

## シンポジウム「最善の抗がん剤治療を受けたい！」 討論のまとめ

2006年11月25日(土)、東京ウイメンズプラザホール(渋谷区)において、パネルディスカッション「最善の抗がん剤治療を受けたい！」が開催された(共催:国会がん患者と家族の会、キャンサー・ネット・ジャパン。後援:厚生労働省)。

南雲吉則氏(NPO法人キャンサー・ネット・ジャパン代表)の司会により、尾辻秀久・元厚生労働大臣(国会がん患者と家族の会代表世話人)が開会の挨拶を行い、第1部では、自らもがん患者である山本孝史参議院議員が、闘病を通じて感じた抗がん剤治療の問題点を指摘した。

山本が提起した疑問点は、次の3点だ。(別途に第1部の講演内容を掲載した)

- ① なぜ、初期のがん患者ですら「標準的な治療」が受けられないのか?
- ② なぜ、個人差を抜きにして、画一的な投与が行われるのか?
- ③ なぜ、治療法があるのに「もう治療法はありません」と言われるのか?

引き続き第2部のパネルディスカッションに移り、後半では外口崇厚生労働省健康局長もパネリストに加わり、討論が進んだ。

標準治療が行われない要因から議論が始まったが、最終的には、財源に限りがあり、高額な抗がん剤も登場してくるなかで、どのようにして必要な医療費を確保するのかを国民全体で議論すべきだとの指摘が続いた。

また、臨床試験の重要性、未承認薬問題に対する「例外的使用」制度導入の必要性などが指摘され、がん診療連携拠点病院やがん対策情報センターへの要望も寄せられた。

討論での論点をお伝えする。長時間の討論での論点を明確にするために、発言の前後を入れ替え、発言の趣旨を変えない範囲で編集をするなどした。ご了承ください。

(編集:山本孝史)

パネリストは次の方々(50音順)。

青谷恵利子氏(北里研究所臨床試験コーディネーティング部門室長)

岩瀬 哲氏(東大病院緩和ケア診療部副部長)

嵯峨崎泰子氏(日本医療コーディネーター協会理事長)

平岩正樹氏(外科医)

藤原康弘氏(国立がんセンター中央病院通院治療センター医長)

堀内龍也氏(群馬大学大学院薬効動態制御学教授)

吉田和彦氏(慈恵医大付属青戸病院副院長、外科部長)

コーディネーター

南雲吉則氏(NPO法人キャンサー・ネット・ジャパン代表)

特別参加

外口 崇氏(厚生労働省健康局長)

ご多用のなかご出席いただき、熱い討論を展開いただいたパネリストの皆さんに御礼申し上げます。また、ご来場の皆さんにも謝意を表します。

## 「標準治療」とは何なのか

○藤原 「標準治療」という言葉と「標準的な治療」と、患者さんにとっては同じ言葉で、別に差はないと思う。いろいろな過去の経験とか臨床試験の積み重ねとか、それは日本だけではなく世界じゅうのいろいろな経験をもとに歴史がつくり上げてきた治療で、万人がそれをきちっと治療として評価し得ると考える治療が「標準的」あるいは「標準治療」というふうに大まかに考えていいと思う。

### ◆ 最新の標準治療情報を発信する体制整備

○山本 せっかく学会でガイドラインをつくりながら、それが医療現場で活かされていない。また、国立がんセンターのがん対策情報センターのホームページに出てくるガイドラインでは、「本を買え」と指示される。それは違うだろう。「本を買え」ではなくて、インターネットで常に最新の情報を提供するというのが、がん対策情報センターの役割だ。  
みんながデータを集める中で標準的治療あるいは標準治療が確立していく。そういう仕組みを学会が整えるのか、あるいは国が整えるのかということが問われている。私は学会の責任、医師がみずからそれをやるべきだと思う。

○堀内 標準的治療ということだが、化学療法というものは急激に変わっていると思う。だから、標準的治療という決まったものがあるわけではない。常に変化しているものだと私は理解をしている。

○青谷 治療ガイドラインが発行されていて、患者も一般の方もみんなアクセスして購入することができるが、発行されるのは2年に一回とか3年に一回とかだ。

そうすると、実は昨今がん領域でがんの分子標的薬等は一気に外国でデータが出てきた。ガイドラインをつくるのに1年ぐらいかけて用意されていたりするので、そこに載っているデータは、ガイドラインとされてから次が出る真ん中だと、3年ぐらい前のデータ（標準療法）に私たちはアクセスしていることになる。

個人輸入とか、使えない薬の問題はあるかもしれないが、外国では既に標準療法かもしれない。日本でも方法はあるというような治療法があっても、そのガイドラインを見ただけではわからない。

そうすると先生から情報をいただくか、あるいは患者の立場あるいは家族の立場でその情報を探しにいかなければならないという難しさがある。どこかがそういう情報発信をきちんとしていただける体制になればいいと思う。

○嵯峨崎 求めていける人には、いくらでも情報が入ってくる。そういう方はどなたとでもコミュニケーションをとっていけるし、いい治療を受けられるし、ご自分に合った、いわゆる議論されているようなQOLに即した治療が十分可能だ。

ところが、多くの方はそうじゃない環境におられる。いまだにインターネットが使えなくて、FAXもなくてという方はこの世の中に、特に日本の中に多く存在する。そういう方がどうやって相談の窓口を求めてくるかということ、書店の「健康」とか、一般の方が読める医学関係の雑誌を手にするわけだ。そういったところからどれだけ情報が取得できるかということ、ここに並んでいる人たちからすれば「エッ？」と思うような情報をもとに話をしなければならない。これが現実だ。

だから、本来は日本全国津々浦々におられる目の前のドクターと話をして、そのドクターがかわりになって、現在最善の治療を取得して患者さんに提示していかないと話が始まらないのだが、その手間暇がなかなかできないような現実が今の医療環境にある。

それを誰がサポートするのかということところが本当の意味での大きな問題だ。都心部にいるとあまりそんなことは感じないかもしれないが、いまだに手書きの封書で「こういうことで実は悩んでいる」、「こういう治療を初期のがんとして提示されているが、でも不安で」と、新聞の切り抜きを何年間か持っているとか、そういう方が結構いらっしゃる。驚く。

だから取得できる人にとってはこういう議論は実はあまり問題にならないのかもしれない

が、そうではなくて、ボトムアップということを考えていったときに、医療者側ができることのほうが十分大きいものがあるので、そこから多くの患者さんに提供できるサービスをやっていかなければならないと思う。

○外口 診療ガイドラインの少なくとも3割ぐらいを、がんセンターの情報のところで見られるようにできないかなというので、いま交渉している。

### なぜ標準治療から外れるのか

○岩瀬 なぜ現場で標準治療を受けられないのか。その原因を、きょういらしている各領域の専門家が言わないといけない。

#### ◆ 標準療法から外れるのは、医師の不勉強

○南雲 (標準療法が)もし使われていないとすると、医療従事者の不勉強もあるのではないか。

○吉田 おっしゃるとおりだ。岩瀬さんが(データの蓄積が)厚い・薄いと言ったが、厚いというのは世界的にゴールド・スタンダードとあって、これはどこに行っても標準でなければならない。その次の薄いというのはプリファランス (Preferences) とアメリカでは言うが、それぞれの臨床をやっている人間が自分の好みでもって少し使う。そこでいわゆる標準といても、世界的なゴールド・スタンダードとその下のレベルとは少し違うということがある。

もう一つ僕が言いたいのは、標準治療というのは一つではない。標準治療の中にも選択肢がある。それは幅が広い場合と幅が狭い場合がある。標準治療というと一つだと間違える方がいるが、そういうことはない。

アメリカの場合は訴訟が非常に強いので、標準治療をやらずに再発したりすると訴訟で負ける。外科医も化学療法の勉強をせざるを得ないという状況はある。

○藤原 私が所属している日本臨床腫瘍学会でがん薬物療法専門医のほかに暫定指導医というのが1,700人ぐらいいる。外科の先生が多いが、別にその人がひどいことをやっているかという、そんなことはやっていない。2,000人とかの医者をきちっとある程度の教育さえすれば、十分な治療提供機会は日本でも与えられるような気がする。

#### ◆ 標準治療が示されていないのが根本原因

○平岩 アナウンスされていないということが一つあると思う。日本の標準はこうだとか、うちの病院はこうだということがわかれば、患者さんは非常にわかりやすくなる。違いがあるとしたら、その違いは、アメリカはこうだが日本はこうなので、その理由はこうだということを、次に患者さんは疑問に思うわけだから。

標準があるかないかとか、何が標準かも問題だが、標準というものがアナウンスされる、患者さんもそれが非常にわかるというのがいまの日本に欠けていることが問題だ。

○嵯峨崎 診療ガイドラインはこうだから、こういう治療をあなたに予定をしているということをアナウンスされている患者さんが実は結構少ないということに驚いてしまう。患者はなぜそこで不安を感じるかという、それが本当に適切な医療なのかということに疑問を持って歩くわけだ。セカンドオピニオンを取りたいとか、医者を変えてみようかとか、結局そこで既にファーストドクターとの信頼関係ができていない。ドクターの側が「診療ガイドラインがこうだから、僕はあなたにこの治療を提示している」ということをまず言っただかかないと、患者は何を基準にそれが正しいと信頼していけるのかというところがないんだと思う。

○岩瀬 アナウンスがされていないことで、標準治療を受けられない。それは同感だ。

○外口 拠点病院で、どんな診療ガイドラインをどのがんについて使っているか、そういう情報も新しい募集分からとるようにした。それも公開していきたい。

## ◆ 医師と患者の意思疎通の欠如が根底にある

○堀内 例えば外国で使われているものも十分使える状態にないのではないかと、それから渡辺さん等の話で、4割ぐらいがちゃんとした治療を受けなかったと。

これは標準的治療というよりも医師とのコンタクト、フォローがちゃんとできていたかどうかといった問題ではないかと思う。がん治療に携わっている医師が、もしきちんとコンタクトがとれているならば、それで検査がやられているならば、治療をやらない医師はいないと私は思う。医師や患者とのコンタクトの問題、信頼感の問題などがかなり大きな影響を及ぼしているのではないかと思う。

○藤原 人がいろいろな顔をしているように、医者もいろいろいて、ひどいことをしている人はたくさんいる。それをどういうふうには是正してあげるかというのが一番問題で、やはり医者の不勉強が日本の場合は一番だ。

まず話さない。レジデントをたくさん私も指導するが、最近の若い先生はコンピューターでEBM(根拠にもとづいた医療)のネットの検索はするが、その前に患者さんにさわって、音を聞いて、話をして、というのが抜けている人が多い。

しっかり話を聞いて、そういう基本を押さえた上で、その次にいまの世界の中、あるいは日本の中ではどうなっているかということをしちっと押さえて診療に臨むという基本姿勢が、なかなか日本の医師にはできていないことが一番大きな問題だと思う。根本的にそこを解決しないと、なかなか適切な医療の提供ができないと思う。

○南雲 それは各医療機関における、上に立つ者の個人的な努力で行われるべきだと。

○藤原 上に立つ人だけではなくて、研修医の間でもいろいろな人がいる。いずれにしてもだれかがちゃんと自分の目の前にいる方の話を聞いてあげて、そして何に困っているのかということを実際に考えるという姿勢、基本的な人間の姿勢だと思う。そこを理解して診療に臨む。アメリカでもたくさん病院を回って見てきたが、アメリカの医者がすごいわけではなくて、玉石混交だ。さっきの山本さんの問題点を解決するためには、医療従事者の側のまずは患者さんに対する姿勢をしちっとするというのが一番いい解決策のような気がする。

## ◆ マスコミを通じての広報はどうか

○中澤 標準治療何ぞやではなくて、私たちはとりあえず医療にかかる時点で、自分の病気に対する標準治療が何であるかという情報は必ずドクターから出してほしい。

○藤原 標準治療へのアクセス方法としては、病院のレベルを上げるというのが一つだが、それよりも皆様方が情報を一番知る方法として、ここで考えたのだが、マスコミの人たちだ。

がん治療のエポックメイキングができる時期は大体決まっている。5月か6月のアメリカ臨床腫瘍学会の時期、あるいは秋のESMO(European Society for Medical Oncology、ヨーロッパ臨床腫瘍学会)の時期。乳がんと言えば12月のサンアントニオシンポジウム(SABCS: San Antonio Breast Cancer Symposium)、それぞれの節目において、プレナリーセッションとかその学会の中でいろいろなランキングがあるが、発表の内容がすぐれているというセッションは決まっているから、その取材をきっちりしていただいて、それが終わるごとに報道してもらえば良い。

いま日本の報道を見ると、マウスでどうのとか、セルとかネーチャーでこんなのがあって、20年後にはどうなるかという報道はたくさんあるが、「今回こういう標準的な治療が第3相試験の結果で出ました」という報道はほとんどない。

アメリカを見てみると、「ニューヨークタイムズ」であるとか「USA Today」とかどンドンそういう結果が出てくる。

当然がん対策情報センターは皆様に読めるようなガイドラインの整備をしちっとしていけばいいのだが、それと両輪で皆様がすぐアクセスするのであれば、一番いいのは新聞だ。ゆっくり読めるから。新聞の記事でそれぞれの節目の臨床の学会が世界各地で開催されて、そこで大事なエビデンスが出たら、それを必ず報道してもらおう。みんながそれを知っておけば、僕ら

の外来もみんな新聞の切り抜きを持ってきて、「これどうなっているんですか」と聞かれるから、聞かれたら必ず答えようと思うのが普通の医者だと思う。「朝日新聞にこんなのが出ていましたけれども、この結果は先生、どうなるんですか」と一言言うだけでも、だいぶその医者がハッとするとする。エビデンスのレベルを上げるには、私どもも努力するし、プレスの人たちも努力する。皆様方もそれを読んで、医者に持ってきて、「やってよ！」と言わなくても、出すだけでも結構プレッシャーになるから、みんながやればいい解決策になるのじゃないかと思う。

- 中澤 実はさっき嵯峨崎さんがおっしゃったみたいに、そういう情報を入れる人は入れるけれども、初めて乳がんになって何もわからない人は、そういう情報すら、いくら新聞の一面にドンとあっても、たぶん気がついていない。そういう人たちにもその情報がきちんと行くにはどうしたらいいかということをちゃんと考えてほしい。
- 会場参加者 患者が毎年ASCOとESMOの情報をフォローして治療をやりなさいというのはちょっと酷ではないかと思う。そういう報道はもちろんあってもいいが、基本的には患者にはもっとわかりやすい情報を与えて、インターネットで調べるのは、例えば国立がんセンターのホームページを見て、いまの標準治療がどういうものかということ日本語でわかるようにすることも大事だし、あと自分が実際かかっている病院で、そこの医者に聞いて、しかもどうい検査はどここの病院で受けられるか、どういう化学療法はどここの病院で受けられるか。あるいは化学療法は大きな病院で受けるけれども、その後点滴をすとか日ごろ通院するのは家の近くのどんな病院で治療ができるかというような情報がないといけないと思う。標準治療の最先端から日々の栄養とかそういうことまで含めて、そういう情報が簡単に得られる仕組みが欲しいと思う。

## 医学とは別次元で決まる「標準治療」

### ◆ 国や病院によって「標準」があるはずだ

- 南雲 ゴールド・スタンダードは何が何でも守らなくてはならないのか、または医師の裁量によってある程度の融通がきかせられていいのか。平岩さんにとって「標準」というのは一体どういうことだととらえているのか。
- 平岩 医者医学に基づいて標準的な治療をするというのは、それは学問の議論だが、もう一つ大事なものは、患者にとって標準という言葉の意味、実はむしろそのためにこの「標準的な治療」という言葉がある。

それはどういうことかという、例えば国によって医療制度も違うし、お金のあるところもないところもある。お金がないところでの標準的な治療というのは当然それに基づいてやらないといけないわけだから、変わってくる。あるいは病院によっても医者があまりいないとか、たくさんいるとか、そういうことによってもその病院の標準というのは変わってくる。

あるいは画一的なことでも、例えば一度骨髄抑制、白血球なんかどんどん落ちるということを起こした患者さんは、そういうことに非常に配慮した治療をしなければその人の標準ではない。

だから医学の話はちょっと置いて、患者の側から見たときの標準というのは、実は国とか病院とか地域とかによっても、「その標準」というのがあはずだ。

患者の側からわかりやすいのは、年齢とか男とか女とか、あるいはものの考え方、価値観とか、臓器移植はいいのか悪いのかとか、医者が判断するというよりは患者の価値観によって標準は変わってくる。そして一人ひとりの反応も違うわけだから、そうするとその人の標準というものもだんだん変化してくる、動いていくというふうに考えれば、標準的治療というのはわかりやすくなるのではないかと私は思っている。

### ◆ 医療資源の限界が「標準治療」を決める

- 平岩 お金の問題は非常に大きな問題で、例えばどんなに進行している人でも、抗がん剤を一

生のうちにたった1回だけ使うような国はたくさんある。もちろんここは日本だから日本の話だけしていればいいわけだが、高い薬、1カ月に100万円ぐらいかかるものを、医学的に効くとわかっている、先進国でもそれを標準治療としくいというような問題もある。学問的な話として標準的というのはいくらでもできるが、一度これを社会に還元するということになる、絶えず社会のことを反映したものでなければならない。

○南雲 まだ有効性が確認されていない薬や、海外で有効性が確認されて標準的に使われているが、日本ではまだ保険の適応を受けていない薬を現場のドクターたちに要求されたときに、現場ではどういうふうに答えているのかということもまた問題になると思う。

○平岩 これはお金の問題だ。保険診療をやっている限り、保険のきかない薬は使えないわけだから。それを早く保険を通すようにするのか、全額自己負担でやるのかということ、お金の問題になってくると思う。逆に、無限の医療費を使えるわけではないから、限られた医療費の中で、どうやっていくかというのが実は一番大きな問題だ。抗がん剤の問題も実はお金の問題だと私は思っている。お金がちょっとしかなくて、どうやっていい治療をやるか、そのことに尽きる。

先ほど2年に1度とか3年に1度の標準的治療の提示というのも、国立がんセンターのホームページは立派だが、垣添総長によれば、職員が土日にも一生懸命更新しているとか。事実なのだろう。でも、あまりにもチープだ。アナウンスすることが我々医者にはなかなかできない。治療をするのもそうだし、そういうアナウンスするのもお金がなくて困っている。

お金をどうするかということは医者が考えることではなくて、国民の医療費、例えばわかりやすいのは、先々月だったかりハビリをカットすると。これも全くお金の問題だ。それを日本医師会などがもっとお金をよこせなどと言うのは変な話だ。まさにお金を使うのか使わないのか、それは政治の問題であり、国民の問題であり、この場の抗がん剤治療をどうするかということ、今のままのチープな抗がん剤治療のままでいいのかということのは、私がきょう一番言いたいことだ。

○藤原 平岩さんの意見に一番賛成というか、もうそこしか問題は日本には残っていないとも思っている。「ニューヨークタイムズ」の2006年2月号に出た記事だが、要するにお金を払える人はいい。いい抗がん剤が期待を上げたけれども、あまりにも高過ぎてこのおじいちゃんには受けられませんという記事が大々的に出ていたりする。

それから左端を見てみると、アメリカで最近承認された抗がん剤は、こんなに高い値段だ、これ、誰も払えませんよということがしっかりと報道されている。

日本を見てみると、この前、読売新聞でようやく本田麻由美記者が言っていたが、いい薬はこれから先どんどん高くなる。それを誰が払うか。患者さん方は自己負担の額は高額療養費制度に守られているし、日本は皆保険なので3割以上取られることはまずないが、例えばアバスチンという将来出てくる大腸がんの薬は、年間の薬剤費だけで1,000万円だ。1人につきだ。それを社会としてどう準備していくかということを考えておかないと、夕張市みたいに日本の保険財政が破綻する。お金は無限ではないから、それを一方で考えておかないと、これから非常に大変なことになると私は思っている。

未承認薬へのアクセスは、そこそこ制度を解決すればできる話だが、誰が財政をしっかりと準備して、アメリカは金持ちだけがいい思いをする国だが、そうではなくて、日本の国民皆保険のいい制度を残しながら、誰もがそこそこのいい医療をきっちり受けられる体制をつくるかということ議論しておくべきだ。それを解決せずして何も変わらないと思う。

よく皆さんは、承認が遅いだの、医者がどうのこうのと言っているが、それよりもっと先に、さっき平岩さんがおっしゃったお金絡みの、すごくダーティだが、しっかり考えておかないと、いつかはひどい目を見るというのが控えているということ肝に銘じておくべきだと思う。

#### ◆ 「貧富の格差＝医療格差」は避けたい

○山本 これから抗がん剤が非常に高くなるという中で、少なくとも病気になった患者が負担するということではないのではないか。患者が負担するということになれば医療格差が出てくる。貧富の格差イコール医療格差になってしまう。それだけは避けたいと思う。

○堀内 高い薬、特に分子標的薬が大変高いというのはおっしゃるとおりだ。これは最初の分子標的薬がべらぼうに高かったからそれに引きずられてきているという面もないわけではないと思う。したがって、薬価のつけ方の基本的なところを考え直さないと、これから分子標的薬はどんどん出てくる。アバスチンもアメリカでは1本20万円している。つい最近薬価のついたものは1本17万円弱。きわめて高価だ。がんの患者はどんどんふえてくる。アバスチンは、いろいろながん種に効くことはたぶん間違いない。そうしたらそれがどんどんいろいろな患者に使われる。これは保険制度はかなり危険な状態になる。抗がん薬だけでかなり危険な状態になると思う。単回とか数回使うだけの薬というのは高くても構わない。だけど長期間にわたって使わなければいけない薬は、やはりある程度薬価を抑制する必要があるだろうと私は考える。アメリカに引きずられてこういう高い薬価がついているが、アメリカの場合は、公定価格ではないので、高くても売れると思えば高い薬価をつける。日本のシステムと違うから、そこをきちんとやらないと破産すると思う。

○吉田 山本さんに限らず「一日でも長く生きたい」というのは人情だと思う。今日本の医療費は32兆円、国民総生産の約7%。最新国では最低だ。アメリカは大体200兆円、15%。人口比の倍ちょっとだ。問題は、ここにいる方もそうだが、すべてはいつか死ぬ。医療費はぜいたく品の範疇に入ると言われている。いつか死ぬ人間のために使うお金、国民がせっせとつくったお金のなかだ。その何%を医療費に使うか。いつかここにいる人は皆亡くなるわけだが、やはり7%でいいのか、10%までか。イギリスは7%で医療は崩壊したので10%までしたわけだが、そこまですべきなのか。その辺のディスカッションはちゃんとやっておかないと。分子標的薬一つずつを安く入れるとかいうレベルじゃないと思う。日本の医療費を何%ぐらいにして、そのパイをどういうふうに分けるかという話も大議論をしないと、この話は1年間に1,000万円のアバスチン等の分子標的薬が出たときに、もう破綻するのじゃないかと思う。

いま医療業界は結構大変で、へとへとになって仕事をしているが、やはり10%は必要だと思う。イギリスは7%で破綻した。医者は国外に逃げて、がんであっても手術まで3カ月4カ月待ちの状態になった。

○外口 あと20年、30年たてばどんどんいい医療・技術が医学の進歩に合わせて出てくる。当然お金はかかる。お金は無限にあるわけじゃないから、どうするかというのをみんなで考えなければいけない。もっと負担の問題を一緒になって議論して、どこに優先順位を置くのかということをも真剣になって議論しないと。

#### ◆ 箱モノではなく、人にもっと投資を

○南雲 平岩さん、標準治療をやっていれば患者さんがどんどん集まるわけだから、病院としても経済的にも潤っていいことでは？

○平岩 抗がん剤治療に関していうと、どんな医療もコストパフォーマンスを考えないといけない。これは抗がん剤治療だけに限らないが、手をかけて凝ったいい治療をしようとすればするほどお金がたくさんかかる。アメリカは医療費が高いから、私に言わせるとヨーロッパに比べて非常に手抜きの抗がん剤治療をやっていると思う。しかし、日本でも抗がん剤治療は診療報酬がほとんどない。外来で少し認められている病院があるが、がんばった治療をしようとすればするほどお金の問題がかかってくる。

がんばって抗がん剤治療をしようとする医者は周りにもいるが、経営する立場からは、いい治療をしようとすればするほどやっていけないという現実があって、標準治療を示して何の得があるのか。病院がつぶれるだけだ。「半年でリハビリなんかやめちゃだめで、もっと続けなさいといけないんだ」という正論を言ったら、その病院に患者さんがたくさん来て、その病院はやっていけなくなる。抗がん剤治療も同じような仕組みがある。何とかこれを有料化してもらえないかと私は思う。

○南雲 有料化というのは？

○平岩 診療報酬を。「私は腫瘍内科医です」と名乗られる方が非常に豊かな生活をすれば、み

んな憧れて若い医者もそういうふうになりたいと思うわけだが、非常にプアな生活をしているから、なりたいと思わない（笑）。

○藤原 いま日本のシステムとして一番望むことは、人にどれだけ投資してほしいかということだ。がんセンター中央病院は、皆さんいいと思っているかもしれないが、どこの病院とも同じで、準夜帯といって午後5時から12時までの間、40床のベッドに看護師さんは2人しかいないし、深夜帯も2人しかいない。

僕は外来で週3回、8時半から5時ぐらいまでやっているが、自分のブースには誰もついていない。普通の病院に行ったら事務の人とか看護師さんとかが1ブース1人ぐらいいるが、うちの病院は僕1人で全部やっている。

箱モノものではなくて、とにかく人に投資をする、しっかり人をふやすことに、もう少し傾注していただきたい。定員と独法化したらわからないが、患者さんを見る人たちをもっと手厚くふやさないことには、もう個人の努力には限界があると思う。

○吉田 がん対策基本法という、いいものができた。後はこれをどう活用するかだ。数値目標とか、エンドポイントを定めて、何年までにどこまでをあれするかということのを繰り返すことが具体性を増すと思う。

日本は結局がん医療において旗振り役がない。藤原さんの前で大変申しわけないが、がんセンターがそれを担うような形でお金は投与されている。

アメリカにはN I H (National Institutes of Health、国立衛生研究所)という大きな組織がワシントンにある。その下にN C I (National Cancer Institute、アメリカ癌研究所)があり、それはがんセンターよりは小粒の100床ぐらいの病院で、非常にまれながんと、治験と、それからがんの行政全体に関してかなり強い力を持ってオーガナイズしている。

日本の場合は、ちょっとそういったところがない。ただ時間が非常に限られているし、こういったものを早く実現させるためにはがんセンターを改編してという考え方もあると思う。日本全体のがん行政の旗振りをするような機関を、がんセンターの一部が担うのか、がんセンターと同じようなものが担うのかということによってそこでお金を配分する。どういう臨床試験をオーガナイズするか、標準治療をP D Q (Cancer Information Physician Data Query)にラップする、そういう部署ができないと、ゆっくりとは進むだろうが、日本のがん医療はそうは早く変わらないのではないかなという感じがする。それは学会主導の専門医なんかにしても同様だ。

## 臨床試験の重要性

○堀内 承認審査のときの治験は、症例数がかなり限られたものだ。だから市販後にいろいろな臨床試験を行う中でその有効性が確認されていく。さらに、抗がん剤は副作用があるが、ある程度安全性も確認されていくことが必要だ。そういう一つ一つのレポート・研究がさらに統計的に解析されて、それで本当に有効かどうかというのが評価される。実際にそれをもとにして使用されるということになる。

○青谷 標準療法というのは絶えずよくなっていかなくてはいけない。そのためには臨床試験の積み重ねになっていく。一つの標準療法があっても決して100%効く薬は出てこないで、少しでも安全な薬、あるいは治療的な効果がある薬。治療的な効果と言っても腫瘍が縮小する効果があるのかもしれないし、再発までの時間が延びるのかもしれないし、生きている時間が延びるのかもしれない。その効果をどこに持っていくかというのは、いろいろな試験によって設定するところが違うところだと思う。

それから同じ効果だったら、その治療法をやることによってクオリティ・オブ・ライフ、使っている患者さんが正常に近い生活をやりやすいような治療法のほうが標準的治療にはふさわしいだろうし、できるだけ安く効果のある治療を使えるほうがいいだろうし、先生方が使いやすい薬のほうが標準療法としては広まるだろう。そういったいろいろな観点からよりよい治療法とは何かを模索する臨床試験の積み重ねが、標準療法を確立していく、新たな治療法をつ



くっていくと思う。

○沢 祥幸氏（岐阜市民病院・日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医） 標準治療を構築するためには、患者さんみずからが標準治療をつくる土台になっていただかないと、日本人にぴったり合った標準治療はできない。我々は、かなりアメリカのデータを流用してやっている。我々は日本人だから、堀内先生が言われたが、種が違うとか、日本人とアメリカ人とヨーロッパ人は違う。藤原先生は日本に薬を導入するときにやはり日本で治験をやらなければいけないと言われた。そのとおりだ。だから、我々がみずからの体を使って次の世代のために標準治療を確立することが必要だと思う。

そのためには、日本人にはこれが一番だと、どのお医者さんに相談に行っても、この標準治療が一番だと言えるような標準治療、そのデータを我々が作る必要があるのではないか。それは医者だけではなくて、きょうは嵯峨崎さんも青谷さんも来ているが、皆さんが力を合わせてもう一歩だけ足を前に踏み出して、臨床試験をつくってしっかり臨床試験に参加してデータをつくっていく土台づくりをしなければならない。行政のほうで外口先生なども一生懸命がんばっておられるが、我々国民が自分たちのためにデータをつくらなければいけないと思っている。

○沢（治療を）一律的にやっていただくのではなしに、それぞれの生活に応じた、あるいは仕事に応じて選べるオプションはあると思う。結局、腫瘍縮小効果よりもQOLだ。あるいはより高い縮小効果を目指したスタディもあると思う。どういうものを選ぶかは皆さんだと思う。

○青谷 まさに私も同感だ。きちんとしたデータを集めて研究をしなければ本当にその治療法が効果のあるものなのか、安全なものなのか、やりやすい治療なのかどうかはわからない。何となく、このがんには効くからこのがんにも大丈夫だろう、みたいな、その先生だけが思っているようなことでやるというのは非常に危険だと思う。標準療法でないものについては、スタンダードとしてはやはり臨床試験という形で医療が提供されるようになるのが理想だと思う。

そして臨床試験というと、参加するほうから言うと、あるいは家族が参加してくれと頼まれると、実験道具に使われるのじゃないかと考えられる方もまだいらっしゃるが、決してそうではなくて、臨床試験を実際にやろうと思ったら準備をして、計画をして、いろいろな第三者機関の人がかかわって審査をして、その病院でやってもいいかどうかとも審査して、第三者的な監視の目が必ず加わっているというメリットがあると思う。

必ずしもどこかの先生が、自分がこの治療法がいいと思ったからちょっと標準治療じゃないけれどもやってみた、なんてことは臨床試験では起こり得ないということを考えると、標準ではない治療法を提供するオプションとして、患者さんの選択肢として提供されればいいなと思う。

臨床試験というのは絶対にわからない未知の部分があるからやるわけだから、提供される試験が、当たった試験が本当に効果があるかどうかはわからない。わからないから試験をするということはご理解をいただかなければいけない。

でも、それはもしかしたらいいかもしれない、もしかしたらもう一つの治療法のほうがよかったかもしれない。状況にもよるし、その試験にもよるが、直接的な効果があるかないかというのは、本当によかったかよくなかったかというのは、何年も先にデータが収集されたときに初めてわかるかもしれないし、その方が何年かたったときに「ああ、やっぱりあの治療はよかったな」と思われるかどうかというのは、入られる時点でははっきりとは申し上げることができないということをご理解いただけるように私たちが説明をしなければいけないかと思う。

○岩瀬 臨床試験が必要であるというのは私も同感だ。同感どころか、その実践をしているが、私は、発売されている抗がん剤のよりよい使い方を探るための臨床試験をやっている。お金がかかる。臨床試験が今必要だという結論で、それは私も間違いないことだとは思っているが、実際施行するにはいろいろな人材が必要になったり、データセンターというものが必要になったりして、施設が集まっただけではできない。そういうところを改善していかないといけないので、臨床試験が大事だという結論はそれは一つの結論だが、それを施行するとなるとまたお

金という話になってしまう。

結局は私が思うに学会主導でやっていくしかないと思うので、一番大事なことは、学会のあり方の見直しではないかと思う。学会が何をしているのかといっても、いま日本にいっぱいあるが、わからないだろう。そこを透明化していくようなシステムというか、厚生労働省の指導が必要なのではないか。

○外口 臨床試験だが、アメリカと比べると日本は臨床試験よりも基礎研究が重視されてきたと思う。私も昔リサーチをやっていたからわかるが、臨床試験は大変だ。時間もかかるし、金もかかるし。基礎っぽい動物を使ったのとか細胞を使った実験のほうがいくらでもペーパーが書けるし効率がいいということで、ついついそっちに行っちゃう。やはりそれだと最終的に世の中の役に立っているかどうかというのがだいぶ違う。

実は去年研究費の担当をする審議官だったので、そのときにもうちょっと臨床試験にシフトさせようと。基礎っぽい研究は文科省のお金でやってもらおう。つまり公募する項目をもうちょっと臨床にシフトさせようと。

だけど臨床試験というのはやはりお金がかかる。だから実際にいま臨床試験を現場でがんばってやってくれている先生方も、相当いろいろな苦勞をして持ち出ししてやっている。これをどうやって進めていくか。応援していかないと。メジャー・サイエンスより『The New England Journal of Medicine』とか『The Lancet』とかそっちにどんどん、厚生労働省が研究費を出す先生方にはジャーナルに成果を出してほしいなと思っている。

○南雲 具体的には幾らぐらいかかるのか。

○外口 普通の基礎の研究は、1研究年間3,000万とか5,000万でそこそこの研究はできるが、臨床研究は桁が違う。数千万でできる臨床研究はまずないと思う。

○藤原 金がかかる実際の話として、日本で混合診療を保険診療下できちっとやるには治験しかやる手だてがないので、厚労省の肝いりで平成14年ぐらいに医師主導治験というのを始めた。それに初めてチャレンジした。

それはグリベックという新しい慢性骨髄白血病の薬が、肉腫という整形外科の病気に効くのではないかというのが数年前いろいろ騒がれていた。40例ほどの規模だが、毎年2億ぐらいかかる。それは厚生労働省から幸い研究費を、医師会を通じていただいてやっている。

どこに使われるかというところ、データの管理、先ほど青谷さんが言ったような、いかに信頼性の高いデータを集めるかというところが一番お金がかかる。日本全国津々浦々にそのデータを確認しに行ったりする。その人件費、旅費、それはばかにならない。日本全国に10施設あったら、例えば月1回2人が時間を割いていくということを考えて、単純計算してもあつという間に積算されていく。

その辺がようやく外口さんのご尽力等で日本はいま少し舵取りをしていくところなので、これから将来に期待していただきたいと思うが、まだまだ医師がそういう臨床試験をやるというインセンティブとか覚悟はできていないのが一つと、一番問題なのは、先ほどから臨床試験という話が出ているが、日本だけだが、研究的診療といって健康保険法の中で臨床試験を保険診療下でやってはいけないと、法律あるいは省令でそういう規定がある。

皆さんご存じなくて、いろいろな大学病院に行って偉い先生が「これやってみませんか」とか言ったときにスッと乗るかもしれないが、実はそれはヤミの診療というか、本当はやってはいけないけれども、みんな目をつぶって、それをやらないと医療が進歩しないからというので日本ではやっている。

臨床試験を保険診療の中できちっと進めていくという体制整備、これはアメリカだと社会保険保障法の中に、それを進めていこうという記載がある。ここで議論されているのは理想を見ているが、現実の一番根幹になっている研究的診療を日本では保険診療の中で原則としてやってはいけないという大原則を変えずに、皆さんが臨床試験に参加するのは非常に危険だ。

治験の話に戻すと、治験は安全かということ、患者さんは薬事法という法律で守られている。被験者保護が薬事法の中でうたわれている。でも、臨床試験に関して言えば、法律的に患者さんを保護するというのは残念ながら日本はまだない。いまから整備されていくとは思いますが。

いい薬に皆さんアクセスされたいのであれば、研究進行という片方の輪っかがある。片方に

ブレーキとして、その治験に参加したときに自分はどういうふうを守られているのかというのを確認できる社会システムの整備ができないといけないと思うので、ぜひそこをお願いしたい。

- 南雲 臨床試験の大切さは非常にわかったが、一方で実際それだけのお金を集められるところでなければ、それが合法的には行われない。しかし患者さんのほうは、いまかかっている施設でそういうものを受けたいという要望があるはずだが、そういう方たちにはどういう対策があるのか。
- 藤原 これは先ほど申した例外的使用が一つ。臨床試験に入らないような人たちにはそういう仕組みでちゃんと薬は提供する。そこにはちゃんと人の目が入る。個人医療だと医療者の適正な目が全然入っていないし、薬剤師さんたちの薬の品質に対するチェックも入っていないから、そういうシステムは一方で導入する。  
拠点病院なんかに行けばきちっとした臨床試験ができるということをシステムとして整備しておけば、日本全国各都道府県に一つはがん診療連携拠点病院はあるわけだから、そこにかかれればその時点での一番新しい治療にアクセスできるという提供機会を維持しておけば、日本の中で臨床試験もできるし、臨床試験に入らない人たちには例外的使用で薬の提供機会は維持できるという制度になれば、誰も困らないと思う。
- 南雲 それは保険でカバーされるのか。
- 藤原 それを保険でカバーするために社会で、道路の特定財源は道路整備にせず臨床試験に一部回すとかそういう抜本的な改革をしていただければ財源の担保はできるし、タバコも倍ぐらの値段にして、その倍にしたものは医療費に回すとか、いくらでも手はあると思う。
- 南雲 外口さんどうですか、そういう手には乗れますか（笑）。
- 外口 個人的には目的税ってあまり好きじゃない。やはり社会的コンセンサスのもとで、正攻法で予算を取ったほうがたぶんいいのではないかと思う。

#### ◆ 患者が臨床試験に参加するメリットを

- 平岩 これは観念論だが、日本で臨床試験がなかなかできにくいのは、モルモットのような感じがあるから。実は医療って完成されたものは一つもなく、すべての患者さんが臨床試験だ。しかしデータが集まっていないし、きっちりやっていない。100年前、200年前には臨床試験はなかったのかというと、漢方薬というのはずっとそういうことの積み重ねだった。つまり医療というのはそもそもすべての患者さんが臨床試験の対象ということだ。  
ただ、それをきっちりデータで処理できるかどうか。データで処理するためには非常にお金がかかる。動物はお金さえ出せばいくらでも実験できるが、人間はお金を出したってたくさん患者さんを集めることができない。そうすると一人ひとりが非常に貴重なデータだが、それが右から左へそこだけで終わってしまう。これは人類にとって非常にもったいない話だ。  
理想を言えばすべての患者さんを――患者さんの数が少ない病気であればもちろんそれはやっているわけだが、がんなんかは完全にというわけにはいかないけれども、例えば疫学調査はそっちに近くなっていく。すべての患者さんのデータが集積されれば、それは一つの臨床試験になる。  
もう一つは、国立がんセンターは国際的にも非常にいい抗がん剤の臨床試験をいままでもやってきておられると思う。私は高く評価している者の一人だが、それに加わることの患者さんが得するようなシステムをつくってあげる。お金がかかるというのは、医者側とか研究する側の立場だが、受ける側も「すべての医療は臨床試験なんだ」という意識の問題と、具体的にいわゆる医学でいうところの臨床試験に加わるときのもっと得するようなシステムをつくれればいかなとは思っている。  
誰かがモルモットで誰かがモルモットではないというのではない。いわゆる医学でいうところの設計をして、よいスタートで条件をそろえてやるという臨床試験は非常に大事なことから、もう少しインセンティブをつけたらどうだろうか。

**未承認薬問題について**

○堀内 基本的には既にある外国で売られている薬かどうかという問題と、これから開発する薬という問題がある。

ちょっと長期的な展望に立てば、日本でいまブリッジングスタディとかいろいろ言っているが、それでも2年ぐらいはすぐかかるので、世界共同治験をやって、最初から日本人の症例が入っていけば、世界の治験のデータを十分に解析してそれに承認をすることが可能になると思う。これからの治験はぜひそういう形にしないとイケないだろう。そういう問題は今後の問題だから、実際に薬が出てくるのはしばらく先の話だ。できるだけ世界同時・世界共同治験を日本でもやろうという話になると思う。

それから外国で売られていて日本で売られていない、特に分子標的薬のようなものについては私自身は人種差がかなりあると思っている。イレッサの事件があったが、あれを契機に遺伝子異変についていろいろな検討がされている。これはかなりいろいろなところに人種差がある。特に情報の伝達系、人の中でいろいろな情報が細胞の中で伝わって、最後発現するが、その辺を司るいろいろなタンパクをつくる場所の遺伝子にかなりの変異があって、それは人種差があるということがかなりわかってきている。

やはり基本的な、どういうところにどのくらい遺伝子変異があるかというようなことについて、一つ一つの治験のときではなくて、もっとトータルとして日本人はどうなのかということをしちんとデータとして持つべきではないか。そういうことがやられるべきではないかと思う。

だから外国で売られているのをそのまま日本に持ってこられて安全かどうかというのは、注意をして使わないとイケない。変異があるかどうかをチェックして、例えばイレッサの場合は日本人では効く。ただ副作用も起こる。その辺はまだ十分に解明されていないが、そういうことはかなり注意する必要があると思う。安全かどうかというと、必ずしも安全性は保障されていない。ただ、中国人とか韓国人に対して治験が得られていて、それとの比較をすれば、日本人ではどうかというようなデータは、情報を共有していくことは可能ではないかと思う。

#### ◆ 例外的使用制度の導入を

○藤原 日本の医薬品の承認制度を批判される人がたくさんいる。私は5年ぐらいい新薬の審査を役所でしていた。初めて医者として審査の中に入った人間の一人として、それまで自分は医薬品がどういうふうな承認され、添付文書が使われるかは無関心だったが、自分で現場に入って苦労してみて初めてよくわかった。

審査にそんなに問題はないし、私はFDA (Food and Drug Administration、アメリカ食品医薬品局) とかヨーロッパの規制当局にたくさん友だちがいるが、彼らと話をしても、日本人のパフォーマンスのほうがはるかに良い。能率的だし、優秀だ。承認審査という薬事制度に問題があるのではない。FDAが非常にいいとおっしゃる人はたくさんいると思うが、個別のがん種の診療をよく見てみると、FDAが承認していない品目は山ほどある。むしろ日本のほうが細かくきれいに何とかして承認してあげようという姿勢が見える。

それはなぜかということ、保険診療と医薬品の厚生労働大臣の承認という過程が、日本は1対1で対応しているので、きちっと承認さえしてあげれば、万人が広く使えるという体制が整備されている。

アメリカはそこは全然整備されていないで、Aという物質が安全だということを最初に確かめるときは非常にインテンシブに審査するが、それがそれ以降いろいろながん種に使われている過程については、国が科学的にお墨付きを与えることはあまりしない。むしろさつき青谷さんが言っていたようないろいろな臨床試験の整備とか試験成績が発表されてくれば、その進歩にリアルタイムに保険を支払う側がダイナミックに考えて、この薬はこの適応についてはこれから使ってもいいですよという、国の承認と保険診療とはちょっと分かれている。

きょう残念ながら保険局の方は来ていないが、たぶん来たら大変なことになると自分でわかってたのだと思う(笑)。保険局とか日本の保険医療システムを支える人たちが、皆様にどうやっていい薬をどういうシステムの中で与えていくかということを実際に考えていないとイケないというのがあると思う。

それがアメリカではある程度されている。Compassionate Useというのだが、混合診療問題の

議論のときに役所とか政府は安全性確認試験とか追加的治験とか、いわゆる治験の枠の中で新薬が使えるアクセスを日本は準備した。でも、誰もその恩恵を受けられないシステムだ。なぜかという、そういう治験とか臨床試験に入れる人は、やはりいい体、きちっと臓器の機能が保たれていて、その人の頭の判断能力もしっかりしているという、ある程度の条件がないと入れない。本当に必要なのはCompassionate Use、ちょっといい日本語訳がないので、私は「例外的使用」と訳しているが、こういうシステムが日本にないのが一番の欠点。皆さん方がいい薬をちゃんと受けられない一番の原因だ。

アメリカもヨーロッパもどこの国もそういう臨床試験という環境以外で患者さんが未承認薬を受ける体制の整備をしている。費用を誰が出すかというのは非常に大きな議論になっていて、患者が負担する場合もあるし、自分の加入している保険会社が負担する場合もあるし、病院が負担する場合もあるし、いろいろな場合があるが、いずれにせよいい新薬が出て、それが第3相試験とか承認直前という場合には、Compassionate Useというシステムを各国は用意していて、その薬へのアクセス権を維持しているというのが日本以外世界先進国すべての共通点だ。こういう例外的使用というシステムを日本に入れるということは大事だ。

ただし、EUのガイダンスとかアメリカのガイダンスにも書いてあるが、そういう例外的使用というのはあくまでも臨床試験に参加できない人たちだけのシステムだ。なぜかという、いい医療というのは、さっき青谷さんが言っていたように、臨床試験の積み重ねによって進歩していくので、それに参加していただくのが第一だ。どうしてもそれに参加できない体になってしまった、あるいは地理的に難しいという方々にこのシステムは用意されているということだ。車の両輪として臨床試験あるいは治験という研究的な診療と、こういう例外的使用というシステム、その二つを用意することが日本にいま求められているんじゃないかと思う。

○嵯峨崎 海外で既にジェネリックが出ているものがたくさんある。5分の1ぐらいの価格で。そういったものは治験を抜きにして導入できないのか。例えばゾメタとかオキサリプラチンとかグリベック、そういうのは既に海外でジェネリックが出ている。そういったものを導入することによって国の財政にとってもいい部分があると思うが、やはりそういったものも危険だから、わからないから、治験を通すべきだというお考えなのか。

○藤原 今の日本だと危険だと思う。というのは医者レベルが使いこなせる人と使いこなせない人と非常に幅広くて、そこは誰も規制していない。やはりきちっとしたシステムが必要だ。誰もがその薬をすぐ処方できるというのは患者さんへの危険が多過ぎるし、起きた事象を統一的に把握できない。個人輸入の一番の欠点は、入れた人が自分の信頼する主治医に投与してもらって、その人たち間での情報の共有はできるが、そこで発生したいろいろなイベントとか有害事象は日本の他の人たちに何も共有されないことだ。

ジェネリックを海外でいい既承認薬を入れるのは構わないが、入れるのであれば、こういう例外的使用なりあるいは臨床試験なりきちっとしたシステムの中で使っていただく。規制当局がいいかどうかかわからないが、日本以外の他の国は全部規制当局がそういうところを制御している。役所の人が見て、きちっと有害事象を集積するなり有効事象を把握して、それを皆さんにシェアして添付文書の中身を変えていくというシステムに変えた方が、承認するのは簡単だが、いまの日本の医者の力量では、全員がそれを使いこなせるわけではないので、それは患者さんへのリスクになると思う。

## 適応外使用について

○南雲 医師の裁量として許されることなのか。

○堀内 これは医師の裁量で許される。「許される」という意味は保険上の話は別にして、許される。あと保険上の問題は、現在抗がん薬では55年通知があるが、共通の薬理作用を持っているものについては保険上も配慮すべきであるというのが出ている。これがどのくらい徹底しているか。県によって違ったりするが、基本的には例えば我々のところだと抗がん薬をきちんと理由をつけて出す。あるいは「症状詳記」と言うが、こういう理由でこういう治療をやりましたということを書いて出せば、それで査定を受けるということはあまりないように聞いている。

したがって、先ほどの適応症がない場合でもかなり使える状況になっている。一昨年か昨年かに、もう一回各県にそれについては通知を徹底しているはずだ。

- 岩瀬 現場では返ってくる。当局に認めていただけないということで。
- 堀内 再審査ということはいくらでもあるが、それで切られるということはあまり……。我々のところだと通っている。
- 岩瀬 そこは施設によって、地域によって差があるのではないか。ここで通って、ここで通らないという話はよく現場で聞くから。それはいつも闘いだ。

- 山本 55年通知だが、国会でも議論があり、既承認薬で既に再審査が出ているような薬については医者裁量権があるという。いま事務次官の辻哲夫さんは、保険局長当時、「分子標的薬のような新しい薬ができてきますので、こういう中において医者裁量権というのを認めるわけにはいきません」と何遍も国会の中で答弁している。

ここはお金の問題に行き着く。政管健保がこれから都道府県単位の再編されると、都道府県単位の医療保険の料率が変わってくる。そこに住んでいる人たちからは、ほかの県に比べてなんでこんなに保険料が高いんだという話が必ず出てくる。ということは医療費を抑制するという方向に働いてきたときに、こういう「通る、通らない」という話は、全部通らない。保険外適応は非常に厳しくチェックされるのではないかというのが、僕の予測だ。

## がん診療連携拠点病院構想に期待

- 会場参加者 外口さんに質問。がん専門病院に患者が集中してしまえば、嵯峨崎さんがおっしゃったように最後まで診られないことになる。だから、それぞれの病院の専門性を生かして、どの時期（ステージ）はどの病院に行き、どの時期はどの病院に行き。見捨てられるというのは、専門病院からそうじゃないところに行くから見捨てられると患者は思うわけで、ターミナルならターミナルでそこが非常に評判のいい病院であれば患者さんは喜んで行く。そういったようなことをこの構想は情報として提供できるポテンシャルを持ったものじゃないかと思って、非常に興味を持っている。

- 外口 連携拠点病院、ふやしても300ぐらいだ。実際患者さんがいまどのぐらい診療を受けているかという、おそらく年間120万人から150万人ぐらいおられるかなと思う。新しくがんになれる方が60万人ぐらい。連携拠点病院だけではなくてその周辺を含めた体制をつくっていかなくちゃいけない。

それから最近、在宅医療の分野で少し勉強しているのだが、緩和ケアとかものすごくよくやっておられる在宅医療の先生がずいぶん出てきた。こういったところとうまくつながっていく。地域全体で、どこかに集中しないようにして、だけど必要な情報はしっかり出るし、それから患者さんが納得している。そういう医療をどうやって実現していくかというのが課題だと思う。

どうするかだが、もちろん国のほうも連携拠点病院を何年かに1回更新して、そのときしっかり見るが、やはり患者団体の方は結構見てくれているような気がする。その辺の情報をどうやり取りするかというのも一つのカギになるかなと思う。福祉の分野あたりでは、NPOの方とか結構調べて情報を出している。あれと同じことなんかもやっていくと良いのじゃないか。

## がん登録について

- 外口 がん登録の話は、がん対策基本法のときにずいぶん議論があって、特に個人情報保護の問題とどう両立させるかというのが議論になった。現実にはいまやっているがん登録も、各地域でやっているが、十分な感じでやっているところは限られている。それはいろいろな制約があるからだが、そういった中で個人情報保護とかしっかりやっていけるだろうかということ、それからいまのやり方でいいのかどうか、またいまのやり方で全部強制的に普及するのがいいのかどうか、とかずいぶんいろいろな議論をした。

まだ議論は煮詰まっていないが、例えば学会でいろいろな組織別の調査をしている。あのレベルと、最低限、各地域で上がってこなきゃいけないデータと、二通り要るのかなと、そんなことも含めて議論している。並行して連携拠点病院の中ではしっかりとる形にするし、標準フォーマットでやるとか、そういったことはいま進めている。

## 最後に

○南雲 最後に、山本孝史さんから今回の会を総括して一言。

○山本 一番の問題はやはりお金の問題で、これから高い抗がん剤が出てくるときに、どこまでどうやって負担するのかというのは、やらなければいけない議論だと僕は思っている。

しかし、こんな議論をすると、患者側からすると「おまえはもう早く死ね」と言われているのかと。実は「長生きしてくれるな」というのが国の標準治療なのかもしれないという意見もある中で、なかなかこの意見は言えない。一方、高齢者の医療制度が変わって、75歳以上の高齢者は長生きするな、というのがあの法律だというふうに私は思っている。

そういう中で、でもやはり治療して、それによって働くことで、あるいは生きることによって社会に還元できる部分がある。生産性として何らかのものを貢献していく部分があると私は思っている。いくらお金がかかろうが、それはちゃんとした治療が行わる。そしてその人生、生きていることに価値があるんだということを認めなくなってしまう社会だけは、何とか避けたいと私は思っている。(拍手)ぜひ議論しなければいけないけれども、そこは患者会の皆さんと意見を一つにしながらがんばっていききたい。