

委員からの意見 (別途配付等)

| | | |
|----------------|------------------|----|
| ○ 内田委員 | ・・・・・・・・・・・・・・・・ | 1 |
| ○ 中川委員 (差し替え分) | ・・・・・・・・ | 2 |
| ○ 廣橋委員 (差し替え分) | ・・・・・・・・ | 13 |

まずはじめに、資料提出が遅れたことを、お詫びいたします。

この間、委員諸兄提出の資料に目を通し、医師会としての意見、医師会関係者の意見を取りまとめることも考えてきましたが、その前にまず以下の問題について発言させて頂きたいと考えました。

がん対策推進協議会に対する意見

今、日本の医療は危機的な状況にある。医療崩壊とも、医療破壊とも言われ、医療現場は荒廃し、医師、特に一部の勤務医の疲弊は極限に達している。この原因はどこにあるのか、この問題を解決しない限り、がん医療においてもその未来はないと感じている。

原因の第一は、過重労働である。医師の偏在・不足、事務負担の増加、平均在院日数短縮等に伴うもので、加えて「立ち去り型サポータージュ」といわれる現象の結果、残された医師はさらに過酷な状況に追い込まれている。

もう一つの原因は、過大な責任という点である。結果が思わしくない場合や、患者や家族が納得しない場合に、訴訟や刑事訴追といった医師に対して直接的な責任を問う傾向が、患者、マスコミ、司法等の各方面に見られ、このことが医療現場の萎縮診療や過剰診療をもたらし、一方でリスクの高い診療科を目指す医師の減少を招いている。

このまま抜本的な改革の方向性を示せずに推移すれば、近い将来産科や小児科のみならず、外科系を中心とした救急やがん医療にも深刻な状況をもたらし、さらには内科系医師にも波及する可能性が大きいと考えている。このような中で、いかなるがん対策の基本方針を策定しても、医師を中心とした医療資源の深刻な不足から、その達成が極めて困難になることは明らかである。

医療は医療提供者と患者が協力し、信頼関係を築くことにより成立するものである。すなわち、医療提供者が患者の視点に立って適正な医療を提供することは大変重要であるが、一方で現在はほとんど言及されることのない、患者をはじめとする医療を受ける側が医療提供者の視点に立つことも、同様に重要なことと考えている。このような視点が欠落した中で、個々の委員が自身の立場からの主張をぶつける議論は、十分な成果につながらないのではないかと危惧している。

今回のがん対策基本方針の策定に当たっては、まずこの点について議論し、前文において言及することを希望する。

このような機会が与えられたことに、垣添座長や他の委員諸兄に感謝したい。

がん対策推進基本計画についての意見

東大病院 放射線科准教授/緩和ケア診療部長 中川恵一

1. がん対策推進基本計画についての総論的考え方

がん対策基本法の基本理念（以下の第二条）に従うならば、がん対策推進基本計画は、国民およびがん患者のための計画でなければならない。国民の半数弱が、がんに罹患することを考えると、すべての国民が関心をもって議論すべきである。

医療への国費投入金総額が固定されている場合、通常の疾患では、患者の利益と国民全体の利益とはトレードオフにならざるを得ないが、ここまで罹患数が多いがんの場合には、国民ががん患者の側に立って考えることができるだろう。そのためには、国民が、日本のがんの実情を知る必要がある。また、その場合でも、がんに関する国費投入の増額が必要である。

がん対策基本法とがん対策推進基本計画は、がん患者、国民全体の双方を益する画期的なものであるとの認識が重要である。

第二条 がん対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

一 がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。

二 がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療（以下「がん医療」という。）を受けられるようにすること。

三 がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。

2. がん対策推進基本計画イメージ（たたき台）についての意見

「意見交換会」の提言に基づく「がん対策推進基本計画イメージ（たたき台）」について、以下のように指摘する。

2-1 「たたき台」の幹の部分について

本年3月6日の、参議委員予算委員会の木庭健太郎議員の質問に対して、安倍首相は、以下のように答弁されている。<http://kokkai.ndl.go.jp/>

「昨年六月に成立をいたしましたがん対策基本法に基づき、患者や家族の方々のニーズを十分に踏まえて、本年の夏ごろまでにがん対策推進基本計画を策定することにいたしております。政府としては、その計画の中身については、正にこれは委員が御指摘された中身であります。初期段階から、治療の初期段階から、緩和ケアの実施など患者本位の治療体制の整備、そしてもう一点は、放射線医療を担う専門医等の育成。日本では、まだまだこの放射線医療にも偏見があって、放射線医療を受けたらもうおしまいなんじゃないかという誤解があるんだろうと思うんですね。手術をするという方法、そしてお薬を飲むという方法、そしてこの放射線。実はこの放射線は、欧米等では大変効果的な治療方法、そしてまた負担も少ない、こう言われているわけですが、日本ではまだその専門医が少ない。私も中川先生等からお話を伺いました。その専門医等の育成、そして、がんの罹患率や生存率などを把握する仕組みであるがん登録の推進、そしてまたセカンドオピニオン可能な医療機関の紹介など、国立がんセンターや拠点病院を中心とした相談支援体制の拡充を始め各般にわたる対策を総合的に進めていかなければいけないと。実態をしっかりと把握をして、そしてそれに対する施策を打っていく必要があると、このように考えております。」

また、柳澤厚生労働大臣は、4月5日の第1回「がん対策推進協議会」の冒頭に以下のように発言されている。

「がんは昭和56年より我が国において第1位の死因であり、現在では3人に1人が、がんで亡くなっているなど、依然として国民の生命及び健康にとって重要な課題となっております。こうしたことから、「がん対策基本法」は、与党内でも、また与野党間でも活発な議論が行われ、超党派提案により議員立法として昨年6月に成立し、本年4月より施行されたところであり、また、「がん対策基本法」は、がん対策を総合的かつ計画的に進めるため、

- ・ 放射線療法や化学療法を担う専門医の育成、
- ・ 治療の初期段階からの緩和ケアの実施、
- ・ がん医療に関する情報の収集提供体制の整備や、がん登録等、

従来と異なる新しい視点も盛り込んだものとなっております。

厚生労働省におきましては、本協議会のご意見を踏まえ、関係省庁とも協力しながら、がん対策推進基本計画を策定し、今後のがん対策をより一層推進していけるよう、全力で取り組んでまいりたいと考えております。」

このように、議員立法であるがん対策基本法の、骨子（幹の部分）は、

- 1) 放射線療法・化学療法を担う専門医の育成
- 2) 早期の治療段階からの緩和ケアの実施
- 3) がん医療に関する情報収集・提供体制の整備
- 4) がん登録制度の充実

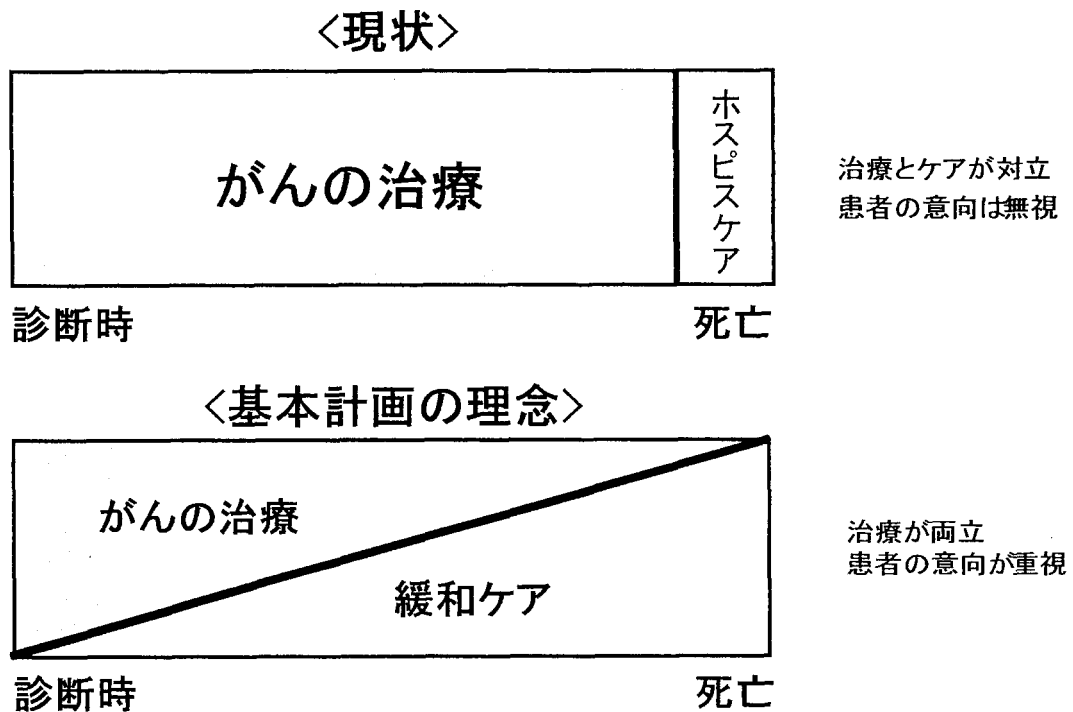
である。

この幹に沿って、枝葉を入れていくべきであるが、実現可能な範囲で十分に合理的な数値目標を策定することが最も重要であると考えます。

2-2. 「たたき台」についての全般的指摘事項

1. がん対策推進基本計画についての総論的考え方、で触れたように、基本計画は、がん患者と国民に向けたものであり、その点でのメッセージ性が重要である。可及的に平易な表現をとるべきである。
また、以下のような平易な図表を用いることを提案する。

図：がん治療の現状と基本計画の目指す姿



2-3. 「たたき台」についての個別指摘事項

はじめに

#1頁、がんをめぐる現状：がん医療費についての記載の意図が不明確である。がんにかかる医療費が高額のように記載されているが、医療費に占める割合では、1割以下であって、むしろ、足りないと感じている国民が多いはずである。むしろ、「2 これまでの取組と今後の展開」において、がん医療費が少なかったという文脈で記載されるべきである。

1頁、これまでの取組と今後の展開：自画自賛的である。とくに、「各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げてきた。」は言い過ぎであろう。せいぜい、「各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術の進歩について、一定の成果をあげてきた」などの記載が妥当か。

「これまでの取組と今後の展開」を「これまでの取組と問題点および今後の展開」とした上で、基本計画の幹にあたる、放射線療法、化学療法、緩和ケア、がん登録に関する立ち後れを指摘し、このため、基本法が制定されたと記載するべきであろう。このことによって、基本法と基本計画の幹が明確になる。

「平成19年から平成23年の5年間を対象として」とあるが、「5年ごとに基本計画に検討を加える」という条文もあり、10年を対象とすべきではないか。

第1 基本方針

2頁、基本方針：「がんによる死亡の減少と苦しみの軽減」は、「がんによる死亡の減少、適切ながん医療の普及（基本法第二条第二項）、がん患者の生活の質の維持向上（第十六条）」に変更すべきである。

「がん患者を含めた国民が、がん対策の中心である」は評価できる。

2頁、「1 がん研究の推進及び研究等の成果の普及・活用・発展」：「がん

対策を更に推進していく原動力となるのは、、、資する研究である。」は文章が難しく、内容も曖昧である。そもそも、がん対策を更に推進していくための原動力が何かは議論が必要であろう。がんの研究が重要であることは正しいので、記述を訂正されたい。

2頁、「がんによる死亡の減少と苦しみの軽減等に資する施策」は、「がんによる死亡の減少、適切ながん医療の普及、がん患者の生活の質の維持向上等に資する施策」に変更すべき。

3頁、「がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制の整備」：「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を尊重するがん医療の提供体制を整備することが求められている。」は、基本法第二条第三項の「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。」の方が意味がはっきりする。このためには、たたき台の「がん情報の提供体制、相談体制、がん登録の整備」だけでは足りない。セカンドオピニオンについての記載が必要である。「治療方法等の選択にあたっては、がん患者が、1つ以上の選択肢のなかから、本人の意向に従ってこれを行う体制を整備していかなければならない。」を追加すべきである。

第2 がんに関する目標

数値目標について以下に、放射線治療、緩和ケア、がん登録、情報提供体制、セカンドオピニオン、がん検診、化学療法、その他、に関する数値目標を提案する。かなり理想論的であり、議論の出発点と理解頂きたい。

1) 放射線治療

- 1-1) 放射線件数の増加（がん患者の25%を50%へ、10年）
- 1-2) 医学部における放射線治療担当教授の倍増（3年）
- 1-3) 医学部における放射線治療と放射線診断の組織上の分離（3年）
- 1-4) 拠点病院における放射線治療と放射線診断の組織上の分離（放射線治療部の設置義務、5年）
- 1-5) 放射線治療に関する診療報酬上の見直し（2年）
- 1-6) 放射線治療の精度管理に対する診療報酬上の優遇（2年）
- 1-7) 外来放射線治療加算の新設（2年）
- 1-8) 医学物理士、放射線治療品質管理士の雇用促進（拠点病院の半数、10年）
- 1-9) 医学物理士、放射線治療品質管理士を国家資格化へ（5年）
- 1-10) 医学物理士業務のガイドラインの作成（1年）
- 1-11) 放射線治療専門技師の倍増（10年）
- 1-12) 放射線治療認定看護師制度の創設（3年）
- 1-13) 放射線治療に関する医療機器の承認体制の検討（2年）

2) 緩和ケア

- 2-1) がん専門医に対する緩和ケア研修の必修化（5年）
(研修の一部は、医学部教育でも代行化とする)
- 2-2) 拠点病院での、有痛率の半減（5年）
- 2-3) 医療用麻薬の呼称変更（2年）
- 2-4) 医療用麻薬に関する規制緩和（2年）
- 2-5) 医学部における緩和医療学講座の新設（10講座、5年）
- 2-6) 地域特性を考慮した終末期医療のありかたの検討（5年）
- 2-7) 在宅療養支援診療所に対する緩和ケア研修の必修化（5年後）
- 2-8) 緩和ケアチームの見直しとチーム数の倍増（5年）

3) がん登録および関連事項

3-1) がん登録を個人情報保護法の例外と規定する法律の制定の議論 (2年)

3-3) がん登録のPR活動 (公共広告機構 2年)

3-4) 地域がん登録の標準フォーマット化 (2年)

3-5) 全都道府県で大阪府レベルの地域がん登録 (5年)

3-6) 全国患者追跡システムの導入 (5年)

3-7) 電子カルテとのリンク (5年)

3-8) 臓器がん登録とのリンク (5年)

3-9) 治療法の評価につながるがん登録システムとすべき点 (5年)

3-10) 特定機能病院におけるがん登録の義務化

4) がん医療に関する情報収集・提供体制の整備

4-1) がん診療についてのナショナル・ガイドラインの作成と更新 (医療者向け/市民向け) (3年、毎年更新)

4-2) 初等教育段階での「がん教育」 (10年)

4-3) わかりやすいがん解説書の整備 (総論、2年)

4-4) わかりやすいがん解説書の整備 (臓器ごと、5年)

4-5) 電話相談 (全国共通フリーダイヤル) や対面相談の充実 (5年)

5) セカンドオピニオン

5-1) セカンドオピニオンに応ずる側への義務化とインセンティブ (2年)

5-2) 院内でのセカンドオピニオン制度 (患者の意向に従い、自由に診療科を選択できるようにする、3年)

5-3) セカンドオピニオンのPR活動 (公共広告機構 2年)

5-4) キャンサーボードでの議論をすべての治療対象がん患者に広げる点 (拠点病院・特定機能病院、3年)

6) がん検診

6-1) 子宮頸がん、大腸癌、乳がんにおける検診受診率の倍増 (10年)

6-2) 保険医療機関における、がん検診プログラムの普及 (5年)

6-3) がん検診の有効性と無効性に関する情報の公開 (公共広告機構 2年)

6-4) がん検診のQAについてのガイドラインの作成 (2年)

6-5) 検診受診者へのインセンティブの導入 (5年)

7) 化学療法

7-1) 医学部における腫瘍内科学講座の新設 (10講座、5年)

7-2) がん診療連携拠点病院における腫瘍内科の設置 (全体の半数、10年)

7-3) 新規治療薬におけるグローバルスタディーへの参加促進 (2年、新規年数件)

7-4) 稀少がんに対する抗がん剤の適用外使用における制度確立 (3年)

コストが極めてかかる治験による承認以外の制度を確立する。

参考: Reimbursement for Cancer Treatment: Coverage of Off-label Drug Indications.

<http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/24/19/3206>

8) その他

8-1) 特定条件でのがん混合診療 (5年)

8-2) がん拠点病院に対する「後方病院」の認定と優遇 (各拠点病院に対して数施設ずつ、5年) (中規模病院は、がん患者受入に消極的)

8-3) がん診療に関する保険審査上のナショナルガイドラインの作成 (3年、保険条件と実態の乖離があるなど、最低年1回改訂)

8-4) 標準治療毎のがん標準クリニカルパスの策定 (5年)

第4 分野別施策

8頁、「一方で、放射線療法や化学療法は、専門家の不足等もあり、欧米に比べて実施件数も少なく、質も担保されていないのではないかという指摘がある。」は、放射線療法や化学療法の質について検証をする術がないため、「一方で、放射線療法や化学療法は、専門家の不足や実施件数の少なさ等の問題も指摘されている。」などの記述に変更すべきである。

9頁、「とくに、放射線療法については、、、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要であるとの意見もあることに留意する。」は、「とくに、放射線療法については、、、線量計算や、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要である。」に変更すべきである。

9頁、上記の記載のあと、「化学療法のみならず、放射線治療においても、外来通院による治療を促進し、診療報酬上の優遇を考慮する。」を挿入するべきである。

その他、放射線療法、化学療法の推進及び医療従事者の育成に関して取り組むべき施策として、医学部における放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進、拠点病院における放射線治療部と腫瘍内科の設置、放射線治療の精度管理の重要性についての記載を盛り込むべきである。

10頁、拠点病院における「緩和ケアチーム」の活動に施設差が大きい。拠点病院における「緩和ケアチーム」の活動ガイドラインが必要である。

10頁、緩和ケアに関して取り組むべき施策として、がん専門医と在宅療養支援診療所に対する緩和ケア研修の必修化、医療用麻薬の呼称変更、医療用麻薬に関する規制緩和、医学部における緩和医療学講座の新設を盛り込むべきである。

在宅医療に関して取り組むべき施策として、地域特性を考慮した終末期医療のありかたの検討を盛り込むべきである。これは、地域コミュニティの機能が在宅医療を支えるからであり、全国一律の枠組み設定は困難である。また、

在宅がん患者に対する抗がん治療は重要であり、「外来化学療法を提供していくための体制について検討する。」(11頁)は、「外来放射線治療および化学療法を提供していくための体制について検討する。」に変更すべきである。

診療ガイドラインに関して取り組むべき施策として、医療者向けと市民向けにわけた診療ガイドライン作成と更新、標準治療毎のがん標準クリニカルパスの策定、がん診療に関する保険審査上のナショナルガイドラインの作成と更新、を盛り込むべきである。

医療機関の整備に関して取り組むべき施策として、がん拠点病院に対する「後方病院」の認定と優遇を盛り込むべきである。

がんの情報提供に関して取り組むべき施策として、初等教育段階での「がん教育」を盛り込むべきである。

がん登録に関して取り組むべき施策として、がん登録を個人情報保護法の例外と規定する法律の制定についての検討、国民へのPR活動、地域がん登録の標準フォーマット化、特定機能病院におけるがん登録の義務化、を盛り込むべきである。

がん研究に関して取り組むべき施策として、がんに関する研究費の配分方法などにつき、透明性を高めるべきである、を盛り込むべきである。

第5 その他

21頁、「効率的・重点的な財政措置」：「基本計画のうち重点的に取り組む課題については、診療報酬などにおける配慮も必要であろう。」などの記述の追加が望ましい。

以上

図1 線形回帰による年齢調整死亡率の予測
 (1990年から2005年のデータを使用) 男女計 75歳未満

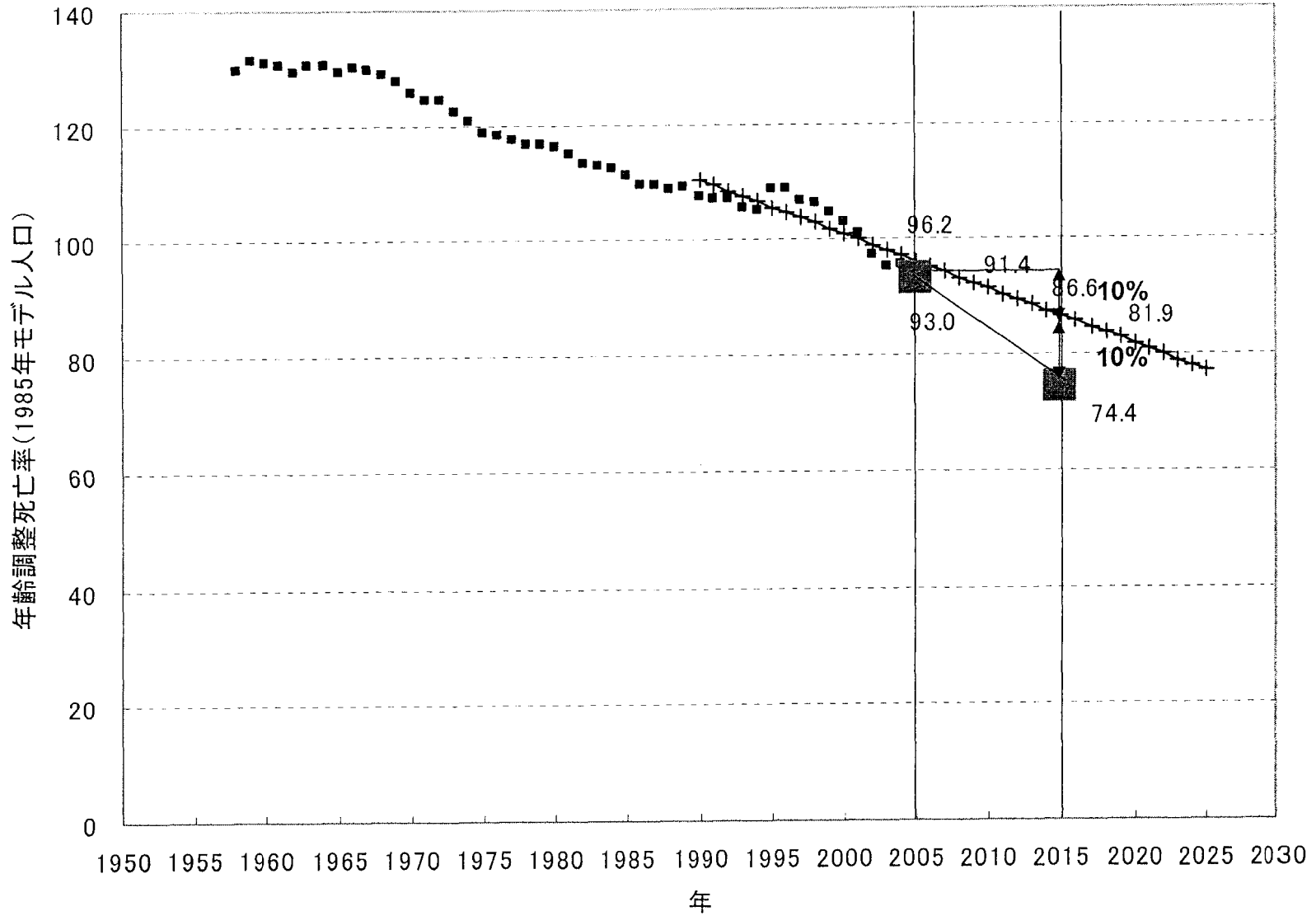


表2 検診受診率が50%または70%になった場合のがん死亡率減少の大きさの予測

| | 死亡減少 効果(%) | 精度管 理など(%) | 修正死亡減 少効果(%) | 現状の 受診率 | | | 死亡率減少(%) | | 死亡数 (2005年) | 死亡率減少(%) | | | | | |
|----------------------------------|---------------|---------------|-----------------|------------|-----|---------------------|----------|-------|----------------|----------|-------|---|----------|----------------------|----------------------|
| | | | | A1 | A2 | A3 = A1 x (1-A2) | B0 | 目標受診率 | | 50%受診 | 70%受診 | D | CをDで加重平均 | | |
| | | | | | | | | B1 | | | | | B2 | C1 = A3 x (B1-B0) | C2 = A3 x (B2-B0) |
| 胃 | 59% | 20% | 47% | 12.9% | 50% | 70% | 19% | 27% | 50311 | 2.9% | 4.2% | | | | |
| 大腸 | 60% | 20% | 48% | 17.9% | 50% | 70% | 15% | 25% | 40830 | 1.9% | 3.1% | | | | |
| 肺 | 28% | 30% | 20% | 23.2% | 50% | 70% | 5% | 9% | 62063 | 1.0% | 1.7% | | | | |
| 乳房 | 19% | 0% | 19% | 11.3% | 50% | 70% | 7% | 11% | 10808 | 0.2% | 0.4% | | | | |
| 子宮 | 78% | 20% | 62% | 13.6% | 50% | 70% | 23% | 35% | 5381 | 0.4% | 0.6% | | | | |
| 肝臓 | 36% | 20% | 29% | 4.4% | 50% | 70% | 13% | 19% | 34268 | 1.4% | 2.0% | | | | |
| その他 | | | | | | | | | 122280 | 0.0% | 0.0% | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | 325941 | 7.8% | 12.0% | | | | |
| 検診と死亡の間にラグタイム5年・受診率を10年で達成と仮定すると | | | | | | | | | | 3.9% | 6.0% | | | | |

