

○ がん治療の「標準」と「先進」、そしてガイドライン

がんの診療は着実に進歩を遂げ、いまやがんは決して不治の病ではなく、延命のみならず治癒も期待できる病気へと克服されつつあります。そして、このがん治療の成績の改善に、今、最も貢献している治療が「標準的治療」です。

「標準」という言葉からは、なんとなく「平均的」な「並」の治療という印象を受けられる方もおられるのではないかと思います。治療の先進性や難度によらず、現時点で治療に伴う利益と不利益のバランスが最もよくとれており、医学的に最善の結果が期待できる治療だというお墨付を専門学会から与えられた治療が、「標準的治療」と呼ばれます。

他方、良好な効果が期待されているものの、「標準的治療」よりもよい結果が得られるかどうかについてまだ検討中の段階にある新たな治療が、「治験」や「臨床研究」で試みられている治療であり、実臨床の場で行われている「先進医療」ということとなります。そして、これらの治療が現行の「標準的治療」よりも優れていると証明された時、新たな「標準的治療」になるわけです。

現在、様々な領域のがんに対する「標準的治療」を記載した「診療ガイドライン」が専門学会により策定され、書籍やインターネットを通じてどなたでも閲覧、利用が可能となっています。ただし、気をつけていただきたいことは、がんの治療はまだ発展途上の段階にあり、誰がどこで治療をしても同じ結果が得られるというレベルまでに完成された治療ではないということです。そしてさらに、治療を受けられる方の全身状態や社会的背景、さらには人生の哲学、信条などの様々な要因によって、ガイドラインが目指している医学的な最善が、個々の患者さんの希望する最善とは異なってくる可能性もあります。

ガイドラインというと堅苦しいですが、わかりやすく例えれば、おいしい料理の正しい作り方を紹介したレシピ集のようなものと思って頂ければよいと思います。レシピ本は自己流ではなかなかうまく作れない料理の基本を提示してくれますが、レシピ通りに料理しても出来上がった料理はなぜか千差万別、プロの味はなかなか出せないということはおわかりいただけると思います。しかも、プロの味が万人にとって最高の味ではなく、家庭の味の方がずっと好きだという方もおられると思います。さらに、その時の体調によって味の好みも変わるでしょうし、ちょっと目新しい創作料理の方が壺にはまる時もあるでしょう。もし、その人の好みや体調を勘案し、その時点における最善の料理を提案し、オーダーが出れば専門分野のシェフが料理して提供する、そんな料理店があれば理想的ではないでしょうか。

実は、がんの治療については、皆様に医学的な判断のみでなく個々の患者さんの事情を勘案して最善の治療を提案し、確実に提供するという使命を帯びた「がん拠点病院」が指定されています。しかも、「がん拠点病院」にはどなたでも無料で利用できるがんに関する相談窓口も設けられています。がんについて何か不安なことがあれば、まずは「がん拠点病院」を訪れてください。

○ 放射線治療の目的による違いについて～治療の選択肢の幅を広げる放射線治療～

放射線治療は目的によってさまざまな使い方をします。新しい技術が広まっていくとともに、非常に複雑になってきている部分もあります。放射線治療専門医は、主治医の相談を受けて、症例・目的に応じて適切な照射方法・線量・回数などを選択して放射線治療の内容を立案し、患者に説明し同意を得て、実施することを業務にしています。

—根治的放射線治療—

がんを完全に治す（根治する）のを目的とする治療のことです。主に転移のないがんを対象にすることが多いです。頭頸部がんや食道がん、肺がん、子宮頸がん、前立腺がんなど、細胞の種類や臓器によって、手術に匹敵する治療成績が得られる疾患も多く、また、手術と同様に、病巣が小さく早期であるほど治りやすいことがわかっています。疾患や進行度によってある程度治療方法は決まっており、通常はできるだけ多くの線量を照射します〔50～80Gy(グレイ)など〕。

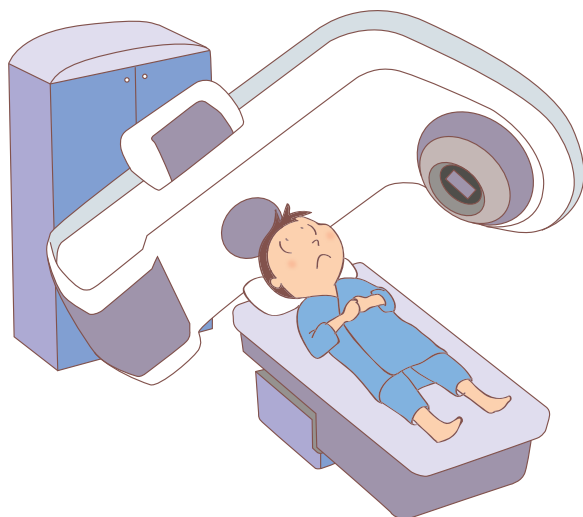
—予防的/補助的放射線治療—

主に手術など他治療の前後に行われる放射線治療です。術後に予防的に放射線治療を行うことで顕微鏡的な病変を制御し再発を少なくしたり、術前に放射線治療を行い病変を小さくし、取り切りやすくしたりする目的で行います。他診療科で協力して実施していく必要があります。方針の相談が非常に重要です。通常、臨床試験などで決まった線量を使用します(30～60Gy など)。

—緩和的放射線治療—

痛みなどの症状などをなるべく取り除く、または和らげることを目的として行う放射線治療です。上記の比較的定型的な治療と違って、緩和治療が必要な患者さんの状況はさまざまです。どのようにすることが患者さん本人にとってよりよいことかを十分に考えて治療を選択する必要があります。昔は、放射線治療“でも”やっておくか、とか、放射線治療ぐらい“しか”できないか、などの“でもしか”治療もあったと聞きますが、最近ではきちんとした放射線治療医であれば、治療の意義もないのに放射線治療を行うことはありません。ただし、放射線治療が患者さんにとって有用であると判断すれば、使える技術や経験を活かして、よりよい状態になることを目指して放射線治療を行います。場合によっては1～2回程度の照射で終わらせるような治療を行うこともありますし、必要であれば画像誘導放射線治療などの最先端の高精度治療を駆使して照射を実施することもあります。

このように、放射線治療はがん診療の経過のいろいろなところで関わってきます。治療を受ける上で、“放射線治療はどうだろうか？”といった疑問を持たれることがあれば、主治医の先生に相談されてみてください。治療の選択肢の幅を広げることができるかもしれません。



第3章 緩和ケアの推進

がんと診断された時から、患者や家族が抱える身体的・精神心理的な苦痛、社会生活上の不安を緩和し、その療養生活の質の維持向上を図ることが重要です。このため、医師等に対する研修の実施や、緩和ケアチームの設置等を通じ、患者が適切な緩和ケアを受けることができる体制の整備と緩和ケアの内容の充実に努めます。

1 現状と課題

- 緩和ケアは、診断時から、身体的、精神心理的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を行うことにより、患者とその家族の生活の質の向上を図るものであり、がん治療と並行して実施することが必要です。

緩和ケアの例

- ▼がん疼痛に対する、医療用麻薬等の投与や神経ブロック等による鎮痛
- ▼悪心や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状に対する治療やケア
- ▼患者とその家族が抱える不安や抑うつ等への精神医学的対応
- ▼がん治療に伴う医療費や生活費といった経済的不安等、社会的苦痛に対するケア
- ▼がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を予防・軽減する支持療法(※)との併用
(※ 例：感染症→抗生剤投与、貧血・血小板減少→輸血、嘔気嘔吐→制吐剤使用)

- 緩和ケアに関わる様々な職種と役割（国立がん研究センターがん情報サービス HP）

| 職種 | 役割 |
|-----------|---|
| 医師 | 痛みなどの体の症状の緩和を担当する医師と、精神症状の治療を担当する医師が、担当医と協力して治療を行います。 |
| 看護師 | 患者さんや家族の日常生活全般についてのアドバイスを行います。転院や退院後の療養についての調整も行います。 |
| 薬剤師 | 患者さんや家族に薬物療法のアドバイスや指導を行います。また、医療者に対して専門的なアドバイスを行います。 |
| ソーシャルワーカー | 療養に関わる助成制度や経済的問題、仕事や家族などの社会生活、療養する場所についての相談などを担当します。 |
| 心理士 | 気持ちの問題などについてカウンセリングを行ったり、心理検査などを行います。家族のケアも担当します。 |
| 栄養士 | 食べたり飲んだりすることに関わる問題に対応して食事の内容や食材、調理法についてのアドバイスを行います。 |
| リハビリテーション | 患者さんの自立を助け、日常生活の維持のためのアドバイスや治療を行います。 |

【これまでの主な取組】

がん診療に携わる全ての医師に対して基本的な緩和ケアの知識と技術を習得させる緩和ケア研修会や、医師や看護師、薬剤師、介護関係者等への在宅緩和ケア研修会を開催するなど、緩和ケアの充実に努めてきました。

また、がん拠点病院等においては、院内緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門により、緩和ケアを提供する体制が整備されています。

県民に対しても、「がんと診断された時から」の緩和ケアの意義について、がん拠点病院等と協働して普及啓発に取り組みました。

- がん拠点病院等においては、入院・外来を問わず、がんと診断された時から適切な緩和ケアを提供できる体制の充実が必要です。
- また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、終末期におけるがん緩和ケアを含め、在宅医療の提供体制を整備することも重要です。

2 本計画における取組と目標

- **緩和ケア提供体制の充実** (県、がん拠点病院等、医療機関等)

がんと診断された時から、患者とその家族の状況に応じた適切な緩和ケアが、入院、外来を通じて提供できるよう、がん拠点病院等と連携して取り組みます。
- **医師等に対する緩和ケア研修の実施** (県、がん拠点病院等、医師会)

がん診療に携わる医師や看護師等が緩和ケアの理解を一層深めるよう、医師を対象とした緩和ケア研修会を実施します。
- **在宅緩和ケアの提供体制の整備** (県、がん拠点病院等、医療機関、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護関係者等)

がん療養患者の生活の質の向上を図るため、かかりつけ医として在宅緩和ケアを提供する医療機関を増やすとともに、がん拠点病院等、訪問看護ステーション、調剤薬局、介護関係者等と連携して、緊急時対応を含む在宅緩和ケアを提供する体制を整備します。
- **在宅医療（在宅緩和ケア）・介護サービス関係者に対する研修の実施** (県、がん拠点病院等、医師会、医療機関等)

がん患者に切れ目なく、質の高い在宅医療・介護サービスや在宅緩和ケアを提供できる体制を構築するため、かかりつけ医を始めとする医療従事者や介護関係者等を対象とした研修を実施します。

3 個別目標

| 指 標 | 現 状 | 目 標 数 値 |
|-----------------------|-------------------------|------------------------|
| 院内緩和ケアチームを設置している医療機関数 | 21か所 (H29年度(2017年度)) | 増やす (H35年度(2023年度)) |

第4章 がん治療を補完・充実する取組

セカンドオピニオンやリハビリテーションなど、がん治療を補完・充実する取組を推進します。

1 現状と課題

(1) セカンドオピニオン

- セカンドオピニオンとは、患者が納得のいく治療法を選択することができるよう、担当医とは別に、第三者の立場にある医師に、治療の進行状況や次の段階の治療選択などについて「第2の意見」を求めることができる仕組みです。
セカンドオピニオンを求めた場合には、その意見を参考に、再度担当医と治療法について話し合うことが重要です。
- 患者及びその家族がセカンドオピニオンを利用しやすいよう、医療機関が十分配慮することが重要です。また、セカンドオピニオンという制度を県民に知ってもらうよう普及啓発に取り組むことも必要です。

【これまでの主な取組】

がん拠点病院等多くの医療機関において、セカンドオピニオン外来等、患者がセカンドオピニオンを受けることができる体制が整備されています。

(2) がんのリハビリテーション

- がん治療の影響や病状の進行により、患者の嚥下、呼吸運動等の日常生活動作に障害を来し、生活の質が著しく悪化する場合があります。
- がんのリハビリテーションは、治療に伴う合併症・後遺症等の予防や緩和、能力の回復・維持などを目的として実施されるものであり、その必要性に応じ、治療実施前や実施直後から開始されます。
- 今後、研修の充実等により、質の高いがんのリハビリテーションを提供できる医療機関を増加させることが重要です。

<表-13>リハビリテーションの対象となる障害の種類①

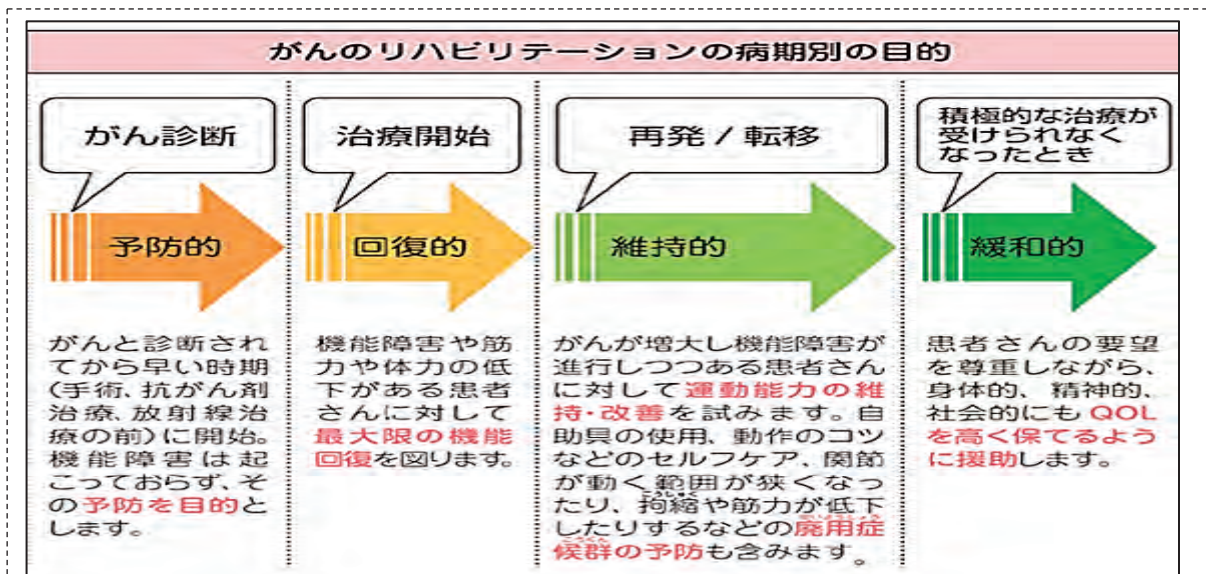
| 障害の原因 | 障害の種類 |
|-------------|---|
| がんそのものによる障害 | <ul style="list-style-type: none">○ 骨への転移による痛みや骨折○ 脳腫瘍による麻痺（まひ）や言語障害○ 脊髄（せきずい）腫瘍や転移による麻痺や排尿障害○ 腫瘍が末梢（まっしょう）神経を巻き込むことによるしびれや筋力の低下 |

（参考：国立がん研究センターがん情報サービス HP）

<表-14>リハビリテーションの対象となる障害の種類②

| 障害の原因 | 障害の種類 |
|---------------|--|
| がん治療の過程で生じる障害 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 抗がん剤治療や放射線治療による筋力や体力の低下 ○ 胸部や腹部の手術後に起こる肺炎などの合併症 ○ 乳がんの手術後に起こる肩関節の運動障害 ○ 舌がんや甲状腺がんなど頭頸部にできるがんの治療後に起こる飲み込み（嚥下（えんげ））や発声の障害 ○ 腕や脚（四肢）に発生したがんの手術後に起こる機能障害 ○ 抗がん剤によるしびれや筋力の低下 |

（参考：国立がん研究センターがん情報サービス HP）



▼ 予防的リハビリ（一例）（参考：国立がん研究センターがん情報サービス HP）

肺がんや食道がん、胃がん、大腸がんなどで開胸・開腹手術を行うと、痛みや麻酔の影響で呼吸が浅くなり、痰がうまく出せず肺の奥にたまりやすくなるため、手術後に肺炎を起こすリスクが高くなります。

この術後合併症の肺炎を予防する目的で、術前にリハビリが行われます。腹式呼吸法を訓練して、たとえ呼吸が浅くなくても自分でしっかり痰を出せるコツを習得しておくのです。

術後は、習得した腹式呼吸の実践とともに早期離床を促し、ベッドに座ったり、病室内を歩いたりするリハビリを行い、肺の奥に痰がたまらないようにします。

【これまでの主な取組】

がん拠点病院等、多くの医療機関において、がんのリハビリテーションが提供されています。

がんリハビリテーションを実施している医療機関数・実施件数（レセプト件数（年））

| | 岩国 | 柳井 | 周南 | 山口・防府 | 宇部・小野田 | 下関 | 長門 | 萩 | 全県 |
|----------|-------|-------|------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 医療機関数 | 2 | 1 | 3 | 6 | 11 | 4 | 1 | 2 | 30 |
| 実施件数(年) | 682 | 209 | 156 | 1,149 | 1,232 | 476 | 257 | 105 | 4,266 |
| 人口10万あたり | 460.5 | 249.8 | 60.5 | 367.1 | 470.7 | 172.9 | 698.6 | 190.1 | |

資料 上段：厚生労働省 医療計画作成支援データ（平成28年(2016年)3月31日時点）

中段下段：厚生労働省「NDBオープンデータ（H007がん患者リハビリテーション料の算定件数）（平成27年度）」

(3) 在宅医療・介護サービス提供

- がん患者が、住み慣れた家庭で療養するためには、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護の提供体制の充実を図ることが必要です。
- そのため、地域において在宅緩和ケア等に携わることができる医療従事者や介護関係者を、引き続き育成していく必要があります。
- また、かかりつけ医、がん拠点病院等、訪問看護ステーション、調剤薬局、歯科医療機関、介護関係者等がネットワークを構築し、連携して取り組むことが必要です。

【これまでの主な取組】

県において、医師、看護師、薬剤師及び介護関係者等を対象とし、在宅医療・在宅緩和ケア研修を実施してきました。

2 本計画における取組と目標

(1) セカンドオピニオン

- 適切なセカンドオピニオンが受けられる環境整備（県、がん拠点病院等）
がん拠点病院等と協力して、患者及びその家族が適切なセカンドオピニオンを受けられる環境の整備に取り組むとともに、セカンドオピニオン制度について県民への普及啓発を進めます。

(2) がんのリハビリテーション

- がんリハビリテーション医療機関の拡充（がん拠点病院等、医療機関、介護事業所等）
がん拠点病院等が実施する研修等を通じ、機能回復、機能維持、早期の社会復帰に向けた質の高いがんリハビリテーションの提供に努めるとともに、がん拠点病院等と地域の医療機関、介護事業所等との連携の強化に努めます。

(3) 在宅医療・介護サービス提供

- 在宅医療（在宅緩和ケア）・介護サービス関係者に対する研修の実施（再掲）
がん患者に切れ目なく、質の高い在宅医療・介護サービスや在宅緩和ケアを提供できる体制を構築するため、かかりつけ医を始めとする医療従事者や介護関係者等を対象とした研修を実施します。

3 個別目標

| 指 標 | 現 状 | 目 標 数 値 |
|--|---------------------------|-------------------------------|
| がんリハビリテーションの基本的技術取得を目的とした院内研修会を実施するがん拠点病院等の数 | 6 か所 (H29 年度(2017 年度)) | 全ての拠点病院等 (H35 年度(2023 年度)) |

○ がん臨床研究・治験

中長期的な視点で、がん医療の質の向上を図るため、山口大学医学部附属病院や各地域のがん拠点病院等の医療機関及び研究施設等において、様々な臨床研究や治験が幅広く実施されています。

▼ 先進的医療技術及び医療機器の研究・開発、診断・創薬等に関連した各種の臨床研究のほか、開発中の薬を患者に実際に使用して効果及び安全性（副作用）等について確認する臨床試験の「治験」が実施されています。

がん拠点病院等の相談支援センターにおいては、がん患者が治験等への参加について情報を求めた場合にも適切に対応できるよう、各センターで連携し、県内の治験情報を共有する取組を進めています。

○ 自宅で生活しているがん患者さんや家族を支援する「伴走者」として

がんの治療を開始する時、医師から治療内容と予測される副作用について説明されます。「どんな辛い副作用があっても、生きるために頑張る！」という気持ちで治療に臨まれますが、副作用によってはかなり辛いものもあります。

中には、治療を終えた後も副作用症状が続く場合があり、「こんな状態で生活していけるのか…」と不安を抱えたまま、退院される方もいらっしゃいます。退院によって、普段の生活環境に戻る喜びはありますが、すぐそばに相談できる医療者がいない淋しさもあります。しかし、今はみなさんが思っている以上に、自宅で生活しているがん患者さんや家族を支援する体制があります。その体制は施設や地域によって様々なので、利用されている病院、もしくは近所の病院の支援体制を確認してみてください。ある患者さんを例に、支援の実際を紹介します。

放射線療法と化学療法を受けられ、口内炎による痛みや口の渇きが続いた状態で退院された A さん。一人暮らしの A さんは退院時期が迫ってくると、「本当に 1 人でやっていけるのか」と不安を抱えていました。

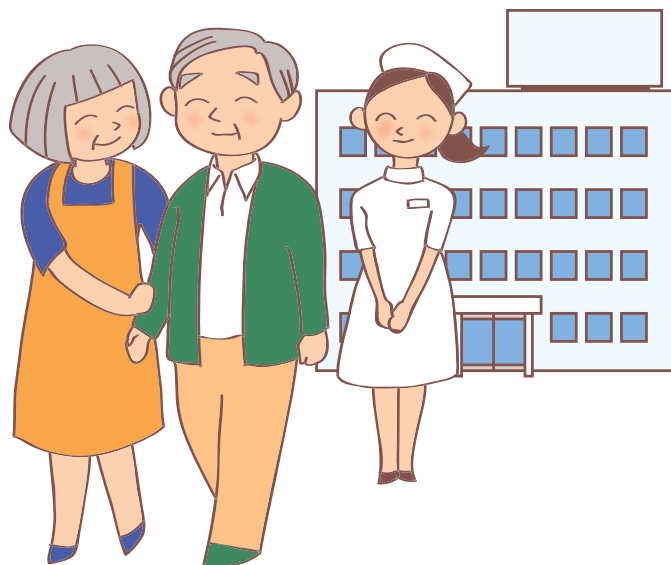
私達は、退院後も定期的に電話で症状の変化を確認し、対処方法を提案しました。また、外来通院の際はゆっくりと時間をかけて、不安な思いを傾聴しました。

退院から 1 か月経った頃、A さんが「自分のことを心配してくれるんですね。退院したら、病院の人とはお別れと思っていました。」と話をされ、支援が継続していることを喜んでくださいました。

A さんと私達は、その後も、生活に応じた症状緩和方法を一緒に考えました。後日、「近所に住む娘と同じ食べ物を食べられた」と A さんが嬉しい報告をしてくださいました。そして、その時、「口の渇きは続いているけど、この位なら何とか生活できそう。これなら生きてもいいかなって思っている」と笑顔で話されました。以前、A さんは、辛い副作用によって、“今”に対応することで必死でしたが、治療環境が変わっても伴走者と共に症状緩和に取り組んだことで、“将来”を考えられるようになりました。

がんと共に生きる過程において、伴走者は医療者であったり、家族であったり、友人であったりと、その時に応じて変化します。様々な伴走者がそばにいれば、状況によって伴走者同士でバトンの受け渡しをしてくれます。

多くの伴走者を味方につけるためにも、様々なサポートの場を是非とも活用してください。



第5章 がん登録の推進

がん登録は、医療機関と行政等の協働により、がんの発生及び受療の状況、予後等についてデータベース登録して実情を把握・分析し、がんの予防やがん医療の向上に役立てる重要な取組であり、さらなる精度の向上を図るとともに、がん対策の推進に資するよう、登録データの有効活用に努めます。

1 現状と課題

○ 平成28年(2016年)1月の「がん登録等の推進に関する法律」の施行により、全国規模での「全国がん登録」が運用されています。

がん登録には、表-15のとおり、「全国がん登録」「院内がん登録」「臓器がん登録」の3つの類型があり、それぞれに目的や役割が異なります。

【これまでの主な取組】

本県においては、昭和61年(1986年)に地域がん登録の取組を開始しました。平成19年(2007年)には、県立中央病院から山口大学医学部附属病院内にがん登録室を移設しています。

現在、全ての病院と、登録を希望する診療所が、「全国がん登録」に協力し、がん症例データの届出を行っています。

また、がん拠点病院等の「院内がん登録」の精度向上を目的とした研修会等により、登録スタッフの技術向上の支援を行ってきました。

<表-15>がん登録の概要

| | 全国がん登録 | 院内がん登録 | 臓器がん登録 |
|-------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| 目的 | がん患者の実情把握 (罹患等) | 医療施設のがん診療評価 | がんの詳細情報の収集 |
| 実施主体 | 国 | 医療機関 | 学会・研究会 |
| 登録対象 | 全がん患者 | 当該施設的全がん患者 | 専門病院のがん患者 |
| 収集項目 | 診断、初回治療、 予後等標準26項目 | 診断、初回治療、 予後等標準99項目 | 臓器により異なるが200 ~300項目 |
| 主要な指標 | 罹患率、生存率等 | 病期や治療別の生存率等 | がん詳細情報、生存率等 |
| 参加機関等 | 47都道府県 病院、一部の診療所 | 全国がんセンター加盟30 施設、がん拠点病院等 | がん研究助成金研究班 参加10~15臓器学会等 |

2 本計画における取組と目標

○ 全国がん登録の推進 (国、県、市町、がん拠点病院等、医療機関)

国立がん研究センター及び県内医療機関等との協働により、「がん登録の推進に関する法律」に基づく「全国がん登録」の推進を図ります。

○ 院内がん登録の推進 (がん拠点病院等)

各がん拠点病院等においては、自院のがん患者について、全国標準項目の「院内がん登録」にもれなく登録し、より精度を高めるよう努めます。

○ がん登録実務者の育成 (県)

全国がん登録及び各医療機関の院内がん登録の精度向上や、院内がん登録に取り組む医療機関の拡充を図るため、引き続き各医療機関の実務担当者等に向けた、がん登録に関する専門技術研修等を実施します。

○ がん登録情報の活用 (県)

個人情報保護に配慮しつつ、市町や医療機関への還元、がん検診や治療等の対策の企画立案等への活用を進めます。

3 個別目標

| 指 標 | 現 状 | 目 標 数 値 |
|---|---|--|
| 地域がん登録・全国がん登録の精度指標 | DCN 8.9% DCO 5.5% IM比 2.15 (H25年罹患症例登録) (H28年度(2016年度)) | 精度基準Aを維持 DCN < 20% DCO < 10% IM比 ≥ 2.0 (H35年度(2023年度)) |
| がん手術実施病院(※)のうち、院内がん登録実施病院の割合 (※月1件以上、がん拠点病院等を除く) | 41% (H28年度(2016年度)) | 70% (H35年度(2023年度)) |

▼ DCN, DCO, IM比とは (がん登録における登録精度の指標)

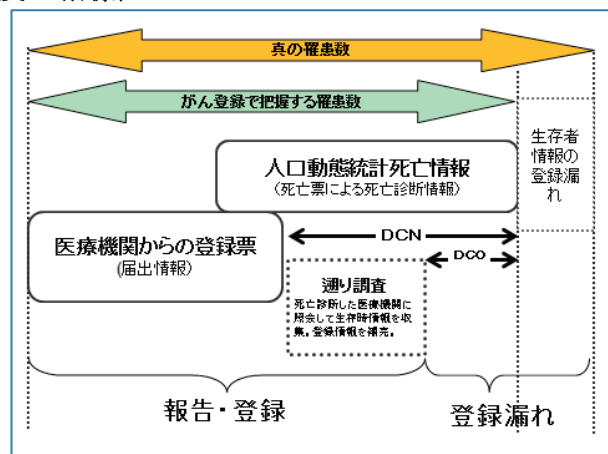
○ DCN (Death Certificate Notification)
死亡情報によって初めてがん登録室が把握したがん症例のこと。

(本来ならば、死亡情報が登録される時点よりも先に、医療機関からがん症例情報が登録されていることが望ましい。)

○ DCO (Death Certificate Only)

死亡情報のみで登録されたがん症例のこと。(医療機関からの情報把握が全くできていない症例のこと。)

登録された全患者のうち、DCNやDCOの占める割合が高ければ、「登録漏れが多く、罹患数の信頼性が低いがん登録」と評価します。



➤ 一般的に、DCNやDCOの占める割合が低いがん登録は、精度が高いといえます。

○ IM比

一定期間における、「がん罹患数」の「がん死亡数」に対する割合。生存率が低い(予後不良で死亡症例が多い)場合や、届出(生存情報の把握)が不十分な場合に低くなります。

➤ 一般的に、IM比が高いがん登録は、精度が高いといえます。