

① 生の終わりを迎える理想の場所 ②

	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159 100	36 22.6	3 1.9	104 65.4	20 12.6
HEN	117 100	14 12.0	2 1.7	93 79.5	10 8.5
HMV	45 100	7 15.6	— —	33 73.3	5 11.1
HPN	38 100	6 15.8	— —	26 68.4	7 18.4
主治医	67 100	3 4.5	1 1.5	52 77.6	13 19.4

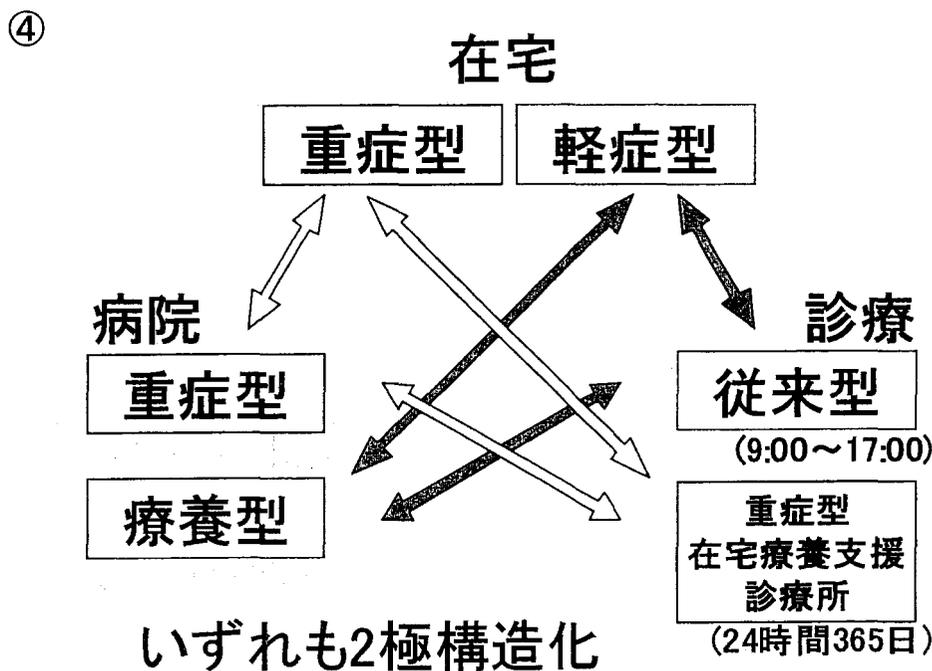
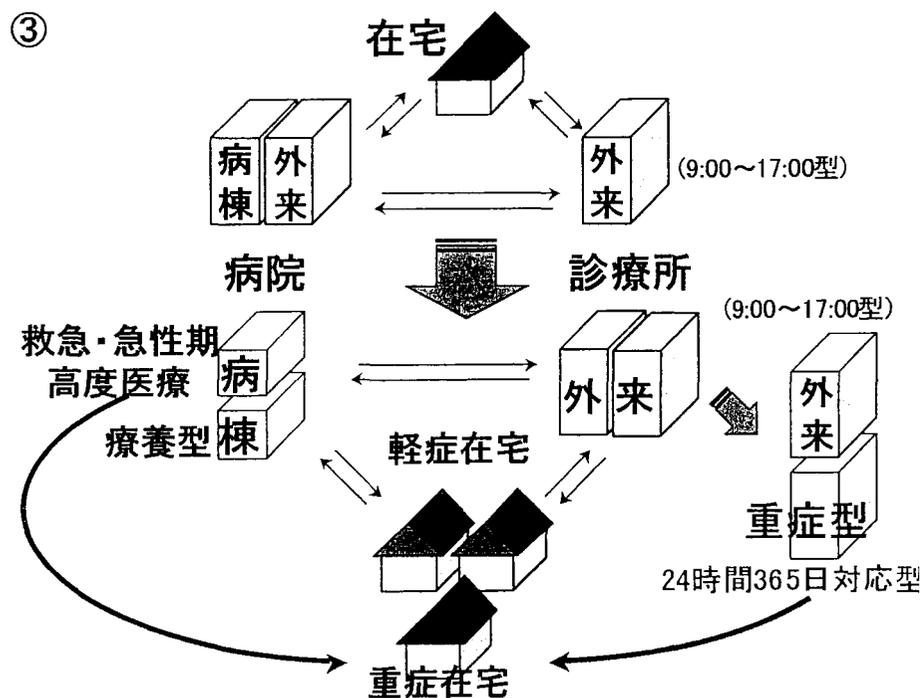
② 医者は生き方の説明をするのであって
症候論・疾病論を展開するのではない



現在の医者的大部分は、生き方の説明をしていない



不十分な説明によって作られたものは
事前指示書・リビングウィルとしては
不適切である



⑤

- a) 回復可能 ⇒ 治癒して帰す
- b) 現状維持 ⇒ 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 ⇒ 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

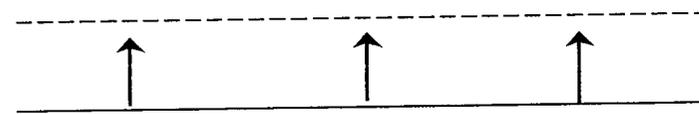
この3点の収束するところが
 病院医に課せられた重要な目的となる
 『病院死を極力回避する』・『説明責任を果たす』



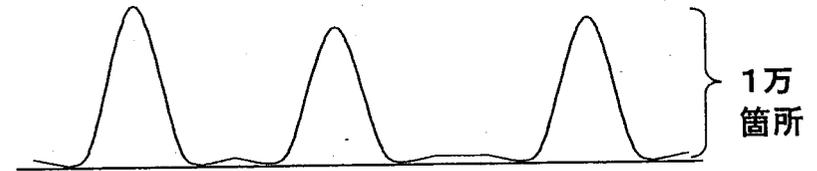
病院医に対する在宅療養支援診療所の
 周知の徹底(同時に国民にも周知)

⑥

在宅底上げ案



在宅橋頭堡案



⑦

現状の看取り率と目標値に対する割合 ⑤

【中国・四国】

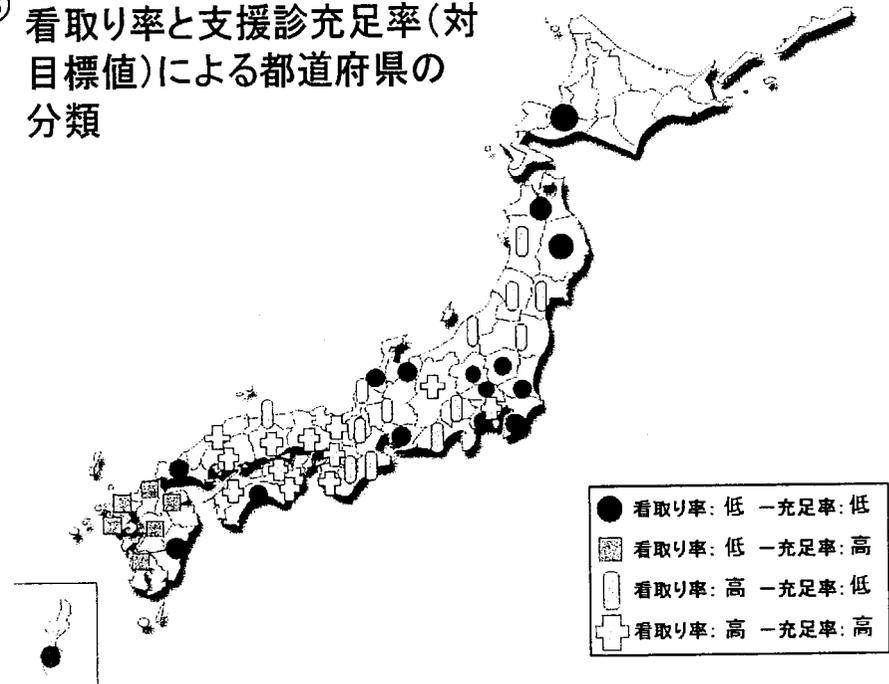
	在宅死の割合		推計死亡者数		届出件数	平均20人を看取る在宅支援診療所数	目標値に対する現数割合
	2004	目標値(上限25%)	総数(2014年)	在宅+老人ホーム(目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,123	16,393	55.7%
鳥取	16.4%	25.0%	7,512	1,878	45	94	47.9%
島根	17.6%	25.0%	9,938	2,485	101	125	80.8%
岡山	14.7%	25.0%	22,164	5,541	237	278	85.3%
広島	15.7%	25.0%	30,984	7,724	387	387	100.0%
山口	13.8%	25.0%	18,756	4,689	102	235	43.4%
徳島	14.7%	25.0%	9,925	2,482	112	125	89.6%
香川	15.4%	25.0%	11,804	2,951	91	148	61.5%
愛媛	14.6%	25.0%	17,770	4,443	139	223	62.3%
高知	11.0%	21.9%	10,461	2,293	25	115	21.7%

全国の値は、全都道府県の総和

在宅死の目標値は、都道府県ごとの目標達成時の死亡者数から逆算

⑧

看取り率と支援診充足率(対目標値)による都道府県の分類



厚生労働省会議室 2006.12.20
日本小児がん学会理事長 麦島秀雄

日本小児科学会分科会

日本小児がん学会 がんの子供を守る会事務局

FAX 03-5825-6316

日本小児血液学会

TEL 03-5825-6311

HP <http://www.ccaj-found.or.jp/jspo>

(日本小児がん学会は2007年4月を目途にNPO法人化を計画している。)

小児がんの特徴

①白血病 30%、悪性リンパ腫 10% 固形腫瘍 60%を占める。②抗がん剤や放射線治療が有効である。③5年生存率は70%以上である。④新規患者は年間2500名から3000名である。⑤約10万人の長期生存者がいると推定される。⑥小児がん経験者は成人の600～1000名に1名である。⑦治癒後40～60年の予後が期待できる。⑧長期生存者の晩期障害、QOLへの影響が懸念される。

臨床研究組織の構築

治療成績の向上を図るために結成されたグループ間の共同研究組織である。

- ①日本小児白血病リンパ腫研究グループ 白血病 悪性リンパ腫を対象とする。
- ②日本小児がん共同研究機構設立準備会 固形腫瘍を対象とする。

小児がん全数把握登録

2006年1月から小児がん全数把握登録を実施している。登録事務局をがんの子供を守る会内に設置し、集計作業を開始している。定期的に小児がん登録関連学会連絡会議を開催し日本小児がん学会、日本小児血液学会、日本小児外科学会、日本整形外科学会、日本脳神経外科学会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会、日本産婦人科学会からの協力を得ている。

長期フォローアップ体制の構築

小児がん専門医制度

がん治療認定医機構に参加し、小児がん専門医制度としての独自の2階部分を構築していくための検討委員会を構成し小児血液学会の委員と計画案を検討中である。

以上

Ⅰ．がん臨床試験の推進

- **がん治療において特に重要な個別化医療を推進するための効果・安全性予測因子、予後予測因子の研究振興を図る**
- **公的支援による医師主導臨床試験の活性化と研究成果の企業による承認申請への活用**
- **医師主導臨床試験の基準の整備による試験品質の保証と医師等の負担の軽減**
- **臨床試験の国による登録・承認制度**
- **公的支援による実施拠点等の整備(人的体制、手続きの簡素化等)とネットワーク化の推進**
 - ・ **今後増加する国際共同臨床試験のためにも国内基盤整備は必須**

II. 抗がん剤開発における治験相談・承認審査の充実

- ① 治験相談に際し開発戦略(単剤/併用、がん種、治療段階、適応拡大)に関する適切な対応の強化
- ② 審査のスピードアップのための体制整備
 - 1) 審査要員の増員による体制強化
 - 2) 優先審査の対象の拡大(適応拡大、剤形追加への適用)
 - 3) アジア治験結果の活用
- ③ 審査基準のグローバル化と透明化
 - 1) 日米欧当局間での協議を通じた審査基準の共通化の推進
 - 2) 抗悪性腫瘍薬開発フォーラム、医薬品開発フォーラム等の産官学による開発手法等に関する科学的検討成果の審査基準への反映
 - 3) 治験相談、承認審査における一般共通事項の提示(欧米におけるコンセプトペーパー等)

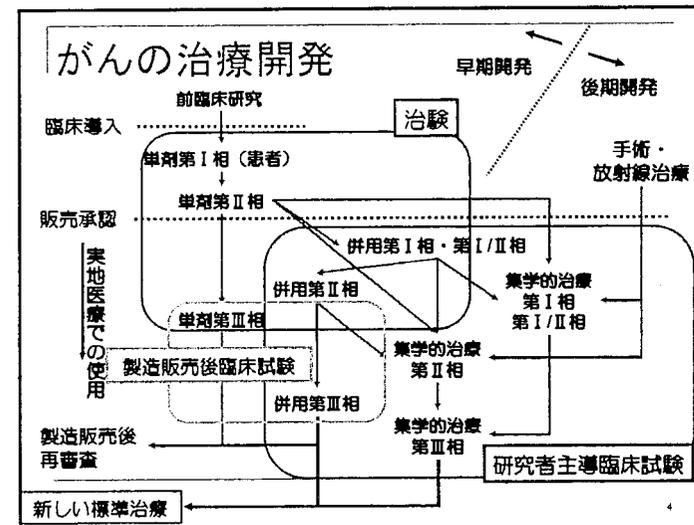
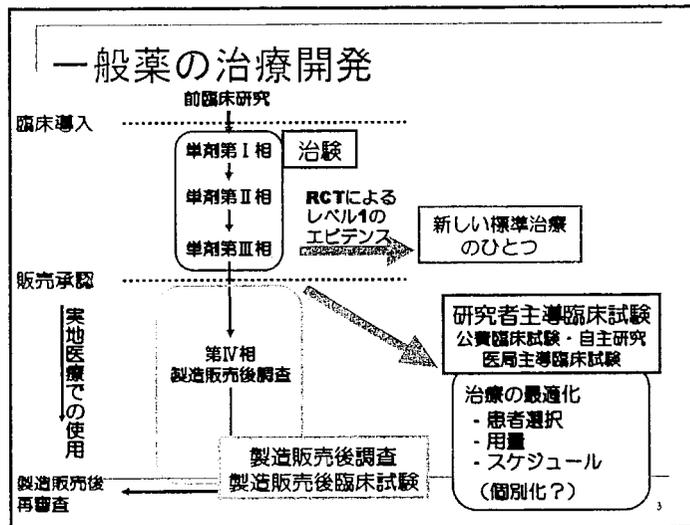
「がん対策について」
治験コーディネーター(CRC)
関連団体の立場からの意見

SoCRA日本支部 副代表 山下紀子
国立がんセンター がん対策情報センター
臨床試験・診療支援部 JCOG運営事務局

CRCなど、臨床試験専門職の立場から
みたがん対策の問題点

- がんの治療開発における臨床試験の重要性
 - 併用療法、集学的治療開発は研究者主導臨床試験
 - CRCなど、臨床試験専門職の必要性と役割
- 臨床試験専門職が抱える問題点
 - 雇用・処遇問題
 - 医療機関所属CRCと派遣CRC
- 臨床試験専門職に対する継続教育の必要性

2



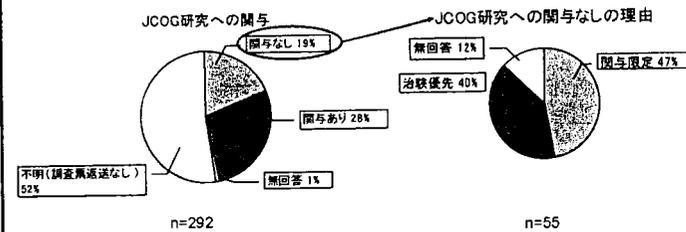
がんの治療開発における臨床試験の重要性

- がん領域では、標準治療の開発に臨床試験が必須
- がん治療の中心は手術、併用療法、集学的治療
 - 製薬企業は抗がん剤の単剤の治験が中心
 - 手術、併用療法、集学的治療の開発の担い手は研究者
- がんの臨床試験は綿密な計画のもと実施
 - 正しい結果を導くように、複雑なプロトコルを遵守して臨床試験を行うことは、医師だけの努力では難しい
 - 高度な知識と経験を有するCRCなどの臨床試験専門職との協働体制が必要
- CRCが関与する研究者主導臨床試験は少数
 - 企業モニターの関与がある治験よりも、研究者主導臨床試験にはCRCの関与が重要

5

CRCの臨床試験への関与の割合 — JCOG品質管理小委員会の調査より —

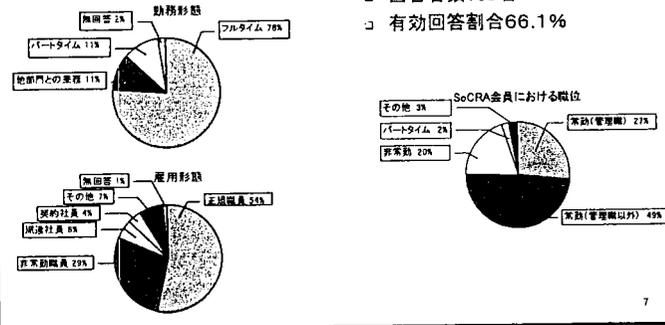
- 調査実施時期: 2006年2月
- 対象: JCOG登録CRC 292名
- 調査票送付: 292名、調査票回収: 139名 (47.6%)



6

CRCの雇用および勤務形態内訳

- JCOG登録CRCの場合
 - 品質管理小委員会調査
 - 回答者数: 139名
- SoCRA日本支部会員の場合
 - SoCRA日本支部会員対象調査
 - 調査実施時期: 2006年10月
 - 回答者数183名
 - 有効回答割合66.1%



7

臨床試験専門職が抱える問題点

- 雇用・処遇問題
 - 非常勤
 - フルタイム勤務ながら、非常勤雇用。勤務時間制限あり、処遇が悪い
 - 研修や学会参加の機会がない/少ない
 - 常勤
 - 医療職に依存した定員枠、2つの指揮系統下、他部署との兼務
 - 臨床試験関連部署以外への異動(専門職の経験を活かせない)
 - 常勤雇用枠の確保、臨床試験専門職としてのポスト化
- 医療機関所属CRCと派遣CRCの問題
 - 所属に依存した業務範囲の差異が両者のひずみとなっている
 - 被験者スクリーニング、医療行為、医療機関内他部署との調整業務
 - 医療機関所属(中でも常勤)スタッフの方がマネージメント力を発揮しやすい

がんの臨床試験では、結果を正しく導き、患者さんへ最新/最善の治療として標準治療を提供するためには、医師とCRCなどの臨床試験専門職との協働体制が必要不可欠。
CRC不足の原因の一端は不安定な身分と雇用条件にあると考えられるため、優秀な人材の確保のためには、雇用の安定化と処遇の改善が急務。
質の高い臨床試験を行うためには、優秀な人材に対する継続教育が重要。

日本のがん検診の問題点

日本対がん協会

第3回 がん対策の推進に関する意見交換会
06年12月20日

[実施状況]

- 全国46道府県の支部のうち41支部で実施
(東京、神奈川、静岡、岐阜、奈良、大阪を除く)

- 全国の住民検診に占める割合 (2004年)

	市町村数	実施率 (%)
◇ 胃がん	1914	77
◇ 子宮頸がん	1917	77
◇ 子宮体がん	721	29
◇ 乳がん	1679	67
◇ 肺がん	1630	65
◇ 大腸がん	1400	56

- これまでの実績 (1960年から2004年)

◇ 累計受診者	2億3913万8874人
◇ 発見がん数	25万2456人

- 受診率

- ◇ 1998年から2004年までの受診率の推移

	98年	99年	00年	01年	02年	03年	04年
胃がん	13.23	13.05	13.0	12.9	13.0	13.3	12.9
肺がん	21.95	22.33	22.6	22.8	22.8	23.7	23.2
子宮がん	14.0	13.68	13.8	14.6	14.6	15.3	13.6
乳がん	11.75	11.66	11.7	12.3	12.4	12.9	11.3
大腸がん	14.82	15.30	15.8	16.5	17.1	18.1	17.9

(%)

健康ネット 全国市町村別健康マップ (編集 厚生労働省老健局)

厚生労働省ホームページ地域保健・老人保健事業報告の概況 (厚生労働省統計情報部)

[問題点]

低すぎる受診率と精度管理の軽視が最大の問題

- 日本対がん協会の受診率向上への取り組み

- ◇ 休日、夜間検診
- ◇ 冬季、シニア割引
- ◇ 新聞、ラジオ、テレビ広告
- ◇ チラシ、リーフレット、ポスター
- ◇ 講演会、シンポジウム開催等々

● 受診率低調の原因

- ◇ がん検診費用の一般財源化（1998年）と自治体の財政難
 - ・ 検診費用の個人負担分の増額。
 - ・ 実施主体である市町村が積極的に広報活動や受診勧奨をしない。
 - ・ 従来行ってきた未受診者への勧奨を中止。
 - ・ 介護保険事業拡大により保健師不足が加速、がん検診推進の弱体化。
 - ・ 行政指導型から自己責任型検診への転換ができていない。
- ◇ 検診にインセンティブが働いていない
 - ・ 受診者に検診を受けるメリットが明確でない。
 - ・ 実施主体である市町村にも受診者増によるプラスアルファがない。

● 精度管理の軽視

- ◇ がん検診事業への競争入札導入で価格競争が激化、一定の精度を保つには無理と思われる価格で落札するケース目立つ。
- ◇ 対応窓口が保健衛生部門から財務部門に代わり、精度管理の重要性に対する認識が希薄。
- ◇ 平成の大合併により、低水準の検診が拡大。悪貨が良貨を駆逐する現象が続出した。
- ◇ 事業評価が機能していない。市町村は入札にあたり、検診の質にかかわらず、最低の価格で落札されることを防ぐため、仕様書に委託基準を明確に示すことになっているが、ほとんど実行されていない。
- ◇ このほか事業評価では、都道府県は精度管理上、適切でない検診機関を検診実施機関と認めない措置を講じることや、各自治体の成人病検診管理指導協議会の検討結果を積極的に公表するよう求められているが、こうした措置がほとんどとられておらず、事業評価の効果が出ていない。
- ◇ この結果、国民の健康を守るがん検診が由々しき事態となっている調査結果も出ている。1987年から2003年にかけて行われた福岡県の胃がん検診で、検診機関によって、がん発見率に4倍の差があるという調査結果が発表された（2005年12月5日、朝日新聞）。X線撮影技術や、精検受診率が高い検診機関ほど、発見率が高く、受託価格も高くなることがわかった。しかし、3割近くの市町村が価格の安い検診機関に委託先を変えていた。つまり、精度管理に問題があるにもかかわらず、低価格検診への鞍替えが進んでいるという実態が明らかになった。

[提言・要望]

- 受診率向上を国の政策として位置づけ、インセンティブのある検診制度の構築。
- 検診の質の向上のために、事業評価の実効性が確保されるよう、国が本来の役割を果たすのはもちろん、県、市町村がそれぞれの役割をきちんと果たすよう強力に指導する。