

千葉県のがん対策

—がん医療大変革時代を迎えて—

宮坂 いち子

はじめに

平成14年千葉県の医療審議会委員になって以来県内の医療事情の動向に関わるようになった。当初は高齢化社会に向かう現状を踏まえ医療・福祉が連動して目指す健康づくりと、県内の二次医療圏の適正な見直しが問題となっていた。しかし平成18年に国の医療政策の方向が大きく変わることで、県の健康・福祉・医療の対応も大きく変わった。それはがん対策である。昭和56年まで千葉県民の死因の第1位は脳血管疾患であったが、昭和57年より第1位はがんである¹⁾。全国平均でも平成18年の全死亡者の約30%ががんであること、また、がん等の終末期医療費が莫大な額となり国の医療費の赤字額を押し上げている等から、国県市町村はがん対策に緊急に対応する必要に迫られている。

千葉県もその対策として平成17年から、がんに対するがん患者・家族、医療者、行政が一堂に会し、県民公開講座を開催し、この折の意見交換会をきっかけに、がんから県民の健康と生活を守る条例化にむけて第一歩を既に踏み出している。

徐々に進んでいたがん対策が急遽進展したのは、がん患者・家族の声が国を動かしたからである²⁾。平成18年には「がん対策基本法」が成立し、平成19年4月1日施行された。同年6月にはこれに基づく国の「がん対策推進基本計画」が示され、千葉県もこの推進基本計画にのっとった独自の内容を推進することになった。本稿ではこの千葉県のがん対策の要点と千葉県の目指す独自性を示すものである。

1. 国の対応

平成18年8月23日、第164回通常国会の第三次小泉内閣で発布された「がん対策基本法」³⁾は、第一章総則から第四章がん対策推進協議会までの20条からなっている。第一条の目的において、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっているため、まず、がん対策の基本理念を定めた上で、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等

の責務を決め、がん対策の推進計画を策定し、がん対策を総合的計画的に推進するというものである。

がんが国民の死亡原因第一位となって久しい現状で、国がその対策の基本法を制定したことは、がん対策に対して画期的なものである。それまでも多くの患者や医療者ががん対策を訴え、国の取り組みの現状に不満を訴えてきたが、その進展はみられなかった。今回、国が全国統一的に実行することを基本法として定め、目標値も設定し、期限も区切り実現を目指すところに大きな動きが感じられる。

第二条の基本理念では、第一に、がん克服のために必要な研究について述べている。専門的学際的な研究を推進し、がんの予防・診断・治療においてその成果を普及・活用・推進すること。第二にがん患者の立場に立って、受ける医療の均てん化を図ることである。

第三条の国の責務は、上記二条の基本理念に基づき、がん対策を総合的に実施する責務を定めている。

第四条は、地方公共団体は、基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、及び実施する責務を有するというものである。国は基本理念をうたい、各県が県の特性に応じたがん対策を立てよと、県に具体策の実施を投げかけたのである。

第五条では、医療保険者の責務、第六条では国民の責務、第七条で医療関係者の責務が述べられ、第八条でがん対策の実施のために国は法律を作り、財政的措置を講じると述べている。今回は国民自らもがんに対し正しい知識を持って予防に心がけ、医療者も保険者も国も全てが協力してがんの撲滅に努力しなければならないというものである。

第二章のがん対策推進基本計画等においては、国は厚生労働大臣を長としてがん対策推進基本計画案を作成し、具体的な目標とその達成の時期を定める。国の推進基本計画を基本として、都道府県は独自の「都道府県がん対策推進計画」を策定するのであるが、従来ある医療法、健康増進

法、介護保険法と調和をとって作成し、5年ごとの見直しを定めている。

第三章では、基本施策が述べられる。まず、がんの予防と早期発見に力を入れていくことである。予防の第一は禁煙運動であり、第二は食生活の見直し、第三は生活習慣病の予防のための運動や知識の普及等に心掛けることである。これらは日常の生活の中で、心がけていくものであり、次いでがん検診率を高め、がんにかかっている人の早期発見と治療に努めることである。またがんが発見された時は、国内のいづこにおいても適切な手術、放射線治療、化学療法が受けられねばならず、そのためのがん専門の医師の育成と医療機関の整備を行い、医療機関同士の連携を図る施策を国と地方公共団体は講じなければならない。

また、第十六条では、がん患者の療養生活の質の向上をうたっている。がんという「病巣があるのだから痛いのはあたり前」という従来の考えを見直し、がん患者の疼痛緩和を治療の早期から行い、患者の希望に沿って在宅での治療ができるように、地域での医療・介護等の連携体制を確保することが求められている。

第十七条では、がん医療の情報の収集体制を整備することである。患者・家族ががん医療の情報を集めるために、国や地方公共団体が広く最新の医療情報を公的に提供できるシステム作りをすることである。

もうひとつは医療者ががんの罹患状況を把握できるようにするために、医療機関によるがん登録のシステム作りである。どの地域にどのようながんが多く、治療はどのように進んだかのデータがあって予防も適切になるわけである。

基本施策の最後はがん研究の促進である。この項目が基本施策の最後に述べられていることは、すでにがん医療における日本の研究は世界的にも大変進んでいるためだと思われる。従来のがん対策で欠けていた予防・早期発見とがん医療の均てん化、および在宅緩和医療を進めようということが、今回のがん基本法の骨子だからである。

この「がん対策基本法」は平成19年4月1日に施行された。計画期間は19年から23年の5年計画である。

2. 千葉県のがん対策推進計画概要

(1) 千葉県がん対策推進部会

千葉県は国の方針に準じて「千葉県がん対策審議会」を設置し、その下に「千葉県がん対策推進計画」を平成20年3月策定した。20年から24年までの5年計画⁴⁾である。施策の体系は1.予防、2.早期発見、3.医療、4.在宅緩和ケア、5.相談・情報提供、6.教育、7.研究の分野である。その実行の

ために千葉県では、「千葉県がん対策審議会」下に「千葉県がん対策戦略プラン検討部会」が設置された。実施内容が広範囲のため、さらに3つの小委員会を設置している。A「がん検診小委員会」、B「がん体験を医療に活かす小委員会」、C「在宅緩和ケア小委員会」である。

A 「がん検診小委員会」の役割

医療者と市町村の代表者が構成員となり、予防、早期発見、医療の分野を担当する。がん患者の減少を最大の目標としており、計画の数値目標は10年後にがん患者を現状より20%減少させるというものである⁵⁾。千葉県のがんによる75歳未満の年齢調整死亡率は平成17年現在182.4人(人口10万人対)である。千葉県の平成17年の総人口は6,113,661人であるから、がん死亡者11,151人を8921人まで減らすというものである。20%減少という数値が適正かどうかは5年後に見直すものである。

① 予防

予防の第1は、たばこ対策である。中期計画で5年後に喫煙者の割合を男性25%減、女性40%減としているが、これは男性喫煙者の3人に1人を4人に1人、女性は10人に1人の現状を0.6人にしようというものである。喫煙は健康に明らかに悪いという研究結果があるのだから0%に持っていくべきではあるが、難しいという意見が委員から出て、もっと年齢の早期の禁煙を徹底することから始めることが図られた。そのため未成年喫煙者(現状で高校生の喫煙は7.2%)を0%とする目標を設定した。委員会では医療機関や公的な場所での分煙の徹底や喫煙禁止を強く主張する委員もいたが、その方向で努力を呼びかけていくことしかなく、成人の禁煙の目標値もゼロが望ましいとしても禁止するまでには至らなかった。

その2は、食生活の改善である。成人一日当たりの食塩摂取量を千葉県の現状11.8gから10g未満⁶⁾にすること、野菜や果物の摂取量を現状より30%ほど多く摂取することが目標である。

その3は、がん予防の知識の普及啓発である。たばこの禁煙率の目標値のみを設置するだけでなく、実現に至らしめねばならない。予防の知識の普及のため、小中学校の義務教育の段階からの対応が必要になり、県は禁煙指導、禁煙指導者養成、受動喫煙予防対策事業、若年女性や子供の禁煙啓発事業に予算を割り当てている。

② 早期発見

がんによる死亡率を下げるには、がんをできるだけ早期に発見し対応することである。そのためがん検診の受診率を向上させねばならない。現在、職場および市町村検診を

総合しても受診率35%～40%である。個別のがんでは胃がん39.5%、肺がん45.3%、大腸がん37.2%、乳がん36.2%、子宮がん35.4%の検診率である。最も受診率が高いのが肺がんであるが、たばこと密接に関わる肺がんは、男性の職場検診の多さから来るものであろう。全体に40%以下である受診率を5年計画で50%まで持っていきと計画された。

その実現のために、がん予防・がん講演会事業、乳がん検診キャンペーン事業、子宮がん検診向上キャンペーンを行うと共に、受ける検診の精度向上とその検査結果を集計し、次の検診計画に活かす事業を行うことが必要である。予算の有効な活用を考えると、県内のどの地域にどのがんが多いかを集計し、そのがんに対応する予防対策を進めていくことである。長野県の諏訪中央病院で医師と地域保健婦達のグループが、当地に多かった高血圧・胃がんの対策として、生活習慣の改善と塩分の削減等をきめ細かに指導し、病気を減少させた実績がある。

③ 医療

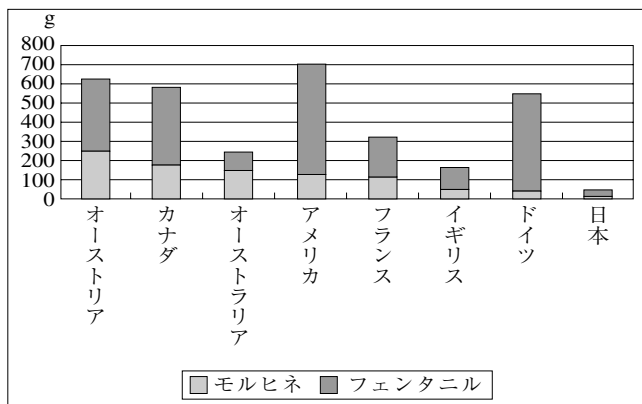
がんが発見された場合どうすべきか。千葉県内であれば、どこに住んでいても同じ質の高いがん医療が受けられるこ

と(均霑化)が必要である。県内を9つの二次保険医療圏⁷⁾に分け、13の「がん診療連携拠点病院」と全県対応の2つの高度先進医療機関⁸⁾を指定し(図1)、さらに千葉県がんセンターと千葉大学医学部付属病院が全県対応の医療機関として連携を取っていくことになっている。がん診療連携拠点病院は院内に緩和ケアチーム⁹⁾を置き、緩和ケア外来も設けることが義務づけられる。

地域中核病院であるがん診療連携拠点病院に緩和ケア外来と院内緩和チームを置くことは、在宅緩和ケアを実現させるために第一に必要なことである。がんに罹患し、現代医学で治療の効果が望めないがん患者は、痛みの緩和が重要となる。そのための専門の分野が緩和ケアである。日本においてはまだ医学部の中に緩和医療学、緩和ケアの看護学が学科として設けられていないが¹⁰⁾、筆者が訪問したドイツの国立ケルン大学、ボン大学、ミュンヘン大学、ゲッティンゲン大学、イエナ大学等では医学部に緩和医学科の専門の教授がおり、学生の教育・研究者の育成、全国で働いている医師や看護師達の緩和医学の研修を行っていた。緩和医学ではがん性疼痛に用いられる医薬用麻薬の知識等を



図1 千葉県内の13のがん診療連携拠点病院



国際麻薬統制委員会 (INCB) 報告2005年版

図2 医療用麻薬消費量の国際比較2002—2004年
国民100万人1日あたりの消費量換算(g)

学ぶが、日本の医療用麻薬の使用量は欧米諸国に比してかなり下位であり(図2)、この使用量は日本のがん患者が如何に痛みにさらされて最後を迎えているかの証でもある。

今回の日本のがん対策では、緩和医療を学んでいる麻酔科、神経科、その他の医師達や看護師が病院内に緩和ケアチームを作り、院内の緩和ケアを担当する。また地域診療所の医師達のがん専門医としての研修を引き受けることも義務付けられた。同時に地域中核病院には地域相談センターを開設し、地域のがん患者と家族の相談に応じると共に、緩和ケア外来を設け、がん患者専門の窓口を開設することが求められている。これにより入院すれば最後まで病院で看取りまで可能だった従来の院内完結循環型医療は変わり、手術後はできるだけ早く退院し、診療所のサポート下に在宅という地域循環型医療システムになるようにしていかなければならない。

B 「がん体験を医療に活かす小委員会」の役割

今回のがん対策推進計画の特性のひとつは、がん患者が委員会のメンバーに入って計画を進めていることである。千葉県も11人の小委員会メンバーのうち7名が患者会の代表である。従来のがん医療は、医療を施す者の立場からのものであり、如何にしてがん細胞を叩き、一分でも一秒でも長く患者の命を長らえさせることが目標であった。しかし今回は医療を受ける患者の立場に立って、患者の声を聞くことも施策に取り入れられた。多くの患者達は治療の選択の自由と病気を抱えても確実な痛みの緩和下での生活・生命の質の向上を望んでいた。

患者の自己決定を尊重し、手術、放射線治療、化学療法の実施の可能性を残し、セカンドオピニオンも受けられること、あるいは代替医療の選択も可能とされねばならない。

がん体験者、がんを克服したがんサバイバー達の体験談は、医療者の説明と同時に患者に参考となるものである。がんと宣告されてからの患者の苦しみを知っているのは患者自身である。このことから、千葉県がんセンター長の竜崇正医師の助言もあって、2008年9月14日には千葉で「千葉県がん患者大集合2008」が開かれ、がん患者の組織化が模索された。

また、恒常的にはがん診療連携拠点病院を中心に「ピアカウンセラー」制度が必要となる。ピア(Peer)とは仲間という意味である。がん患者のこころのケアを目的として、がんという同じ疾病を抱えた経験のあるものが、同じ悩みを抱えた相談者の悩みを分かち合うという意図である。相談者が自分で解決できるように助言する人(ピア)の教育を行い、病院内に配置する。千葉県全県型モデルとして千葉県がんセンターは既にピアカウンセラーと相談員の配置を実現している。

C 「在宅緩和ケア小委員会」の役割

がん患者が在宅で最後まで過ごせるための施策を検討するのがこの委員会の役割である。戦後の昭和50年代までは診療所は少なく、各家庭にはかかりつけ医がおり、病人や高齢者は多く家で亡くなっていた。ところが現在は在宅死が約6%であり、大半は病院で死んでいる(図3)。現代人にとって病院は最新の医学の粋を結集している最高の場所であり、病が疑われると真っ先に病院へ行く。そこで最先端の検査や医療を施され、完治する者もいれば、手遅れで、治療はこれ以上無駄である患者もいる。しかし、現代医学の力ではどうにも改善が見込めない患者でも、病院に限り患者自身は治る望みを抱き、最後の看取りまで病院で過ごすものが大半であった。

今日医療事情が変化した。経済的に医療保険が破たんに近い状況となっていることである。国民皆保険のため、医療費の1~3割を個人が負担すれば、あとの残りは保険会社や国が負担してきた。ところが昨今長寿化社会となり、それ自身はすばらしいことであるが、高齢者が病になる確率も高く、がん等の末期医療は高度な治療を行うため医療費全体が上昇し(図4)、高額となっている。

医療費削減の第一の方策は、病院滞在日数の上限を下げることであり、多くの病院の努力目標となっている。がん診療連携拠点病院の整備による機能分化も進み、病院は急性期患者を引き受ける。病院から在宅への患者の流れは、今日避けられなくなってきた。もちろん治療や医学的な処置が家でも可能であり、介護・看護の支援さえあれば、病院より住み慣れた家が良いという県民は半数いる¹¹⁾。そ

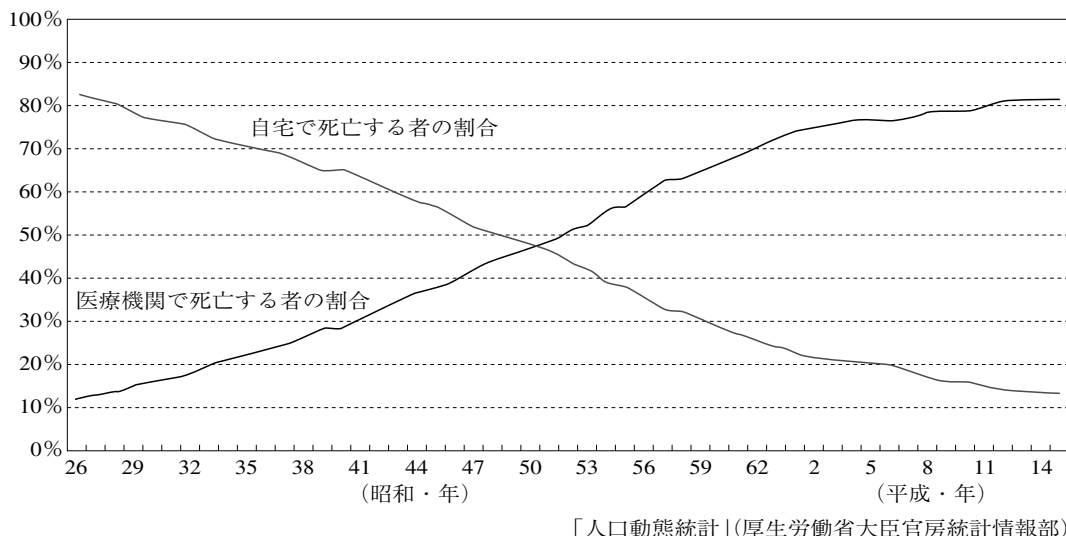


図3 医療機関における死亡割合の年次推移

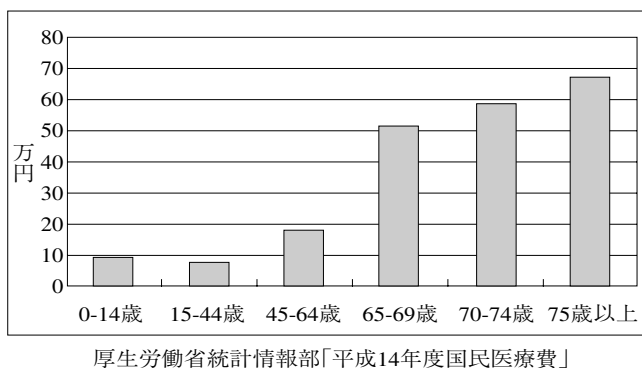


図4 1人当たり年間医療費(平成13年)

のため千葉県は在宅緩和ケアシステムを構築するために以下の事業を平成20年度予算化している。

① 緩和ケア医療従事者等研修事業

病院から地域のかかりつけ医のところに患者が帰ってきた時、最も懸念されることはがんの痛みや症状緩和の処置が在宅でもできるか否かである。病院であれ、開業医のもとであれ、患者にとって最も切実な要望は病気に罹っていても「痛みがないこと」である。イギリスのシシリー・ソンドース¹²⁾が痛みの緩和の研究を行い、がんの治療法がなくなった患者に、最後まで痛みを取って自立できる場所を提供しようとしたのが聖クリストファー・ホスピスであった。1976年にロンドンに開設された現代ホスピスの第1号である。痛みや苦しい症状を抱えての延命より、寿命は短くなくても意識をしっかり持った上で痛みのない生活、患者にとってQOLの高さを保証された生活は、患者の多くが望むところである。しかしこの痛みの緩和の研究はシシリー・ソンドースによって40年前にやっと実現したもので

ある。筆者が訪問した国でもオーストラリアとドイツの大学では既に実現していたが、緩和医療の科目が医学部の科目に加えられている医学部はまだ少ない。緩和ケアはかなり細かく患者の体調を調べた上での調整が必要であること、日本の医学教育に取り入れられたのが最近であること、また、麻薬系の治療を行うことが必要であるが、その使用量の管理は警察に届け出なくてはならないこと等、医師にとっては従来にない仕事加わるので開業医での麻薬系の痛み緩和のモルヒネ使用は、日本では進んでいない(前掲図2参照)。そのため医療者への緩和ケア研修は在宅を進める上で要求されることであり、今後千葉県の地域中核病院とがんセンター東病院等が担当していくことになる。

② がん体験者等によるピアカウンセラー養成

この事業は「がん体験を医療に活かす小委員会」の所でも述べたが、病に侵された経験があり痛みを知る「がんサバイバー」、つまりピア(仲間)が中心になって、相談やこころの安らぎのサポートをする、そうした人材の育成を県が行っていくことである。

西欧の病院の場合、病院の発祥が教会下の修道院や貧窮院からであったため、今日牧師やチャプレンが専属でいる病院が多い。病や死と関わる場所には牧師がいるのが当然だったキリスト教国では、生きている意義や命の尽きることへの苦しみ等の悩みにはシスターや牧師達が対応してきた。心身は切り離せないとはいえ、医療者は身体分野、牧師達は魂の分野に関わるという役割分担があった。

日本の場合病院の患者のベッドサイドに、僧侶が入り出すということはほとんどない¹³⁾。また国民の大半が「無宗教」と自らを特色づけるように、宗教が人々の心の拠り

所になっていない現実において、何が日本人の魂の痛みを癒せるのか。職業としてはソーシャルワーカーが頼りにされているが、千葉県の場合は同じがんの経験者も、仲間として患者の悩みの相談役になれるのではないかと考えられた。患者であれば誰でも良いというわけにはいかない。相談役は他者の生き方に大きな影響を持つから、対人関係や守秘義務等について学ぶカウンセラー養成講座を受けてもらい、終了者をピアカウンセラーとして認定していくことになる。このピアカウンセラーを地域中核病院の相談室に配置することが要望されている。

③ 在宅緩和ケアボランティア養成研修

在宅の患者をできるだけきめ細かに支援するためには、地域で在宅患者を助けるボランティアの力を借りることが求められる。オーストリアのウィーンにあるカリタス・ソシアリスは1998年にヨハネ・パウロ二世も訪問したという老人ホームと病院、ホスピスをもち、筆者が2006年訪問した折に病院に所属するボランティアは100人ほどいた。施設内の患者の話の聞き手、凶書の借りだしの世話、新聞や雑誌の購入、病院の庭の園芸の世話等を担当する仕事と共に、在宅患者の家を定期的に訪問し、患者の話し相手をし、様子を病院に報告する仕事を行っていた。欧米では緩和ケア病棟やホスピス等ががんの末期の施設には多くのボランティアが所属していた。また、ミュンヘンのクリストファー・ホスピス協会の説明でも、当地のボランティアは25歳～75歳と幅広く、現役で仕事をしている人が半数以上であり、ビジネスマン、現役医師、弁護士、神父、主婦等多種の仕事に関与しながら、一定のボランティア研修を受けた後働いてもらっているとのことだった。日本においても在宅緩和ケアが広がるためには、地域の人手が必要である。ボランティア養成講座は千葉県内でも今まで開かれてきているが、今年度もっと政策の一環として開催されることになる。

④ 在宅緩和ケアシステム構築

今回のがん対策基本法が一番のねらいは、がん患者を在宅に戻すこと、戻した後患者が最後まで自宅で悔いなく過ごせるシステムを作り出すことである。既に中核病院は急性期の患者医療を担う場所という機能分担が決められた。各病院に「在院日数」の短縮がノルマとされ、長く入院していれば保険の点数を下げってしまう規制が導入されている。医療費の高騰は後期高齢者や亡くなる6か月間が最も高額となると言われる。とりわけがんの末期は治る見込みがないと分かっている、高度な抗がん剤治療や化学療法を受けている。治らないのであれば、この高額の治療を控えるのが一番医療費削減に寄与するものとなるのではないかと

いうのが、国の方針のように思われる。

家で最後を迎えたい患者は別として、今日多くの患者は病院に入院したまま、治らなくても最後まで医療を受け続け、病院で死にたいと思っている。患者の希望を無視して退院を進める病院に対し、憤っている患者・家族も多い。今まで医者知らずで働いてきたサラリーマンは、自分の生まれ育った地ではない新しい環境の団地にマイホームを構えたが、自分の家庭医、ホームドクターを持たない者もいる。病となり入院したが病院を出されたら、どの医師をホームドクターにして良いかわからない。主治医もいないまま病院を出され、行く場を失った患者達は「がん難民」¹⁴⁾と呼ばれるようになった。近年「がん難民」という日本語はそのままだ英語になっているという。これは日本独自の現象であり、このままで対策を講じなければ弱者切り捨て政策の一端ではないかと筆者は思う。

しかし観点を変えれば、治らないのであれば、苦しい検査、抗がん剤の副作用の吐き気、頭痛、便秘等に耐えつつ、病室の白い壁に囲まれ、よそ行きの自分で暮らすQOLの低い生活を送るより、痛みの管理ができており、看護・介護の手配ができるなら、病を抱えても家で過ごし、家で死ぬことも良いと思える。家は患者自身が主人であり、家具も庭も見慣れた親しみのあるものであり、家族が暮らす生活音が伝わってくる場所である。

患者にとって大切なことは、看取りの場としてがん専門病院が良いか、一般病院が良いか、家が良いか等、患者自身のニーズに応じて選択できる可能性があるということであろう。従来のようにがん専門病院に患者の在院日数の足かせがなかった時は、病院で最後を迎えることも多かった。しかし、がん対策基本法により患者は在宅へ戻されねばならず、とって現状の在宅医療では病院と同じ医療を受けられる状況に地域看護力も育っていない。

今回のがん対策基本法で一番の要は、この地域循環型在宅緩和ケアシステムが順調に回るようになるか否かではないかと考える。国立がんセンター東病院の江角浩安病院長の言葉¹⁵⁾を借用すれば、今まさに「がん医療大変革時代」なのである。最先端のがん医療、がん診断が大きく変わり、希望の時代に向かうと同時に、高齢化社会でがんに斃れる人も増えてくる。それゆえ今は日本にとって専門家、行政、市民が参加して終末期医療の在宅システムを作るボランティア時代なのだという。

国が地域中核病院に緩和ケア病棟と緩和ケア外来を設置するよう定めているのは、中核病院が一般病院や在宅支診療所の緩和ケアの連携の中心になってほしいということである。地域中核病院が一般病院や在宅でのがん患者が急変

した折の相談や緊急の一時入院の受け入れ先になり、状態が安定したら元の病院や在宅に戻ってもらう。一般病院や診療所の医師達のがん患者の急変への相談や、がんの痛みのコントロールの指導をする等、緩和ケア病棟を持つ地域中核病院にはがん診療の中心的な役割が求められているのである。

がん診療連携の中核拠点病院と地域医療機関が連携を強化し、患者を中心とした病診連携ネットワーク化が成功するか否かで、その地域のがん患者の安心の保障が決まる時代となった。

⑤ 在宅緩和ケアフォーラム開催

千葉県民に県のがん対策の実情を知ってもらい、県民自身も具体的な意見を述べる機会を与えてもらい、行政と県民が共同してがんのうち克つために、これまでも県は多くのタウンミーティングやフォーラムを開催してきている。平成19年10月から20年の2月までの5ヶ月間で千葉、船橋、松戸、浦安、香取、市原、山武、長生、市川等22か所でタウンミーティングを実施している。また、20年度県の予算において、緩和ケアフォーラム開催事業費も認められているので、今後もさらに広く県下で開催され、県民の意見が反映されていくものと思う。

⑥ 在宅緩和ケア医療情報提供体制整備

がんと診断された時患者と家族は、診断に関してセカンドオピニオンを聞きたいと思うであろう。また、治療内容が適切かどうか、治療の選択肢とそのプラスマイナスも知りたいであろう。従来の医療のあり方はパターンリズム(医療父権主義)¹⁰⁾で、患者はかかった医師に全てを委ねれば良いという考えだった。それが近年変わり、患者が医師と対等に自己の治療の方針に決定の自由を持つ時代になった。そのことは患者が十分な知識を持ち、自己が学んでいかなければならない事でもある。患者・家族は書物やインターネットで関連情報を検索することが多くなるだろう。そうした患者に正しく分かりやすい医療情報が身近な県から出されることは患者にとって大きな助けになる。

県では千葉県のがん情報ホームページを完成し、患者・家族に必要とする情報を提供していくために、すでに20年2月医療情報提供事業運営委員会を設置し、21年3月までに完成する予定である。これに連動して地域で医療を担う診療所や開業医達の情報を完成させていく必要があり、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護ステーション、リハビリテーション等各医療機関の独自のホームページの完成が要求される。

結語

現在進行している我が国のがん対策戦略プランは、従来のがん対策からみると画期的なものである。しかし欧米先進国で取られてきたがん対策に比べ、我が国の対策は遅きに失したものである。すでに終末期医療では多くの欧米諸国が先を走っているのであるが、国情の違いで、その先進国をそのまま日本のモデルとすることはできない。日本には日本型対応が必要である。まだ国も県も市町村もどのような終末期医療、在宅緩和ケアシステムができていくかは5年計画で進行中であり分からない。目標は設定されているが、実施は県と市町村に任された。そうした実情ではあるが、大事なことは終末期医療とりわけがんを対象とした施策が必要だと国が決断したことである。国が動かなければ国民も動けない。それが一人のがん罹患の国会議員の提案による議員立法で走り始めたのである。各県とも独自のより良い対策を検討している実状である。千葉県も官民一体となって「ちからを合わせがんのうち克つ千葉」をスローガンに健闘中であり、多くの県民の力によりがん医療にたいする大きな未来への希望が開かれている。

最後にこのがん対策戦略プランがプランとして終わらないために、千葉県も健康づくり支援課の下に、がん検診専門委員会、がん医療専門委員会、在宅がん緩和ケア専門委員会の3委員会を平成20年8月に設置し、今後もプランの実現を見届けるものである。

注

- 1) 「千葉県保険医療計画」平成20年版35頁。千葉県の悪性新生物は死因の第1位であり、平成16年のデータは悪性新生物の死亡数13,396人で、構成割合32.2%となっている。
- 2) 平成18年5月22日参議院本会議で故山本孝史議員が、自らががん患者であることを告白し、がん対策基本法の早期成立を訴えた。
- 3) 「がん対策基本法」の条文は「千葉県がん対策推進計画」平成20年版、83頁～88頁。
- 4) 国の計画は長期視点に立ちつつ、中期的に5年間を対象としている。千葉県は国の施行にのっとり平成20年から実施するため、中期計画は20年度から24年度の5年間となっている。
- 5) 千葉県の施策の数値目標は「千葉県がん対策推進計画」平成20年版 12頁～14頁に提示。がん対策の全体目標は、平成17年現在人口10万人対で男性117.8人、女性64.6人であるが、平成29年までに20%減少の男性94.2人、女性51.7人に下げることが目標として設定した。
- 6) 昭和22年の「国民食糧および栄養対策審議会」では食塩の摂取量を成人1人1日15g以下、昭和54年の公衆衛生審議会では現状13.1gを10g以下、2005年の厚生労働省『日本の食事摂取基準』では男性10g、女性8gが目標値とされ、今日に至っている。
- 7) 一次医療はプライマリ・ケアと言い、個人が最初に接する医療のことで、日常的に頻度の高い傷病に対し行われるレ

ベルの医療でかかりつけ医が中心となり、その役割を担う。二次医療は人口50万人をおおよその単位とし、より専門的な水準のもので、大部分の医療が完結するレベルの医療である。

- 8) 国立がんセンター東病院と独立行政法人放射線医学総合研究所重粒子医学センター病院。
- 9) 悪性腫瘍の患者を早期から担当し、痛みや身体的不快感、精神的不安等を、医師、看護師、薬剤師、栄養士等で対応する医療チーム。
- 10) 1996年特定非営利活動法人として「日本緩和医療学会」が創設されている。
- 11) 千葉県健康福祉部健康づくり支援課発行「千葉県がん対策推進計画」38頁。平成19年千葉県の計画策定に関わるタウンミーティング参加者259人中、在宅死を望むパーセントは48.3%。
- 12) Cicely Saunders (1918-2005) St.Christopher's Hospiceを1976年ロンドンに設立。
- 13) 新潟県長岡市の長岡西病院に1993年日本で最初の仏教ホスピス「ビハーラ病棟」が開設された。ビハーラとはサンスクリット語の「僧院」にあたり、こころの安らぎの場を意味し、ビハーラ病棟内では長岡市の各宗派の僧侶達が朝晩のお勤めを行い、患者・家族の相談に対応している。

- 14) 「がん難民」とは、がんになっているが適切な治療をうける病院が見つからない患者のこと。とりわけ再発がんや終末期になるとそれまで掛かっていた病院から、治療を拒否されることが多くなる。
- 15) 千葉県健康福祉部健康づくり支援課「千葉県がん対策推進計画」平成20年 53頁。
- 16) 医師を患者の父親と見て、患者の最善の利益の決定権は医師にあり、患者は医師に全てを任せれば良いという考え方。

参考文献

- (1) 千葉県保健医療計画 千葉県健康福祉部健康福祉政策課 平成20年4月
- (2) 千葉県保健医療計画 別冊 千葉県健康福祉部健康福祉政策課 平成20年4月
- (3) 千葉県がん対策推進計画 千葉県健康福祉部健康づくり支援課 平成20年3月
- (4) 千葉県医療福祉計画 千葉県健康福祉部健康福祉政策課 平成18年6月
- (5) 千葉県医療福祉計画 千葉県健康福祉部健康福祉政策課 平成13年12月