

厚労省「がん対策の推進に関する意見交換会」

## がん医療の課題

～患者・記者の視点から～

2006年11月20日  
読売新聞社会保障部  
記者 本田 麻由美

### 「その日から 生き地獄でした」

● 忘れられないTさん(70歳代)からの手紙

- 妻が不調訴え診療所へ、3か月後に別の病院で肺がん告知
- 5か月後、「もう治療法はない」「退院して」と言われ、仕方なく家へ
- 「相談する術もないまま、私の腕の中で苦しみ、胃液を出しながら息を引き取った妻・・・」

「疑問だらけのがん医療、医者の説明の仕方」対応に不満爆発」

読売新聞2005/8/1付朝刊

### “がん難民”発生と医療不信

診断 年60万人 → 初期治療 → 進行、再発がん治療 → 『もう治療法はありません』

『ホスピスを紹介します』『病院を出て行って下さい』

この間も  
標準治療すら受けられない。  
標準治療といっても幅がある。  
がんの種類によっては、初期段階から標準治療も確立されていない。

治療法がないって、どうということ？  
一体どうしたらいいの？

### 「治療法がない」状態とは？

“その医師”の問題 (知識、能力不足) → 積極的治療法がまだある

“その病院”の問題 → 積極的治療法がまだある

保険制度等の問題 (未承認、適応外薬) → 積極的治療法がもうない

現代医療の限界 → 積極的治療法がもうない

[A]制度見直しで  
● 医療の質向上  
● 医療不信の解消

[B]希望を持って生きる支援と  
● 緩和医療の充実  
● 臨床試験の充実

“何となく”知っているから、疑心暗鬼となり、不信感も増大する

### [A]の視点から強調したいこと① 病院の連携・役割分担

● 「国立がんセンター」とは何をする病院？

新たな標準治療開発や人材育成といった政策医療を行う病院 OR 日本一たくさんの患者を診るがん専門の大病院

● 中途半端が“がん難民”を生む！

- 患者は「日本一と思っていたのに途中で放り出された」
- 職員は「最後まで診たいが、一般病院と違う役割が・・・」
- 他の病院にとっては「・・・(勝手だ！)」

● 国家戦略としてどうするのか、国民に説明を

- 今後、がん研究予算配分の機能も持つというが・・・

### [A]の視点から強調したいこと② 医師養成システムの再構築

● “がん治療の司令塔”を

- 患者の意向や病状に応じて様々な選択肢を説明し、その人に最適な治療をコーディネート
- がん研究ではなく、がん診療ができる臨床医

● 医師養成の課題

- 疾病構造の変化に医学教育、養成・研修システムが追いつかない？
- そもそも、どんな医師をどれくらい養成していくのか？(専門医等)

読売新聞2004/6/28付朝刊

**[A]の視点から強調したいこと③**

### 保険制度による混乱

- “レセプト病名”など柔軟性
  - 乳房再建(自己組織)→報酬改定
  - 保険適応外薬→今でも!

患者にとって良かれ... ↔ 病院によって違うの?!

● 104号通知の徹底!?

- 「適応外使用にかかる医療用医薬品の取り扱いについて」(H11.2.1)
- 今でも地域、各病院でバラつき...

がんと 保険適用 明確でない基準

読売新聞2004/11/29付朝刊

**[B]の取り組みで強調したいこと**

### 臨床試験制度の充実

- 新検討会の議論に期待→国際トライアル参加へ
- 臨床試験(治験)情報の提供、公開
- 参加できない患者への対応は?

### 緩和医療の充実

見放さない医療を!

- 「二者択一」から「二者両立」
- さらに「積極的治療に次の手がなくなっても、その患者への治療がなくなることはありません」
- 医療者の知識、技術習得を(施設、在宅ともに)
- 社会の再発、末期患者への誤解払拭を

**もう一つの不信の根**

- 「医療」への認識の違い

患者  
「医療は万能ではない」と知っているつもりだが、「現代の技術なら...」と、つい(過剰)期待しがち

医療者  
「現代医療も不完全で分からないことだらけ」

- 命と医療 学ぶ機会を

「医療者も社会へ説明を怠ってきた」「不確実性と限界を理解してもらうことが、不毛な対立を防ぐのに役立つ」

がんと 医療の限界しみる痛感

読売新聞2006/6/16付朝刊

**「がん対策情報センター」**

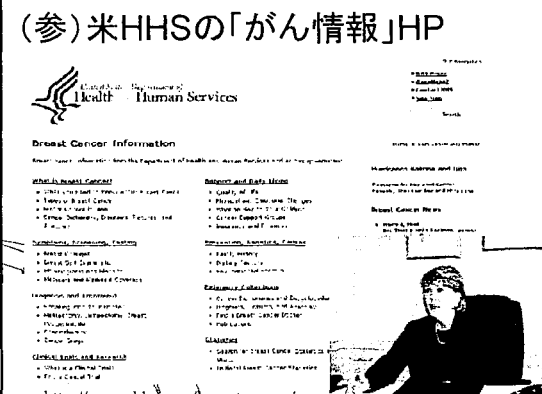
- 2005年2月 患者団体と厚生省側が意見交換
  - がん対策の司令塔「がん対策本部」設置
  - 患者主体の「がん情報センター」設置 など要望
- 「がん対策推進アクションプラン」(2005年7月)
  - “患者の声”を受け設置実現
  - 「正確な情報を整備、提供することで、患者・国民の不安や不満を解消し、がん医療水準の向上と格差を是正」

どんな情報をどう発信すれば “患者に役立つか”に力点を



要望書を手渡す患者団体代表ら

**(参)米HHSの「がん情報」HP**



http://www.hhs.gov/breastcancer/

ゲイル・マクグラスさん

**情報提供のあり方を考える**

生存率などアウトカム(治療成績)情報の公開について意見も様々...

一般国民・マスコミ

- 病院の実力を知りたい
- 病院選択に役立つ
- 公表&比較により、各病院が実力を自己分析でき、医療の質向上につながる

患者

- 現実を見据えて限られた時間を大切に過ごしたい
- 厳しい数値を見たくない
- 軽々に“余命告知”のようなことをしないでほしい

医療者

- 数字が一人歩きする
- 重症者の診療を敬遠することにつながるのでは...

「次は生存率が表示されますが、見たくない場合はスキップできます」などの工夫を

## パンフレットを活用するには



日本でも各種団体が作成しているが「病院が置いてくれない」  
→ がん対策情報センターが「マル適マーク」つけたら？」

(上)SMCの患者図書室(右)MDACCのラーニングセンター

## 患者の力を改革の原動力に

- 国民の最も関心の高い政治課題は「社会保障」
  - 8月の読売新聞全国世論調査「総裁選の争点にすべきは？」
    - ①「社会保障」57%、②「景気・雇用対策」49%
  - 定例世論調査「内閣に優先的に取り組んで欲しい課題は？」  
昨年9月以来、首位は「社会保障制度改革」
- もう「患者」しかない！？
  - 政府は、給付抑制・保険料アップを繰り返し…
  - 医師会、学会の限界？ 現場の医療者の疲弊
  - 保険者団体の限界？
  - 一般国民(潜在患者)も「患者になって初めて分かった」

## 担うべき新たな役割

- これまでの患者会
  - 会の中で患者同士支え合い、希望を与え・もらう
  - 治療に役立つ情報交換
  - 一方でグチ…未熟な権利意識
- ファースト・ステップとして
  - 患者の声を社会に届け、意識を高めよう
  - 医療現場の現状を、患者視点から問題提起
- 次のステージへ
  - 医療政策決定の場に参加して、医療者、行政と協力して医療を変える責任、自覚を
  - ボランティアとして患者支援活動に参加(家族、友人らも)

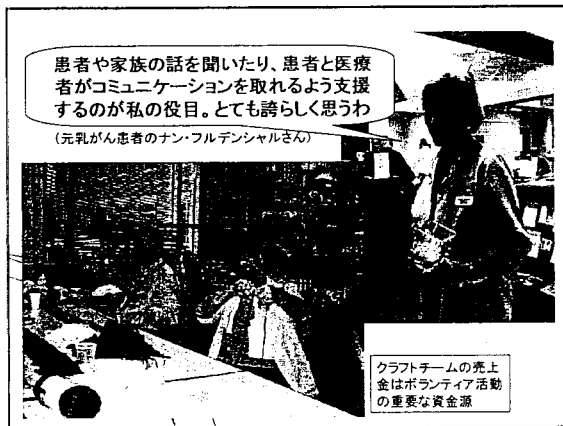
## ボランティアの力

### MDアンダーソンがんセンターの場合

- 1500人前後の登録ボランティア(元患者、家族、友人ら)
- 元患者ら1000人近くがチームを組み新患者から電話相談を受ける「サポートライン」
- 各診療科配属、クラフトチーム、約70のボランティア活動プログラム
- 統括するのは同病院の「ボランティアサービス部」



読売新聞2003/11/25付朝刊



患者や家族の話の聞いたり、患者と医療者がコミュニケーションを取れるよう支援するのが私の役目。とても誇らしく思うわ  
(元乳がん患者のナン・フルデンシャルさん)

クラフトチームの売上金はボランティア活動の重要な資金源

## (参)NCIでの患者参加の現状

- CARRA (Consumer Advocates in Research and Related Activities)
  - 2001年発足、現在185人のメンバー(がん経験者が関係する団体に3年以上の経験者)
  - 国のがん研究予算(年間4.6billion \$、うち80%が外部機関へ助成)の配分決定に意見する
  - 教育資料の開発協力、政府の委員会などにも参加
- Liaison Group
  - 1998年、NCIの活動に提言するがん患者15人委員会
- Cancer Panel
  - 1971年、大統領が直接任命した3人(医師・研究者・患者)
  - 毎年がんの状況を報告、2003年は1000万人に達したサブサイバーの現状を取り上げた

## ボランティア育成 どう支援？

例えば、拠点病院の「相談支援センター」

- 地域の患者(団体)も支援活動に加わるには
- どう選び、どう研修を受けてもらうか
- 研修プログラムは？
- 誰が行う？

MDACCボランティアサービス部のローリー次長

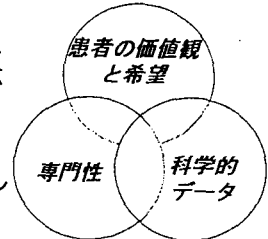
がんの辛さをよく理解している経験者こそが、患者にとって「一番の支え」になるという考えで、ボランティアを医療チームの一員と位置づけています



## 最善の医療を選択(提供)したい

### ●「均てん化」？

- 「生物が等しく雨露の恵みに潤うように各人が平等に利益を得ること」(広辞苑)



### ●その先へ

- 「標準治療」は最低ライン
- 望むのは最善の医療の選択(提供)
- 患者側の自覚も必要

エビデンス・ベースド・メディスン (EBM:根拠に基づく医療)の3要素

## 最後に

- 「がん医療改革」を“きっかけ”に
  - “サーチライト”のように課題を浮き彫りに
  - その多くが医療そのものの問題
  - 「どんな医療を望むのか」
  - 医療財政の規模や個人負担の水準は？ 保険の範囲をどうする？
  - 患者・国民の参加(=知ること)で、共に考え、選択するしかない！
- “医療費政策”から“医療政策”へ

ご静聴ありがとうございました

読売新聞記者 本田麻由美

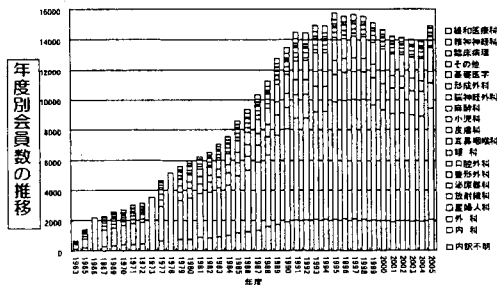
### がん対策の推進に関する意見交換会

日本癌治療学会理事長  
大阪大学大学院医学系研究科外科教授  
門田守人

1. 日本癌治療学会について(組織と活動)
2. がん治療認定医に関する考え方
3. 目覚ましく進歩したがんの外科治療
4. 医療現場からの提言



日本癌治療学会設立趣意書(昭和38年8月11日)癌の臨床を主体とした民主的に運営する学会を設立し、癌の撲滅を図るために合理的かつ効果を上げるように



### 日本癌治療学会の特色

- 臓器並びに治療手段を超えた横断的基盤学会
- 各がん治療専門学会の共通部分についての検討
- 各学会の壁を越えてがん治療体制の整合性を図ることのできる学会
- 専門別細分化の弊害を補うことのできる学会
- がん医療に関する基盤整備を行うことを本学会の社会的責任と認識(がん診療体制、医学教育、医療安全、医療費、医療訴訟、患者と医師の関係のあり方、インフォームドコンセント等)

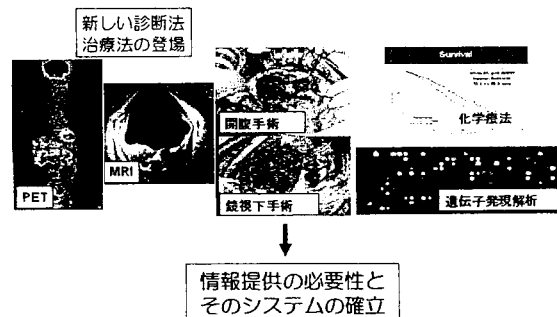
### がん治療に関わる基準・ガイドラインの策定の事業(1)

- 1) 固形癌治療効果判定基準
  - 1986年3月 固形癌化学療法効果判定基準 成立
  - 2003年5月 RECISTガイドライン(日本語訳は、JCOG版)を採用
- 2) 毒性基準
  - 1986年 固形癌化学療法効果判定基準における副作用記載様式
  - 1997年1月 薬物有害反応判定基準として公表
  - 2002年4月 NCI-CTC日本語訳JCOG版第2版 採用決定
- 3) 癌の臨床に関する規約総論
  - 1985年 生存率算定規約を刊行(金原出版)
  - 1991年 癌規約総論(金原出版)刊行:生存率規約、生存期間規約、用語集、リンパ節規約
  - 2002年10月 「リンパ節規約」(金原出版)(改訂版)刊行
  - 2003年8月 「リンパ節規約」を英文刊行(JCO vol.8 no.4)
- 4) 臨床試験に関するガイドライン
  - (1)第3相試験
    - 1993年 臨床試験委員会設置
    - 1997年1月 「臨床試験実施ガイドライン第3相を中心として」刊行
  - (2)第1, 2相試験
    - 2004年2月 抗癌剤併用探索的試験ガイドライン#1(いわゆる抗癌剤併用第I/II相試験のガイドライン)刊行

### がん治療に関わる基準・ガイドラインの策定の事業(2)

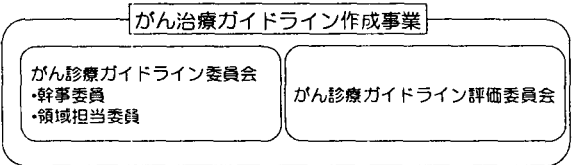
- 5) G-CSF適正使用ガイドライン
  - 2001年12月 刊行
- 6) 厚生労働省委託事業:抗癌剤適正使用ガイドライン作成
  - 1999(H11), 2000(H12)年度
  - 対象癌種 造血幹腫瘍、消化器癌(胃癌、大腸癌、肺癌)、乳癌、婦人科癌、泌尿器癌、脳腫瘍、皮膚癌、悪性骨軟部腫瘍
  - 2004年8月 総論、大腸癌、肺癌、泌尿器癌、皮膚悪性腫瘍を刊行
  - 2005年6月 造血幹腫瘍、乳癌を刊行
  - 2006年6月 胃癌、肺癌(厚生労働省委託事業対象外)を刊行
- 7) 癌診療ガイドライン
  - 2001年11月 臨床腫瘍データベース事業開始
  - 対象癌種等:胃癌、肺癌、GIST(2005/10追加)、口腔癌、骨軟部腫瘍、小児癌、小児白血病、食道癌、肺癌、造血幹腫瘍、大腸癌、結直腸癌、頭頸部腫瘍、乳癌、脳腫瘍、肺癌、泌尿器癌(前立腺癌、精巣腫瘍、尿路上皮癌・腎癌)、皮膚悪性腫瘍、婦人科腫瘍(子宮癌・卵巣癌)、症状緩和
  - 2005年8月 厚生労働科学研究費補助金による研究事業を開始
  - 対象癌種:食道癌、肺癌、肺癌、大腸癌、胆膵癌、皮膚悪性腫瘍、卵巣癌

### がん診療ガイドライン事業発足の背景



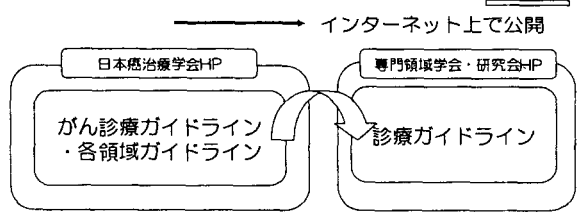
### がん診療ガイドラインに求められるもの

- 1.客観性とクオリティの点からより確実かつ保障されたもの  
 → 各専門領域 学会・研究会の支援 評価委員会の設置



### がん診療ガイドラインに求められるもの

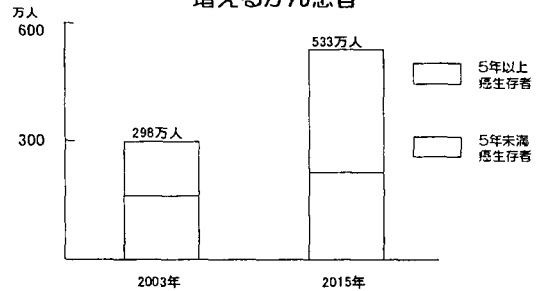
- 2.ガイドラインは、いつでも、無料で閲覧可能



各専門領域学会・研究会HPとのリンク方法については検討中

### がん治療認定医に関する考え方

### 増えるがん患者



わが国の癌患者数は2015年にほぼ倍増し2050年まで横ばいで推移する。  
 (厚生労働省がん研究助成金「がん生存者の社会的適応に関する研究」2002年報告書)

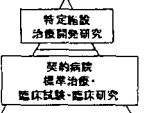
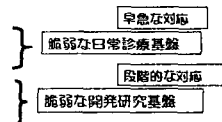
### 求められるもの

多くのがん医療事故  
 専門外の領域・治療法に関する乏しい知識  
 臨床開発研究の遅れ  
 国際的・先駆的な臨床研究が稀少

初診医師のレベルによって支えられる  
 高度先進医療と専門医制度



最初に患者さんを知る医師



基礎的腫瘍学を修得した医師  
 による基礎的医療

### 受療者の目線



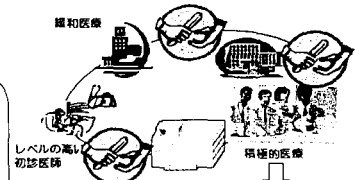
適正な実地医療  
 新規医療の開発

根拠と評価

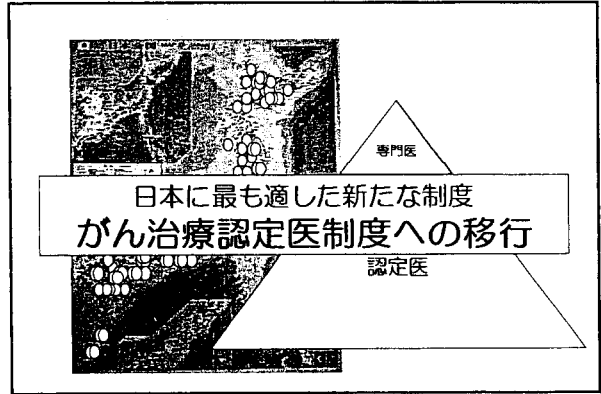
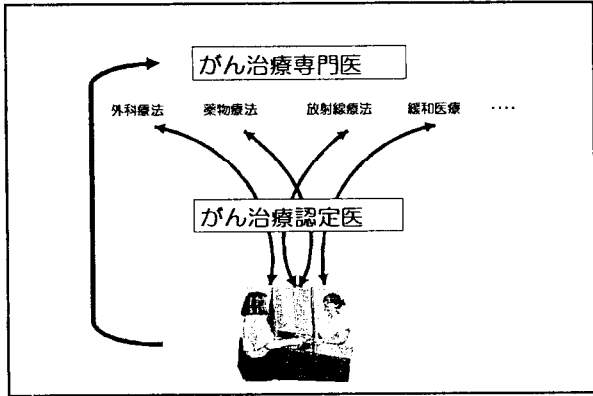
どこにいても  
 どの病院でも  
 どの医師でも  
 どの施設でも

最初から最後まで、満足  
 できるがん治療

安心してかかれる  
 専門の医師



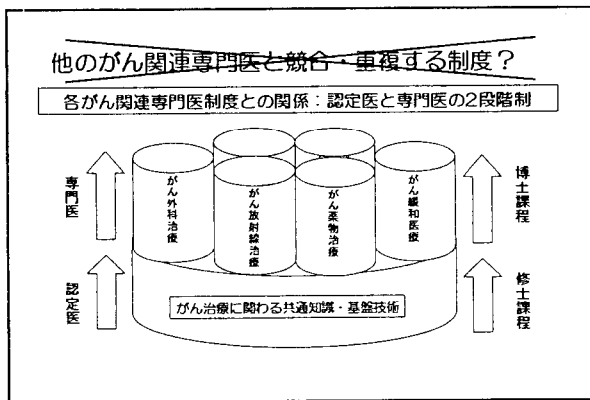
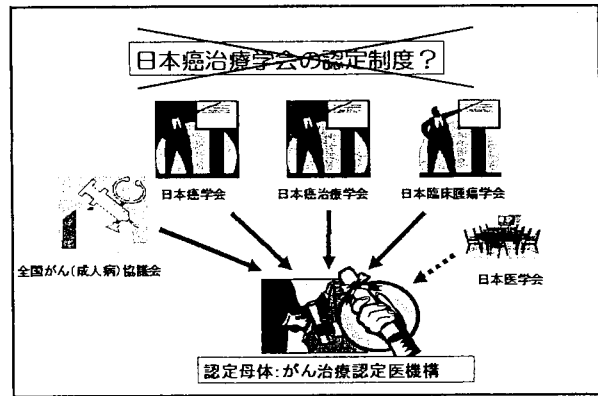
手術、薬物療法、放射線療法など  
 各Rの領域に関する高度な医療



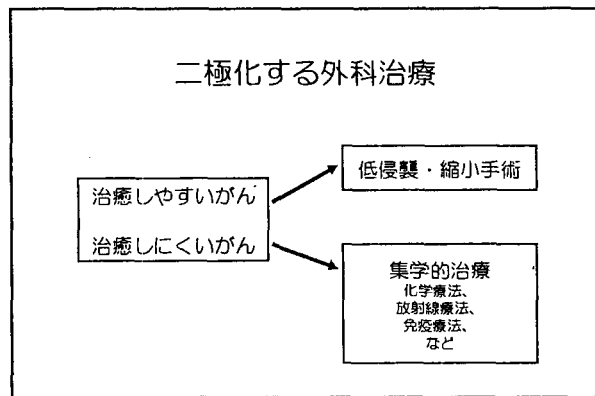
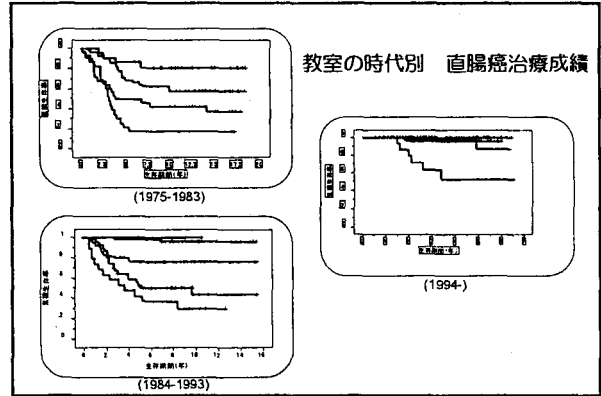
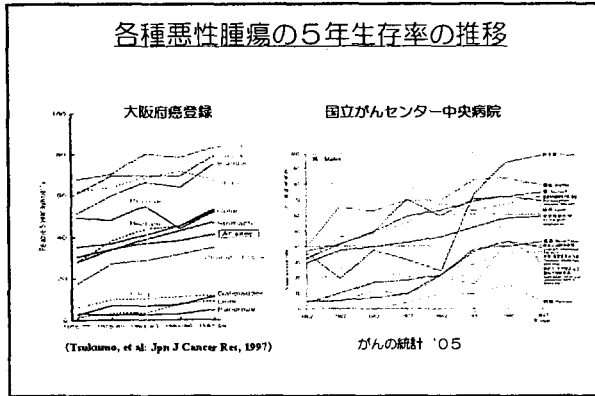
日本癌治療学会における専門医制度の検討経緯

1995年 6月	第1回臨床腫瘍学制度検討委員会
1997年 10月	理事会、評議委員会臨床腫瘍学制度否決
1998年 2月	第1回臨床腫瘍学制度検討委員会
2001年 4月	第1回臨床腫瘍学制度検討委員会
2001年 7月	臨床腫瘍学制度初回認定
2002年 3月	厚労省：専門医制度認可
2003年 6月	日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医制度スタート
2003年 10月	「がん治療専門医制度」研究会了済
2004年 3月	本学会がん治療専門医制度委員会発足
2004年 8月	日本学術会議のヒアリング
2005年 6月	日本医学会よりの意思
2005年 7月	第9回理事会（持ち帰り）
2005年 8月	第10回理事会 がん治療専門医制度の中止、がん治療認定医制度を承認
2005年 11月	第1回 WG
2006年 1月	第2回 WG
2006年 2月	第3回 WG
2006年 3月	第4回 WG
2006年 5月	第5回 WG
2006年 7月	第6回 WG
2006年 8月	第1回 腫瘍学委員会審議会
2006年 9月	第2回 腫瘍学委員会審議会
2006年 10月	第3回 腫瘍学委員会審議会

単独学会専門医制度  
共有制度  
認定機構



目覚ましく進歩する固形がんの外科治療



## 提言

- ### がん治療の研究は国民全体の課題
- 患者さん、参加しようがん治療の研究に。参加しよう臨床試験に。(早く新しい治療を受けたいが、モルモットになるのはイヤ)
  - 国民の皆さん、学ぼう医学・医療を、自己決定権を行使できるまで。
  - 理解しよう、直らないがんもあることを。
  - 医師よ、臨床医学の研究は患者さんのため、決して自己のためではないことを自覚しよう。



# 放射線治療の現状

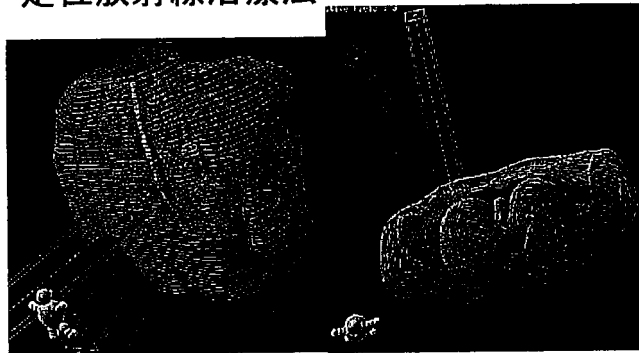


東北大学病院  
がんセンター長

山田章吾

## 最近の放射線治療の進歩(1)

### 定位放射線治療法



肺がんの局所制御率  
(1998-2000)

原発性肺がん  
15/17=88%  
転移性肺がん  
39/43=91%

治療前

線量分布図

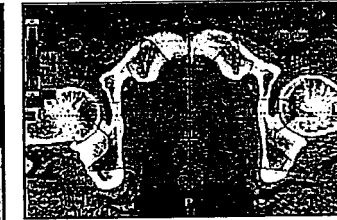
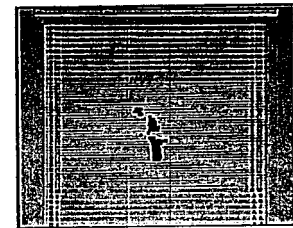
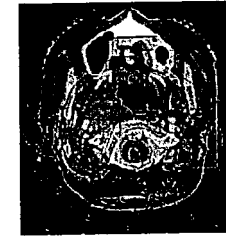
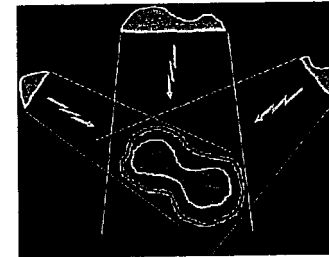
治療2ヶ月後

治療4ヶ月後



## 最近の放射線治療の進歩(2)

### 強度変調放射線治療(IMRT: intensive modulated radiation therapy)

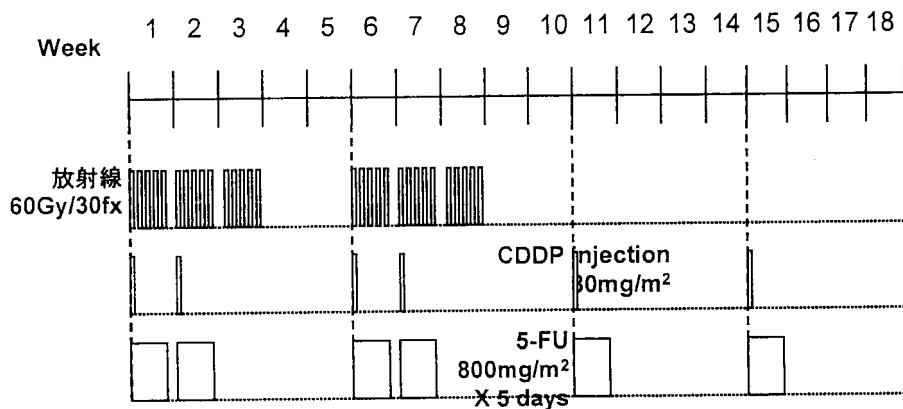


IMRT法により前立腺がんの照射線量を70 Gyから90Gyに増加し、直腸出血率を30%から3%に減少させ、治癒率を70%から90%に改善することができた。

44-6777-1

## 切除可能食道癌に対する 化学放射線治療法

化学放射線治療後CR例は経過観察。腫瘍残存  
あるいは再発例は救済手術を行う。

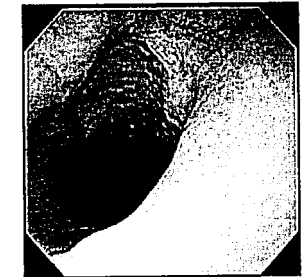


## 放射線治療中の食道癌の変化

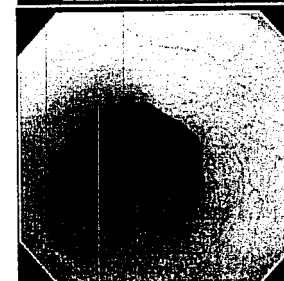
治療前



30Gy



60Gy

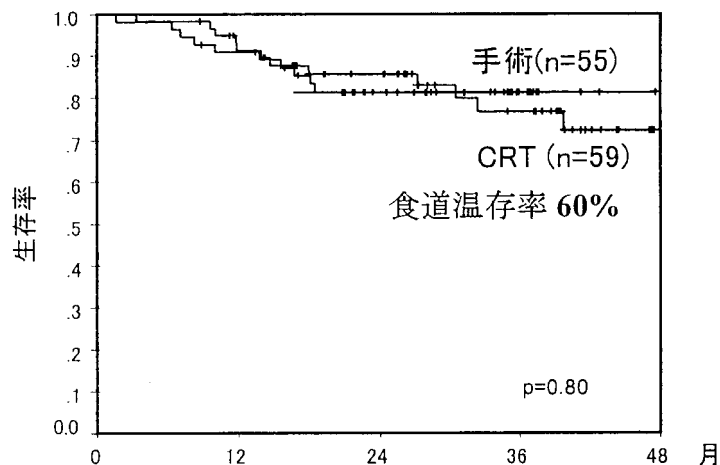


治療

1ヶ月後



# 手術 V.S. CRT (全症例)



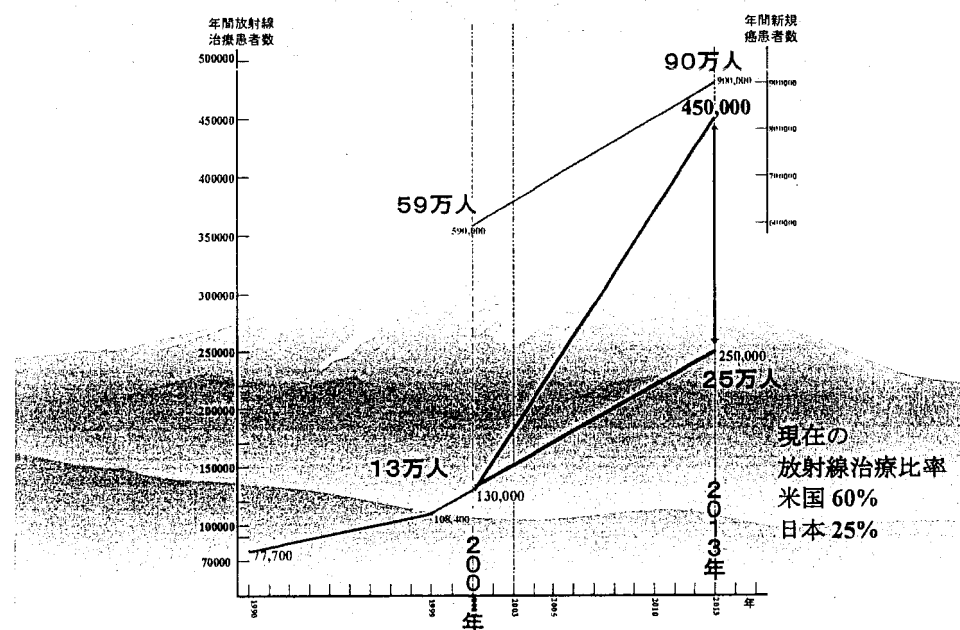
放射線治療は従来より格段に向上してきており、手術可能例にも適応が拡大してきています！

# 日米放射線治療構造比較

2001年データ (手島らによる)

	日本	米国
人口(×10 <sup>6</sup> )	126.7	280.3
施設数	640	2,000
新患数	134,000	700,000
放射線治療比率	20%	60%
放射線腫瘍医数	500	4,000
物理士数	40	4,000

# 放射線治療受診患者数の将来予測



# 治療施設数とスタッフ数

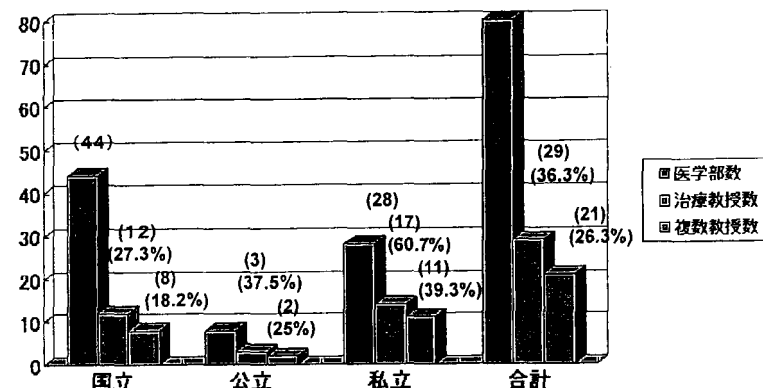
JASTRO 構造調査(日放腫会誌15:115-121, 2005)

	1990	1995	1999	2003
施設数	378	504	636	726
新患数	62,829	71,696	107,150	149,793
一施設当り患者数	166	142	168	206
治療装置: リニアック	311	407	626	744
テレコバルト	170	127	83	42
Ir192 RALS	-	29	73	117
放射線治療医(常勤)	547	821	925	921
認定医 (JASTRO)	-	-	-	369
一施設当り常勤医数	1.4	1.6	1.5	1.3
一施設当り認定医数	-	-	-	0.5
常勤治療技師数	592	665	771	1,555
一施設当り常勤技師数	1.6	1.3	1.2	2.1

## 放射線治療に必要な照射機器とスタッフ数の将来予測 (10年後：2015年)

	2015年	2005年
放射線治療機器	1,200台	750台
放射線治療医	1,800人	500人
品質管理士(物理士)	900人	70人
治療専任技師	2,400人	1,600人
治療専任看護師	1,200人	

## 医学部における放射線治療担当教授の比率



平成17年6月  
晴山分析

## 放射線治療における人材育成

- 放射線腫瘍医の育成と他科の医師への教育のため、すべての医学部で放射線診断学と放射線治療学の分離が必要と思います。
- 当面の危機に対して、治療計画など医師を支援する品質管理士(治療物理士)の配置をお願いいたします。
- 放射線腫瘍学会として出来ること、また協力できることは何でもいたします。