

特別講演後の国立がん研究センター若尾先生との質疑応答

(2011年7月16日、18:00~18:30 医学部良順会館ボードインホール)

がん登録について

(質問：健康保険諫早総合病院 山口先生)

Q：がん登録は非常に大切な仕事で使命だと感じているが、いろんな学会、研究会で、がん登録がこれまでなされてきており、ノルマを毎年のように背負っている。他方、外科関連の学会データ登録もたくさんあり、そういったものを統一したものはできないものか、という希望がある。質問の内容は、一部の学会で今後の事で話が合ったが、韓国の方ですでに始まっているがん患者のID化というのは想定内になっているのか。

↓

A：県の地域がん登録と、病院の院内がん登録、学会の臓器がん登録は、がん登録といえども違うものとして考えていただきたい。ただ、共通する項目もあるので、地域がん登録、院内がん登録でまず共通化し、その基本データをもとに、学会のがん登録はその各学会が必要とする項目を追加するような形で連携することで、負担が軽くなると思う。だから、今まで通り、全部学会のなかで診療科別にデータを集める、あるいは予後調査を行うことはなるべく避け、院内がん登録の情報や県がん登録室での予後調査の紹介があったように、がん登録のデータを横断的に利用できるような体制にもっていこうという話がある。

がん患者さんの番号ですが、「がん患者さん」というわけじゃなくて、ソーシャルセキュリティーナンバーという形で、もうすでに番号がある。社会保障の番号などをがん登録含めて使用することを認める法整備を今後訴えて行き、がん登録に特化した番号ではなくて、全国民の方に番号がついてそれをがん登録、がんの追跡に使えるという流れをめざしている。

もう一点、がん登録の大事な視点として、患者にとってもがん登録のメリットが今、十分伝えられていない、「なんでがん登録するの？」という意義が患者さんにとっても見えてない点があげられる。がん登録の必要性を述べるとともに、患者さんにとって、メリットのあるがん登録を示さないといけない。それには、患者さんが登録している情報をフィードバックする、自分ががん登録すると（それにはデータベースをしっかり作っていかねばいけませんが、）自分がどういう状態であって、患者さんが希望した場合は、今度どういう治療法の選択肢があって、どういう要望が想定されると、というような情報も開示していくことが検討されている。

がん患者について

(質問：長崎大学病院 七島先生)

Q：国立がんセンターがん情報サービスからのパブリックコメントを期待している。私たちも、こういった情報を日常診療にうまく使いたい。手術をうける患者さんの半分以上が氾濫するインターネットの情報報に左右されているので、ぜひ充実した内容をできるだけ早い時期に公開していただきたい。その件に関してコメントをいただきたい。

↓

A：そこが問題だが、どのように解決するかといった答えはまだ見えていない。先ほどのスライ

ドでも、情報提供については「ここが問題です」と論点としてあげられるが、具体的な答えは出ていない状況である。これから年末に向けて、具体的にどういう方策をしようかという検討が行われるという。

Q：現在、患者さんにとって情報取得にはインターネットが手早いですが、不確実な情報が先に多くアップしてくる。国レベルで、これらに対する対策が出来ればと期待している。

↓

A：その一つとして、患者必携もぜひ活用していただきたい。これは、基本的計画に基づいて、推進協議会の方でも確認し、がん研究センターが中心になって作成したものであり、正しい情報を伝えるために活用していただきたい。

(質問：愛野記念病院 深堀先生)

Q：先生のお話を聞いて、国も一生懸命いろんなことをやっているというのがよく判った。国民の教育がもっと大事ではないかと思う。僕も緩和医療を行っているが、「(患者に)緩和医療知っていますか？」と聞くと「いえ、初めて聞きました」というところからいつも話が始まる。先生のスライドで学校の教育も大事だというお話があったが、今からがんになるであろう国民全員をとらえた教育啓蒙をもっとやっていただければ、ここに集まっている医療スタッフの負担も減るし、もっと楽しく働けるようになるんじゃないかなと思う。

↓

A：やっぱり学校教育が重要です。小学生などの教育に、がん教育・医療教育・健康教育をしっかり充実していこうというのは、文科省の担当者も呼ばれた推進協議会でも検討されており、おそらく次の計画にはより具体的なものが書かれると思う。また、前の先生のご指摘もあったが、がん研究センターの方でも、情報提供の部分は強化していきたいと思っている。国民の2人に1人ががんになるので、健康な方もがんの事を十分知っておいていただくことが望ましい。少なくとも、拠点病院がある、がんと言われたら拠点病院などに行って相談支援センターで相談できるということは知ってもらえるよう、情報を発信していきたい。

(芦澤事務局長 より)

がん教育に関しては、禁煙を含めた予防に関してかなり重要な問題になっていると思う。内海先生、去年の協議会幹事会の時にご発言をされていたが、ご専門として学校教育に関するコメントをお願いします。

(質問：NPOピンクリボンながさき 内海理事長)

Q：(1) 今言われた、学校の中で小学生・中学生・高校生に教育をさせてほしいと長年、要望を出しているが、教育委員会は、「がん」と聞くだけで、そのようなことを学校の中に持ちこんではいけないという判断であり、かなりバリアが高く、まったく実施が出来ないでいる。ぜひ、文科省からカリキュラムの中の健康教育内容として降ろしていただければ、ということはずっと考えている。

(2) 先ほど、がん検診受診率が上がらないということで、啓発活動以外の何かを考えないといけないと言われたが、今の無料クーポンなどは女性がんに特化しているが、もっと根本的な対策が必要ではないか。韓国ではもっと違う政策で、個人負担がない形でどんどん検診率があがっていると聞いたことがある。日本も、根本的などころから考えていただくような意見とかは出ているのか。

↓

A: (1) 教育委員会及び、組長さんの考えに依存することが多い。いまの教育指導要領において、教育委員会含めてこれは学校で教育しなさいと、条例を作ってどんどん進めたりしていることもある。元となる学習指導要領を変えることで、それぞれほかの全国に広められる可能性が高くなると思われる。

(2) 韓国については、先ほどのがん登録のところでもあったが、国民総背番号制がある。さらに日本との大きな違いは、支払基金が1つに統一されており、検診も保険でその支払基金がお金を出しており、検診の情報がデータベース化されて、関係者が見られるようになっている。たとえば、保健所的なところが今年を受診者のリストを持っていて、そこを受診者に対して直接的に受診を進め、受診の有無の情報がリアルタイムでわかるため、受けていなかったら、もう一回受診勧奨を行う。さらに、受診者が医療機関にかかると、支払基金が同じなので、検診の追跡をしなくても医療機関での情報がフィードバックされる。さらに、最終的にがんであったかどうかの情報も取れ、全部がリンクして回っている。

日本でそれを動かすとなると、非常にいろんなところで制約があり、いきなり韓国的なことはできないと思う。先ほどお話したのは、まず都道府県レベルで検診の生活習慣病検診管理指導があるが、やはり動いていないところが多く、そこをどう動かすかというところから進めていくことが考えられている。検診も、住民検診、職域検診、任意検診などがあって、データもバラバラの状況であり、まず、全体を統括して、しっかりと受診率、受診者の状況を把握できるような形に整備していくことから始めていかなければいけない。

(芦澤事務局長 より)

長崎県がん対策部会の中の検診委員会は、存在していたがほとんど活動をしていない状況である。先日、厚生労働省および班会議からの要請で、肺がんに関する会議に出席してきたが、各都道府県に、検診委員会の設置ないし、設置済みのところは活動を行うように指示が出された。今月、肺がんの検診委員会を再度立ち上げることになっており、検診に関しては、今後、長崎県のご協力を得て対策が練られると思う。

(若尾先生より WG での追記)

今日の WG で議論になったところで言い忘れたことがある。
相談支援センターの相談件数のカウントの仕方だが、人で数えるか、相談数で数えるか、意見が分かるところである。しかし、平成21年6月22日付けで、厚労省より県へ送られた事務連絡があり、同日に同一相談者が相談支援センターを複数利用した時はその都度1件とカウントするとあるので、これを含めて、また WG で検討していただきたい。

がん対策について

(質問者：日赤長崎原爆病院 福田先生)

Q：がん対策でどんどん熱心に手厚くしていっているが、一方、終末期に関してはどのように考えておられるのか。私たちは、「もういいんじゃないか」と診療を中止すると、患者さんのご家族からものすごく怒られたりトラブルになる可能性がある。ひやひやしなながら顔色を見ながら対応し、次はこうなる等の予防線を張って看取っている。最後が何も守られていないというか。なんとなくがんの末期なんだから、と繰り返し言って、あんまり蘇生せずに終えているが、誰か、家族の中でとても攻撃的批判的な人が突然現れると非常に怖い立場で終末期を診療しているので、最後の方も考えていただければと思う。

↓

A：非常に難しい問題になるが、教育、がんに対する正しい知識を患者さんにも共有することが第一歩だと思う。その一つとしては、治療の開始の時から全体像をみせてあげる、手術をしたら治りますよってというような説明をするのではなく、手術してもそのあとに（一定の割合で）再発すること、再発すると次は手術できないとか、化学療法でも利かないと説明をして、コミュニケーションをして納得した医療を受けていただくことが必要と思う。

Q：患者さんの話し方、対応の仕方を問題にしているのではなく、国として、がん診療を手厚くするだけでなく、“人の死”を迎えるにあたって、やらなくてもよいことも考えないといけないのではないか、ということろに来ているのではないか？

↓

A：逆に国としては、あまりそういう方向には向いていないと思う。

Q：たとえば、90歳の末期がん患者の場合、患者から訴えられている先生がいる現状でも、人工呼吸器を付けたらいくらかでもしないといけないと？

↓

A：それは、やっぱり最初のインフォームドコンセント、本当に適合するかどうかについて患者さんとよく相談することが重要だと思う。個人的な意見だが、患者さんが納得いかなければ、場合によっては、その施設でそういう治療をしないという判断を言ってもいいと思う。すべて、患者さんが求めているものを100%提供しないとイケないということはないと思う。

一部の学会のガイドラインでは、高齢者に対する化学療法などの指針が記載されている所もあると思う。全体のコンセンサスとしては、そういうのを参考にしながら、本当に適用があるかどうかということ、(今までは医療者が決める場所があったが)、患者さんと情報をしっかり共有して決めるべきである。そのために、患者さんにも今の医療の状況を知っていただくということから初めて、そういうレベルでの話ができるように持っていかなければいけないと思う。

地域連携パスについて

(質問者：長崎大学病院 矢野先生)

Q：(1) 連携パスを整備することが指定要件となっているが、拠点病院の要件を満たさず、指定を外された場合に、拠点病院としてはどのようなデメリットがあるのか。

(2) パスを整備するにあたり、厚生労働省とかは、拠点病院以外の医療機関に何か働きかけをすることを考えていないのか。

↓

A：(1) まず一つは、医事課の方はよく御存じだと思うが、拠点病院の新患患者さんの一人当たり 500 点の診療報酬がなくなり、機能強化事業費（地域指定の拠点病院の上限が 1,500 万円くらい、都道府県指定の拠点病院上限 2,500 万円くらい）の補助金がなくなることになる。連携パスでは、計画策定病院には手続きを取れば拠点病院以外でもなれますが、拠点病院の計画策定病院 750 点が取れ、他にも DPC で拠点病院では優先されているところがある。これら種々の報酬関係のメリットが受けられなくということと、患者さんにとって拠点病院の看板がなくなるというものがある。それをデメリットととるかとはならないかは、それぞれの施設の判断による。

(2) パスに関する厚生労働省の働きかけとすれば、今の術後パスが決して良いものとは言えないが、診療報酬として評価されたことは、パスを推進するという一つの厚労省の方向性を示したものである。一方、診療報酬というのは、医師会含めていろんなレベルに、これが改定で付きましたよというのは話されており、がんパスについても、がんの拠点病院以外にも情報提供がされていると思う。

Q：どうしても拠点病院は、やって当たり前の状態で、出来ない指定を外されたり下の方向にしかいかないと思う。拠点病院以外はやらないならやらないで、知らないふりしてもそれでもいいような体制に思えたので、国のほうからも拠点病院以外にも呼びかけをしてもらおうと、がん難民をなくすという本来の目的に近づくのじゃないかと思う。

↓

A：拠点病院制度について矛盾を生んでいる一つは、あるレベルがあって、満たしてないとだめです、満たしたらいいですというそこしかないんですね、実際はすごく頑張っている所と、ぎりぎり満たしている所があり、やはりすごく頑張っている所の評価をしてあげないといけないと思う。何かうまく段階的に評価できるような仕組みを次の改定の中では検討していくのが良いのではないかと思っている。

それと、医療者へのインセンティブは絶対必要で、がん研究センターは、国立の時は給料が同じだったんですが、独法化してたとえば学会の専門医を取得していると、それに対する手当がつく。その人が頑張っているのが認められれば、それなりにインセンティブがつくという状況です。相談支援センターの件数が非常に多くて評判がいいとか、あるいは診療科でも手術件数が多い、非常にリスクのある手術を行うとハイリスク手当がつくというような形で、しっかりと評価することで、インセンティブがあり、全体のレベルが上がっていくんじゃないかと思う。

(芦澤事務局長 より)

最後に 2 点、若尾先生に、みなさんの前であえてお願いがあります。

(1) インセンティブの問題は非常に重要と考えている。今までに、高額の費用を負担して、専

門や認定の資格を取得したり、あるいは国立がん研究センターの研修会に複数回参加したにもかかわらず、何のインセンティブもないのは問題と思われる。それをモチベーションとして働いている人はいないと思うが、診療報酬以外に、拠点病院などの専門スタッフにインセンティブをつけることを推奨するようなこと（通達）を、国としてぜひ考えていただきたい。

（２）内海先生も言及されたが、予算の使い方について。平成 21 年度のがん対策一次補正予算額 237 億円のうち、216 億円が女性特有のがん検診に関する支援、すなわち子宮がんと乳がんの検診無料クーポンに充てられた。しかし、内容がわからずにクーポンを捨てた人、マンモグラフィを撮りに行っても撮像の対応ができないで、結局撮影せずに帰った人が少なからずいたと聞いている。あれこそ、ある意味では予算の無駄遣いと思われる。あの高額な予算を、拠点病院や拠点病院以外でがん医療に一生懸命取り組んでいる施設に配分し、スタッフの研修会参加に使用することなどが、一番有益なことではないかと思うので、先生よりぜひ厚生労働省の方に声を大きくして言っていただければと思います。