

「がん対策推進基本計画」に盛り込むべき事項について（提案）

参議院議員 山本孝史（がん患者の一人として）

がん対策推進協議会による「がん対策推進基本計画」の策定に関して、以下の「提案」をします。

なお、この「提案書」は現在進行形です。とくに「2」以降の詳細な項目については、私のメモ程度のもので受け取ってください。

今回策定される「がん対策推進基本計画」が、世界的にも高く評価される内容のものとなることを期待します。そのためにも、「目に見えて変化した」と国民全体が受け止められるような「総合指標と達成目標値ならびに達成年度」の設定が不可欠です。

がん患者として、一番望んでいる政策は何か。それを「総合指標」に設定するべきだと考えました。がん種によって、またステージや周囲の生活環境によっても、「一番求めているもの」は異なると思いますが、ここが一番大切なポイントだと思いますので、患者会の皆様も、智恵を絞って、そして発言してください。お願いします。

なお、私の思い違いや、勝手な解釈に基づく記述箇所もあると思います。どうぞご指摘ください。この提案書が議論の参考になれば幸いです。

1 総合指標（最重点施策）の明確化。目標値と達成年度の設定

今後5年間に、次の5つの重点目標を達成します。

○ **がんによる死亡率の●%改善（がんによる死亡者を●削減らす）**

2005年7月にがん対策推進本部が策定した「がん対策推進アクションプラン2005」では、「5年生存率の20%改善」が示されました。目標達成年度は明記されていませんが、「2015年までの10年間に」と受け止めます。ただし、「5年生存率の改善」は、重症患者を早期に見放すことにも繋がりがねないため、指標として採用することの妥当性について協議会で慎重に検討されることを求めます。

WHOなどは、早期発見、早期治療を目指した「がん対策」の効果を測定することを目的として、「がんによる死亡率（死亡者数）の低下」（いずれも高齢化の影響を除外した数字）を指標に採用しているようですので、私も基本計画に取り入れることを提案します。

男女別、がん種別に、目標数値を示すことを提案します。ただし、5年間では目立った成果は期待できないと思われるので、10年などの期間設定が妥当かとは考えます。

国においては、医療費適正化計画と同様に、「全国平均値と最低値との差を半分にする」などの目標設定をすることも可能ですし、都道府県では全国におけるランキングの要因を検討することによって、独自のがん対策の展開につながると考えます。

○ **最初から最期まで診てくれる体制の整備**

ひとつの医療機関、あるいは住み慣れた地域で、「最初から最期まで診てくれる体制」を整備し、「がん難民」を生み出さないようにしてほしいと願います。そのためには、各種のがん対策の推進が求められるのですが、総合的に判断できる指標と目標数値の設定はできないものかと苦慮しています。がん患者の最大の願いではないでしょうか。

○ **普段の生活に近い日々や時間を生み出すことに主眼を置いたがん医療の重視**

とくに、再発や末期のがん患者であっても、仕事や家庭生活を通じて社会に貢献し、人生を一層深めることができるように、普段の生活に近い日々や時間を生み出すことに主眼を置いた

がん医療を行なうことができる環境を整備してほしいと願います。

「医療財源が限られている」「末期や再発がん患者への抗がん剤治療は、延命効果を期待して行なわれていることを理解すべき」などの意見が散見されますが、そもそも「延命」という言葉に対する認識が、協議会委員の間でも異なっていると感じています。何のために末期がん患者に対する抗がん剤治療を行うのかについて、率直な意見交換が必要ではないでしょうか。

「QOL」という言葉も、人によって、その意味が異なるのかも知れません。日本語で「生活の質」と訳しているようですが、「QOL」とは何かを新たに定義付ける議論の展開を期待しています。

したがって、この事項も指標や目標数値の設定が困難ですが、末期がん患者としては、日本のがん医療がめざす方向性を明確にするためには欠かせない議論だと思しますので、今後引き続き協議会で議論されることを望みます。

○ **充実した緩和医療の展開**

疼痛緩和だけでなく、治療に伴う副作用に対する支持療法や、治療開始時からの精神的サポートも含めた、充実した緩和医療を展開することを求めます。適切な指標が思い浮かばないのですが、実態を明確に表す指標と目標数値を検討し設定することを提案します。

○ **院内がん登録と地域がん登録の着実な実施**

院内がん登録と地域がん登録の着実な実施により、性別・年齢別に毎年新たながんと診断された者の数（罹患数）や、がんと診断された者がその後どのくらいの割合で生存できたか（生存率）などを把握することができ、死亡率とともに、がん対策の立案と効果測定に不可欠です。院内・地域がん登録の進捗状況について、適切な指標と目標数値を設定することを提案します。

*以下の記述については「未定稿」と受け止めてください。

2 がん予防・早期発見の推進

◆ たばこ対策の強化

- がん対策において、もっとも「費用対効果」のよいのが「たばこ対策」です。WHOをはじめとして、諸外国の「がん対策」の冒頭に位置づけられています。今回策定する「がん対策推進基本計画」においても、「がん予防」の冒頭に「たばこ対策」を位置づけ、詳しく記載することを提案します。少なくとも、意見交換会の「提言」において示された「たばこ対策」に関する認識を、協議会としては、より明確に「基本計画」に記載することを提案します。
- 40歳までに禁煙しないとがん対策の効果が薄いといわれていることから、禁煙指導を行なう年齢層を重点化し、集中的に効果的な対策を行なうことを提案します。例えば、WHOは、家庭の責任を意識した若い夫婦に向けた対策が、未成年者を対象とした対策より効果的としています。
- 健康日本21で示された「たばこ」に関連する指標に、次の指標の追加を提案します。
 - ・ 公立学校の敷地内全面禁煙（茨城県）
 - ・ 病院施設内（敷地内）の全面禁煙（大阪府）。禁煙措置をとらない病院に対して診療報酬の減額を検討。
 - ・ 医療従事者、教育関係者の率先した禁煙。

◆ がん検診

- がん検診受診率 60%を達成できれば、がん全体の生存率を 10%上昇させることができるという試算もあります（現在のところは男女別がん種別で見た場合、13.5～27.6%）。
- がん検診は、平成20年度からは健康増進法に基づき市町村が行なう事業（努力義務）となります。
- そこで、次のような趣旨の記述を「答申」に盛り込むことを提案します。

「国による全国がん検診率向上システムの構築が求められることから、生活習慣病検診の実施が医療保険者の義務とされたことをよき先例として、がん検診についても医療保険者の実施義務とする方向で検討し、法的措置を含めた所要の措置を講ずること」。

 - ・ 現在行なわれている老人保健法に基づくがん検診は、重複受診者が多く、一方で把握洩れも多いため、「実質受診率」が判らない状態です。提案したがん検診実施体制とすることによって、がん検診の受診管理や検診精度管理制度を確立することができます。
 - ・ 財源は、原則として保険料に求めることを提案します。国民には、がん検診の受診率が向上することで、当初は医療費の上昇をもたらしますが、長期的には医療費削減につながり、保険料率低下にも寄与することを理解していただくように努めます。
 - ・ 公費でのがん検診は、科学的根拠のあるがん検診（死亡率減少効果のあるがん検診）に限定せざるを得ません。がん種、検診方法、受診者の年齢（下限・上限）、受診頻度などについて、厚労省の「がん検診に関する検討会」での議論も参考に、十分に検討し、一定の方向性を協議会でも確認してください。
- 職域検診実施時に、がん検診を同時に実施することを検討するよう提案します。
 - ・ 大腸がんの便潜血検査などは時間を要さないもので、勤務時間には影響しません。
 - ・ がん検診の実施は、企業にとって有能な人材を失う損失を回避できることでもあるので、

職域におけるがん検診の実施費用の負担を事業主に求めることについても検討してください。

- かかりつけ医を受診した折に、がんの症状や兆候が発見されるよう、がんの知識と発見能力の向上に向けた施策がとられるよう提案します。治療を行う医療機関への紹介ルートごとの数値の推移を検証してください。
- 指標について提案します（ここでは、現行の市町村の努力義務による「がん検診」実施体制を前提にして提案します。がん種ごとに設定）。
 - ・ がん検診受診率（過去○年間に、何らかの方法でがん検診を受診した人の割合）（茨城県）
 - ・ 精密検査受診率（市町村実施のがん検診で精密検査になった者の受診割合）（茨城県）
 - ・ マンモグラフィ検診精度管理中央委員会認定の撮影診療放射線技師・医師・読影医師の配置状況
 - ・ 各自治体の成人病健診管理指導協議会の検討結果を公表（第3回意見交換会での意見）
 - ・ その他、精度管理を評価できる指標と目標数値の設定。
- がん検診の重要性については、患者会が一番認識をしていることだと思います。「一番受診してほしい層が受診してくれない」と乳がん患者会からお聞きしましたが、がん検診を受けること、検診で精検を指示された場合は、時間をおかずに受診することなどを訴える力があるのも経験者だと思います。個人的な取り組みとともに、国による組織的な取り組みを求めることが重要ではないでしょうか。

3 がん医療水準の向上

◆ 院内がん登録、地域がん登録の完全実施

- 罹患率・生存率等を正確に把握することが「がん対策」樹立の不可欠な要件であることから、「がん登録実施体制の整備」をより強力に推進する必要があります。
 - ・ がん登録にかかわる診療録登録士の配置と養成を、目標値・達成年度を設定して着実にを行うことを提案します。
- 「基本計画」において、都道府県がん登録機関（さらには、がん登録を行なう医療機関）に公的性格を付与する方向で措置するよう提案します。
 - ・ がん登録の法制化については、上記の措置を講じたうえで、各自治体等の動きを見ながら検討する、いわば二段構えで臨むことが適切ではないかと私は考えます。

◆ 地域拠点病院、都道府県拠点病院の整備（均てん化）

- 本年 10 月の指定更新時期に拠点病院から提出される各種資料を分析し、全国どこでも、誰もが、専門医による最善の治療、サポート、ケアを受けられる体制となっているのかの視点から、拠点病院を通じてのがん医療の提供水準を検証することを協議会に求めます。
- 標準的な抗がん剤の常備状況、効果的な新薬が利用できるのかの調査を行なうことを提案します。
- がん治療を行う医療機関の院長が、「私の病院では、このような姿勢でがん医療を提供します」と文章化して公開されることを提案します。

◆ 標準治療の推進

- 診療ガイドラインやPDQを、患者と医師とが会話する際の素材にできるように、患者や家族が理解できるような平易な文章で提供することを提案します。
 - ・ 「標準治療」とは、「提供されるべき、最低限の治療」との認識が定着することを期待します。

◆ 専門医の養成と確保、医学教育の見直し

- 平成 15 年 7 月に策定された「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」（厚労省・文科省）では、「より有効な対策がとられない限り、がん死亡者数は現在の約 30 万人から、平成 32 年には 45 万人まで増加するとの試算もある」としています。
- このようながん患者数の増加に対して、がん治療に係わる医療従事者は総数でどの程度必要なのか。また、治療法別にみた場合はどうか、必要な病床数はどのように予測するのかなど、厚労省には、がん医療提供体制を検討する際の基礎資料となる数字を示すことを求めます。
- この数字を前提に、がん医療に係わる医師をはじめとした医療従事者をどのように確保すべきか、またがん医療の提供体制の向上のために、どのような施策が必要であるのかを、引き続き協議会で検討し、所要の措置を講ずると「答申」に明記されることを求めます。
- 「2人に1人が、がんに罹る時代」に適合した医師教育となるよう、カリキュラムや医師研修制度などを検討し、文部科学省と一体となって、所要の措置を講ずることを「答申」に明記し、その具体化の方策については、協議会で引き続き検討することを明記されるよう求めます。
その際、手術、抗がん剤、放射線による治療法とともに、緩和ケアにも参加できる能力、コ

コミュニケーション能力、倫理的問題に対処できる能力を身に付けられるような教育課程を望みます。

- 専門医（学会認定資格制度）のあり方について議論し、望ましい方向性について協議会としての合意事項を示されることを求めます。

◆ 国内未承認薬の早期提供、適用外使用について

- がん患者が日本国内での未承認薬を早期に使用できるようにしたり、適用外使用を保険適応とする方途を定めたりするには、臨床研究（治験）の実施体制を強化しなければなりません。しかしながら、我が国の臨床研究実施体制は極めて脆弱であり、「新たな治験活性化5か年計画」（平成19年4月からの実施）も、「5か年計画」と称されていますが、予算は単年度ごとに措置されます。
- そこで、次のような趣旨の記述を「答申」に盛り込むことを提案します。
「臨床研究のための中核病院の整備や、治験コーディネーターや生物統計家などの必要人材を確保し配置することなどを法律に基づいて計画的に行なうことを目的とした、臨床研究の基盤整備推進に関する法律（仮称）を制定すること。同時に、被験者保護法（仮称）の制定を検討すること」
- 欧米各国では整備されている「コンパシオネット・ユース」の仕組みを日本にも導入されるよう検討し、所要の処置を講じることを求めます。
- 臨床研究に参加する患者の医療費について保険適用とすることを提案します。

◆ 放射線療法の充実

- 放射線治療施設の整備よりも、放射線管理に関する工学の知識を有する者を配置するなど、放射線療法の治療成績向上を目指した施策を優先することを協議会として確認されることを提案します。
- とくに、重粒子線施設や陽子線施設については、治療成績や有効性を検証するとともに、今後さらに整備する場合は、地域的偏りを廃して計画的に配備することを提案します。

◆ 緩和医療

- 次のような趣旨の記述を「答申」に盛り込むことを提案します。
「緩和医療提供体制には、疼痛緩和だけでなく、治療に伴う副作用に対する支持療法や、治療初期からの精神的サポートも含めること。その一助として、日本緩和医療学会による緩和医療ガイドライン作成作業を急ぐとともに、患者・家族や医療者に広く用いられるようにすること」
- 緩和ケアに従事できる医師や看護師等、また緩和ケア病棟、ベッドについて、必要数の明示ならびに養成と配置計画の設定を求めます。あわせて、都道府県に対して参酌基準を明示する必要性について検討してください。
- 医学部において緩和ケアに関する講座を開設し、大学病院にも緩和ケア病床を設置することを求めます。目標数値の設定を提案します。

◆ 患者相談支援センターの充実

- がん対策情報センターや各病院での「患者相談支援機能」の強化が重要な課題です。配置さ

れている職員の人数、資格、身分等について、目標値を設定してその充実を図ることを提案します。

- 患者会との連携についても言及されることが望ましいと考えます。

◆ 「患者満足度調査」の実施

- 拠点病院での医療の向上を図るため、治療を終えた患者や退院する患者を対象とした「患者満足度調査」を実施することを提案します。

4 がんの在宅療養・終末期医療の充実

◆ 医療従事者の訪問体制の整備

- 昭和 51 年以降、最期の場所として病院が自宅にとって代わり、今では 8 割の国民が病院で看取られています。すべての居住施設において医療や介護が提供されれば、住み慣れた地域で癒されることも可能となります。患者が望む場所に住み続け、患者が望む場所で最期を迎えられるような社会が望ましいと考えます。
- すべての介護施設への医師その他の医療従事者の訪問が可能となるよう、介護施設における医療の提供について、可能となる方向で整理することを提案します。
- 往診で在宅療養を支え、疼痛管理もできる医療機関の整備を進めるための所要の措置を講じ
ることを提案します。
 - ・ 都道府県の医療計画でも措置されるよう、国は指導してください。
 - ・ 地域医療機関との連携、遺族のサポート、緩和ケア外来の設置など、国立がんセンター東病院での取り組みをモデル事業として、全国での展開を図るとの方針をさらに強力で推進してください。
- 在宅療養を支える医療機関や医師に関する情報を正確かつ明確に提供することを求めます。
目標値も設定して整備を進めることを提案します。

◆ 看取りの場の確保

- 2038 年に 170 万人が死亡するピーク時を視野に入れつつ、ホスピス・緩和ケア病棟などでの必要ベッド数について、目標値を設定することを提案します。
 - ・ その際、2005 年の死亡者数は 108 万人であり、その 3 分の 1 ががんにより死亡していること、高齢者のみの世帯が今後さらに増えることなども考慮してください。

5 がん医療技術の開発振興

◆ がん研究費の使途の見直し

- がん対策予算の8割を占める「がん研究費」については、基礎研究よりも、がん治療の効果が上がると思われる研究に絞って投入することを提案します。
- 研究費の配分について、患者の意見を反映させる仕組みを作ることを提案します。
- また、研究成果を広く国民に周知する方途を整えることを求めます。

6 基本計画策定の前提となる事項について明確にすることを協議会に求めます

◆ 国立がんセンターの独立行政法人化への対応について

行政改革推進法の成立によって、国立がんセンターなどの国立高度医療センターに係わる特別会計の廃止と、独立行政法人化が本決まりとなりました。

これまで、国立がんセンターは、日本の対がん戦略の推進において、一定の役割を果たしてきました。例えば、同センターに開設された「がん対策情報センター」には、多くの機能が付与され、患者代表も参加した「運営評議会」も開催されています。

今後、国立がんセンターが独立行政法人となった場合、病院や研究所は、どのような機能を果たすことになるのか。そのことは、厚労省本省を含めて、今後、日本のがん対策の立案と推進、ならびに予防・検診・治療・緩和ケアを統合した「がん医療」の水準向上をめざす体制を、どのように形成し強化するのかと密接に関連していると私は受け止めています。

厚労省は、国立がんセンター病院ならびに研究所の将来像をどのように描いているのかを明らかにすべきですし、協議会においても、どのような姿が望ましいと考えるのかの意見を集約すべきだと考えます。

議論に時間を要するのであれば、協議会において引き続き議論し、いつまでに意見集約を行うと答申に明記することを求めます。

◆ 拠点病院における「院内がん登録」の初年度の集計・分析、拠点病院の機能評価

○ 拠点病院における「院内がん登録」が今年1月から実施されています。あわせて今年10月には、拠点病院の指定更新時期を迎えます。

そこで、08年のできるだけ早い時期に、07年におけるがんの罹患率、各拠点病院におけるがん患者の受診者数・年齢・がん種・治療内容等、さらには、拠点病院の機能評価が行えるデータ（新患者数、医師の配置状況、部位別の手術・放射線療法・化学療法実施件数など）を集計・公開するとともに、協議会において分析評価し、「基本計画」の進捗状況、効果を評価することを提案します。

○ もちろん、同時期以前にも協議会を開催し、「基本計画」を練り上げるとともに、所要の措置を適切に講じていくことが求められていることは論を待ちません。

◆ がん対策予算の総額、配分のあり方、さらに補強すべき項目の点検

○ がん対策推進協議会の重要な役割として、がん対策予算について、初期の目的どおりに使用され、効果をあげているかを検証し、補強すべき事項を加えて、政府の予算編成過程を考慮しつつ議論することが含まれていることを、委員全員で確認し、その趣旨・姿勢を「答申」に明記することを提案します。

<参考資料>

下記の都道府県単位での「がん対策計画」や、海外の資料を参照しました。

- 三重県がん対策戦略プラン（目標と目標値、達成年度を設定）
<http://www.pref.mie.jp/IRYOS/kurashi/gan/plan/3sho.pdf>
- 茨城県総合がん対策推進計画「がんにならない がんに負けない」
第二次計画 ―アクションプラン（平成16年3月策定。目標と目標値、達成年度を設定）
<http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/yobo/cancer777/newpage1.html>
- 神奈川県「がんへの戦略・10か年戦略」 2005年3月
- **WHO「National Cancer Control Programmes : Policies and managerial guidelines」**
加盟各国の財政や医療資源の状況に応じた「ガン征圧計画」の内容が示されている。医療費抑制策が進む日本は、開発途上国と同様の「がん対策推進計画」とならざるをえないのだろうか。
- **WHO「Strategies to Improve and Strengthen Cancer Control Programmes in Europe」**
2003年11月、WHO加盟の欧州諸国ががん対策の進展と強化について協議をし、対がん政策面での弱点と利点を整理して、各国に対しての提言を行なった。そのレポート。
- **The NHS Cancer Plan : A plan for investment A plan for reform**
ブレア政権のNHS（国営医療提供体制）改革と連動した「がん対策」の表明書である。英国独自の医療提供体制は、がん専門医の増員など、医療資源増強策が採りやすい仕組みであることから、目標値なども具体的に示しやすい利点がある。日本では、そのようにはいかない。重点的に取り組むべき事項の明確化作業の参考となる資料である。2000年9月刊。