

がん対策推進基本計画イメージ

1. これまでのがん対策への取組み

政府は、がんが国民の希求する健康な生活、長寿社会に対する脅威であることを踏まえ、適切ながん対策は国家の責務と認識し、この30年様々ながん対策を講じてきた。即ち、昭和59年度から「対がん10ヵ年総合戦略」、これに引き続き平成6年度から「がん克服新10ヵ年戦略」を策定し、がんのメカニズムの一端を解明するとともに、各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立などに注力した結果、がん診断・治療技術も目覚ましい進歩をとげてきた。

さらに、平成16年度からは、がん罹患率と死亡率の激減を目指して、がん研究の推進、がん予防の推進及びがん医療の向上とそれを支える社会環境の整備を柱とする「第3次対がん10ヵ年総合戦略」により、がん対策に取り組んできた。

また、厚生労働省においては、平成17年5月、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を設置し、がんの病態に応じた部局横断的な連携を推進するとともに、8月に「がん対策推進アクションプラン2005」を策定し、第3次対がん10ヵ年総合戦略の更なる推進を図ってきた。

その結果、国民皆保険制度の下で全ての国民が比較的高いレベルのがん医療を受けられるようになっている。

2. がんをめぐる現状、課題

しかしながら急速な高齢化の進展に伴い、がんは我が国において昭和56年より死因の第1位であり、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている。また、がん罹患者は、年間60万人、厚生労働省研究班によれば2015年には89万人に急増すると推計されている。この数字は、現在日本人は生涯のうちに男性は2人に1人、女性は3人に1人ががんに罹ることを意味している。

さらに、継続的に医療を必要とするがんの患者数は現在140万以上とされており、平成16年の国民医療費に占めるがん医療費は、全体の9.6%、総額で2兆3,306億円となっている。

こうしたことから、がんは、「国民病」と呼んでも過言ではなく、全ての国民が、がんを他人事ではなく自分自身や家族の問題として捉える必要性が

より一層高まっている。

胃がんや子宮がんなど、がんの種類によっては、最近10年間で死亡率が頭打ちに転じているものの、肺がんや大腸がん、乳がん等は増加傾向にあり、がんの種類に変化が見られる。

がんは加齢により発症リスクが高まるが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加すると推測される。

我が国のがん治療は、診断や外科手術を中心に目覚ましい進歩を遂げ、世界でもトップクラスにあり、がん患者の5年生存率も年々向上しているが、化学治療、放射線治療の体制は欧米諸国に見劣りし、又緩和治療、在宅治療やがん情報の提供や、がん患者・家族への支援体制も十分ではなく、急増するがん患者のQOLの更なる充実が急務である。

3. がん対策基本計画策定にあたって

このように、がん対策は着実に実施され成果を収めてきたが、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状に鑑み、がん対策の一層の推進を図るため、平成19年4月1日、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が施行された。

この法律に基づく「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）は、政府ががん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、基本法第9条第1項に基づき策定するものであり、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象として、がん対策の基本方針を極力数値目標も含めて定めるものであり、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）の基本となるものである。

今後は、基本計画に基づき、国及び地方公共団体が、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、関係団体及びマスメディア等（以下「関係者等」という。）の支援、協力を得てがん対策に取り組むが、この基本計画の推進、数値目標の達成は、がん年齢に達した全国民ががん検診を受診し、また禁煙を行う等、国民全体ががん対策に主体的に取り組むことなしには困難で、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現は望めないことを敢えて訴えたい。

○2頁の「基本方針」……基本法2条の基本理念を基本方針にするのは違和感あり。方針は理念を達成、実現するためのアクション計画に近いものであるべきです。この方針は理念に少し書き加えただけであり、重点的に取り組む課題や分野別課題とも重複し、アクションには遠いと思います。今回の基本方針は、基本理念の実現を旨とし、次の三つが基本方針となるのではと思います。

- ・がん死亡率の大幅な低下
- ・がん患者の苦痛を緩和し、QOLの改善を図るためのがん医療の質の向上
- ・がん治療の地域間格差、病院間格差を是正(均てん化)を図り、医療連携を推進する

従って文章イメージは「国、地方公共団体等は、がん患者を含めた全ての国民ががん対策の中心であることを明確にし、がんによる死亡の減少とがん患者の苦しみを軽減し、QOLの向上を図るため、次の3点を基本方針としてがん対策基本計画策定を行い、必要な財政措置を講ずる」ではないでしょうか？(財政措置を入れることは不可欠。必要性の程度は毎年厚労省が財務省との折衝で決める話。20ページの効率的・重点的な財政措置は財務省対策的で、意味なし。「必要な財政措置は講じるが、限られた財政状況に鑑みその配分や効率的使用は不可欠」と言えば良い。)

○3ページのがんに関する目標……「基本方針を実現、達成するために全体目標と個別目標、並びにその達成時期を定める」を枕詞にして、(全体目標)(個別目標)毎に前回議論した数値等を書き込む。そして「この目標の進捗状況をフォロー、監視するための体制(この協議会メンバーの一部?)を設ける」とすべきでしょう。

○4ページ「重点課題」以下……重点的に取り組むべき課題と分野別課題が重複し、また両者の優先順位があるのか等も不明確。通常は重点課題を設けるなら、それら課題が優先されるが……？従って第3は「基本計画」を受けてより具体的な分野別の「実行計画」乃至「基本施策」がタイトルとなるべきでしょう。そして内容としては次の点を書き込むこと。

- ・現状(評価)より施策・実行計画にもっとボリュームを割くべき
- ・施策には極力目標数値、定性的なものほどの程度、どこまでやるのか
- ・目標達成時期(期限)
- ・政府や行政の力だけでは困難な問題はその点をはっきり明記し、訴えること(例えば放射線医師を5百人育成の目標を作っても、最後は個々の医師の判断で、強制できず、インセンティブを付けると言っても効果は未知。この種の課題は医療には付き物ながら、患者や国民は政府の責任と言い張り勝ち)

がん対策推進基本計画のイメージ（第3－5）

第3 重点的に取り組むべき課題

・・・現状評価なし。分野別施策で記述するならOK。但しなぜこの3つが重点的かが浮かばず（少なくとも「はじめに」に3重点課題を記載する必要）・・・

1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにその専門医等の育成

→現状の評価、課題が不明確。次の3点ではないか！

- ・ 日本のがん治療が外科中心で放射線、化学治療（腫瘍内科医）が欧米に比し極端に不足していること
- ・ 手術、化学治療、放射線治療を組み合わせた集学的治療が遅れていること
- ・ 看護師、薬剤師、放射線技師等の医療従事者が少ないこと

2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

→緩和ケア、在宅医療の体制が不足

- ・ 疼痛ケア、精神面のケア（サイコソロジー）不足
- ・ 専門医、看護師不足

3. がん登録の推進

→欧米は実施済で日本の立ち遅れが顕著であること、国民の理解・協力の必要性を強調。また何時までにやるのか、予算措置を講ずることも明記

第4 分野別施策

1 がんの予防及び早期発見

①現状

- ・ 一次予防は「タバコ対策」に二次予防は「検診」に極力絞り、この二つの対策が最も効果的且つ経済的であることを明言すべし
- ・ タバコ対策、検診率ともこれまでの対策にも拘らず、欧米に比べ成果をあげていない事実をクリアに。その原因を具体的、簡潔に記述
- ・ 最後の生活習慣病の記載は違和感。書くなら生活病対策とがん検診と別々の推進体制になっていることに対する問題を提起すべき

②取り組むべき施策

- ・ タバコ対策の実行計画を価格、課税、受動喫煙防止、普及啓発、広告規制ごとにもう少し具体化・定量化・目標化できないか（この記載では従来の延長戦の域）
- ・ 主要がん別に検診率目標を
- ・ 検診率向上の全国レベル啓蒙策を具体的に書くべき

・老健法の生活習慣病とがん検診の一体運営を提起。がん検診の目標数値が生活習慣病の数値に近付き、特に働き盛りの年齢層の受診を雇用者に義務付けるため、受診率はアップするはず。また受診者にも便益（厚生労働省内で片付く問題では）

2 がん医療

(1) 放射線療法、化学療法の推進及び医療従事者の育成

・・・医療従事者とは放射線、化学治療の話でなく、がん医療全体の話か？重点的課題では「その専門医等」と書かれているが・・・・。もし全体の話なら、より本源的な課題であり、次の緩和や在宅医療にも絡むため、「がん専門医教育、育成、コメディカル育成」として一項目を立てるべき

①現状

重点的課題に既述済み。

・専門医認定の評価、問題点を記述すべき。国立がんセンター等の研修とは何を意味するのか、連携拠点病院に集学的治療実施を義務付けの評価・実態は？

・医師の養成の記載があるが、その評価は
→低評価であれば取り組むべき施策が明確になる

② 取り組むべき施策

- ・放射線、化学治療の専門医を育成、増員を図るのが最大の施策。人数や期限、育成・増員の方法等を具体的に記載がなければ施策にならず
- ・外科、内視鏡の水準維持記載の意味なし
- ・集学的治療体制の構築をどのように行うのか、具体的施策を書くべき
- ・化学治療の延命効果の記述は意味なし
- ・最後の「・・・・人材が必要との意見もあつたことに留意」の如き記述は施策とは無関係

③ 緩和ケア

①現状

・近時拠点病院の指定要件、外来での緩和ケア提供開始等の施策を始めたばかり、また疼痛緩和のための医療用麻薬の使用料も少なく、欧米諸国との格差は大。

② 取り組むべき施策

専門医を増やし（人数、期限等）

- ・拠点病院、大病院のチーム医療体制充実。緩和病棟、ホスピス棟設置
- ・外来緩和ケア体制構築
- ・病院と在宅のネットワーク作り

- ・全ての医師の緩和医療啓蒙・研修を図るの4つでしょう。

④ 在宅医療

(ア)現状

- ・「住み慣れた家庭や地域での療養を選択」とあるが、在宅医療を積極的医療（在宅化学治療）と終末期医療に分けて評価。本項目の記述は終末期医療の如き。
- ・そもそも在宅医療体制は不十分。介護認定の話を書き込み、ケースもあるとの指摘の記述は不適切

(イ) 取り組むべき施策

- ・望まれる、検討する（実行しない時の用語では？）の記述は不適切。
- ・専門医師（疼痛管理、化学治療）・看護師の増員、適切な診療所の配置、病院との連携体制が不可欠で、これらをバランス良く拡充→都道府県の対策重要

⑤ 診療ガイドライン

(ア) 現状

- ・必要な臓器別ガイドラインは完成しているのか？しているなら何が課題かを明確に（ガイドラインに従った治療が行われているのか？）

⑥ その他

- ・記載項目、文章、構成が練れていない。

3 医療機関の整備

○この項は拠点病院の拡充を中心に書かれている。本基本計画の基本方針が「がん医療の均てん化」であり、そのためには拠点病院充実となるが、300以上の二次医療圏に1ヶ所の拠点病院を限られた予算と人的資源を使って拡充することは、がん医療の質的向上に繋がらない。「選択と集中」の時代に相応しく、基本計画策定に際し拠点病院の在り方を見直し、都道府県に1, 2ヶ所（大府県は別）のがんセンターを設け、そこを徹底的に強化・拡充し、二次医療圏の拠点病院と医療分化し、連携を図ることを明確化すべき。

4 がん医療に関する相談支援及び情報提供

① 現状

- ・拠点病院の相談支援センターはスタートしたばかりで、あまり「・・・を行っている」とはせず、拡充が必要に止めてはどうか

② 取り組むべき施策

- ・拠点病院の支援センターに複数配置（それでも不十分）するコストは膨大。むしろ検討会で日本医療評価機構の埴岡さん（本メンバー）から提起された全国規模の大コールセンターを設けて対応する方が、人材育成・患者アクセス等効果的で低コスト。拠点病院がこの仕事をアウトソースすることも可能。
- ・がんに関する情報は医療機関情報の開示が前提。がん登録を含め病院のディスクロージャー促進策を具体的に記述すべき

5 がん登録

○継続的登録には財政措置が必要で、登録を推進する以上財政措置を明記すべし

第5 その他

3 関係者の意見の把握

- ・関係者とは誰かを具体的に記述すべし

4 効率的・重点的な財政措置

- ・必要な財政措置を講ずるが、とした上で効率的・重点的執行を求めるべき。
- ・官民の役割と費用負担の分担を図るとはどういう意味か不明

5 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

誰がどのようにするのは極めて重要。がん対策推進室が計画推進の責任者となるなら、効果測定や評価はガバナンスからも別の組織・体制（基本は5年間同じメンバーでウォッチする）が必要

6 基本計画の見直し

国立がんセンターの独法化と基本計画の見直しの関係不明