

【協議会後の桜井委員からの質問及び参考人からの回答について】

＜片野田参考人への質問＞

○質問1

ご呈示頂いたシステムは、検診や予防などの予算配分を検討するためのシステムであるべきと考えており、検診の受診間隔や対象年齢の設定や診療ガイドラインなど、科学的根拠に基づく結果が必要な政策決定の状況下で使用することは可能か？

（片野田参考人からの回答）

今回示したのは死亡データの推計結果のみだが、実際は罹患データも同時に推計している。罹患データを臨床進行度別の医療費と組み合わせることで医療費の概算が可能。がん対策の設計においては、検診の受診間隔や対象年齢の設定など、実証的研究だけでは答えが出ない問題が多くあるため、今後受診間隔、対象年齢、検診モダリティの変更（例えば便潜血検査から大腸内視鏡）などの影響を定量化する予定。

○質問2

日本でも健康日本21において「健康格差の縮小」という文言が目標に加わったが、がんにおいても健康格差の指標をモニターする必要がある、それをもとにした対策を講じる必要がある。NCIが実施しているような、例えば、禁煙を啓発するには、社会の中のどの業種、どういった年代に対して力を入れるのが効果的か等の啓発ターゲットや手法を考える上での参考ツールとしてもなり得るのか？

（片野田参考人からの回答）

健康日本21に「健康格差の縮小」が掲げられ、日本の公的統計でも社会経済階層別の集計が行われるようになった。喫煙習慣、受動喫煙、検診受診行動などについて、社会経済階層が低いほど健康リスクが高い傾向にある状況が明らかになりつつある。欧米では住所地による社会経済状態の指標がデータベース化されており（剥奪指標）、さまざまな公的調査のデータを社会階層別に集計することが可能となっているが、日本ではまだ研究段階。このような社会経済階層別の統計データがより充実すれば、そのデータをシミュレーションモデルに組み入れることで、ハイリスク集団へ強い介入を行った場合と、集団全体への弱い介入を行った場合とで、効果の大きさを比較することが可能になると期待される。

○質問3

この公衆衛生のシステムでは5大がんに焦点があたっている一方で、他のがんの課題の抽出には至っていない。こうしたデータを蓄積するためには、研究を基礎としていくこと、こうしたシステムを構築するための研究が更に必要だと考えるが、見解如何？

(片野田参考人からの回答)

シミュレーション研究には、罹患・死亡統計、予防危険因子、早期発見、診断、治療などの各分野において、大規模な集団における量的データが必須となる。検診については、対策型検診が実施されているがん種がシミュレーションのメインのターゲットとなる。欧米諸国で実施されているシミュレーション研究においても、主要ながん種がターゲットとなっている。主要ながん種以外について現時点で技術的に可能な方法は、主要ながん種の結果を他のがん種に外挿することである。例えばたばこ対策による肺がんの減少効果を他の喫煙関連がんに当てはめる、大腸がんや女性乳がんでは実現した生存率改善を他のがん種に当てはめる、等により死亡率や死亡数をどのくらい減らせるか、というような推計が可能。今後希少がんを含めてシミュレーション研究を拡充していくためには、罹患・死亡統計、予防危険因子、早期発見、診断、治療などの各分野で、ある程度大きな集団におけるデータの蓄積が必要。希少がんについては国際的な共同研究を実施する流れもできつつあり、そのような研究ベースで蓄積された成果を継続的なインフラとして整備していく必要がある。

<山本参考人への質問>

○質問1

がんにならないための対策が大変重要であると認識しており、対策を講じるためにも、研究を推進していくことが必要と考える。それは従来型のものではなく、予防のための機器類、デバイスの開発研究なども重要かと思うが、見解如何？

(山本参考人からの回答)

機器類やデバイス等の開発は当然重要であると考えている。医薬品、医療機器、さらに細胞製剤など高度技術製品は、一定の医学的な知見を現場に実装するための重要な手段の類型と考えている。よって、研究開発の諸フェーズで考えると、知見を得るための研究、その実装に向けた(手段類型を最初から絞りすぎない)開発、そして活用や普及に向けた仕組み・制度の更新のいずれも必須であると考えている。