

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(%)	
				B0	B1	B2	50%受診	70%受診		50%受診	70%受診
	A1	A2	$A3 = 1 - (1-A1) \times A2$				$C = 1 - (1-B1+B1 \times (1-A3)) / (1-B0+B0 \times (1-A3))$		D	CをDで加重平均	
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%

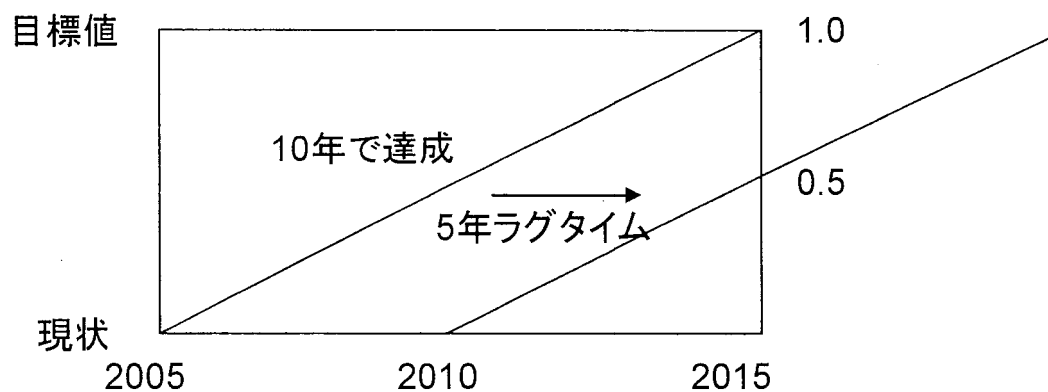


図3 治療件数による病院の分類

- 医療機関を治療件数により、多／中／少／極少件数病院に分類

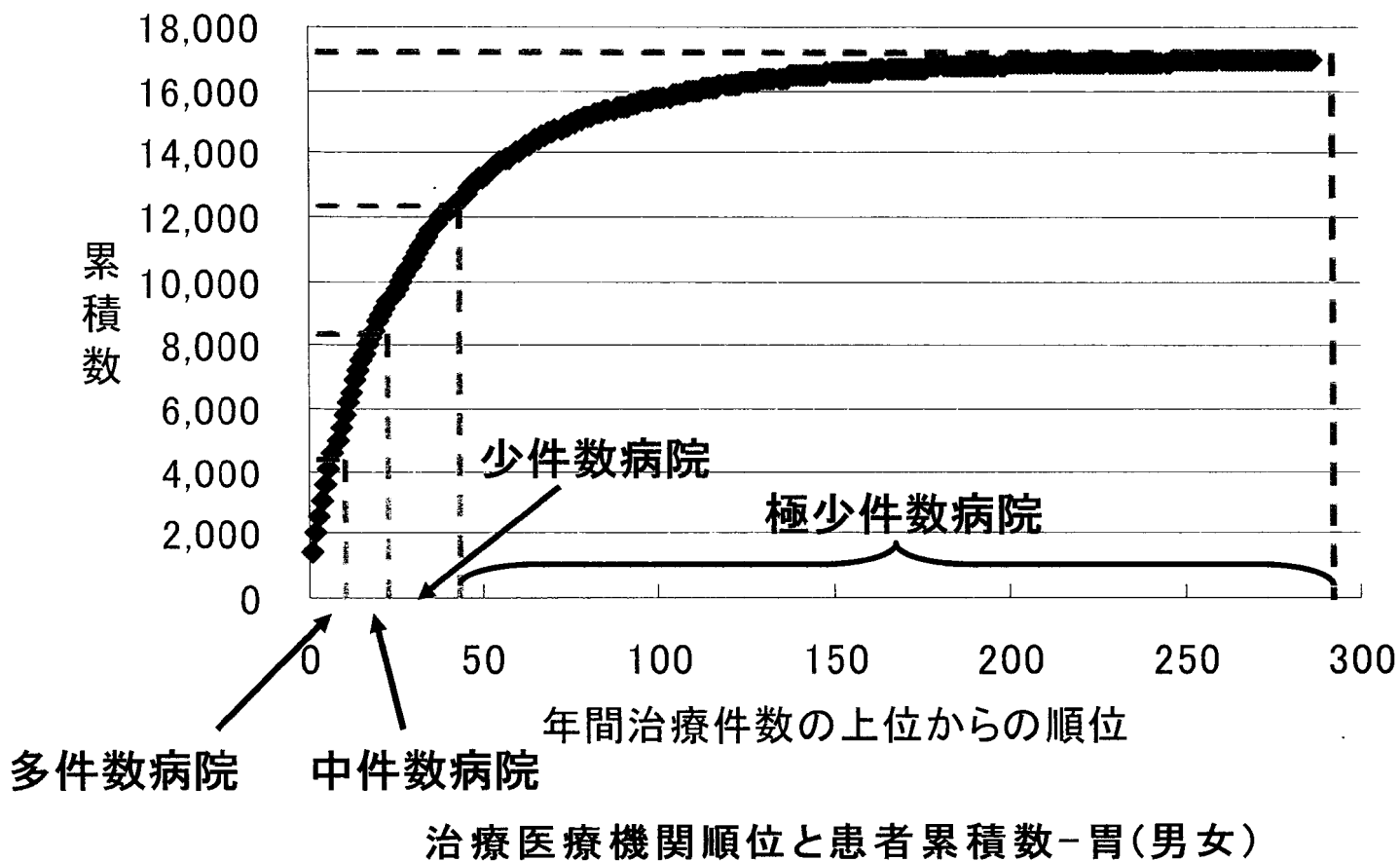


表3 治療件数別進行度別5年相対生存率

胃がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計(進行度不明を含む)				調整ハザード比*3	
		限局				領域				遠隔				No	%	RSR	SE		
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE						
多件数病院	8	9.5	2,541	(55.8)	93.5	0.8	1,467	(32.2)	40.8	1.4	484	(10.6)	2.5	0.7	4,556	(100.0)	66.1	0.8	1.0
中件数病院	12	5.4	1,899	(48.6)	92.5	0.9	1,222	(31.2)	37.3	1.5	556	(14.2)	1.4	0.5	3,911	(100.0)	59.6	0.9	1.1
少件数病院	26	2.8	2,100	(48.9)	93.3	0.9	1,424	(33.2)	37.4	1.4	582	(13.6)	2.0	0.6	4,292	(100.0)	60.5	0.9	1.1
極少件数病院	242	0.3	1,391	(33.0)	79.9	1.4	1,697	(40.3)	18.7	1.0	946	(22.4)	0.7	0.3	4,214	(100.0)	34.3	0.8	1.6

\*1 5年相対生存率(Relative 5-year survival) \*2 Standard error \*3 性、年齢、進行度で調整

大腸がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計(進行度不明を含む)				調整ハザード比*3	
		限局				領域				遠隔				No	%	RSR	SE		
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE						
多件数病院	8	7.1	1,712	(50.3)	93.4	1.1	1,203	(35.4)	59.0	1.6	432	(12.7)	10.4	1.6	3,402	(100.0)	69.7	1.0	1.0
中件数病院	14	3.8	1,418	(44.4)	92.3	1.2	1,086	(34.0)	42.2	1.7	482	(15.1)	7.1	1.2	3,197	(100.0)	66.7	1.0	1.0
少件数病院	27	2.1	1,565	(47.1)	92.7	1.1	1,079	(32.5)	57.0	1.7	498	(15.0)	8.1	1.3	3,325	(100.0)	66.9	1.0	1.1
極少件数病院	212	0.3	1,073	(33.0)	76.2	1.7	1,202	(37.0)	31.7	1.5	835	(25.7)	3.1	0.6	3,253	(100.0)	38.4	1.0	1.8

乳がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計(進行度不明を含む)				調整ハザード比*3	
		限局				領域				遠隔				No	%	RSR	SE		
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE						
多件数病院	4	8.6	1,191	(58.0)	97.2	0.7	747	(36.4)	78.6	1.6	89	(4.3)	22.6	4.6	2,055	(100.0)	87.1	0.8	1.0
中件数病院	7	4.6	1,041	(53.9)	96.4	0.9	732	(37.9)	76.0	1.7	75	(3.9)	24.3	5.2	1,931	(100.0)	85.1	0.9	1.1
少件数病院	17	2.0	1,097	(52.9)	96.8	0.9	834	(40.2)	77.7	1.6	96	(4.6)	27.5	4.7	2,073	(100.0)	85.7	0.9	1.1
極少件数病院	154	0.2	1,031	(52.1)	93.8	1.1	729	(36.9)	67.4	1.9	181	(9.2)	17.0	2.9	1,978	(100.0)	76.5	1.1	1.6

肝がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計(進行度不明を含む)				調整ハザード比*3	
		限局				領域				遠隔				No	%	RSR	SE		
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE						
多件数病院	5	6.4	1,389	(72.8)	41.4	1.4	280	(14.7)	19.9	2.6	163	(8.5)	6.7	2.1	1,907	(100.0)	34.4	1.2	1.0
中件数病院	13	2.6	1,383	(69.0)	33.1	1.4	207	(10.3)	11.3	2.3	157	(7.8)	2.9	1.4	2,003	(100.0)	25.7	1.1	1.3
少件数病院	24	1.3	1,203	(62.8)	26.4	1.4	152	(7.9)	4.4	1.7	162	(8.5)	2.1	1.2	1,915	(100.0)	19.4	1.0	1.5
極少件数病院	189	0.2	921	(48.2)	17.3	1.3	283	(14.8)	2.9	1.1	243	(12.7)	0.9	0.6	1,909	(100.0)	10.4	0.7	1.9

肺がん

病院数	症例数/病院・月	進行度												合計(進行度不明を含む)				調整ハザード比*3	
		限局				領域				遠隔				No	%	RSR	SE		
		No	(%)	RSR*1	SE*2	No	(%)	RSR	SE	No	(%)	RSR	SE						
多件数病院	3	13.5	661	(27.1)	78.6	2.0	1,037	(42.6)	21.5	1.4	720	(29.5)	3.5	0.7	2,437	(100.0)	31.7	1.0	1.0
中件数病院	4	8.4	355	(17.6)	65.8	3.0	1,006	(49.8)	12.7	1.1	631	(31.2)	2.9	0.7	2,022	(100.0)	18.8	0.9	1.3
少件数病院	13	3.2	616	(25.0)	59.3	2.3	901	(36.6)	14.0	1.2	882	(35.9)	2.1	0.5	2,460	(100.0)	21.0	0.9	1.3
極少件数病院	196	0.2	374	(16.1)	43.9	2.9	848	(36.6)	8.2	1.0	929	(40.1)	1.0	0.3	2,316	(100.0)	10.7	0.7	1.8

図4 治療件数による病院分類と調整ハザード比の関係

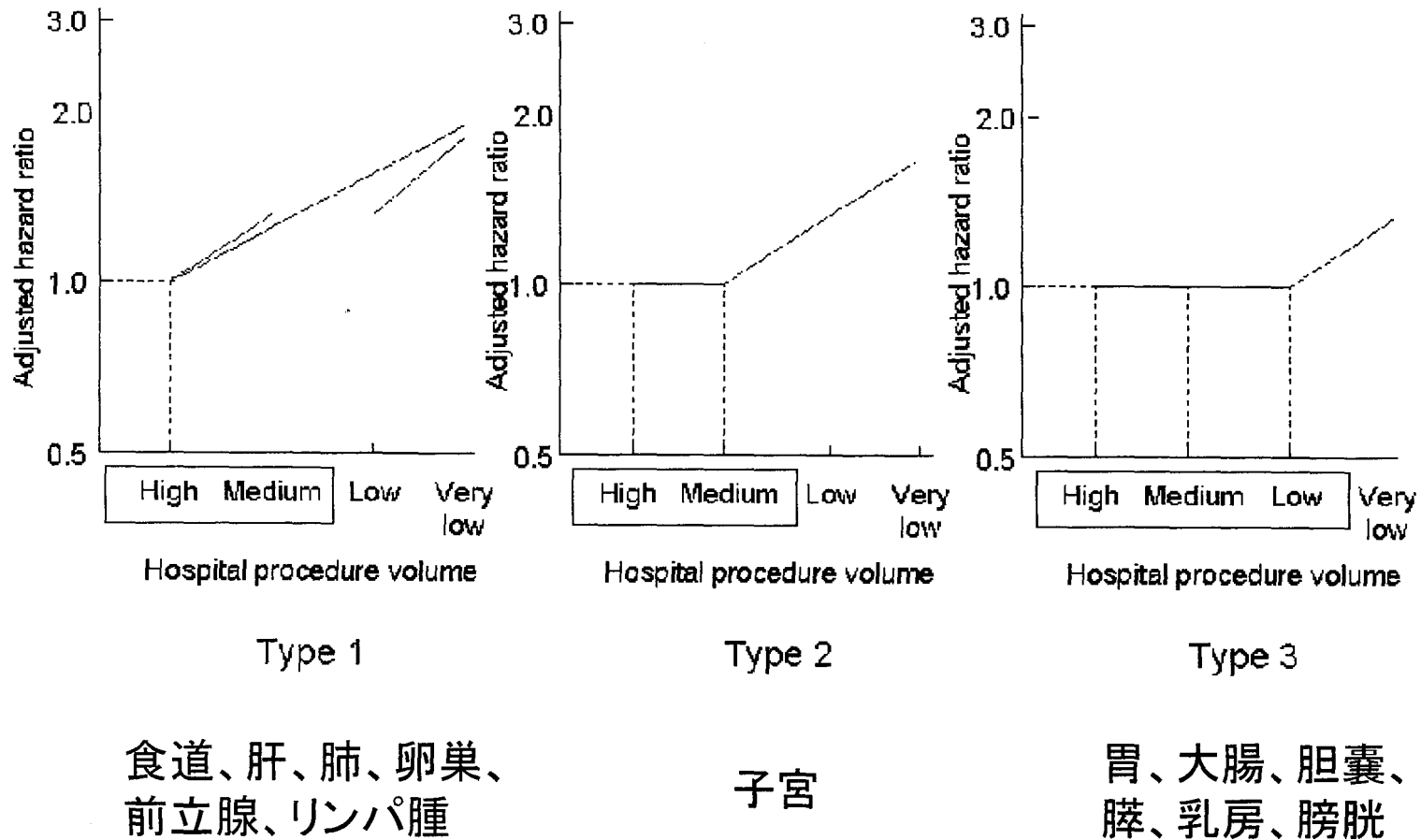
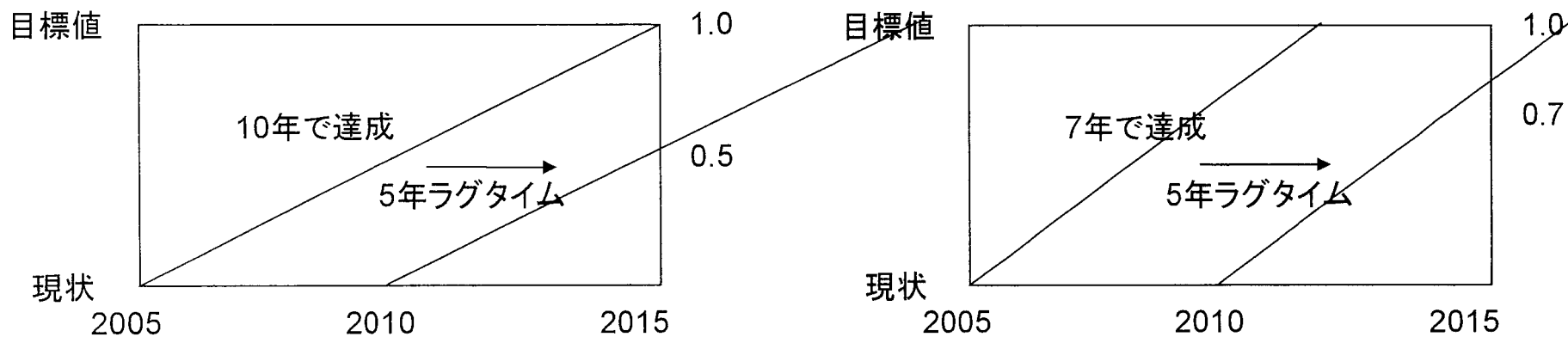


表4 均てん化が達成された場合のがん死亡率減少の大きさの予測

	5年生存率(%)			罹患数 (全国2001)	5年生存 率(%) 改善	死亡率減少(%)	死亡数 (2005年)	死亡率減少(%)	
	大阪府の 現状	均てん化 達成後	改善					臓器限定	
	S0	S1	S1-S0					I	Iで加重 平均
食道	20.0	24.7	4.7	16323	0.14	5.9	11182	0.20	
胃	50.1	55.4	5.3	107726	1.00	10.6	50311	1.64	1.64
大腸	58.0	64.0	6.0	100137	1.06	14.4	40830	1.80	1.80
肝臓	16.8	24.8	8.0	40472	0.57	9.6	34268	1.01	1.01
胆のう	12.8	20.2	7.4	17846	0.23	8.5	16586	0.43	
膵臓	4.7	7.7	3.0	20667	0.11	3.1	22927	0.22	
肺	15.6	22.9	7.3	70619	0.91	8.7	62063	1.65	1.65
乳房	82.9	84.9	2.0	41041	0.14	11.7	10808	0.39	0.39
子宮	67.7	77.2	9.5	22947	0.38	29.5	5381	0.49	
卵巣	40.5	51.0	10.5	7732	0.14	17.6	4467	0.24	
前立腺	66.6	75.8	9.2	23548	0.38	27.6	9265	0.78	
膀胱	70.5	75.1	4.6	15990	0.13	15.5	8124	0.39	
リンパ組織	37.7	50.5	12.8	13726	0.31	20.5	8580	0.54	
その他			0.0	70007	0.00	0.0	41149	0.00	
合計				568781	5.5		325941	9.8	6.5
								4.9	3.2
								6.8	4.5

均てん化と死亡の間にラグタイム5年、均てん化を10年で達成と仮定すると  
均てん化と死亡の間にラグタイム5年、均てん化を7年で達成と仮定すると



「がん対策推進基本計画イメージ（たたき台）」への意見

2007年4月23日

読売新聞記者 本田麻由美

【1】がんを取り巻く現状に対する基本認識について

「がん対策基本法」は、全国のがん患者たちの「適切な治療が受けられない」という悲痛な声を受けて、議員立法により全員一致で成立したという経緯がある。その過程を尊重して、患者に適切な医療を提供するという側面において従来のがん対策に不十分な面があったこと、そのために提供される医療に地域格差が生じ、また国際的な標準治療や適切な緩和ケアが受けられずに放り出される患者、家族の苦しみが増大し、社会問題化したことを、基本認識に加えるべきだと考える。

【2】がん対策の目標設定について

全体目標として提案されている2点について、

(1) 「がんによる死亡者の減少（年齢調整死亡率）」

前回の会議で「死亡者の20～25%削減」が提案され、達成するための個別目標として、①予防；喫煙率の半減（低減）②早期発見；検診受診率の向上が議論された。

予防・検診という、主として現在健康に暮らす人々への対策とのイメージが強い。大幅な死亡者数の減少を目指すには、乳がんの術後補助療法に「ハーセプチン」を導入するなど、国際的に死亡率減少効果が認められている治療法を早期に導入するという視点が必要ではないか。

(2) 「全てのがん患者の苦痛の軽減」

前回、具体的な議論には至らなかったが、「苦痛」という言葉の意味するところが不明確で、疼痛対策や緩和ケアと、相談支援などの精神的サポート面を強くイメージさせる。

上記のように（1）は健康な人の予防・検診、（2）は精神サポートや緩和的側面が強く感じられ、「闘病中の患者に提供されるべき、がん治療の質向上」という視点が抜けているように見える。だが、「がん対策基本法」の成立の過程を考えれば、再発率・死亡率の低下や延命期間の伸びが国際的に認められた、または期待される治療法等が迅速かつ広く公平に提供されるよう、「がん」と診断された人々、また今「がん」と闘う人々の利益を最大限考慮した目標設定が必要ではないだろうか。

↓↓

そこで、全体目標を3本立てにし、それを達成するための個別目標をそれぞれにぶら下げてみると（但し、候補として考えられるものを挙げたのみで、数値目標が設定できないまたは設定までに至っていない）、

(1) がんによる死亡者を20～25%削減

- ①がん登録→体制整備に関する具体的な検討に早急に着手
- ②予防→タバコ対策（喫煙率の低減）
- ③早期発見→検診受診率向上（死亡率低下に有効なもののみ）、リスク評価研究推進も

(2) がん医療の水準向上（もっといい設定が必要だけど）

- ④放射線治療、化学療法の推進及び医療従事者の育成→
    - 1) 高度な化学療法が行える、専門医等が配置できる診療報酬設定（中医協に提言）
    - 2) 専門医養成数の目標値設定は意味があるか？
    - 3) 国立がんセンターから各県拠点病院への出前研修を全都道府県で実施
    - 4) 医学部生のコアカリキュラム改定に伴う早期対応を求める目標設定？
  - ⑤診療ガイドライン作成→全がんに関して患者向けGL（解説書）を作成
  - ⑥死亡率低下や延命効果が確認された治療の迅速な導入→
    - 1) ドラッグラグ（抗がん剤と支持薬の）を1年未満に
    - 2) “標準治療”の実施率を7割に（標準治療とは？現在の実施率の研究など）
    - 3) 他に治療法がなくなった患者への治験薬特別利用制度の検討
  - ⑦医療機関の整備→1) 拠点病院整備と指定要件見直し、2) 拠点病院の評価制度
- (3) 全てのがん患者の苦痛の軽減
- ⑧緩和ケア→1) ホスピス病棟の在院日数縮減と利用者増（在宅の充実とペアで）
    - 2) 緩和的抗がん剤治療との両立には？
  - ⑨在宅医療→1) 緩和ケアの研修を在宅療養支援診療所の要件に（研修率100%）
    - 2) 在宅緩和の専門知識を持つチームが条件「在宅緩和拠点診療所」導入
    - 3) 在宅看取り率は趣旨に合わない
  - ⑩がん医療に関する相談支援等及び情報提供→
    - 1) 相談支援センターへの患者団体参加モデル事業の開始、教育プログラム作成
    - 2) がん対策情報センターホームページの充実
    - 3) ○年までに拠点病院の診療成績情報を公開

【3】協議会の関与の明確化について

がん対策基本法では、がん対策推進協議会を「大臣が基本計画案を作成する際に意見を聞く」ものとし、がん対策推進基本計画が策定された後の関与については何も明記していない。だが、少なくとも5年ごとに見直すと規定されている基本計画の、進捗状況管理や評価などを積み上げておく必要がある。また、基本計画の目標を達成するための具体的な実施計画や工程表などを早急に作成する必要もある。そのため、実施計画や工程表を作成する、及び目標達成状況の把握と効果の評価を行うのは、協議会もしくは協議会メンバーも入った委員会またはWGとし、協議会は、進捗状況などの報告を半年ごとに受けるものとするなどの項目を基本計画に明記しておくべきだと考える。

平成 19 年 4 月 23 日

がん対策基本計画イメージに対する意見

がん対策推進協議会会長 垣添忠生様

島根県がんサロン NETWORK  
三成 一琅

全体として基本方針、がんに関する目標、重点的に取り組むべき課題、分野別施策等書かれている課題について、誰が、何時までに、どの程度の目標値を達成するのかが抜けているように感じます。

基本方針の 1. 死亡率の減少は幾らにするのか 除痛率は幾らを目標にするのか 2. がん医療の均てん化では例えば何年たてば東京と島根の格差が埋まるのでしょうか？ すべてのがん患者の苦痛の軽減には何時までに疼痛除去に関する医師の研修や、化学治療や放射線の専門医を何人増員すれば良いのでしょうか？

情報の均てん化、先端医療の均てん化、緩和医療の均てん化等具体的に誰が、どの目標に何時までにやるのか明記すべきではありませんか。国はがん診療拠点病院を指定するだけでがん医療の均てん化を図ることは出来ません。現状での地方の財源、人材を活用した底上げだけでは均てん化は達成できるとは思いません、たとえば各都道府県への各領域の専門医等の直接的な派遣をするなどモデル事業を実施し、そして評価してみてもはどうでしょう。

また、たたき台の書き方についても例えば 第4 分野別施策 の(3) ②取り組むべき施策 で以下のような書き方となっています。

病院の医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅支援診療所と訪問看護ステーション・薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていく為に必要な体制を整備していく。

・・・・・・また、国は、今後我が国が目指す在宅医療の提供体制のあり方についてのモデル（を示していくよう努めていくことが望まれる。）を示さなければならない。とはならないのでしょうか？なんとなく腰が引けているようで釈然としません。患者として出来るだけ早くさまざまな分野で均てん化が進むよう切望しております。



「がん対策の推進に関する意見交換会」提言 H19年3月28日

小児がんについては下記の記載がなされている。

P8 **がん医療** 2, 提言 (5) その他

○小児がんについて、長期予後のフォローアップを含め今後より一層の対策を講じていくべきである。

小児がんについても、成人のがん対策と同様に、多角的な提言を追加する。

## I はじめに

少子化対策が叫ばれている中で、毎年約 1000 人の子供が、がんで死亡しており、大切な国を支える宝を失っている。これは国民にとって極めて重大な問題である。

小児がんの発生頻度は、平成 12 年度の小児慢性特定疾患治療研究事業の登録では年間 3200 名の発生で治療中の患者総数は約 2 万人である。現在約 10 万人の長期生存者がいると推定されている。

小児の死亡原因では 1 歳～4 歳までは不慮の事故、先天異常の次で第 3 位 5 歳～14 歳では不慮の事故について第 2 位である。

小児がん経験者は成人の 600～1000 人に 1 人と推定されているが 2010 年までには若年成人 250 人に 1 人は小児がん経験者になると言われている。

小児がん経験者は自分の経験から極めて医療に関して関心のある人が多く現に看護師や看護師、教師、薬剤師、医師などの医療関係者が多い。また、成人と大きな違いは治癒後に 40 から 60 年の予後が期待でき社会への貢献年数が長いことである。

## II 小児がんの予防・早期発見

### 1, 現状

- 小児がんの原因として明らかにされているものは少ない。最も多い白血病に関しては、胎内暴露が 1 つめの遺伝子変異を生じ、出生後に 2 つめのヒットにより発病するモデルが提唱されている。有機溶媒や放射線、抗ガン剤などが後天的な原因に含まれている。間接喫煙の影響も否定できない。先天性免疫不全症のこどもに、がんが発生しやすいことはよく知られている。ダウン症や片側肥大などの奇形症候群は発ガンリスクが高い。低出生体重児に肝芽腫の発生頻度が高いことが我が国の小児がん登録研究から明らかにされた。
- 神経芽腫のマススクリーニングは、世界に先駆けて我が国で全国的に実施され、大きな成果を上げたが、再評価の結果、自然退縮する腫瘍を多く含むことから、地域の限定と時期の変更が行われた。小児では、これ以外にがん健診は行われていない。また発生頻度が低いこと、最も多い急性白血病では早期発見の意義が少ないと考えられる。

### 2, 提言

- 小児がんの病因の解明は、今後、ゲノム研究の分野と疫学の分野で推進するべきである。施設がん登録から地域がん登録は、成人のがんが主体である。特殊で希な小児がんは、独自の疫学登録研究がな

されるべきである。小児がん学会で開始されつつある、全数把握登録は現在のところ、人口ベースの発生数把握のみを目的としている。これをナショナルスタディーとして、登録センターの設置などに対して国が援助することがのぞましい。

またより精緻なコホート研究を地域限定で実施するべきである。

- 上記をのぞき、マスキングや、がん健診の対象となる小児がんは現在のところ存在しない。

### Ⅲ がん医療

#### 1、現状

- 小児がん、小児白血病は、一般に化学療法に感受性が高く、小児は高容量の抗ガン剤に耐えられ、計画通りの治療が完遂し易いなど、成人に比較して、進行した症例でも治癒に導ける可能性が高い。また希少なため、早くから、地域毎のグループが形成され、多施設共同研究が行われていたこともあり、世界と比較しうる成績がまとめられている。しかし、症例数が希少であり、公的研究費が得られにくいこともあり、臨床試験の財政的基盤は脆弱であった。造血器腫瘍の分野では、標準的治療の確立のための厚労省研究班により、全国的な臨床試験体制が整いつつあるが、永続的安定的な運営のためには、更に幅広い支援体制が求められる。固形腫瘍についても、ようやく腫瘍毎の研究組織が形成されたが、白血病に比較してさらに症例数が少なく、組織が未だ未整備の段階である。
  - 我が国における新薬治験体制の立ち後れの影響は、小児がん患者にも大きな影響を及ぼしており、世界で一般的に使用されているいくつかの有用な抗がん剤が、対象症例の少なさから、未だに個人輸入でのみ入手可能であったり、治験の対象としてメーカーにより取り上げられないことがある。
  - 国民がわかりやすく安心できる小児がんの専門的診断治療システムを創るために、小児がん学会、小児血液学会は、小児がん専門医制度の設立が準備している。「がん治療認定医」制度の上に小児がん専門医制度を載せる構想で進んでいる。
  - 希少疾患であり、少数の専門施設への集約することで効率良く専門医養成を行うことが望ましいにもかかわらず患者の利便性に配慮して地域毎に配置が求められるなかで、認定施設や専門医の必要数の設定を考慮せねばならないという矛盾した課題を抱えている。
  - 制度の発足と維持のためには、研修施設の認定、セミナー開催や認定制度の維持基盤の確立など、小さな組織で担いきれるかどうか、今後課題となる。専門医制度認定機構に認定される制度とするための様々な条件も整える必要がある。
  - 各地域の基幹施設の周辺に、かんのこどもの家族のための長期滞在施設が整備されつつあり、背紋施設への患者の集約化に寄与している。
  - 診療ガイドラインに関しては、成人と同様、小児がん学会、小児血液学会においてデータベースが作成され、公開される予定である。
- 小児の緩和ケア
- 小児のホスピス 特に末期がん あるいは治療抵抗性のがんの子供について兄弟と一緒に過ごせる環境整備も必要である。また、兄弟の支援、若い母親、時には父親の相談相手など医師や看護師が手の届かない領域への支援も大切である。
- 長期フォローアップ体制は、施設毎での対応に限界がある。また慢性特定疾患研究事業による医療費の補助が、治療終了後5年で打ちきりとなったことが、これに悪影響を及ぼすおそれがある。
  - 小児がんについては、長期的な生命予後、身体的な機能予後のほかに二次がんの発生を含めた生涯にわたるフォローアップ体制を整え、一層の対策を講じていくべきである。

#### 2、提言

- 少子化の時代に、希少な小児がんはさらに減少して行くが、治療成績や患者のQOL向上を実現する

ためには、小児科医師不足の中で腫瘍専門小児科医を確保し教育研修制度を整備する必要がある。強力な化学療法を行う小児がんには、多くの人手と入院設備、院内学級、家族支援体制が不可欠であるので、専門施設がこれを担えるような医療費の設定や、遠方から頻繁に面会する家族、長期滞在する患者と家族、留守宅のサポートなど、社会的援助が不可欠である。

- 希少であるが故に、多数の施設が共同研究によって、臨床研究を推進し、治療成績の向上につなげるための、公的研究費によるさらなる援助が求められる。
- 小児がん長期生存者は、人数×年の換算では成人の数人分に該当する。長期的には多くの小児がん経験者が蓄積すると推計されている。健全な納税者の育成につながることに配慮すべきである。
- まだこれらを長期間にわたり追跡し、また援助する広域をカバーするシステムを国のレベルで構築することを要望したい。

#### IV 医療機関の整備

○ 専門医制度の検討に伴って、小児がん専門医施設としての認定条件を検討する必要性が生じる。施設のハードウェアの整備よりも、むしろ専門医の確保困難が問題となっている。小児科医、小児外科医、小児脳外科医、小児整形外科医、小児病理医、小児放射科医など、希少な症例を扱う専門医を確保養成する必要がある。

#### V 小児がん医療に関する相談支援等および情報提供

○ 財団法人 がんのこどもを守る会は、長年にわたって、小児がん患者家族にたいして、講演会、相談会を開催し、小冊子を作成し、ホームページを開設し、情報提供や相談に応じてきた。

○ 小児がんの専門施設、専門医研修認定施設

提言

○ 小児がん専門施設ではすでにセカンドオピニオンの受け入れを行っている施設がある。さらに幅広く対応出来るように推進する。

#### VI 小児がん登録

○ 施設がん登録から地域がん登録は、成人のがんが主体である。特殊で希な小児がんは、独自の疫学登録研究がなされるべきである。小児がん学会で開始されつつある、全数把握登録は現在のところ、人口ベースの発生数把握のみを目的としている。これをナショナルスタディーとして、登録センターの設置などに対して国が援助することがのぞましい。またより精緻なコホート研究を地域限定で実施するべきである。

○ わずか毎年3000人の発生である。小児のがん登録については悉皆性を求める全国規模の正確な罹患率、死亡率の把握が、小児がんの病因や治療効果の評価に必修であることから、成人とは異なるがん登録システムを構築する必要がある。

わが国の地域がん登録はその実施が都道府県の判断に委ねられており、実際に施行している府県は十数ヶ所に過ぎないため、地域がん登録を利用しての小児がんの罹患率把握は不可能である。また、成人がん医療の拠点病院が必ずしも小児がんを治療しているとは限らないため、小児がんの治療施設での登録システムの構築が必要である。

## **Ⅶ がん研究**

○その希少性から成人がんに比較して研究予算の配分が少なく、専門医師の希少性から研究に従事できるマンパワーが少なく、また、製薬会社の治験による新薬の開発も不採算によって進まない状態にある。

### 提言

小児がんは成人がんの臓器別がんの一種ではなく、がん研究においても特別な位置を占めているため、小児がんの基礎研究、治療薬の開発、標準的治療の確立などを目的とした研究に対しては、成人がんと同レベルで、かつ特別な配慮を施した多様な推進策を講じる必要がある。

がん対策推進基本計画についての考え方

大阪大学 門田守人

がんは、我が国の死因の第一位であり「国民病」とも呼ばれ、その対策は非常に重要である。これまで、「対がん 10 年総合戦略」「がん克服新 10 年戦略」「第三次対がん 10 年総合戦略」とがん対策に積極的に取り組んできた。そしてその結果、我が国におけるがん診療は、外科治療などを代表として、他の国々と比較すると着実に進歩を遂げていることは明確である。しかし、残念ながら未だにがんによる死亡者数が増加の一途をたどり、また、医療現場では必ずしもがん患者さんは今の状況に満足しておらず、「がん難民」等の呼び名も出現しているのが現状で、より一層のがん対策の推進が必要になっている。

そこで、本年 4 月 1 日より、がん対策基本法が施行され、この法に基づいた「がん対策推進基本計画」が策定されるのである。従って、今までの 10 年戦略とは大幅に異なる思い切った計画を立てなければならないと考える。

そこで、

全体目標

1. がんによる死亡者数の減少
2. がん患者の生活の質の向上

と、前回の討議の結果でよいと思います。その次の具体的目標は、全体目標から出た枝のような感じで。例えば、以下の順序で記載する。

具体的目標

1. がんによる死亡者数の減少
  - (ア)がん予防の推進(一次、二次予防)
  - (イ)治療成績の向上(手術療法、化学療法、放射線療法、集学的治療など)
2. がん患者の生活の質の向上
  - (ア)がん治療患者の QOL
  - (イ)がんと共に生きる患者の QOL

このような形式にすると全体像がわかりやすくなり、重複することは避けられると思います。

しかし、このようにまとめたとしても、国民には従来のものでそんなに大きく変わったようには見えないと思います。基本法に基づいて、今回初めて出される基本計画ですので、更に踏み込んだ内容を盛り込むべきではないかと考えます。そこで、是非以下のことを言及していただき、国民の意見を集約、そして、政府レベルの議論をふまえ、その方針を国民の前に公表すべきではないかと思えます。これまで、患者さんあるいは患者団体の方々の意見を聞いていますと、今医療現場で行われている医療の不信に関するものが多く、インフォームドコンセントなどの単語は定着したものの実質的には、コミュニケーションは十分とれておらず、対話不足による不満が非常に多いように思います。各々の専門家が足りないということも考えられますが、それよりも、根本的には医療者の絶対的不足、時間不足がその大きな原因となっています。このことは患者のみならず、医療者も今の医療体制の被害者と言っても過言ではないと思います。先日の日本外科学会の調査でも、病院勤務外科医の一週間の平均労働時間は69時間となっており、更に、全体の59%の外科医が当直明けにしばしば手術に参加しているという結果が出ております。法的に見ても、医療安全から見ても異常な状態で医療が行われていることが浮き彫りになってきています。是非、医療費のことと医療者の人数について、明確に記載していただきたいと思えます。

#### 全体目標達成のための到達目標

1. 医療費を現在のGDPの8%から少なくともOECD30ヶ国の平均値(9%)まで増額する。
2. 不足する医療従事者の育成(医師、看護師、その他種々のコメディカルの必要員数を提示)

このような内容を加えていただきたい。特に数値にはこだわりませんが、これは我が国の医療の本当の幹の部分と考えます。法律に基づいて、立てるがん対策推進基本計画ですので、一度全国民レベルの議論の場へ持ち上げて行くべきではないと思います。宜しく願いいたします。