

研究ノート (Study Notes)

日本のがん対策の動向

—健康権保障の観点からの一考察—¹⁾

棟 居 徳 子

(立命館大学衣笠総合研究機構)

Cancer Care Policies in Japan: A Critical Appraisal from the Right to Health Perspective

MUNESUE Tokuko

(Kinugasa Research Organization, Ritsumeikan University)

The purpose of this article is to examine Japanese cancer care policies with the view to ensure the right to health of cancer patients. Firstly, this paper examines the historical development of Japanese cancer care policies. However even though the Japanese government has launched various strategies to fight against cancer since 1984, the situation has not improved. Cancer patients, their families and cancer related groups started appealing for comprehensive policies and a high level of cancer care around 2001, and owing to their appeals, Japanese cancer care policies have gradually changed to be more sympathetic to the patients. Secondly, it appraises the National Action Plan on Cancer Care for 2007-2011 to apply the indicators of the right to health, and propose from the right to health perspective that there should be developed accessibility to cancer care, acceptability of cancer care and participation of cancer patients and their families.

Key words : cancer care policies, cancer patients, the right to health, participation

キーワード : がん対策, がん患者, 健康権, 参加

1. はじめに

1981年以降, がんは日本人の死亡原因の第一

位を占め, 現在では年間30万人以上が, がんにより死亡している²⁾。がんは加齢により発症リスクが高まるとされており, 今後わが国において高齢化が進行することを考慮すると, その死亡者数は今後も増加していくと推測されている。

このような状況を踏まえて, わが国では, 1984年度から「対がん10ヵ年総合戦略」(～1993年度)が開始され, その後「がん克服新10ヵ年戦略」(1994年度～2003年度), さらに「第

1) 本稿は, 文部科学省オープンリサーチセンター整備事業「臨床人間科学の構築—対人援助のための人間環境研究(平成17年～21年度, 代表 望月昭)」医療福祉チーム・CEHSOCプロジェクト(医療におけるコミュニティ・住民エンパワーメントプロジェクト)の研究成果の一部である。また同プロジェクトは, 日本生活協同組合連合会医療部会からの奨学寄附金の援助を得て遂行されている。

3次対がん10ヵ年総合戦略」(2004年度～2013年度)と、継続的にがん対策に取り組んできた。そして、2006年6月には「がん対策基本法」が成立、2007年4月より施行された。この「がん対策基本法」に基づき、同年6月には「がん対策推進基本計画」が閣議決定されている。

いまやがんは、がん患者及びその家族並びに関係団体等のみならず、日本国民の大きな関心事の一つであり、政府もそれに呼応して積極的に対策に取り組んでいる。このような中で、医学や看護などの自然科学領域におけるがん研究はもちろんのこと、がん患者の声を集約・発信している社会学等の研究に注目が集まり、論文等の研究発表も増加している。しかし一方で、「がん対策基本法」という重要な法律が制定・施行されたにもかかわらず、この法律の分析及び検証を法学的立場から行った研究はほとんどない。

したがって、執筆者は、これまでのわが国のがん対策の動向を整理した上で、がん患者や関係団体・機関等からの聞き取りを基に、がん患者の健康権保障の観点から、がん対策基本法及びがん対策推進基本計画を中心に分析及び検討を行っていきたいと考えている。なお、本稿は「研究ノート」という性質上、執筆者が今後取り組む研究の基盤として、日本のがん対策の動向を簡潔にまとめ、それにこれまで執筆者が取り組んできた健康権研究の視点から、若干の考察を行うものにとどまることを最初にお断りしておく。

2. これまでの日本のがん対策の流れ

わが国のがん対策は、次の表1で示すような過程を辿って展開されてきた。

表1.

1962年	国立がんセンター設置
1963年	厚生省がん研究助成金
1966年	胃集団検診車の整備・運営の補助
1967年	子宮がん検診事業
1982年	悪性新生物が死亡原因の第一位となる
1984年	老人保健法施行 老人保健事業としてがん検診を実施
1984年	対がん10ヵ年総合戦略（～1993年）
1994年	がん克服新10ヵ年戦略（～2003年）
1998年	がん検診について一般財源化（地方交付税措置）
2004年	第3次対がん総合戦略（～2013年）
2005年	健康フロンティア戦略（～2014年）
2005年4月	「がん医療水準均てん化に関する検討会」報告書
2005年5月	がん対策推進本部の設置（厚生労働省）
2005年8月	がん対策推進アクションプラン2005
2006年4月	がん対策推進室の設置（厚生労働省健康局総務課）
2006年6月	がん対策基本法成立
2007年4月	がん対策基本法施行
2007年6月	がん対策推進基本計画

わが国において、本格的ながん対策が開始されたのは、1984年度から1993年度にかけて展開された、「対がん10ヵ年総合戦略」からといえる。対がん10ヵ年総合戦略は、次の5項目に焦点を当てた戦略となっている。すなわち、①重点研究課題の設定³⁾、②若手研究者の育成、活用を図るための制度（リサーチ・レジデント制度）の整備、③国際共同研究や国際シンポジウムの実施、④外国人研究者受入態勢の整備、及び⑤がん研究に必要な質の高い研究資材の安定供給のシステム化（リサーチ・ソースバンク）である。ここではとりわけがん研究の推進が中心課題となっていることがわかる。

その後、1994年度から新たに打ち出された「がん克服新10ヵ年戦略」では、①重点研究課題の設定⁴⁾、②若手研究者の育成と活用、③国際協力の推進⁵⁾、④臨床応用研究体制の整備、⑤社会基盤の整備、すなわち広報・普及活動の充実、

産学官の協力体制の推進、実験材料供給等の支援体制の整備、先端機器を用いた研究基盤の整備に焦点が当てられた。

これら二つの戦略を通して、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、がんの診断・治療技術も一定の進歩を遂げてきた。実際にこの間、胃がん、子宮がん等による死亡率は減少し、胃がん等の生存率も向上した。

しかし、依然として日本人の死亡原因の第一位をがんが占めていたことから、がんの罹患率と死亡率の減少を目指し、2004年度から「第3次対がん10ヵ年総合戦略」（以下、「第3次総合戦略」とする）が開始された。これまでの二つの戦略が主にがん研究の推進に力を注いでいたのに対し、第3次総合戦略では、「がん研究の推進」に加え、「がん予防の推進」、そして「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」の3本柱で構成された。

2本目の柱である「がん予防の推進」については、それまでに国立がんセンターにおいて「がん予防の12カ条」が策定されているほか、「健康日本21」に基づいて、たばこ対策の充実、食生活の改善、がん検診受診者数の増加等の取組みが進められていた。それらを踏まえて、第3次総合戦略では、①がんの有効な予防法の確立、②がん予防に関する知識の普及の促進、③感染症に起因するがん予防対策の充実、④がんの早期発見・早期治療について取り組むことを明らかにした。

また、3本目の柱である「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」では、具体的には、①がん研究・治療の中核的拠点機能の強化等、②がん医療の「均てん化（全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ること）」、③がん患者等の生活の質（QOL）の向上、④国際協力・交流の促進並びに産学官協力の推進への取組み

があげられた。がん医療の「均てん化」やがん患者の生活の質（QOL）の向上といった患者の視点あるいは患者への視点が、ここでやっと政策に盛り込まれるようになった。その意味で、この第3次総合戦略は、日本のがん対策が総合的ながん医療政策へと移行する転換期であったといえる。

がん医療の「均てん化」については、2004年の「健康フロンティア戦略」においても触れられ、また同年、厚生労働省の懇親会として「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」も設置されている。

健康フロンティア戦略は、健康寿命の伸長を基本目標として、生活習慣病対策の推進と介護予防の推進を遂行するため、5月19日に与党幹事長・政調会長会議で提言され、6月4日に「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2004」において位置付けられた。ここでも、がん対策について、がんの5年生存率を20%改善することが盛り込まれており、がん医療水準の均てん化を図る施策等の充実が求められている。

「がん医療水準均てん化の推進に関する検討会」は、がん医療における地域格差の要因等について検討し、その是正に向けた具体的方策を提言することを目的として設置された。5回にわたり関係者からの意見聴取も踏まえた検討を行った後、2005年4月に報告書を提出している⁶⁾。報告書では、地域格差を生み出す主要な要因として、次の5つの論点を掲げて検討を行っている。すなわち、①がんの専門医等の育成について、②がんの早期発見に係る体制等の充実、③医療機関の役割分担とネットワーク構築について、④がん登録制度、⑤情報の提供・普及についてである。本報告書は、がん患者の代表からの意見聴取を基に作成されていることもあり、がん患者の意見が反映された記述が多く見受けられる。このようながん患者からの意見や要望が徐々に重要視され、政策に反映されていく過

程で設置されたのが「がん対策推進本部」である。

がん対策推進本部は、がん対策については、がんの病態（ステージ）に応じた部局横断的な連携が求められることから、がん対策全般を総合的に推進するため、2005年5月に厚生労働大臣を本部長として厚生労働省に設置された。そして、設置後まもない同年8月に、がん対策推進本部は、「がん対策推進アクションプラン2005」を発表した⁷⁾。がん対策推進アクションプラン2005は、国民や患者が、がん医療の進歩に期待しつつも、実際に享受できる医療サービスには満足しておらず、この現状の改善や不安の解消を強く求めているとの認識のもと、①がん対策全体を国民・患者の視点から総点検し、国民・患者のニーズに応じた対策の重点的推進を図るための「がん対策基本戦略」を再構築すること、②国民・患者のがん医療に対する不安や不満の解消を推進するとともに、現場のがん医療水準の向上と均てん化を図るため、がん対策に係る「がん情報ネットワーク」の構築を推進すること、そして③国民・患者の意識やニーズ、がん医療の実態を適切に反映した情報ネットワークを共有するための「検討の枠組み」を創設し、国民・患者本位のがん対策を推進すること、といった3つのアクションを打ち出した。

3. がん患者及び関係団体の取組み

これまでわが国のがん対策の流れをみてきたが、その過程で指摘したように、2004年から開始した第3次総合戦略から、がん患者の視点のがん対策に盛り込まれるようになり、2005年のがん対策推進アクションプラン2005では、「国民・患者本位のがん対策」という考え方が明確に打ち出されている。このようながん対策の視点の移行の背景には、日本のがん対策の現状に不満を抱き、結束して行動を起してきた患者の

存在があることに注目しなければならない。

2001年頃から、あらゆるがん患者団体が、厚生労働大臣や国会議員に対して、欧米で標準治療薬となっている抗がん薬の承認及び保険適用に関する要求・請願活動を始めた。例えば、2001年に「新薬の早期承認に関する請願書」が出され、この請願は衆参両議院で採択されて内閣に送付されている（大熊・開原・服部、2006）。しかし、このようながん患者団体の請願活動にもかかわらず、未承認薬及び保険適用外抗がん薬はなかなか使えるようにならなかったため、患者団体同士が結束・協同して要求をしていく体制がとられるようになった。例えば、2002年2月には、4つの団体⁸⁾が協力して活動していくため「日本がん患者団体協議会」が設立されている⁹⁾。

このような動きはますます全国に広がり、2005年5月28日には全国各地からがん患者や家族、関係団体など1800人が大阪に集まり、第1回がん患者大集会が開催された¹⁰⁾。「患者が主張すること」を主旨として開催されたこの大会では、患者代表、医療関係者、厚生労働省職員、政治家などをパネリストとしてディスカッションが行われ、その他マスメディアなど関係各方面を巻き込んで、がん患者がより良い医療を受けられるために日本のがん医療がどうあるべきかを話し合う機会となった。そして、「がん患者が正確な情報のもとに、生命追求に対する自己決定権を行使できることは、すべてのがん患者が求めている『生きる希望』そのものです。そのために必要不可欠な『患者主体のがん情報センターの早期設立を私たちは要望します』」という大会アピールを尾辻厚生労働大臣(当時)に手渡した。この時の「がん情報センターの早期設立」の要望は、2006年10月に「がん対策情報センター」が設置されたことで実現を果たしている。その後、がん患者大集会は、2006年に東京で、2007年には広島で開催され、「緩和医療」

等に関しての要望をアピールしている。

4. がん対策基本法

がん患者及びその家族、そして関係団体の取り組みが、国会議員をも動かした。2006年4月に、民主党の古川元久議員他4名によって衆議院にがん対策基本法案が提出され、翌5月には自民党の鴨下一郎議員他3名から民主党案への対案が提出された。そして、6月7日に与党案・民主党案の一本化に合意、同9日に衆議院厚生労働委員会でも全会一致で可決、同13日に衆議院本会議でも可決され、即日参議院へ付託された。翌日から参議院で審議入りし、同15日には参議院厚生労働委員会でも全会一致で可決、この際に19項目の付帯決議¹¹⁾も採択された。そして、翌日16日に参議院本会議でも全会一致で可決し、ここに「がん対策基本法」が成立した¹²⁾。施行は2007年4月1日である。

がん対策基本法(以下、「基本法」とする)は、「…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現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方自治体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進すること」を目的としている(第1条)。

そして、がん対策における基本理念として、「…がんに関する…研究を推進するとともに、がんの…研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること」(第2条1項)、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるようにすること」(同2項)、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医

療を提供する体制の整備がなされること」(同3項)の3点が掲げられている。

さらに、第3条から第8条までは、がん対策に関わるそれぞれの機関等の責務が定められている。国及び地方自治体に対しては、がん対策の策定及び実施が義務付けられた(第3条・第4条)。また、国民に対しても、がんに対する正しい知識を得てがん予防に注意を払い、必要に応じてがん検診を受けることが努力義務として規定された(第6条)。

第9条から第11条までは、「がん対策推進基本計画等」について、第12条以下は、「基本的施策」として、①がん予防及び早期発見の推進(第12条及び第13条)、②がん医療の均てん化の促進等(第14条乃至第17条)、③研究の推進等(第18条)、④がん対策推進協議会(第19条及び第20条)についてそれぞれ定められている。

基本法の特徴としては、第一に、がん患者の立場に立ったがん対策の必要性が謳われており、基本理念に、地域間格差の解消(平等原則)、質の維持向上、意向の尊重、治療法等の選択という視点が盛り込まれていることである(第2条)。そして具体的に、地域間格差の解消については、第15条で国及び地方公共団体に、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関の整備を義務付け、また質の維持向上その他については、第16条で「緩和ケア」を患者の状況に応じて早期かつ適切に行われるようにすること、居宅におけるがん医療の提供のための連携協力体制の確保、及び研修の機会の確保、第17条で情報収集・提供体制の整備及び相談支援等の推進が定められている。

そして、第二の特徴としては、基本法が、政策策定過程に当事者を参加させなければならないことを明確にしている点である。政府及び都道府県には、がん対策推進基本計画を策定する義務が課されているが(第9条及び第11条)、政府ががん対策推進基本計画を策定する際、が

ん推進協議会¹³⁾の意見を聴くものとしてされている(第9条4項及び19条)。そして、このがん対策推進協議会の委員には、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者を含むことが第20条2項で規定されており、当事者の参加が法によって確保されている。

一方で、これまで患者団体等から要望が出ていた「がん登録」の導入については、基本法では明確に規定されなかった。アメリカでは1992年に「がん登録法」が実施されており、日本においても、すでに34道府県で「地域がん登録」が実施されている。しかし、個人情報保護の問題や実施費用の問題で全国的な導入に反対する意見もあり、本法での規定は見送られた。ただし、基本法は、第17条1項で国及び地方公共団体に情報収集・提供体制の整備を、また同条2項で、がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析するための取組を支援するために必要な施策を講ずることを規定おり、今後全国にがん登録が広がる余地を残している。

5. がん対策推進基本計画

2007年6月に、基本法第9条1項に基づき、がん対策推進基本計画(以下、「基本計画」とする)が策定、閣議決定された。基本計画は、長期的視点にたちつつ、2007年度から2011年度までの5年間を対象として、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性について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。

基本計画では、基本方針として、「がん患者を含めた国民の視点」に立ってがん対策を実施していく必要性をまず打ち出し、その上で、「がんによる死亡者の減少」及び「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」を全体目標として、「がん医療」を中心としつつ、「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」という分野別施策を総合的かつ計画的に実施していくとした。

そして、中でも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。

その上で、基本計画は、全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標を具体的に提示している。まず、全体目標については、今後10年間に、「がんによる死亡者の減少」を達成するために「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」を目標値として掲げ、また「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」を、治療初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供により実現することを目標として設定した。

さらに、分野別施策とその成果や達成度を計るための個別目標としては、以下の項目についてそれぞれ現状把握をした上で、取り組むべき施策及び個別目標を設定した。

まず、「がん医療」については、①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成、②緩和ケア、③在宅医療、④診療ガイドライン、⑤その他の5項目を挙げ、それぞれの個別目標を提示している。①については、5年以内にすべての拠点病院において、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備、5年以内に少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、放射線療法部門及び化学療法部門を設置、並びに抗がん剤等の医薬品について、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮することが目標として掲げられた。②については、10年以内に、すべての

がん診療に携わる医師が研修等により緩和ケアについての基本的な知識を習得すること、5年以内にすべての2次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を修得している医師を増加させ、同時に緩和ケアチームを設置している拠点病院等の医療機関を複数箇所整備することを目標とした。③については、がん患者の意向を踏まえ、住みなれた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加を目標とし、④については、科学的根拠に基づいて作成可能な全てのがんの種類についての診療ガイドラインを作成及び必要に応じて更新することが目標とされた。⑤のその他には、医師のコミュニケーション技術の向上、患者の精神心理的サポートを行う人材の育成、がん患者のリハビリテーション等に積極的に取り組んでいくことが含まれている。

そして、「医療機関の整備等」については、全国すべての2次医療圏に、3年以内に、概ね1箇所程度拠点病院を整備、及びすべての拠点病院において、5年以内に5大がんに関する地域連携クリティカルパスを整備することが目標とされた。

また、「がん医療に関する相談支援及び情報提供」については、全国すべての2次医療圏に、3年以内に、支援相談センターを概ね1箇所整備すること、すべての相談支援センターに、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置すること、がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類の増加及び当該パンフレットを配布する医療機関等の数の増加、患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手可能になること、並びに拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等をさらに充実させることを目標とした。

「がん登録」については、院内がん登録を実施している医療機関数の増加、すべての拠点病

院における院内がん登録の実施状況の把握、及びその状況の改善を目標としている。また、すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務をになう者が必要な研修を受講すること、がん登録に対する国民の認知度調査の実施、がん登録のあり方についての更なる検討と課題及び対応策の取りまとめを行うことを目標としている。

「がん予防」については、すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を3年以内に0%にすること、禁煙支援プログラムの普及と禁煙支援を行っていくことを目標とした。

「がんの早期発見」については、がん検診の受診率を5年以内に50%以上にすること、全ての市町村において、精度管理・事業評価が実施され、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とした。

「がん研究」については、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を実現するためのがん対策に資する研究の推進を目標としている。

最後に、基本計画では、がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項として以下の7項目を挙げている。すなわち、①関係者等の有機的連携・協力の更なる強化、②都道府県による都道府県がん対策推進基本計画の策定、③関係者等の意見の把握、④がん患者を含めた国民等の努力、⑤必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化、⑥目標の達成状況の把握及び効果に関する評価、⑦基本計画の見直し、である。

以上、基本計画の内容を概観したが、それぞれの項目についてより厳密に検討しなければならない箇所がいくつか見受けられる。しかし、本稿ではそれらの要検討事項を評価するための

指針である健康権について以下で説明した上で、健康権保障の観点から基本計画について若干の考察を行うにとどまり、より細部の検討は今後の聞き取り調査を踏まえて行うことにする。

6. 健康権保障の観点からの考察

がん患者を含めた国民の視点にたったがん対策を実施していくために、2007年にがん対策基本法が実施され、がん対策推進基本計画も策定された。今後、この基本法の遵守と基本計画の実施状況を監視及び検討していくことが肝要であるが、その際の評価基準あるいは指針の一つとしてあげられるのが健康権である。

国際レベルにおいて、健康権は全ての人に保障される重要な人権の一つとして位置付けられており、経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（以下「経済社会文化的権利規約」とする）をはじめとする国際人権条約やあらゆる国際文書に規定されている（棟居，2005）。日本も健康権を規定したいくつかの国際人権条約を批准しており¹⁴⁾、国にはそれらの条約を誠実に遵守する義務が課せられている（日本国憲法第98条2項）。国際条約と国内法の間には、わが国が批准した条約が法律以下の国内法よりも優位するということが一般的に認められており、国内法において健康権侵害がある場合、それは国際条約違反ということになる。また、健康権は、国際人権条約のみならず、日本国憲法第25条を直接の根拠として、全ての日本国民に保障されている権利であるとする学説¹⁵⁾もある（井上，1991）。

健康権とは「健康である権利」ではなく、「到達可能な最高水準の健康の実現のために必要な様々な施設、物資、サービス、条件、教育及び情報を享受する権利」であると理解される（棟居，2005；2006）。また、健康権には、自らの

健康と身体を管理する権利や、拷問・同意のない医療及び実験を受けない自由、到達可能な最高水準の健康を享受するために平等な機会を与える健康保護制度に対する権利が含まれている。そして、健康権の実現においては、地域社会、国内及び国際レベルにおける、健康に関連する全ての意思決定への人々の参加が保障されていることが何よりも重要であるとされている。

WHOや条約機関は、各国のヘルスケアに関する法制度が、人々の健康権を保障するものとなっているかどうかを監視するための指針（Guideposts）を作成している。この点、経済社会文化的権利規約の人権委員会は健康権の指針として、①利用可能性、②アクセス可能性、③受容可能性、④質という4つの相互に関連する重要な要素を提示した¹⁶⁾。

まず、①利用可能性は、ヘルスケアに関する施設、物資及びサービスが国民のために十分な量があるかどうかということを意味する。例えば、病院、診療所、その他必要な関連施設が十分にあるかどうか、訓練を受け適切な給与を得ている医療従事者及び専門職員が十分にいるかどうかということである。そして、②アクセス可能性は、施設、物資及びサービスが、全ての人に差別なくアクセス可能なものになっているかどうかということを意味する。ここでは、アクセスに関して不合理な差別がないか、物理的にアクセス可能か（すぐ手に届くところにあるか）、経済的にアクセス可能か（支払い可能か）、そして情報にアクセスできるか、という内容を含む。③の受容可能性は、施設、物資及びサービスが、個人情報保護しているか、医療倫理を尊重しているか、また文化的に適切かどうかということである。最後に、④質は、サービスが科学的医学的に適切であり、良質であるかどうかということである。ここでは、技術をもった医療従事者によるサービスの享受や、科学的

に認可されかつ有効期限内の医薬品や医療器具の享受といった内容を含む。

国家はただ単純に、ヘルスケアを提供すればよいのではなく、上記のような指針に従って提供することが要求されている。したがって、日本のがん対策についても、このような指針に沿って検討を行っていく必要がある。以下、この健康権の指針に沿って、上述したがん対策推進基本計画の内容を簡単に検討していく。

まず、①利用可能性に関連するものとして、基本計画では、「医療機関の整備等」を挙げている。がんケアを提供する病院等の施設や機器及びスタッフが、患者のニーズを充たすに十分な量設置されていなければならない。また、このことは②物理的アクセス可能性にも関連している。つまり、単に量があればよいのではなく、それらは地域的な偏在なく、すべての人が自分の住む地域において、あるいは自宅において、必要なケアを身近に受けられなければならない。この点、基本計画は、がん医療の均てん化や在宅医療の促進についても言及している。さらに、単に量が十分で身近でケアが受けられるだけでは足りず、それらがすべて等しく良質であること、すなわち④質についても条件を充たしていることが必要である。この点、基本計画は、がん医療に携わる医師や看護師、その他の関係する全てのスタッフの必要な技能・技術習得のための育成・研修、診察ガイドラインの作成、がん研究のさらなる推進の必要性を明示している。さらに、④質に関連して、基本計画は、患者やその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上及び緩和ケアの実施について重点的課題としている。そして、②の情報アクセス可能性については、当初から患者団体の要望の強かったがん医療に関する情報提供体制の整備について、基本計画においても分野別施策に列挙し、その拡充を目標に掲げている。

以上を見る限り、基本計画は健康権の指針に

沿った形で概ね構成されているように思われるが、しかし一方で不十分かつ不明瞭な部分もあり、以下その点について論じる。まず、②の経済的アクセス可能性について、基本計画では抗がん剤等がん医療に係る新薬及び新医療機器等の上市までの期間の短縮については触れられているが、それが直ちに公的医療保険の適用になるのか否か不明瞭である。また、医療保険が適用されたとしても、経済的事情により安価な医薬品しか利用できず、自分に合った治療法を選択できないという患者が実際におり、中には生活保護を受給するに至って初めて自分に合った医薬品を利用することができるようになったという患者もいる。基本計画は、そういった患者の状況に触れていないが、経済的アクセスに関する問題は、直接患者の治療方法を選択する自由の侵害にもつながる重大な問題である。この点、2006年度より介護保険において、がん末期の40歳～64歳までの者に対して介護保険の保険給付が可能となった。要介護認定手続に関する問題点などが指摘されているところではあるが、このように既存の制度をがん患者も利用できるようにすることにより、患者の経済的負担の軽減や利用できるサービス内容の拡充を図るという方法もあるだろう。所得保障として年金制度や生活保護制度の拡充も考えられるが、やはり医療保障の一環として、全ての人がそれぞれの経済的負担能力に応じて全ての必要なケアを受けられる方法を今後考えていく必要がある。

その他、③の受容可能性について、先にも述べたように、個人情報保護に配慮できているか否かが検討されなければならない。この点、基本計画も注意を払っているところであるが、「がん登録」の導入においては慎重に検討していく必要がある。また、同じく受容可能性に関連して、今後、補完代替医療の利用とその選択の自由についても検討していく必要があると考

えている。

最後に、健康権保障の観点から、基本計画の「がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項」の第4番目に挙げられている「がん患者を含めた国民等の努力」について述べる。この項目では、「がん患者を含めた国民等には、少なくとも以下の努力が望まれる」とした上で、「ウ がん患者及び患者団体等は、がん対策において担うべき役割として、医療政策決定の場に参加し、行政機関や医療従事者と協力しつつ、がん医療を変えよとの責任や自覚をもって活動していくこと」が提起されている¹⁷⁾。これまでがん患者や患者団体は、患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の策定に実際に大きな影響力を与えてきており、今後も日本のがん医療の発展において中心的な役割を果たしてことは間違いない。その意味で、患者やその家族は、心身的・経済的その他あらゆる負担を抱えながらも、日本のがん医療の発展のための「努力」を現実的に強いられるともいえる。しかし、健康権保障の観点からは、医療政策の策定や決定に参加することは当事者の権利であって、他者から妨げられないのと同時に強制されるものでもない。そして、人々の参加する権利を保障する義務を負っているのは国である。すなわち、がん患者が何の負担もなく、がんに関する政策の策定・決定・実施・評価等の全ての過程に参加できるように保障するのは国の責任であって、がん患者の責任ではない。同様に、がん医療を改善する責任を負っているのは、第一義的に国であることも忘れてはいけない。確かに、我々国民にも一定の責任があるものの、人権保障の名宛人は第一義的に国家であるということが大前提である。近年、人々の健康に関わるあらゆる施策において、本来国民の権利であるものが国民の義務や責任にすりかえられている場面が見受けられる。これまでがん患者やその家族、そして関係団体が築き上げてきた、患者を

含めた国民の視線に立ったがん対策を、という方向性を崩さないためにも、このことには注意を払う必要がある。

7. おわりに

本稿では、これまでの日本のがん対策の動向を整理し、健康権保障の観点から若干の考察を行うにとどまった。今後の研究課題としては、今回不十分であった患者、家族及び関係団体への聞き取りをさらに行い、それを基に、健康権保障の観点から基本法及び基本計画そのものとその実施状況をより綿密に分析・検討する。

また、がん患者及びその家族並びに関係団体の取組みが、日本のがん対策を発展させてきたということにも言及したが、この点、当事者の参加の権利の規範的内容や、参加と健康権保障の関係性の明確化についても、今後の聞き取り調査および先行研究の検討を通して行う。

さらに、本稿では国際的に議論されてきた健康権の指針を用いて日本のがん対策を検討するという手法を紹介したが、今後は健康権保障の観点に基づいた新たな政策指針を日本から海外へ発信していくという試みも念頭において研究を進めていく。

注

- 2) 厚生労働省、「平成18年人口動態統計」
- 3) 重点研究課題としては、①ヒトがんの発がん遺伝子(オンコジーン)に関する研究、②ウイルスによるヒト発がんの研究、③発がん促進とその抑制に関する研究、④新しい早期診断技術の開発に関する研究、⑤新しい理論による治療法の開発に関する研究、⑥免疫の制御機構及び制御物質に関する研究があげられている。
- 4) ここでは、①発がん分子機構に関する研究、②転移・浸潤及びがん細胞の特性に関する研究、③がん体質と免疫に関する研究、④がん予防に関する研究、⑤新しい診断技術の開発に関する研究、⑥

- 新しい治療法の開発に関する研究、⑦がん患者のQOLに関する研究があげられている。
- 5) ここでは、欧米諸国に加えて、アジア・太平洋諸国等とのより幅広い国際協力や共同研究を目指すことが打ち出された。
 - 6) がん医療水準均てん化の推進に関する検討会、報告書「がん医療水準の均てん化に向けて」
 - 7) がん対策推進本部、今後のがん対策の推進について「がん対策推進アクションプラン2005」、2005年8月25日。
 - 8) 明日の医療を考える会、癌と共に生きる会、癌治療薬早期認可を求める会、がんナビゲーション市民ネットワークの4団体
 - 9) 日本がん患者団体協議会については、<http://nvc.halsnet.com/jhattori/JCPC/kai/kainituite.htm>参照（2006年7月現在）
 - 10) がん患者大集会については、<http://www.daishukai.net/2007/main.html>参照（2007年9月末現在）
 - 11) 議決された法案・予算に関して付される、施行についての意見や希望を表明する決議。法的拘束力はないが、政府が政策あるいは計画を策定する際に参考にするべきとされている。「がん対策基本法」については、日本がん患者団体協議会や癌と共に生きる会に、附帯決議に盛り込む事項の整理が要請されていた。この附帯決議には、患者の意向の反映や、医療機能情報を患者の視点で提供すること、最新の情報を平易な言葉で、正確かつ適切に提供すること、セカンドオピニオン外来・医療相談室の拡充、質の高いがん医療の提供、がん患者の生活の質の確保と緩和ケアの提供、新薬の承認、抗がん剤の保険適用、がん登録、など患者の視点が盛り込まれている。
 - 12) がん対策基本法の制定過程については、後掲、小林（2007）を参照
 - 13) 厚生労働省に設置。委員は20名、非常勤、厚生労働大臣が任命。
 - 14) 例えば、あらゆる形態の人種差別の撤廃に関する国際条約（1995年批准）、経済社会文化的権利規約（1979年批准）、女性に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約（1985年批准）、児童の権利に関する条約（1994年批准）。
 - 15) 井上は、「健康権は、広くいえば平和的生存権、生命権を基礎に、狭義健康権、さらには環境権を内包しているといえよう。…その憲法上の根拠は、前文、一三条、二五条ということになろう。特に、狭義健康権の直接的根拠は二五条ということになる」と述べている（井上、1991：86頁）。
 - 16) The right to the attainable standard of health. 11/08/2000/4, CESCR General Comment 14.
 - 17) がん対策推進基本計画、平成19年6月、39頁。

引用文献

- 井上英夫（1991）健康権と医療保障、朝倉新太郎他編、講座日本の保健医療二巻 現代日本の医療保障。労働旬報社、76-127。
- 大熊由紀子、開原允成、服部洋一編著（2006）患者の声を医療に生かす。医学書院。
- 小林仁（2007）がん対策基本法の意義とがん医療の在り方～立法過程からみた現状と課題～。立法と調査、265、55-69。
- 棟居（椎野）徳子（2005）健康権（the right to health）の国際社会における現代的意義—国際人権規約委員会の「一般的意見第14」を参照に。社会環境研究、10、61-75。
- 棟居（椎野）徳子（2006）国際人権法における健康権（the right to health）保障の現状と課題。社会保障法、21、166-181。
- NHKがん特集班（2005）日本のがん医療を問う。新潮社。

（2007. 9. 28 受稿）（2007. 12. 11 受理）