、廃用症候群を防ぐ意味でも術後のリハビリテーションが必要になる場合が多い。がん患者でリハビリテーションを広めることは、短期間で患者が普通の生活に戻ることに繋がると思う。

現在、リハビリの中ではまだまだ脳卒中や心筋梗塞後のリハビリが主流であり、がんリハビリの割合はまだまだ少ないが、それが必要性に対して少ないのかは不明。

いずれにしろ、独居の高齢者が増加してきているので、今後ますますリハビリテーションの重要性はまして行くであろう。

4. 腫瘍センター、がん診療部

腫瘍センターの役割は、全がん的に必要なことの調整をすることだと思う。カンサーボードの立ち上げなども重要だし、院内がん登録もそのような組織があることで円滑に進む。何があると、横のつながりがうまくいっているのかを知るの難しいが、最初はカンファレンスの数などで現状を知ることが重要かもしれない。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

切れ目がある状態というのは、地域へ高度病院での診療から自宅に戻って地域のサービスを受け始めたときに、地域のサービスが患者の希望と合致していない状態と思う。例えば痛みに対して対応して欲しいのに、それが十分に出来ないとか、二十四時間対応で見て欲しいのにそれが出来ないとか、という状態。以前は地域の情報が送り手となる高度病院側にあまりなくて、そのような切れ目が生じたこともあったが、今は連携室や相談支援センターなどで、かなり地域の情報を持っているのでそういう問題も減ってきたと思う。

評価に関しては、可能であれば移行した患者に対し、患者満足度を調べてみるのが良いのではないか。

6. 地域連携

地域連携の目標には2つあり、一つは、治癒できなかった人を、地域をベースに支えていくこと、もう一つは、医療機関の役割分担をして医療資源を効率的に使うことができるようにすること、である。地域連携パスというのは、単純に治癒が達成された患者には使い易いが、再発の確率が高く予後の悪いがん種においては、使いづらい。受け入れる側の地域の医療機関も症状が悪化しそうな人を受けるとリスクを負うのはためらいがある。現状では、地域に返すのは紹介元に返して、併診しているというのが一般的で、それ以外と決まった連携の経路があるわけではない。

現状の問題点としては、連携相手がなかなか見えないことがある。こちらが望むレベルできちんとフォローが出来るのか、安心して送れるのかが見えない。これからはそれを役割や実力を見

えるようにしていくのが重要である。

7. 拠点病院のグループ指定

グループ指定によって、地域としての視点が広がって地域としての医療の向上につながれば良いと思う。似たような病院同士がグループになるのは難しいけれども、異なる種類の病院であればそれが可能だろう。

連携の仕方はいろいろあるが、地域の診療病院からは拠点に対して症例をカンサボーダに出すといった方法もあるだろうし、外科医の手術見学などが広まれば良いと思う。また患者さんにとっても、地域の病院が、大きな拠点と連携していることが目に見えるので、安心につながるのではないかと思う。

回答者 8

1. キャンサーボード

キャンサーボードの形態や定義にもいろいろあると思われるが、狭義のキャンサーボードは複数の診療科の眼で治療方針を決定するものと思われる。そのため、治療方針の決定に関与すると思われる診療科の医師が中心になって開催するのがキャンサーボードと言えるだろう。治療方針の決定のために治療前の患者を対象に考えるのが通例であり、医師以外のスタッフの参加については、居た方がよいものの、必須ではないとした。ただ、別の場で多職種が意思疎通をもつ場は必要ではあると思う。病理医についても生検をしていないこともあるだろうし、むしろ手術検体から病理診断がなされてそれが振り返ってフィードバックされることが重要な役割であると考えた。これはCPCや他のカンファレンスの中で行うのが通例であり、もちろん術前カンファレンスに引き続いてフィードバックが行われることもあるが、キャンサーボードとして必須の機能とまではいえないと思う。その点から病理医の参加は必須とまではないと考えた。連絡会や勉強会的なものは、キャンサーボードに併せて行っても良いが、これがキャンサーボードはいえない。

事前質問に挙げられていた事例については手術適応の無い例に関する内科、放射線治療科カンファレンスは、キャンサーボードではないとした。これは、手術適応がないかどうかの議論から外科医の目も通してキャンサーボードを進めるべきであると考えた。また、症状コントロールのための多職種カンファレンスも対象が支持療法の検討となるため、狭義のキャンサーボードとは異なる。

キャンサーボードの中心的機能は治療方針の決定にあるとして、では治療前の患者全例を検討に載せるかどうかについては定かではない。理想的には全例を検討するのが良いが、現実には時間も無く難しいので、それも必ずしも必要無いと思う。

病院単位の全科的なキャンサーボードが必要かどうか、ということについては、存在するならば意味があると思うが、必須とは言えない。担当診療科が必要に応じて相談できるような場が出来れば良いのでは無いか。

2. 医療チーム、チーム医療

医師、看護師を含む複数の職種が、対等の立場で十分に意見交換を行いながら進める医療であり、複数の異なる視点からの意見により、患者の療養が向上することが期待されるが、これは今に始まったことではなく以前より行われているもので取り立てて言うほどのことではない。ただ、もしかすると、「対等」ということが重要でこれが難しい場面もあるのかもしれない。

一方で、ICTやNSTなどの特別な役割を持ったチームの設置というのは比較的新しい動きであるので、狭い意味でチーム医療というのは、〇〇チームといったものを指すとも考えられる。そういう専門チームがあるのなら特定の目的で専門性が高められてよいと思う。そのようなチームがうまくいく鍵は情報の共有が重要であり、患者のケア方針に関する検討会の開催などがチーム医療の観察可能な指標になるかもしれない。

3-1. 歯科連携

歯科連携の対象となる患者についてはほぼ全員と考えられる。手術前には歯科チェックを受けることで、合併症を減らすことになるだろうし、化学療法前にも感染の原因となるような口腔内病

変を治療しておくのは必要である。頭頸部の放射線療法についても口腔のチェックや口腔ケアの教育により合併症予防になる。これは当院でも積極的に進めているが、いろいろな病院でも連携数が未だ足りない可能性もあり、単純に歯科連携、併診患者の割合、治療前に歯科での口腔内チェックが実施されている割合でうまくいっているかどうかが見えると思う。

連携の相手は誰でも良いというわけでは無くやはり一定の知識が必要になることから当院では講習会を開いてその講習を受けてもらった歯科医を連携先とするようにしている。

3-2. リハビリテーション

これまでのリハビリは、手術や治療の後でおきる障害に対しておこなわれる対策を中心に「リハビリ」と呼ばれることが多かった。もちろん術前の呼吸器リハビリなどは行われていたが、現在はそのやり方も進んでおりリハビリテーションとして確立してきている。また、化学療法を始める前に早い時期から体力を付けて廃用による問題が起きるのを軽減したりすることも行われている。

もちろん、治療開始後にもリハビリを続けることは大切で、そうして治療によって動けない期間があってもADL低下を軽く済ませたり回復を早めたりしている。在宅への移行などもリハビリを行うことで円滑化することも期待できる。療養の経過中全ての期間でQOLを維持して生活を支えるというリハビリは重要である。

臨床医のリハに対する認識不足は大きな問題と思う。リハビリの必要性や正しいやり方に対する知識が無いために、実施が遅れたりやり方が時代遅れだったりする。呼吸リハビリについても最近スパイロメトリを使った容量型のリハビリのほうが効果があり、以前のものから変化してきている。

認識不足とリソースの不足は裏表の問題である。リソースがないと十分にリハビリが施行されないし、施行されないと臨床医の認識が育たない。実際にはあらゆる時期にリハビリが必要であり今後解決していかなければならない。必要な患者に対して、適切な時期に、適切なリハが行われることで、QOLを保たれることが期待される。

4. 腫瘍センター、がん診療部

がんセンターなどの病院においては、施設そのものが腫瘍センターであるが、そうでない総合病院においては、責任者が不明確なことが多く、院長もがんの専門で無い場合などには、がん診療に必要な様々な活動が把握されずうまくいかないことになりがちである。腫瘍センターが設置され、がん診療について、責任をもって対応する部署ができることで、がんセンターボード、相談支援センター、がん登録、地域に対するがん研修、レジメン管理など、がん診療を全体的に俯瞰することができる。窓口ができることにより、がん地域連携がスムーズに進むと期待できる。

しかし、このように効果が期待できる腫瘍センターではあるが、一方で全ての拠点病院に腫瘍センターを設置するのは難しいと思う。ある程度各科の連携がうまくいって責任の所在などがはっきりしていれば、必ずしも組織が必須というわけでもないだろう。

では、そのような各科の連携がうまくいっているかほどのように見れば良いのか、これは元来目に見えないものであり、むりやり見えるもので調べようとすると、併診数、異なる診療科が参加するカンファレンスの数等になるかもしれない。ただ、併診していなくてもカンファレンスをしていなくてもコミュニケーションが出来ていると言うことが大事である。患者に「齟齬がなかったか」などを訊ねるのも一つの手かもしれないが、患者が気がつかないこともあるかもしれない。

5. 切れ目がない在宅療養への移行

移行について切れ目があるとは、患者が転院などを進められても、どこにかかればよいか分からない、また、紹介先で、断られるなどで、行き先が無くなる状況を言うのだと思う。これは、他の医療機関への転出の割合、転出までの期間などに現れてくるのでは無いかと思う。1回受診してすぐに他の病院へ行っている、ということが観察されればそれは、紹介先に断られたりして、連携がうまくいっていないことを表す可能性が高い。なので、3ヶ月などの時間を区切った転出率などをみるのも一つの手だと思う。もちろん個々のケースは事情があるだろうが、そのような割合が多いと良くないことを示していると思う。これらの結果としては、患者・家族の満足度を調べるのがよいだろう。

6. 地域連携

地域連携の目標は、大きくわけて医療リソースの有効活用、患者の利便性の向上が挙げられると思うが、どちらかというところの方が大きいと思う。地域連携パスで今、動いているのは、術後のパスがメインとなってしまっているが、これはあまりなくても困らないかもしれない。本当に必要なのは、緩和移行や在宅移行を支援するパスであり、そのような双方向の移行・連携のルートを目指しめすパスだと思う。しかし、今のところ、受け皿となる、がん医療、在宅医療の医師は不足しており、方針としてもがん患者を受けない地域医療機関も多い。さらに、病院と地域の医療機関の信頼関係が不十分である場合も多いのではないかと。

これらの現状を評価する上では在宅への移行のところでも述べたような、転出後、他の医療機関への転出の割合、転出までの期間、転院・在宅移行時の患者・家族の満足度などが使えると思う。

7. 拠点病院のグループ指定

これはもともと、拠点病院を上置いて、地域がん診療病院の支援をするという形が想定されていたが、地域がん診療病院は複数の拠点病院とグループ指定をうけることが出来るため、地域がん診療病院を支援する拠点同士の協力関係が醸成される可能性がある。そのことで、グループ内での役割分担の明確化がなされ、ネットワークが構築される期待が出てきた。そうすると、得意分野を生かした役割や紹介のルールが明確化され、それに応じた適切な患者の紹介がなされるようになるかもしれない。そのためには情報開示は非常に重要である。