

# 第一回 がん対策の推進に 関する意見交換会(資料)

全国がん(成人病)センター協議会会長  
国立がんセンター総長

垣添 忠生

# 国立がんセンター設立準備委員会 意見具申書の概要 (昭和35年8月とりまとめ)

1. 診断治療機関を体系的に整備せられたい。
  - (イ) 東京に理想的ながんセンターを設立して施策の中核たらしむること。
  - (ロ) わが国の地形的特性からみて各ブロック毎に国(公)立の第2次センターを整備すること。
2. 国立がんセンターの運営に当っては次によられたい。
  - (イ) 病院部門においては、
    - (1) 診断部門に重点を置くこと。
    - (2) 晩期がん患者の積極的治療を行ない治療費の減免措置を考慮すること。
    - (3) 診断治療に関する医師及び技術者の養成研修を行なうこと。
  - (ロ) 研究部門においては、
    - (1) 臨床に関する研究から着手し、漸次基礎的研究に拡大すること。
    - (2) 薬効試験研究を行なうこと。
    - (3) 研究の助成流動研究員等の方法により研究の全国的協力体制を作ること。
  - (ハ) がん研究の情報センターとしての機能を発揮せしむること。
  - (ニ) がんセンターの運営に当っては行政部局との連繋を密にすること。

# 全国がん(成人病)センター協議会の概要

全国がん(成人病)センター協議会は、もっぱらがんその他の悪性新生物に関し、予防、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院、または、これに準ずる医療施設から構成されている。

構成される施設間の緊密な協力により、わが国のがん予防、診断及び治療等の向上に資することを目的として、がん予防、診断及び治療等の向上にかかる調査及び研究、施設運営上の諸問題に関する調査及び研究などの事業を行っている。また、施設間での教育研修も実施している。

■現在、30医療機関が加盟。うち、がん診療連携拠点病院は次のとおり。

- 都道府県がん診療連携拠点病院 5医療機関
- 地域がん診療連携拠点病院 21医療機関

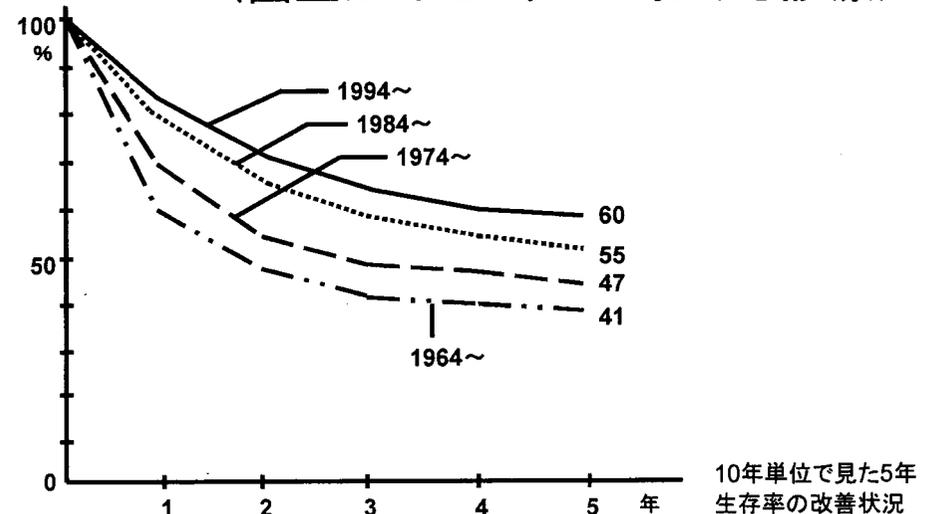
## 全国がん(成人病)センター協議会加盟施設

- 1 癌研有明病院
- 2 大阪府立成人病センター
- 3 山口県立総合医療センター
- 4 新潟県立がんセンター新潟病院
- 5 国立がんセンター(中央病院)
- 6 兵庫県立成人病センター
- 7 神奈川県立がんセンター
- 8 愛知県がんセンター
- 9 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター
- 10 国立病院機構四国がんセンター
- 11 国立病院機構北海道がんセンター
- 12 宮城県立がんセンター
- 13 山形県立がん・生活習慣病センター
- 14 富山県立中央病院
- 15 岩手県立中央病院
- 16 滋賀県立成人病センター
- 17 群馬県立がんセンター
- 18 千葉県がんセンター
- 19 国立病院機構九州がんセンター
- 20 国立病院機構名古屋医療センター
- 21 国立病院機構大阪医療センター
- 22 佐賀県立病院好生館
- 23 福井県立病院
- 24 埼玉県立がんセンター
- 25 東京都立駒込病院
- 26 栃木県立がんセンター
- 27 国立がんセンター(東病院)
- 28 茨城県立中央病院
- 29 青森県立中央病院
- 30 静岡県立静岡がんセンター

- |     |      |
|-----|------|
| 設立年 | 1934 |
|     | 1959 |
|     | 1960 |
|     | 1961 |
|     | 1962 |
|     | 1962 |
|     | 1963 |
|     | 1964 |
|     | 1965 |
|     | 1966 |
|     | 1967 |
|     | 1967 |
|     | 1967 |
|     | 1968 |
|     | 1969 |
|     | 1970 |
|     | 1972 |
|     | 1972 |
|     | 1972 |
|     | 1974 |
|     | 1975 |
|     | 1975 |
|     | 1986 |
|     | 1992 |
|     | 1995 |
|     | 2002 |



## 5年生存率の改善の状況 (国立がんセンターにおける診療)



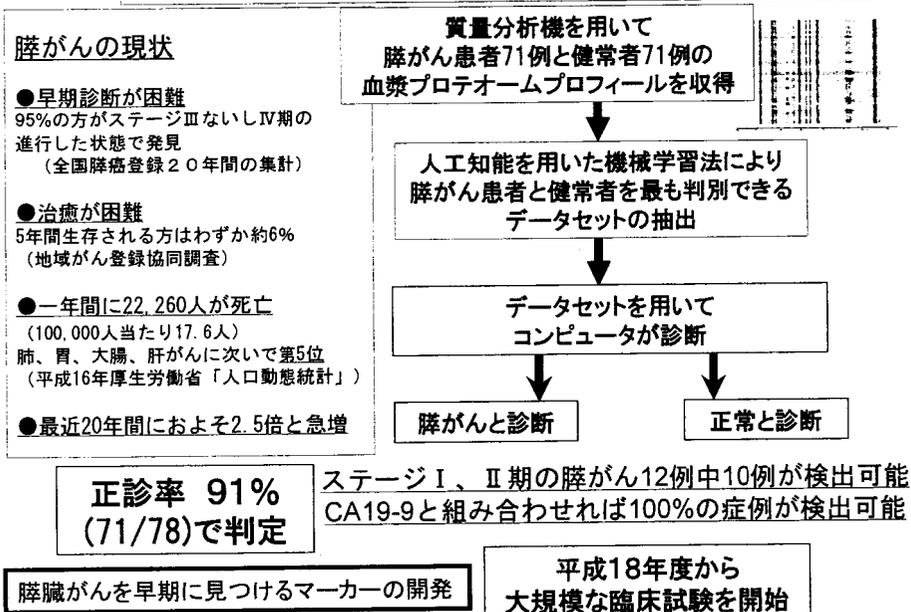
これまでのがん医療を中心としたがん対策の推進により、5年生存率は改善したが……

- 今後、さらに5年生存率を改善していくためには、
  - 多発転移がん、難治性がんの早期発見が必要であり、革新的なマーカー診断や画像診断が重要。
  - 早期発見を推進するため、がん検診受診率の向上も不可欠。
  - 難治性がんの対策は、一層の研究の推進が必要。
  - 日本のがん研究のレベルは世界トップクラスであるが、それらの研究成果を国民に還元するためには、臨床試験の基盤整備・強化が不可欠。(日本は、新薬開発や医療機器開発などの体制が不十分。)

## 最近のがん医療・がん研究の状況

- 難治性悪性腫瘍(膵臓がんなど)の早期診断に関する研究
- 既存の治療薬(抗がん剤など)の安定化や効果増強に関する研究
- QOLを考慮した新しい治療法の開発に関する研究
- 遺伝子など分子標的治療薬の開発に関する研究
- 革新的な画像診断技術の開発に関する研究

### 膵がんの質量分析による血漿プロテオーム解析



## がん検診の重要性

- がんは、身体のどこかに、いつ発生したか分からないうちに、進展していく。
- 初期のうちは無症状。自覚症状で気が付くがんは、進行がんになっていることも。
- 中央病院において死亡患者の70%は、発見時にすでにⅢ、Ⅳ期
- がんの死亡を減らす上で
  - 受診率 > 60%
  - 精度管理

## 我が国におけるがん検診の経緯

昭和41年度~	胃がんの早期診断、早期治療を図るため国が都道府県に胃集団検診車の整備とその運営を補助
昭和42年度~	子宮がん検診事業が追加
昭和57年8月~	老人保健法に基づき、市町村が胃がん検診と子宮頸部がん検診を行うこととなる
昭和62年度~	乳がん検診と肺がん検診が追加
平成4年~	大腸がん検診が追加
平成10年度~	従来の国からの補助金は廃止されて、市町村自らが企画・立案し、実施する事業として位置づけられた。 地域において適切ながん検診が実施されるよう「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を国が定め、市町村はそれらに基づき運用

## 日本のがん検診受診率

胃がん	13%
子宮がん	14%
乳がん	12%
肺がん	23%
大腸がん	16%

→ 平均受診率 17% (欧米諸国と比較して少ない。)  
これらのがんが原因で年間16万人が亡くなっている

(我が国のがん検診の課題)

- 実施自治体に対象者をカバーする財源が確保されていない
- がん検診についての普及啓発が十分行われていない
- 受診者の固定化の把握など検診事業の把握が十分行われておらず、問題点を踏まえた検診事業の運営がなされていない
- 職場や保険者が行うがん検診の状況が把握されていない など

## 今後のがん対策の方向

がん検診の受診率の大幅な向上と精度管理の推進を目指した施策の実施

良質ながん医療を提供するための医療機関間の連携体制の構築と必要な人材育成

がん患者やその家族に対する総合的ながん対策の実施(情報提供や緩和医療を含む)

様々な革新的技術を応用したがん研究の推進と成果の臨床応用の推進

国民本位のがん対策推進へ

平成18年11月20日  
9:00～12:00

# 訪問看護と外来相談から考えた 「がん患者の療養生活を支える方策」

財団法人日本訪問看護振興財団 認定看護師教育課程

主任教員 角田 直枝

日本看護協会認定・がん看護専門看護師

資料4-5

## プロフィール

- ・ 筑波大学医療技術短期大学部看護学科卒業
- ・ 昭和62年 筑波メディカルセンター病院に勤務
- ・ 平成 9年 大学院修士課程修了  
訪問看護部門へ異動
- ・ 平成10年 がん看護専門看護師・介護支援専門員取得  
訪問看護ステーション開設(管理者)
- ・ 平成14年 病院に戻り、病棟師長・看護部副部長兼務
- ・ 平成16年 副部長専任で、継続看護・相談窓口を担当
- ・ 平成17年 (財)日本訪問看護振興財団に勤務
  - \* 訪問看護認定看護師教育を担当
  - \* その他、がん看護・在宅医療に携わる  
看護職員に対する教育活動に従事

## がん患者からの相談

外来相談は1日3時間、週4日で実施

疾患、内容を問わず患者の相談を受けるなかでのがん患者の相談を抽出

- <内容> 診断期:病院の実績、告知の有無  
治療期:治療の選択、治療の納得  
緩和医療へのギアチェンジ  
療養場所の選択  
終末期:療養方法の選択

<時間・件数> 1件30分～60分、2～3件/日

◎実施病院の背景

がん診療拠点病院、地域支援病院である約400床の病院

## 要点

1. 外来相談や訪問看護からみた在宅のがん患者の現状
2. 終末期がん患者の在宅療養
3. 在宅がん患者支援の課題
4. がん対策の推進における課題

## がん患者の相談の特徴

- ・ がん患者は、治療や療養生活に納得して望みたい。
- ・ しかし、複数ある選択肢のどれに納得いくのか、自分だけでは意思決定できないこともある。
- ・ 本当に相談したいことは、最初の質問の背景にある。
- ・ 単に質問に回答を求めているだけではない。

### 相談とは

患者の意思決定のプロセスと一緒にたどる。  
患者自身が納得いく療養生活を選ぶことを支える。

## 終末期がん患者の在宅療養

- ・ 訪問看護からみた在宅のがん患者  
利用者全体では、約8%  
(2005年度日本訪問看護振興財団訪問看護・家庭訪問基礎調査より)  
死亡した利用者の疾患ではがん患者が4割近く  
(H17年 訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査より)
- ・ 終末期がん患者への訪問看護  
身体的苦痛の緩和、変化していく身体状況に合わせた療養方法の助言、患者・家族の精神的支援。

患者がどうやって生きていきたいかを共に考える。  
(痛みがない、義理を欠かない、迷惑をかけない、等)  
これまでのがんとのかき合い方を尊重して考える。

## 退院後の療養生活

- ・ 退院後に訪問看護師が在宅医(遠方の緩和ケア医)を確保
- ・ 退院翌日から訪問診療開始

### 問題点

- ・ 薬物治療が一時中断  
中心静脈栄養薬剤の退院時処方無く、退院後3日目から開始  
鎮痛剤坐薬の与薬困難(家政婦では実施不可)  
そのため、確実に投与できるような体制整備に3日要した。
  - ・ 療養生活の大幅修正  
紹介状内容の予後予測(月単位)と異なる展開となり、血液検査し  
たところ血小板減少著明、ただちに在宅死に向けて調整を行った。
- 突然の重症事例の対応に対し、関わった医師・訪問看護師等が時間外対応  
➢ 治療の継続性、介護の準備不備から再入院の危機が続く中、患者は死亡  
➢ 印象的な夫の言葉「医師から今なら帰れると言われても、途方にくれた」

## 退院に向けて、情報提供や相談が十分ではなかったケース

- 40歳代 女性 胃がん 頸椎転移でほぼ寝たきり
- ・ 県外の病院に入院していたが、医師から「今しか家に帰れない」と言われ、夫が困り、退院日の数日前に訪問看護に相談の電話があった。家族は、夫、3人の子供(10代)。
  - ・ 退院までに、訪問看護師と病院スタッフとはほとんど連絡はとれず、やむをえず家族との電話連絡により、準備すべきベッド・介護用品についての助言。夫は仕事上介護に専念は不可。
- 病院看護師へ電話したが、サマリー送付のみ了解を得た。  
退院サマリーのFAX: 中心静脈栄養実施・夫への介護指導の内容確認  
在宅医の選定依頼: 未決定のまま退院  
宛先無の診療情報提供書を退院時交付
- 夫と電話連絡: 介護力不足は退院時に家政婦を雇用

## 在宅がん末期患者支援の実態

- がん患者の在宅死は16000人というが、それ以外にもぎりぎりまで家で過ごす人が多い。
- ・ 支える専門職の数  
1施設あたりの職員数が少ない  
在宅療養支援診療所約10000箇所: 常勤医師1人/施設  
訪問看護ステーション約5500箇所: 常勤看護師3人/施設  
退院調整部門の設置は必須ではなく、あっても少人数
  - ・ 支える専門職の質  
麻薬取り扱いやがん性疼痛管理の力不足

在宅医療を推進していても、増える在宅患者に専門職がおいつかない

## 在宅がん患者支援の課題

- 治療を継続するがん患者の支援体制
  - ・退院する際は、支援がないまま在宅がん患者となる。  
(退院時の調整がないと、治療が継続できない)
  - ・外来通院するがん患者に対し、服薬管理や生活支援に専門職の関与が少ない。  
(飲まずに保管されている抗がん剤・鎮痛剤が多い)
- がん患者への在宅医療物品供給体制
  - ・抗がん治療や苦痛緩和のための在宅医療について、薬剤や医療機器、衛生材料の供給体制が不備  
(薬局に麻薬在庫がない、機器が入手できないなど)

## がん対策の推進に関する課題

- 在宅がん医療を担う施設の計画的整備  
特に24時間体制で医療を提供できる施設の目標値設定と、促進するための具体的計画。  
在宅がん医療を担う施設[例:在宅療養支援診療所、在宅療養支援訪問看護ステーション(仮)]の明確化。
- 患者の近くに指導者を派遣する教育体制の構築  
確実に成果が上がる専門職育成には、大規模研修ではなく、指導者を実践者側に派遣する教育が必要。
- 「相談」を担う専門職の育成と相談窓口の拡大  
相談を担う専門職(例:専門看護師・認定看護師)の育成支援と、相談窓口設置推進

## がん対策の推進に関する意見交換会について

愛知県がんセンター研究所  
所長 田島和雄

日本の地域がん登録情報、人口動態統計によりますと、21世紀に入って毎年60万人以上の人たちが新たにがんと診断されており、30万人以上が亡くなっております。その数は2020年までに50%増加するものと推定されております。そして、日本人の二人に一人は何らかのがんに罹る時代がやってきております。がんの罹患数と死亡数を同時に低減していくためには、がんの一次予防と二次予防対策を効率よく推進していく必要があります。その対策の効果を評価するためには精度の高い地域がん登録の情報が不可欠です。

日本人の主ながんの原因として、1) 慢性感染症（腫瘍ウイルスやピロリ菌など）、2) 喫煙・飲酒習慣、3) 食生活・運動習慣の歪み、などが重要であり、私たちの日頃の生活改善や環境操作によりがんの罹患率の低減を図ることができます。愛知県で活用しているがん予防のための日常生活の工夫として五ヶ条の標語にまとめたものを紹介しますと、1) 禁煙・節酒は鬼に健康金棒、2) 節塩料理は健康日本21愛知、3) 緑黄赤の野菜・果物健康信号、4) 多種類少量を取るバランス感覚、5) にこにこ運動30分週2回、になります。

一方、がんの罹患率がこれだけ高くなりますとがん死亡から如何に免れるか、これからはがんの一次予防のみならず、早期の診断・治療によりがんで死なないようにする二次予防が重要であります。一般に、40歳以上の中高齢を過ぎて一度もがん検診を受けたことのない人は、相対的にがんの発見される率が高くなり、進行がんで見つかる率も高くなります。その結果、がんによる死亡率も高くなります。

さらに、一度目のがんから生還できても二度目、三度目のがんの危険度に脅かされますから、常にごがん予防が重要になるのです。この数十年間に変貌してきた日本人のがんの流行とその背景要因、さらにがんの罹患・死亡数を減らしていくためにはどのような工夫が必要か、疫学研究者の立場で解説しながら皆様とともに今後の実質的ながん対策について考えてみたいと思います。

### 参考資料

- 1) 田島和雄監修 がん予防の最前線（上巻）基礎知識から新戦略へ 昭和堂 2004年
- 2) 同（下巻）最新の研究成果と予防戦略 昭和堂 2004年
- 3) がん予防への案内(<http://www.pref.aichi.jp/cancer-center>)

**がん罹患数を20%減らすためには？**

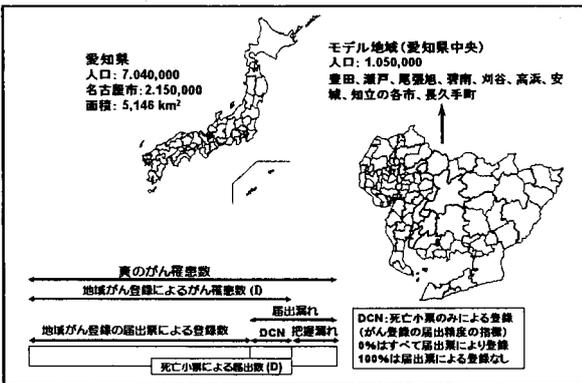
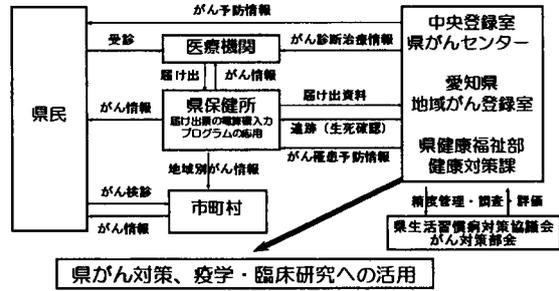
- 1) 腫瘍関連感染症の効果的対策を進める
- 2) 禁煙、防煙、分煙対策を徹底する
- 3) 健康運動による肥満予防を促す

**がん死亡数を10%減らすためには？**

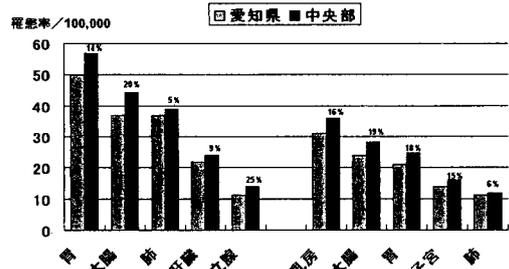
- 4) 40歳過ぎて一度も検診を受けない  
高危険群に定期検診の受診を促す

**罹患・死亡数の低減を評価するには  
地域がん登録の法的整備は不可欠である**

**愛知県の地域がん登録の精度向上を目指した  
新登録システムの開発**



**愛知県の地域がん登録による主要部位のがんの罹患率  
登録精度の良い中央部地域による評価 (1996-2000年)**



**日本人の主要部位のがんと関連要因**

細菌、ウイルスなどの感染症 (25~30%)  
胃がん(Hp) 肝臓がん(HBV,HCV) 子宮頸がん(HPV)  
鼻咽頭がん(EBV) 成人T細胞白血病(HTLV-I)

喫煙・多量飲酒習慣 (20~25%)  
口腔がん 食道がん 喉門部がん (飲酒・喫煙習慣)  
喉頭がん 肺がん (喫煙習慣)  
喫煙習慣はほとんどの部位のがんの危険度を高める

食生活、運動などの生活習慣 (30~40%)  
大腸がん 乳がん 子宮体がん 前立腺がん  
膵臓がん 胆道がん

**がんの一次・二次予防について**

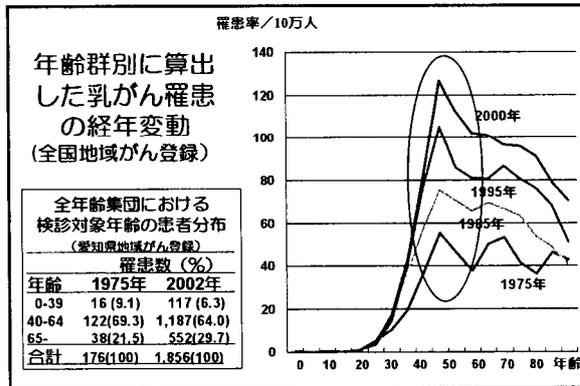
**がんの一次予防：**  
がんの危険要因の除去、予防要因を強めるなどによりがんの罹患危険度を下げる。特に発見の困難な予後の悪いがんで重要となる。

**がんの二次予防：**  
定期検診などにより無症状、または早期のがんを発見し、完全治癒によりがん死亡を減らす。特に経過の長い予後の比較的良好いがんに適応する。

### 主要部位のがんの罹患・死亡数と罹患・死亡比 (1998~2000年度の推計)

	罹患数	死亡数	致命率と効率的予防法
全部位	529,523	290,556	54.9%
胃がん	103,685	50,676	48.9 一次、二次
大腸がん	94,492	35,613	37.7 予防の両者
前立腺がん	17,865	7,005	39.2 で対応可能
肝臓がん	37,968	33,816	89.1 現時点では
胆嚢・胆管	17,051	14,897	87.4 一次予防が
膵臓	19,234	18,654	97.0 最も効率的
肺がん	63,317	52,177	82.4
子宮がん	18,364	0	28.0 二次予防で
乳がん	36,348	0	24.6 対応可能

出典：厚生労働省がん研究助成金、地域がん登録の精度向上と活用に関する研究（平成14年度）



### 乳がん患者の臨床的進展度別に比較した年齢、入院・治療期間、各治療費、生存率 (愛知県がんセンター、2005年)

病巣進展度 (患者数)	平均年齢 (歳)	治療期間 + 外来治療	手術・入院費 (千円)	放射線治療費 (千円)	化学・内分治療費 (千円)	総治療費 (千円)** 比率(倍)	5年生存率***
非浸潤がん* (10)	47 (36-59)	12日	536	-	-	649 (1.0)	>90%
浸潤がんリンパ節転移(-) (9)	50 (43-59)	11日 + 5年間	653	270	1,722	2,687 (4.1)	> 92
浸潤がんリンパ節転移(+) (8)	50 (39-58)	12日 + 5年間	770	260	2,433	3,375 (5.2)	> 80

\* いわゆる早期のがんで完治する  
\*\* 外来などにおける他の付随した治療費を含む合計  
\*\*\* 当センター中央病院における各進展度群の5年生存率

### 病院疫学研究 Hospital-based Epidemiologic Research Program at Aichi Cancer Center (HERPACC)

#### 主な研究目標

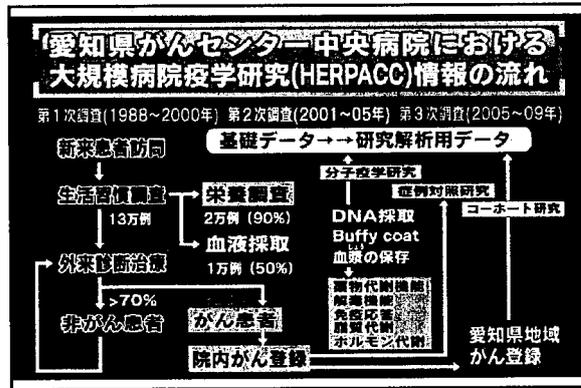
- ① 主要部位のがんの危険・防御要因の把握
- ② 県民のがん予防指針の作成
- ③ がん予防診療確立への情報構築
- ④ 多施設共同分子疫学コホートへの参画と設立  
Japan Multi-institutional Collaborative Cohort (J-MICC)

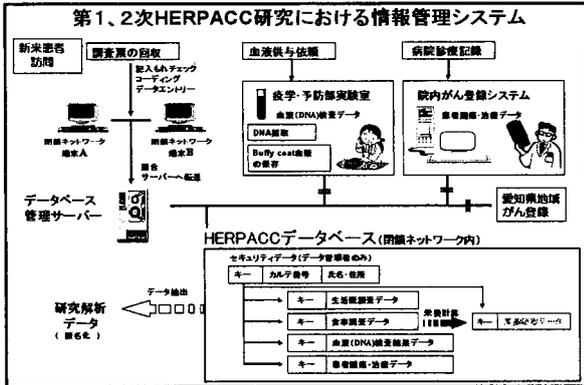
### 疫学研究における倫理問題への対応

**インフォームドコンセント**  
研究協力者に対し、研究目的や研究方法を十分に説明し、各個人から受諾を得た後に調査を開始、特に遺伝子解析を実施するに当たってはその点を十分に配慮する

**収集資料、試料の安全管理**  
個人情報としての調査票、電算機入力したデータ、解析用データの安全管理に最善を尽くし、さらに、血液などの生体材料については安全性と利便性を配慮した管理に努める

**倫理審査 (疫学、遺伝子)**  
研究計画の段階から実施に当たり、愛知県がんセンターにおける倫理審査委員会の承認と総長の許可を得た後に研究を実施し、追加研究についても再審査を受ける





### 主要部位のがんの要因

～疫学研究から～

部位	喫煙	飲酒	塩漬野菜不足	卵黄過剰	運動不足	その他の危険要因	その他の防癌要因
食道	●	●	●				
胃	▲	▲				ピロリ菌感染 塩分過剰摂取	
結腸直腸		▲	▲	▲	▲	慢性大腸炎	生鮮魚
肝	▲					ウイルス感染(HCV, HBV)	
肺	●		▲				生鮮魚
前立腺					▲		
乳房		▲	▲	▲	▲	閉経後肥満	
子宮体		▲	▲	▲	▲	閉経後肥満	
子宮頸	▲		▲			ウイルス感染(HPV)	

● 確かに関連が有る ▲ 関連する確率が高い

### がん化学予防の失敗例から学んだこと

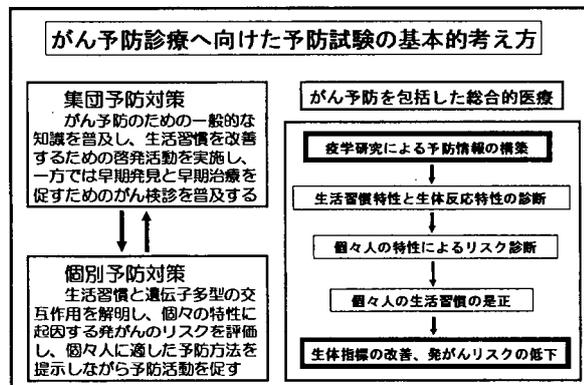
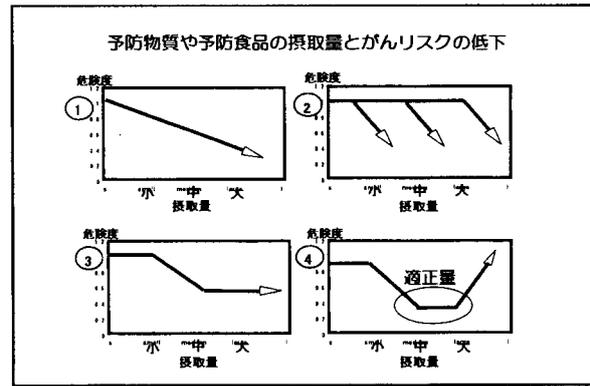
ベータカロテンの多量投与例の場合

#### ATBC Study (Finland)

(Alpha-Tocopherol Beta Carotene Cancer Prevention study)  
1985-1993年、フィンランドの男性喫煙者29,133名、βカロテン20mg、VitE50mgを連日投与、5-8年の追跡でβカロテン投与群で肺がんの罹患率が18%上昇

#### CARET (USA) (Carotene and Retinol Efficacy Trial)

1988-1998年、米国喫煙者・アスベスト暴露者18,314名、βカロテン30mg、レチノール25,000IUを連日投与、平均4年間の追跡で投与群の肺がん罹患率が28%上昇



### がんの化学研究領域

## がん予防の最前線

序章 発がんの仕組み、疫学の基本概説  
第一章 日本と世界のがん  
第二章 がんの原因と予防方法  
第三章 がん予防の新戦略

下巻の内容  
序章：新しい疫学の展開  
第1章：コホート研究による日本人のがんリスク  
第2章：生活習慣と遺伝子多型によるがんのリスク  
第3章：感染による慢性炎症とがん  
第4章：がんの進展と予防  
第5章：がんの化学予防

www.gankigaku.com