

21世紀に求められる医療 ―がん―

：地域がん診療連携拠点病院がめざす医療と大学病院の役割

日本医科大学 外科、*西クリニック 院長 日本医科大学 外科非常勤講師

田尻 孝、加藤 俊二、内田 英二、西 恵吾*

日本のがんの状況は、がん死亡者数32万5941人(2005年)で全死因の30.1%、がん生涯罹患するリスク(推計)は男性46.3%(2人に1人)、女性34.8%(3人に1人)と、国民病として国の対策が必要とされる。しかしながら医療費削減のもとその対応は遅々として進まなかったのが現状である。「がん難民」をなくすため」にからスタートした「がん対策基本法」では、がんの予防および早期発見の推進、がん治療の均てん化の促進、がん研究の推進の3つが基本施策として挙げられている。がん治療に携わっている診療科は多岐にわたっているが、がん対策推進計画にある(図1)5大がん(肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がん)の中の4つを扱っている当外科(消化器・一般・乳腺・移植外科)で、がん集学的医療の実験を体験してきた私共の「外科人生の経験と反省」を振りかえり、また2008年11月に主催する第70回日本臨床外科学会総会のテーマでもある「過去から学ぶ夢の実現」に向けて私見を述べさせていただく。

がん治療は集学的治療であるという大前提のもと、外科医としてまず考えなければならないのは、「自分が治す」から「チームが、そして病院が治す」への意識改革であろう。高齢者社会がもたらし、今後急増する超高齢者、基礎疾患をもったハイリスク患者の治療は、すでに個々の医師のレベルでは対応できる状態ではなく、施設の診療レベルや総合力が問われる時代となり、チーム・連携が重要な課題となっている。

厚生労働省におけるがん診療連携拠点病院の指

定に関する検討会では、各都道府県におけるがん診療のとりまとめ役である、都道府県がん診療拠点病院(都道府県がん拠点病院)と、地域がん診療連携拠点病院(がん拠点病院)が新たに指定された。日本医科大学付属病院も特定機能病院としての位置づけとともに、平成20年4月より「地域がん診療連携拠点病院(がん拠点病院)」として新しいスタートをきることとなった(図2)。都道府県がん拠点病院は、原則として各都道府県に1施設を指定することとなっているが、宮城県、東京都、福岡県においては、2施設が都道府県がん拠点病院として指定された。一方、がん拠点病院としては、全国に351カ所が最終的には承認されることとなるが、承認された医療機関でも、年間手術件数が4,000件を超える医療機関がある一方で、年間120~140件程度の手術件数しかない医療機関も複数あり、がん拠点病院といっても、外科医のレベルが一定とはいえない。

またもう一方で重要な点は、がん治療の地域連携システムの構築である。国や都道府県が想定する「がん医療連携」は、東京都の場合は図3のごとくである。医療機関や検診でがんと診断されたり、がんの疑いのある患者は専門医療を受けるために、がん診療連携拠点病院やがん治療をおこなう病院に紹介される。ここで大切なのはその治療内容や地域連携のみならず「がん登録」であると考えられる。大阪府など一部の地域では「地域がん登録システム」が構築されているが、それをさらに発展させ、地域連携拠点病院でがん登録されたことにより、がん専門医療を受けるのみならず、緩

【目標】

- 5大がん（肺がん・胃がん・肝がん・大腸がん・乳がん）の集学的医療の実施



年齢調整死亡率の20%減少（10年間）

- 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

図1 がん対策推進計画

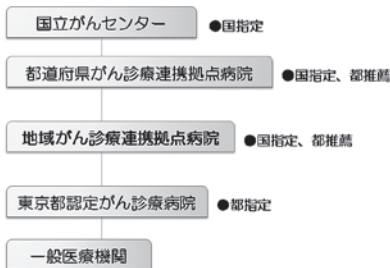
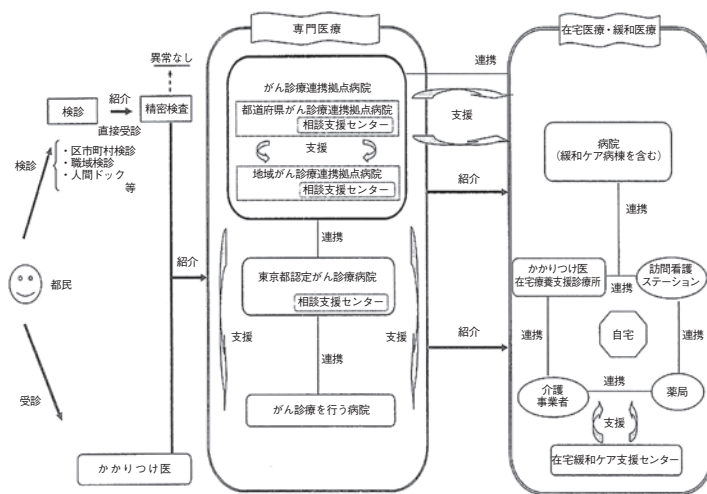


図2 日本におけるがん診療連携拠点病院の構図



東京都がん対策推進計画より

図3 がん医療連携図

和や在宅医療に移行した場合でも、情報の共有化や患者個別情報の追跡が可能となり、このシステム構築が、「がん難民」の減少につながるとともに、医療情報の共有化により、無駄な検査などが減少し、貴重な医療資源の節約の面からも是非、推進すべき課題と考える。

がんを治療するにあたっては、がんの性質・進行度の面からと、宿主である患者の状態の両面から診療に当たらなければならない。

がんは3つに分けられる(がんの程度とは)

- ① まずは施設による治療成績の差がないがんである。早期発見により比較的容易に治療できる、胃がん、大腸がん、乳がんなどの一部であり、現在これらのがん治療は治療成績を落とさぬよう、機能温存に務めながら縮小手術や抗がん剤などの薬物治療のみで完治させる方向で進んでおり、難治性がんとはまた違った集学的医療の段階にきている。検診や内視鏡治療、腫瘍内科などが主役であり、外科医の負担は軽くなっているが、安易な適応拡大など現況でもいくつかの問題点が散見される。
- ② つぎに、医師・施設によって予後が異なるが

んである。すべての進行がんおよび肝臓・胆嚢がん、食道がん、直腸がんの一部などであり、依然として手術治療の巧拙に左右される可能性があり、それは手術症例数に密接に関連するという報告もある。これら疾患群は、外科医の技量や最新の機器の有無、さらに専門的知識の多寡により手術成績のみならず遠隔治療成績も異なってくる。

- ③ そして現時点では誰もどこでも治せないがんである。高度進行がん、再発がん、膵がん、一部の肺がんなどで、いわゆる難治がんと総称されるものである。これががん難民の主体をなしており、一説には日本に数十万人存在するといわれている。そしてこれら治せないがんは、外科外来に流れつくことが多く、言葉は悪いが、「外科の片手間」に治療が行われてきた傾向がある。この状況のもと、がん対策基本法が施行されたわけだが、外科医として反省すべき点と考える。今後はがん拠点病院の使命としてこれらの患者を常に診るという姿勢が必要になってくると思われる。しかしながら、大きな問題点として、化学療法や緩和医療などを誰が行うかであり、

外科医減少の今日ではさらなる議論が必要である。また治療の主体が Surgical Oncologist か Medical Oncologist か、現状では、外科医がやることを余儀なくされており、今後 Medical Oncologist や緩和医療チームが外科医と共同で診療に当たる方向に進むと考えられる。

患者は2つに分けられる

がんについては3つに分けたが、その宿主である患者の状態を知ることもがん治療では必要である。つまりがん治療は「がん」を治すのではなく、「がん患者」を治すことであり、がん治療に際しその基礎疾患の有無で治療方針や治療成績も大きく異なる。

- ①まず基礎疾患がなく、がん治療を行う際に、治療方針をがんの性質・進行度でのみ決められる患者群である。この群を治療する場合は、外科医をはじめ診療に携わる医師の負担は比較的軽く、治療方針の決定もガイドラインに従い、その説明、IC取得から治療手順もクリニカルパスをもとに行える利点がある。とくに上記のがんの程度①との組み合わせでは、どんな医師・施設でも一定の治療成績を残せると考えられる。一方、がんの程度②との組み合わせでは、施設間の治療成績は手術症例数にほぼ平行となるとの一部報告をもとに、症例数至上主義とばかりに、週刊誌等の紙上を賑わせているが、それも一面では、正しいかもしれない。
- ②一方、高齢化社会にともない、がん治療においても治療方針や治療成績を左右する基礎疾患の有無が問題になっている。この群に含まれる症例は年々増加傾向にあると考えられ、とくに他の重篤な基礎疾患の治療経過中に見つかるがんが問題となってきている。これらの症例は一般開業医からの紹介患者よりはむしろ、それぞれの基幹病院で基礎疾患を長期

間治療してきた、いわゆる「院内紹介患者」に多く、時に対応に難渋することがある。当該患者は外科医をはじめ診療に携わる医師の負担が重く、治療方針の決定もガイドライン通りにはいかず、クリニカルパス逸脱症例となることが多い。さらに医師・施設の治療成績の施設間格差につながる問題であると考ええる。このような患者さんは、「がん治療に特化した専門施設」や一般病院の治療対象外になることもあり、「がん難民」の一部を構成するとともに、基礎疾患に対応できる大病院や大学病院に流れてきているのも事実である。ちなみに平成18年1年間での当院消化器外科の内視鏡治療を含む胃がん症例168例中基礎疾患を持つ症例は75例45%で、とくに重篤な合併症で他科の治療を要した症例は19例11%、その内訳として心疾患12例をはじめ肺、肝、脳血管、腎など多岐にわたる基礎疾患を有した症例であることがわかった。これらは複数の専門科を擁している大学病院ならではのがん治療とも考えられ、ある意味、大学病院の使命ともいえるだろう。

外科の役割は？

がん拠点病院としての対応は？

「外科が全てをやるという時代ではない。心情はわかるけれども、それではいけない。俺がやるんじゃないくて、病院がやるというスタンスが大事だ」と癌研有明病院の武藤院長は第45回癌治療学会総会の講演で「がん難民」をなくすためには、「俺がやる」から「病院がやる」への意識の変更が必要と話している。主治医制からチーム医療制へ、カンサーボードのようなチーム医療体制の中で、外科医は他の医療関係者と対等な立場でがん医療に参画することが求められているとも述べている。


そこで21世紀に求められる医療：がん診療連携拠点病院がめざす医療と大学病院の関係について

は、特定機能病院に加え、がん診療連携拠点病院の指定を受ける場合は、1) がんに対して手術療法のみならず、化学療法、放射線療法、緩和ケアなどの集学的治療を行う、2) がん登録、相談支援センター、医療連携などの業務を行うことよかったが、今後は3) 放射線治療装置を有すること、緩和ケアチームにおいて、身体症状の緩和のみならず、精神症状の緩和を専門とする医師（サイコオンコロジスト）の配置も義務づけていく方向で進んでいる。しかしながら、がん治療の中核を担うべき外科医の設置条件については検討されていないのが現状である。

大学病院が、がん診療拠点病院として、特定機能病院として、さらに外科専門医養成機関として今後進んでいくにはいくつかの問題点も浮かび上がってきた。その第一は近年の外科医志望者の減少と、大学病院の外科医における負担増である。

さらに、若手外科医の減少は上級医の負担増を招き、連鎖的に新入医局員の減少に繋がっている。やむを得ず派遣先の大小病院からの撤退・縮小を強いられることにもなり、地方の医師不足や医師の一極集中などの問題を引き起こしている。若手医師の外科離れが進む中、指導医は外科をめざす医師を教育する責務を負っている。しかしベテラン医師は日々の多忙な臨床・研究生活の中でなかなか教育に十分な時間を割けないのが現状ではなかろうか。他臨床科に比べて一人前になるのに時間を要する外科はより計画性のある効率的な教育システムが要求される。

私見を述べさせていただいたが、21世紀の医療を支えるべき医師とくに外科医の現況をがん診療連携拠点病院と大学病院の役割という面から振り返ってみた。



SHARP trial
Selbex vs H2receptor-Antagonist Randomized Prospective trial

H. pylori陽性胃炎にSelbex

効能・効果

- 下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期
- 胃潰瘍

用法・用量

カプセル50mg: 通常成人、3カプセル(テプレノンとして150mg)を1日3回に分けて食後に経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

細粒10%: 通常成人、細粒1.5g(テプレノンとして150mg)を1日3回に分けて食後に経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

使用上の注意

1. 副作用: 総症例10,914例中、52例(0.48%)の副作用が報告されている。(再審査終了時)

(1) 重大な副作用(頻度不明)

肝機能障害、黄疸 AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP、Al-Pの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- その他の使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

指定医薬品
胃炎・胃潰瘍治療剤

〈薬価基準収載〉

セルベックス[®]

50mg / 10%

カプセル / 細粒

〈テプレノン製剤〉

製造販売元

イーザイ株式会社

〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

商品情報お問い合わせ先: イーザイ株式会社 お客様ホットライン室
☎0120-419-497 9~18時(土、祝日 9~17時)

2007年3月作成 SX0703-2