

がん対策の推進に関する意見

日本臨床腫瘍学会理事・国立がんセンター中央病院 13A 病棟医長 大江裕一郎

1. がん治療の専門医、特に腫瘍内科医、緩和ケア専門医、放射線治療専門医の育成

A. わが国のがん診療の現状

日本		米国		比
人口	1.281億	人口	2.982億	43%
医師 (2004)	249,574	医師 (2004)	632,818	39%
日本内科学会認定医 (専門医)	55,278 (10,573)	内科医	186,868	30%
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医	47	腫瘍内科医	10,016	0.5%
日本血液学会 認定血液専門医	2,119	血液内科医	6,122	35%

表に日米の医師数・専門医数の比較をしてしたが、人口比を考えると、医師数、内科医数、血液内科医数は日米で大きな違いはない。しかし、米国には1万人を越える腫瘍内科医がおり、米国並みに総てのがん薬物療法を「がん薬物療法専門医」が実施する体制を我が国で構築するには、少なくとも3000名程度のがん薬物療法専門医が必要となる。

がん診療の実態を把握するために、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究」班(主任研究者:大江裕一郎)で、わが国のがん診療の中心である大学病院(分院を含む)、がん専門病院および地域がん診療拠点病院におけるがん専門医のアンケート調査を平成17年7月に実施した。大学病院、全国がん(成人病)センター協議会加盟病院および地域がん診療拠点病院262施設の施設長にアンケートを送付し157施設(59.9%)より回答を得た。

主にがん患者の化学療法などの内科的治療のみを実施している、いわゆる腫瘍内科医(血液内科医を含む)は合計876名おり各施設の平均は5.7名(0-66名)であった。しかし、70施設(44.6%)では、1名も腫瘍内科医が勤務していなかった。現在、主に化学療法を内科医が実施している施設は12施設(7.6%)のみで、大多数の施設では外科医も化学療法を担当していた。しかし、将来的には腫瘍内科医もしくは薬物療法の専門医が化学療法を実施すべきであるとする施設が多数を占めていた。

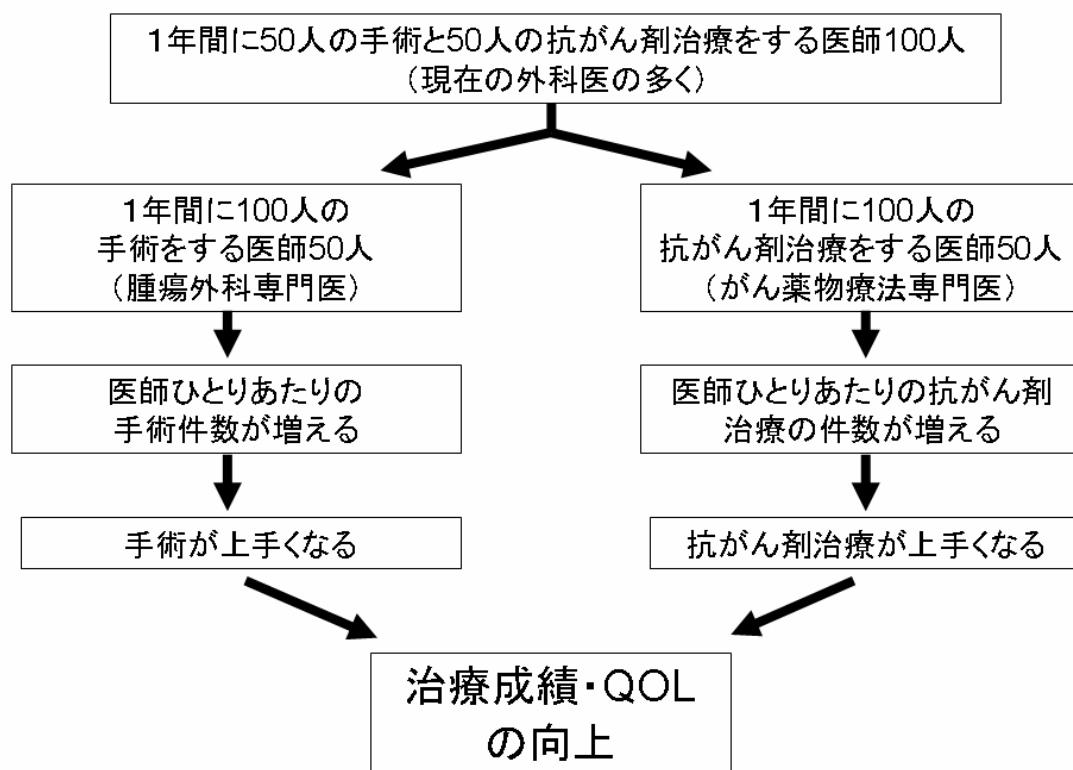
緩和ケアを専門とする医師は、64施設(40.8%)で1名も勤務しておらず、21施設(13.4%)では1名しか勤務していなかった。

放射線治療を専門とする医師は合計で341名であったが、全く勤務していない施設が24(15.3%)、1名しか勤務していない施設が58(36.9%)であった。

B. 専門医によるがん診療の利点

現在は、腫瘍内科医が不足しているために抗がん剤治療は外科医も実施せざるを得ない状況となっていることが、アンケート調査の結果からも明らかである。理想としては、「1年間に50人の手術と50人の抗がん剤治療をする医師100人」という現状を、手術を専門とする腫瘍外科専門医(1年間に100人の手術をする医師50人)と薬物療法を専門とするがん薬物療法専門医(1年間に100人の抗がん剤治療をする医師50人)に分けるのが効

率的である。これによって、腫瘍外科専門医 1 人当たりの手術件数は増加し、がん薬物療法専門医 1 人当たりの化学療法の数も増加する。医師 1 人当たりの症例数増加は、治療成績向上に繋がると考えられる。



C. 専門医不足の原因と対策

欧米に比較してわが国で、がん専門医、特に腫瘍内科医が不足している理由として、わが国では大学で臨床腫瘍学を系統的に教育する講座が極めて少なく、臓器別の講座により個別に各臓器のがんに対する講義が行なわれているに過ぎないことが指摘されている。現在の卒前教育のカリキュラムでは腫瘍学の教育が十分ではない。また、内科学の一分野として腫瘍内科学が位置づけられていないことも大きな問題である。我が国でも将来的には、臨床腫瘍学教育の充実、専門医制度の定着などにより、腫瘍内科医が抗がん剤治療を実施する体制を構築すべきと考えるが、専門医の育成のためには、全医学部・医科大学での腫瘍内科学・臨床腫瘍学講座の開設が必要である。また、高度に専門化した現在の医療体系・女性医師の増加などの要因を加味すると将来的にも医師が過剰になるとは考えにくく医学部定員の増員を検討すべきである。

- 中長期的対策： 全医学部・医科大学での腫瘍内科学・臨床腫瘍学講座の開設
医学部定員の増員
- 短期的対策： レジデント制度の充実・待遇改善
コア・カリキュラムの改訂（腫瘍学の充実）
医師国家試験への臨床腫瘍学に関する出題数の増大
専門医制度・教育セミナーへの支援

2. 臨床試験の推進

がんによる死亡数を減少させるためには、禁煙などの生活習慣改善による予防、検診による早期発見・早期治療などとともに抗がん剤などの新しい治療法の開発が重要である。現在、抗がん剤開発を実施しているグローバル企業においては、臨床開発を含めると数千名規模の社員が新しい抗がん剤開発に従事し、1000億円前後を年間開発費として支出している企業も少なくない。したがって、新しい抗がん剤のスクリーニング・基礎的な開発はグローバルな製薬企業に委ねられていると言っても過言ではない。しかし、非臨床試験で有望な物質を、抗がん剤として患者さんに提供するには臨床試験が必須であり、そのための基盤整備は行政的見地からも極めて重要である。

A. 治験コーディネータ（CRC）の増員・定員化

質の高い治験を実施するには、CRCの協力が不可欠であるが、CRCが治験を実施している各病院で充足しているとは言いがたい。CRCを充足させる為にはCRCの養成が重要であるが、現状では定員化されたCRCは非常に少なく、CRCという職種に関心をもっている人材は少なくないものの条件面の問題が障害となって優秀な人材が十分に確保できていない。したがって、CRCの定員化および非常勤CRCの勤務条件改善が急務である。また、多くの医学部に併設されている保健学科にCRCの養成コースを設け、将来はCRCを国家資格とすることが望ましい。

B. 治験の簡素化

新しい有望な抗がん剤を患者さんに早く届けるためには、治験を迅速に実施することが必要であり、治験の簡素化が必須である。わが国では、過去に適切ではない治験が実施されていたことに対する反省もあり、現在ではGCPの運用が極めて厳格に実施されている。その為に形式主義が横行し、非現実的な対応、過剰なモニタリング、不必要なデータ収集が行われており、これらによる労力・時間・費用の浪費が過大となっている。これがわが国で実施される治験の高コスト・低スピードの原因でもあり、グローバル企業のみならず国内の製薬メーカーまでもがわが国での治験実施をさげ海外での開発を優先させている、いわゆる治験の空洞化に繋がっている。その為に、わが国では海外で標準的に使用されている薬剤が使用できない事態となっていることを憂慮し、GCPの弾力的な運用を行うべきである。重箱の隅を楊枝でほじくり、些細な間違いを指摘するような実地調査は有害無益であり、最低限必要な被験者に対する倫理性・臨床試験としての科学性が確保されているか否かを調査・指摘すべきである。

C. 研究者による臨床試験の推進

治験の結果に基づき、新しい抗がん剤が承認されても、その薬剤が直ちに標準的ながん治療に組み入れられるとは限らない。一般的に治験段階では、単剤での有効性が評価され承認されることが多いが、一般臨床では抗がん剤が単剤で使用されることは比較的稀であり、多くの場合には他の抗がん剤との併用で使用されている。企業が実施する治験や製造販売後臨床試験でも代表的な多剤併用療法は検討されているが、研究者が自主的に実施する臨床試験で検討される場合が多い。また、一般臨床では放射線治療や手術などの他の治療法と併用して抗がん剤を使用する場合が多いが、製薬企業が放射線治療などとの併用で試験を実施することは極めて稀である。わが国では、JCOG (Japan Clinical Oncology Group)、WJTOG (West Japan Thoracic Oncology Group)などの臨床試験研究グループでの共同研究で、放射線治療などとの併用、すなわち集学的治療の臨床試験が実施されている。JCOG、WJTOGなどの研究グループでは、これまでも数々の世界的な研究業績を発表しているが、いずれのグループでも人的・財政的な基盤は極めて貧弱であり、これらに対する支援は重要かつ即効性がある対策である。

