

# 重症心身障害者のがん対策

本荘 哲<sup>†</sup>

IRYO Vol. 65 No. 12 (611-616) 2011

## 要旨

日本人男性、女性のそれぞれ約半数が一生涯中がんに罹患し、男性の4人に1人、女性の6人に1人が、がんで死亡すると推定されているが、重症心身障害者におけるがん罹患と死亡の動向は明らかでない。高齢化にともない、重症心身障害者においても、がんは今後重要な問題になると予想される。ライフスタイルの観点からは、重症心身障害者は、わが国の主要ながんである大腸がんと乳がん発症の高危険群である可能性がある。享受しうる最善のがん医療は国民誰にも公平に保障されるべきものであり、障害者や重症心身障害者も例外であってはならない。最善のがん医療を受ける機会が重症心身障害者に提供されていない状況を想定すれば、疾病そのものに由来する要因(受け入れざるを得ない不平等)と、医療情報の不足や、移動・交通・医療施設・設備の利便性の不足、障害者に対応したがん医療の欠如(解消・縮小可能で、放置すべきでない不平等)が存在している状態が考えられる。享受しうる最善の医療を妨げる原因となる不平等への対応は、障害者とその家族や彼らが日常医療・ケアを受ける病院・施設の努力だけでは解決しない問題であると思われる。国、県、市町村などが、調整者として中心的な役割を果たし、標準的専門医療の普及にとどまらず、一人ひとりにとって最善のがん医療を提供しうる、がん医療体制づくりを目指すべきである。

キーワード 重症心身障害者, がん対策, 格差

## はじめに

わが国における生涯累積がん罹患リスク(確率)は男性で54%, 女性で41%, 累積がん死亡リスクはそれぞれ26%, 16%と推定されている(国立がん研究センターがん対策情報センター <http://ganjoho.jp/pro/statistics/gdball.html>) が、重症心身障害者におけるがん罹患と死亡の動向は明らかでない。現在、“国民が全国のどこに住んでいても、日常の生

活圏域においてがんの標準的な専門医療を受けられる体制を確立する”(がん医療の均てん化)動きが進められているが、障害者や重症心身障害者に対する組織化されたがん医療体制は確立していない。本稿では、最初に、重症心身障害者のがん罹患リスクをライフスタイルの観点から検討し、次に、がん検診体制づくりの基本的問題点を整理し、最後に、国民一人ひとりが、障害や合併症の有無にかかわらず、享受しうる最善のがん医療を受けられる体制を確立

国立病院機構福岡病院 小児科 <sup>†</sup>医師

別刷請求先: 本荘 哲 国立病院機構福岡病院 小児科 〒811-1394 福岡市南区屋形原4丁目39-1

(平成23年7月5日受付, 平成23年10月14日受理)

Cancer Control Programme for Individuals with Severe Motor and Intellectual Disabilities

Satoshi Honjo, Department of Paediatrics, NHO Fukuoka National Hospital

Key Words: persons with severe motor and intellectual disabilities, cancer control programme, inequalities

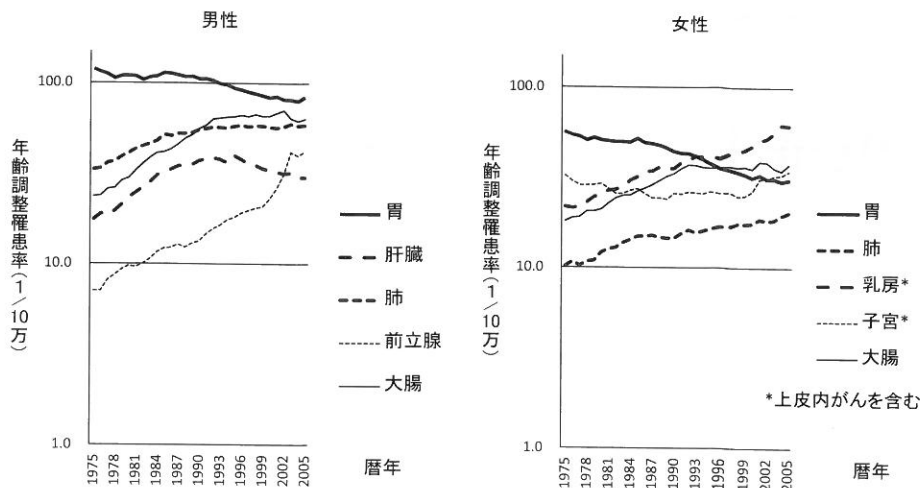


図1 主要5部位のがん罹患の動向<sup>2)</sup>

表1 食事、栄養、身体活動に関する大腸がん罹患の危険因子・予防因子と、重症心身障害者への介入可能性

評価された因子	評価 (関連性の強さ*)	介入の可能性
身体活動	大腸がん (とくに、結腸がん) 罹患リスクを下げる (確実)	介入困難
赤身肉, 加工肉	大腸がん罹患リスクを上げる (確実)	介入可能
体脂肪・腹部脂肪	大腸がん罹患リスクを上げる (確実)	介入可能
飲酒	大腸がん罹患リスクを上げる (男性で確実, 女性で恐らく)	介入可能
高身長	大腸がん罹患リスクを上げる (確実)	介入可能
食物繊維を含む食物 にんにく ミルク, カルシウム	大腸がん罹患リスクを下げる (恐らく)	介入可能

\*世界がん研究基金とアメリカがん研究所の評価 (文献3) より改変. Convincing, Probableとされたものを, 確実, 恐らくと表現.

するために必要と思われる視点を提案する.

### 重症心身障害者のがん罹患リスク

第3次対がん総合戦略研究事業「がん罹患・死亡動向の実態把握に関する研究」班の集計結果に基づけば, 2006年の全国がん罹患数推計値 (全部位において上皮内がん, 頭蓋内の良性腫瘍を含まない) は, 男38.8万人, 女27.6万人, 年齢調整罹患率 (人口10万対, 1985年日本人モデル人口で調整) は, 男394.3, 女251.8である. 罹患数の部位別割合は, 男では, 胃 (20.4%), 大腸 (16.0%), 肺 (15.4%), 前立腺 (10.9%), 肝臓 (7.4%) の順であり, 女では, 乳房 (18.0%), 大腸 (16.2%), 胃 (13.6%), 肺 (9.3%), 子宮 (6.8%) の順である<sup>1)</sup> (<http://gan->

joho.jp/professional/statistics/monita.htmlよりダウンロード可能). 経年推移をみれば, 男女とも大腸がんは増加しており, 女性の乳がんはその傾向が一層顕著である (図1<sup>2)</sup>). 重症心身障害者における大腸がんと乳がん罹患リスクを今後検討してゆくために, 世界がん研究基金 (World cancer research fund) とアメリカがん研究所 (American institute for cancer research) が一般集団において評価した<sup>3)</sup> 運動, 体重, 栄養に関連する危険因子と予防因子を, 重症心身障害者に対する介入可能性と併せて表1, 2に示した. 乳がんに関しては, 表2に示した因子以外に既に確立した危険因子として生殖歴に関するもの (早い初潮, 遅い閉経, 出産しない, 30歳を越える初回妊娠, 授乳しない) がある. がんの発生・進展には, 複数の要因が関与していると考えら

表2 食事、栄養、身体活動に関する乳がん罹患の危険因子・予防因子と、重症心身障害者への介入可能性

評価された因子	評価（関連性の強さ*）	介入可能性
身体活動	閉経後乳がん罹患リスクを下げる（恐らく）	介入困難
体脂肪	閉経前・閉経後乳がん罹患リスクを上げる（それぞれ恐らくと、确实）	介入可能
腹部脂肪	閉経後乳がん罹患リスクを上げる（恐らく）	介入可能
飲酒	閉経後乳がん罹患リスクを上げる（确实）	介入可能
高身長	閉経前・閉経後乳がん罹患リスクを上げる（それぞれ恐らくと、确实）	介入可能
成人期体重増加	閉経後乳がん罹患リスクを上げる（恐らく）	介入可能

\*世界がん研究基金とアメリカがん研究所の評価（文献3）より改変。Convincing, Probableとされたものを、确实、恐らくと表現。

表3 対象部位別の有効（死亡率減少効果があると判断された）ながん検診方法

対象部位	対象者	検診の方法	死亡率減少効果の判定*
胃	40歳以上男女	胃X線検査	相応の根拠
大腸	40歳以上男女	便潜血検査	十分な根拠
肺	40歳以上男女	非高危険群に対する胸部X線検査及び高危険群に対する胸部X線検査と喀痰細胞診併用法	相応の根拠
乳房	40歳台	視触診とマンモグラフィの併用	相応の根拠
乳房	50歳以上	視触診とマンモグラフィの併用	十分な根拠
子宮頸部	20歳以上女	細胞診（従来法および液状検体法）	相応の根拠

\*平成16-20年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班」による評価。ただし、乳がん検診は、平成10年度厚生省老人保健推進費補助金老人保健福祉に関する調査研究等事業「がん検診の有効性評価に関する研究班」による。

れるので、重症心身障害者が表1、2に示す危険因子を有することから、ただちに大腸がんや乳がん罹患の高危険群と結論することはできない。しかしながら、その可能性については今後十分に検討しなければならないと思われる。

### 重症心身障害者におけるがん検診

がん検診の目的は、放置しておけば死に至るがんを早期発見・早期治療することにより、そのがんで死亡するリスクを下げる（死亡率減少効果）である。表3に、厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究班」<sup>19)</sup>などにおいて死亡率減少効果があると評価されたがん検診を示した。ここには、たとえば、胃内視

鏡が書かれていないが、一般臨床での胃内視鏡検査の意義は十分確立したものであるが、無症状の人たちを対象にした検診手段としての評価は定まっていない。また、PSA検査は前立腺がんの経過観察において有用であり、また、潜在性の前立腺がんを発見しうる検査法であるが、一般の無症状者を対象にしたがん検診においては、その死亡率減少効果と過剰診断の評価が定まっていない。便潜血検査（大腸がん検診）は実施可能と思われるが、精密検査としての内視鏡検査の実施には制限があるものと考えられる。上部消化管造影（胃がん検診）の実施は困難であると考えられる。

著者の所属する施設の入院患者はこれまでのところ、がん検診を受診したことはない。それを補充するために、以下のような対応を行っている。

## 1. 大腸がん

大腸がん検診を補うものとして、一般のがん検診で死亡率減少効果が証明されている便潜血反応を行っている。しかし2日連続ではなく1日の検体で実施している。対象年齢は、一般大腸がん検診に準じて40歳以上である。過去2年間に40歳と50歳の精神遅滞を合併した脳性まひの患者2名で検査陽性であった。精密検査である大腸内視鏡検査の実施については、県がん診療拠点病院であり、国立病院機構でもある某センターに協力を依頼し、同センターの医師により当福岡病院において大腸内視鏡検査を実施してもらった。家族への説明文書や、検査前処置についても、同センターの方法に準じた。40歳の患者ではS状結腸に2個の隆起性病変が認められ、内視鏡下で2個のポリペクトミーが行われ病理検査の結果大腸腺腫であった。50歳の患者では大腸憩室が認められた。

## 2. 肺がん

肺がん検診を補うものとして、胸部X線撮影を1年に2回行っている。経年比較は実施しているが2人の医師による二重読影は全例には行っていない。

## 3. 乳がん

これまで乳がん検診は行ってこなかったが、市町村が提供するマンモグラフィによる乳がん検診を希望する患者（実際の判断は家族）の、受診支援を準備中である。検診提供者である市町村（保健所）と市町村の検診委託機関である検診実施機関の理解と協力が不可欠である。家族への案内文書では、1）乳がんの動向と検診手段の説明、2）がん検診は市町村の呼びかけに対して対象者が希望して受診するものであること、3）市町村が指定する費用と検診実施機関までの移動費用は家族が負担すること、3）検診の利益と不利益、4）検診受診を希望しても体の変形（側彎、関節屈曲・拘縮）や立位・座位保持不能などの理由によりマンモグラフィ検診ができない可能性があること、5）移動やマンモグラフィ実施に際して骨折のリスクがあることを説明する予定である。

当院で実施中あるいは実施準備中のがん検診に代わるものとしての取り組みは以上である。胃がんは上部消化管造影が実際上困難であることと、子宮頸がんは細胞診が実施困難であることと、重症心身障害者は低リスク群である可能性から、これら2つの

がん検診を補う対応は現時点では行っていない。

---

## 享受しうる最善のがん医療を受けられる体制

---

医療においては、とりわけ公正さと平等への配慮が重要である。狂牛病危機の時代に英国の Chief Medical Officer（医師行政官の最高責任者）を務めた Calman は、次のように述べている<sup>9)</sup>。（原文は英語であるが、読者の便宜のために著者による訳文を記す）。

重要な区別があるにもかかわらず、「公正」と「平等」の2つの言葉はしばしば相互変換的に使われている。公平（Equity）は公明正大であることと正義に関するものであり、最大限に実現しうる健康に到達する機会を誰もが持つべきことを意味する。一方、平等（Equality）は、健康のレベルや医療にアクセスする能力についての個人間あるいは地域社会間の比較に関するものである。ある種の不平等は避けられないものかもしれない、それゆえ一般には公明正大ではないとはみなされない。一方、他の不平等は避けられるものかもしれない、したがって公正ではないとみなされる。

がん医療の均てん化が目指す医療体制とは、国民が全国のどこに住んでいても、日常生活圏域においてがんの標準的な専門医療を受けられる体制であり、受診した医療機関によりその患者の予後が左右されるような体制ではない。重症心身障害者医療も、原則としてその体制内に組み込まれるべきである。すなわち、最初から提供する医療を限定すべきでもなく、一方、重症心身障害者の心身の負担や生命予後を考慮せずに無制限な医療を行うべきでもない。重要であるのは、その決定を行う際に、可能な限り専門家が関与すべきである。英国での最初の包括的がん医療報告書といわれている Calman-Hine 報告書 A policy framework for commissioning cancer services, A report by the expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales<sup>9)</sup> ([http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT\\_ID=4071083&chk=%2Bo6fka](http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4071083&chk=%2Bo6fka)よりダウンロード可能) が画期的であったといわれている点のひとつは、「がん専門家に支援されはしていたが、一般医療の枠内で行われていたそれまでのがん医療モデルから、明らかに専門家が関与するが

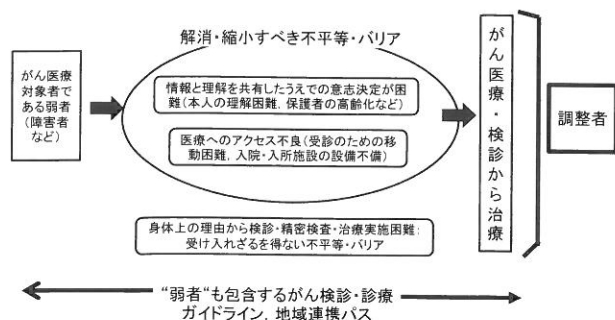


図2 一人ひとりが享受しうる最善のがん医療を受ける基本的枠組み

ん医療モデルへ、本質的に移行した」ところにあるとされている<sup>7)</sup>。重症心身障害者の病態そのものに由来する制限、かかりつけ医療機関やあるいは長期入院者の場合には入院医療機関の人員や地理的条件に由来する制限は無視できないものであり、すぐにすべての変更・是正が可能であるとは思われないが、重症心身障害者のがん医療は、現在の重症心身障害者医療関係者だけで解決すべき問題ではないと思われる。

“弱者”も包含するがん医療均てん化に関する不平等・バリアと、その対応についての概念を図2に示した。“弱者”(とその家族)や入院・入所する病院・施設の努力だけでは解決しない問題であると思われる。国、県、市町村などが、調整者・コーディネーターとして中心的な役割を果たす必要があり、“弱者”も包含するがん検診・診療ガイドライン、地域連携パスが必要と思われる。がんの標準的な専門医療を受けられる体制づくりと同時に、重症心身障害者をはじめ障害者を含む一人ひとりの患者が、その患者にとって享受しうる最善の医療を受けることを可能とする体制づくりを目指すべきであると思われる。

## 研究費

本研究の一部は、平成21-22年度がん研究助成金(20指-9)がん検診の評価とあり方に関する研究(主任研究者 垣添忠生)、および平成22年度NHOネットワーク研究 重症心身障害児(者)国立病院機構における重症心身障害医療の福祉・生活支援の視点での組織的・実践的取り組みに関する総合的研究(研究代表者 宮野前健)に依った。

## 謝 辞

大腸内視鏡検査を実施していただいた国立病院機構九州がんセンター消化管・内視鏡科井野彰浩先生に深謝いたします。

## [文献]

- 1) 祖父江友孝, 味木和喜子, 松田智大ほか編. 全国がん罹患モニタリング集計 Monitoring of Cancer Incidence in Japan, MCIJ 2006 2006年罹患数・率報告. 東京: 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター; 2011.
- 2) Matsuda T, Marugame T, Kamo K et al. Cancer Incidence and Incidence Rates in Japan in 2003: Based on Data from 13 Population-based Cancer Registries in the Monitoring of Cancer Incidence in Japan (MCIJ) Project. Jpn J Clin Oncol 2009; 39: 850-8.
- 3) World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2007.
- 4) 平成16年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班. 有効性評価に基づくがん検診ガイドライン作成手順. 東京: 平成16年度厚生労働省がん研究助成金「がん検診の適切な方法とその評価法の確立に関する研究」班; 2005.
- 5) Calman KC. The potential for health. Oxford: Oxford University Press; 1998.
- 6) The Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales. A policy framework for commissioning cancer services: A report by the expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales. London: Great Britain Department of health, 1995.
- 7) Haward RA. The Calman-Hine report: a personal retrospective on the UK's first comprehensive policy on cancer services. Lancet Oncol 2006; 7: 336-46.

---

## Cancer Control Programme for Individuals with Severe Motor and Intellectual Disabilities

Satoshi Honjo

**Abstract** It is estimated half of Japanese men and women will have cancer in their lifetime ; in other words one in 4 and one in 6 will die of the disease, respectively. However, the incidence, mortality and trend of these figures on cancer have not been fully clarified for individuals with severe motor and intellectual disabilities (SMID). As these individuals age, cancer will be a problem with increasing significance. Individuals with SMID are potentially in a higher risk for two major cancers in our nation, colorectal and breast cancers. An opportunity to attain full potential for health should be secured for every person equitably, and handicapped persons including those with SMID should not be an exception. If we assume a situation where individuals with SMID are not guaranteed the opportunity to obtain the best cancer treatment, two factors may be attributed to this circumstance : 1) factors originating from their morbidities? unavoidable inequalities? and 2) factors related to avoidable or amendable inequalities, including insufficient medical information, insufficient availability of transport and access to medical facilities and lack of progress in medical care for handicapped individuals. Tackling these inequalities should be done primarily by central and local governments as key organizers, with involvement of hospitals, patients and their families. Beyond promoting standardized cancer medical care across the nation, establishing a medical system capable of providing the opportunity for every person to obtain the best medical service should be the goal of our nation.