

The 24th Lung Cancer Mass Screening Seminar

わが国のがん対策の動向

前田光哉¹

A Review of Cancer Control Strategy in Japan

Mitsuya Maeda¹

¹*Cancer Control Office, Health Service Bureau, Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.*

ABSTRACT — Cancer has been the leading cause of death in Japan since 1981. The Japanese government implemented the Comprehensive 10-year Strategy for Cancer Control (1984-1993) and the New 10-year Strategy to Overcome Cancer (1994-2003) to tackle cancer. Since 2004, the 3rd-term Comprehensive 10-year Strategy for Cancer Control has been implemented in order to promote cancer research and disseminate high quality cancer medical services, with the slogan “Drastic reduction in cancer morbidity and mortality”. In 2005, the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) developed the Cancer Control Headquarter in order to promote multidisciplinary activity for comprehensive cancer control, and launched the Action Plan 2005 for Promotion of Cancer Control. In 2006, the ministry developed a new Cancer Control Office section in the Health Service Bureau, MHLW. In 2006, the Cancer Control Act was approved and the law has been implemented since 2007. Based on this law, the Basic Plan to Promote Cancer Control programs was discussed by the Cancer Control Promotion Council, and approved by the Japanese Cabinet in 2007. This plan covers 5 years (from 2007 to 2011). Two overall goals of this plan are “Reduction of cancer deaths” and “Reduction of burden among all cancer patients and their families and improvement of quality of life”. The 7 specific fields of this plan are “Cancer medical services”, “Developing medical facilities”, “Cancer care support and information services”, “Cancer registry”, “Cancer prevention”, “Early detection”, and “Cancer research”.

(*JJLC*. 2010;50:206-210)

KEY WORDS — 3rd-term Comprehensive 10-year Strategy for Cancer Control, Headquarters of Cancer Control, Cancer Control Act, Basic Plan to Promote Cancer Control programs, Overall goal

要旨 — がんは1981年からわが国の死亡原因の第1位である。政府は1984年より対がん10か年総合戦略、1994年よりがん克服新10か年戦略を策定し、2004年から、がん罹患率と死亡率の激減をスローガンとし、がん研究の推進及び質の高いがん医療を全国に普及することを目的に、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か年総合戦略を推進している。2005年に、厚生労働省はがん対策を総合的に推進するため、がん対策推進本部を設置し、がん対策の促進を目的とした「がん対策推進アクションプラン2005」を策定した。2006年には、がん対策推進室を健康局に新設した。2006年にがん対策基本法が成立し、

2007年に施行された。この法律に基づき、がん対策推進協議会の議論を踏まえ、2007年にがん対策推進基本計画が閣議決定された。この計画は、2007年から2011年までの5年間の対象で、全体目標は、「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の2つであり、がん医療、医療機関の整備等、がん医療に関する相談支援及び情報提供、がん登録、がんの予防、がんの早期発見、がん研究という7つの分野に分かれている。

索引用語 — 第3次対がん10か年総合戦略、がん対策推進本部、がん対策基本法、がん対策推進基本計画、全体目標

¹厚生労働省健康局総務課がん対策推進室。

1. がんの統計

がんは、1981年からわが国の死亡原因の第1位であり、がんによる死亡者数は、2007年の人口動態統計では、336,468人で、死亡総数に占める割合は30.4%を占め、死亡率は266.9(人口10万対)であり、毎年上昇している。がんにかかる生涯リスクは、日本人男性の2人に1人、日本人女性の3人に1人という研究結果が報告されている。また、2005年の患者調査によると、継続的な医療を受けているがん患者は、全国に142万人と推計されている。

がんの死亡率は、高齢化が進んでいることによりがんで亡くなる方が増加傾向にあることの影響が考えられるため、人口の年齢構成の変化を補正した年齢調整死亡率、罹患率を算定すると、年齢調整死亡率は減少傾向にある。死亡率減少への寄与度が高いがんの種類は、男性は肝がんと胃がん、女性は子宮頸がんと胃がんが挙げられている。

主ながんの年齢調整罹患・死亡率の変遷を見ると、胃がんは、男性、女性ともに罹患率も死亡率も減少している。女性の乳がんは、罹患率は増えているが、死亡率は横ばいの傾向にある。これは最近の乳がんに対する治療効果が上がっていることが原因と思われる。

がんは、治療して約5年間再発が見られなければ、治癒したと言われているため、5年生存率で比較すると、乳がんは80%超、結腸がん、直腸がん、子宮がん、前立腺がんは60%超となっている一方、肝がん、膵がん、肺がんは20%以下であり、まだ難治性のがんと見なされている。

2. がん対策のあゆみ

政府は、1984年より「対がん10か年総合戦略」、1994年より「がん克服新10か年戦略」を策定し、がん対策に取り組んできた。さらに、2004年からは、「がん罹患率と死亡率の激減」を目指して、がん研究の推進及び質の高いがん医療を全国に普及することを目的に、「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か年総合戦略」を推進している。

第3次対がん10か年総合戦略が、第1次、第2次と違うところは、研究も重要だが、それを応用して、予防、治療、診断や早期発見といった実用化をより進めていくことであり、がんの罹患率と死亡率の激減を目指すというのが大きな特徴である。がん研究の内容としては、がんの本態解明、基礎研究の成果を積極的に予防、診断、治療に結び付けていくトランスレーショナル・リサーチ、そして革新的な予防法、診断・治療法の開発を進め

ていくこととしている。これらの研究の成果を国民に還元するため、どこでも高いレベルのがん治療が受けられるがん医療の均てん化、つまりがんの医療の地域差をなくすという成果を求めているのが、この10か年総合戦略の特徴である。

2005年に、厚生労働省はがん対策全般を総合的に推進するため、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、部局横断的な取組を行うとともに、がん対策の飛躍的な向上を目的とした「がん対策推進アクションプラン2005」を策定した。また、2006年には、がん対策の企画・立案と調整を行うため、がん対策推進室を健康局に新設した。

3. がん対策基本法とがん対策推進基本計画

わが国のがん対策は、上記のような様々な取組により進展し、一定の成果を収めてきた。しかし、がんは依然として国民の生命及び健康にとって重要な問題となっており、そのような現状にかんがみ、2006年に「がん対策基本法」が成立し、2007年に施行された。この法律に基づき、がん対策推進協議会の議論を踏まえ、2007年にがん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めた「がん対策推進基本計画」が閣議決定された。

この計画は、2007年から2011年までの5年間を対象としており、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」の2つを掲げている。

これらの全体目標の達成に向け、がん医療、医療機関の整備等、がん医療に関する相談支援及び情報提供、がん登録、がんの予防、がんの早期発見、がん研究という7つの分野別施策を総合的かつ計画的に推進していくことを内容としている。

分野別施策の主な数値目標は、がんの早期発見の分野では、「がん検診の受診率を5年以内に50%以上に上げる」、がんの予防の分野では、「3年以内に未成年者の喫煙率を0%にする」、がん医療に関する相談支援及び情報提供の分野では、「3年以内に全国に358ある2次医療圏すべてに相談支援センターを設置し、国立がんセンターの研修を終了した相談員を配置する」ということが目標に掲げられている。

がん対策推進基本計画には、重点的に取り組むべき課題として、①放射線療法及び化学療法への推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、③がん登録の推進、の3つを挙げている。

まず、化学療法の分野においては、がん診療連携拠点病院において、入院化学療法から外来化学療法への移行

を進める体制の整備を求めている。

次に、緩和ケアについては、以前はホスピスケアなど、もう治療の施しようのなくなった方について、積極的な治療を行わないケアという趣旨で用いられていたが、治療の初期段階からがんについての緩和ケアを進めていくことを目標としている。具体的には、がんに伴うがん病変以外の部分の身体症状へのケア、がんに伴う精神症状へのケア、がんによる痛みの除去を推進していくこととしている。そのためには、諸外国に比べて使用量が少ない医療用麻薬の適正な使用を推進することとしている。

最後のがん登録の推進については、前述したがんの種類ごとの5年生存率のデータは、全国でがん登録の登録漏れが少ない7つの府県のデータに基づいている。診断または治療の5年後、10年後に何%の方がご健在であったか評価するためには、追跡調査が必要となる。その追跡調査をきちんと行うためには、まず病院内でがんの登録を行う病院を増やすことが必要である。次に、患者がいくつかの病院を転院するとき、同一の患者であることを確認するためには、地域でのがん登録が必要となってくる。この両者を積極的に推進することが求められている。

4. 都道府県がん対策推進計画

がん対策推進基本計画を基本として、各都道府県において、がん対策推進計画を策定することが、がん対策基本法に定められている。このがん対策推進計画は、2007年度中に策定することが望ましいため、その策定に向けて、厚生労働省としてはかなり強力で指導してきた。

また、がん対策推進特別事業において、がん対策推進計画に基づき実施する事業のうち、都道府県における事業実施の優先度、緊急性の高い事業であって厚生労働大臣が特に認めた事業については、全額国庫補助とすることとし、がん対策推進計画を策定するよう、施策の誘導に努めてきた。

しかし、2007年度中に策定できた都道府県は47のうち40都道府県にとどまった。2008年10月現在では、奈良県、滋賀県、岡山県の3県のみが策定していないという状況にある。

国のがん対策推進基本計画は、今後10年間のがんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少を全体目標の指標としているが、兵庫県、和歌山県、島根県においては、それ以上の削減目標が設定されている。

5. 現在のがん対策推進基本計画の評価

がんの年齢調整死亡率については、がん対策推進基本計画策定時のデータは、2005年が最新で、人口10万人あたり92.4人であった。それから1年たち、2006年のデー

タは2.4人下がって、90.0人となった。これは2005年のデータを100とすれば2.6%減少したことになり、10年間で20%減少する計画の1年目のデータが2.6%ということで、非常に良い滑り出しを示していると評価できる。

6. がん診療連携拠点病院

厚生労働省では、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、351病院を「がん診療連携拠点病院」として指定している。がん対策基本法の成立を受け、2006年7月に「がん診療連携拠点病院の指定に関する検討会」を設置し、指定要件の見直しなどについて検討を始めた。検討にあたっては、がん対策推進基本計画において、①「がん患者の視点も加えた評価の仕組みの導入」や「放射線治療が実施できること」を指定要件とするなど、更なる機能強化に向けた検討を進めていく、②拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等が連携すること等により、地域ごとの連携強化を図っていく、などが規定されていることを踏まえて議論がなされ、2008年3月に、従来の「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」が改正された。

まず、専門的ながん医療の提供体制について、放射線療法の提供体制として、①放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等を配置すること、②放射線治療機器を備えること、③放射線療法部門を設置すること(都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院)等を定めた。化学療法について、①化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等を配置すること、②外来化学療法室を設置すること、③化学療法部門を設置すること(都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院)を定めた。

次に、緩和ケアについて、①緩和ケアチームの構成員として、身体症状及び精神症状のそれぞれに携わる専門的な知識及び技能を有する医師、専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフを配置すること、②当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けること、③外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備することなどを定めた。

また、わが国に多いがんについて、セカンドオピニオンを提示できる体制を有することと、カンサーボード(手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンス)を設置することを要件とした。

病理診断に携わる医師については、診療機能の強化を

図る観点から、病理診断に携わる医師を配置することを定めた。

地域におけるがん医療の連携協力体制について、5大がん（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、肝がん）について、地域連携クリティカルパスを整備することを要件とした。

研修について、地域の医師を対象とした、がんの早期診断、緩和医療等に関する研修に加え、地域のがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修を毎年定期的実施することを要件とした。

がん医療に関する相談支援体制及び情報提供体制について、相談支援センターに、がん対策情報センターによる研修を修了した専任の相談員を複数人配置することを要件とした。

院内がん登録の推進体制について、①院内がん登録の集計結果を国立がんセンターがん対策情報センターに情報提供すること、②がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録の実務を担う者を配置することを要件とした。

都道府県がん診療連携拠点病院について、都道府県がん診療連携協議会を通じた地域連携体制の充実を図る観点から、同協議会において、①がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修その他各種研修に関する計画を作成すること、②拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を作成・共有すること、③がんの種類ごとに、セカンドオピニオンを提示できる体制を有する拠点病院を含む医療機関の一覧を作成・共有することを要件とした。

新指針に基づく指定は、2008年度から開始しているが、指針の改正時点で指定を受けている施設（351施設）においては、2010年3月末までは、適用の猶予期間である。

7. 2009年度概算要求（がん医療関連）

がん診療連携拠点病院機能強化事業として、2008年度31億円を、2009年度の概算要求では54億円を要求している。がん対策基本法及びがん対策推進基本計画に基づき、がん医療水準の均てん化を図る目的から、①がん医療に従事する医師等に対する研修、②がん患者やその家族に対する相談支援、③がんに関する各種情報の収集・提供などの事業をがん診療連携拠点病院が実施している。これらのがん医療水準の均てん化に不可欠な事業に必要な経費のうち、診療報酬でカバーされていない経費を従来から要求しているが、2009年度においては、精度の高い院内がん登録を実施するため、必要な予算の増額を要求している。

次に、がん専門医臨床研修モデル事業として、新規に

5億円を概算要求している。がん対策推進基本計画において、「放射線療法及び化学療法を専門的に行う医師を養成するとともに、当該医師と協力してがん治療を支えることができるがん治療に関する基盤的な知識や技能を有した医師を養成していくほか、こうしたがん診療を専門的に行う医師が、専門性を発揮できる環境整備を行う必要がある」と記載されている。

現在、放射線療法、化学療法、病理診断医などの専門医が不足している状況にある。

例えば、日本がん治療認定医機構が認定している「がん治療認定医」は1,757名（2008年4月現在）、日本放射線腫瘍学会が認定している放射線治療の認定医は575名（2008年4月現在）、日本臨床腫瘍学会が認定している「がん薬物療法専門医」は205名（2008年4月現在）という状況で、30万人近くいる医師のうち、3桁か4桁前半の医師しか、「がんの専門家」として関係学会、団体の認定を受けていないのである。

そのため、がんの専門医の育成が重点課題であり、若手医師を専門医として育成することが非常に重要で、がん診療連携拠点病院の中でも先導的役割を担う「都道府県がん診療連携拠点病院」において、より実践的に専門医を育成することができる体制を構築するためのモデル事業を実施することとしている。

事業内容は、各都道府県がん診療連携拠点病院において、2009年度に病院の診療形態などに応じた育成プログラムを作成し、若手医師を対象に研修の参加募集を行うとともに、当該プログラムを試験的に実行することにより、若手医師にがんの諸問題を精査させることとしている。2010年度は、この募集により参加する若手医師に対して指導・教育を行い、がんに関する優れた専門医を育成する予定である。各拠点病院における結果をもとに、どのような育成プログラムが若手医師を育成するうえで効果的であるのか、国としての関与や支援がどの程度必要なのかなどを検証し、がん診療連携拠点病院における若手医師の育成に役立つ資料を提供する予定である。

8. 2009年度概算要求（がん検診関連）

まず、がん検診受診率向上企業連携推進事業として、新規に0.9億円を概算要求している。がん対策推進基本計画の全体目標の1つである「がんによる死亡者の減少（がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少）」を着実に達成するためには、がん検診受診率を欧米並の50%以上に引き上げることが重要である。

また、2007年度の「がん検診事業の評価に関する委員会」において行われた、がん検診受診率50%に向けた取組に対する検討の結果によると、「市町村におけるがん検診の受診率の向上策に加え、企業の自発的な取り組みも

また重要である」とされている。つまり、市町村のがん検診から、企業のがん検診に舵を切ることが求められているのである。このため、「年間約33万人の国民が、がんで亡くなっている」、「生涯のうちにがんにかかるリスクは男性の2人に1人、女性の3人に1人である」といった基本的なデータやがんの予防、検診の重要性に関する理解を企業に促し、企業イメージの向上やマーケティング・リサーチにおける波及効果などを踏まえ、本施策の推進に賛同、協力しようとする企業を参画させ、同じ業種の企業への波及効果など、関連企業への影響力などを示しながら、広く企業に対して働きかけるとともに、企業関係者のがん対策に対する意識の向上を図ることを目的としている。

そこで、企業内がん検診の受診率向上を誘発するため、より効果的な企業を選定し、関連企業への働きかけの方法などを企画立案する実施本部（株式会社またはNPO法人）を設置し、その実施本部から企業に対し、必要な説明を行うとともに、その取組の評価と協力した優良企業の活動状況の公開を行うこととしている。

次に、都道府県がん検診受診率向上対策事業として、新規に1.8億円を概算要求している。がん検診の受診率は、2007年国民生活基礎調査によると胃がんの男性の受診率が、かろうじて30%を越えているが、それ以外はすべて20%台で、乳がん20.3%、子宮がん21.3%と対象者の5人に1人しか受診していない状況にある。検診の受診率の向上については、前述の「がん検診受診率向上企業連携推進事業」を国と全国規模の企業が行うだけでは不十分で、都道府県や地域に根差した企業（地方銀行、地方新聞、地方テレビ局など）における促進活動も重要である。

そこで、顧客に應對の窓口があり、がん検診の対象者（中高年齢者）に接する機会を持つ企業と、都道府県との連携により、試行的に検診の受診への促進活動を実施し、特に効果的であった事例を他の企業に対して紹介・周知することにより、県内の検診の受診率を向上させ、ひいては国全体の検診の受診率の向上を図る必要がある。

事業内容としては、各都道府県において、県内に所在する企業に対して、①職員（社員）およびその家族の検診受診率が高い、②社内努力（受診率の目標の設定およ

び向上計画の策定など）を行っている、③啓発機会が多い（来客窓口がある）、といった条件を提示する。そのうえで、都道府県がん検診受診率向上対策事業の実施を希望する企業から、地域の実情に見合った企業ならではのプレゼンテーション、企画書の提出を受け、実施先を選定し、試行的な検診の受診促進活動を行ってもらうこととしている。

次に、エリア集中型がん検診受診促進モデル事業として、新規に1億円を概算要求している。がん検診受診率を向上させるためには、受診対象者の行動を促すような、より効果的な広報活動が必要だが、市町村が実施するがん検診に対する普及啓発については、広報誌、機関誌やホームページからの情報提供などが主な手法となっている。がん対策推進基本計画においても、検診の受診率を向上させるために取り組むべき施策として、都市部や町村部といった地域の特性に合わせたモデル的な取組を評価していくこととしている。

そのため、この事業では、政令指定都市、中核市といった人口30万人以上の都市において、検診の受診を促進する事業を実施し、受診率が向上した個々の事業の評価・検証を行うこととしている。

事業内容は、特に住民が集中するエリア（①ドーム球場、②デパート、③若年層が集まる繁華街、④ビジネス街など）において、検診の受診促進につながる普及啓発事業をモデル的に実施することを予定しており、補助対象となる政令指定都市などからの実施計画書をごん対策推進室で審査して採択を決定する予定である。

9. 終りに

2005年から10年たった2015年に年齢調整死亡率を人口10万人あたり73人程度にまで減少させるためには、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体及びマスメディアなどが一体となってがん対策に取り組んでいく必要がある。

今後とも、がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにするなど、「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」の実現を目指してがん対策を進めてまいりたい。