

第 6 3 回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成 28 年 12 月 21 日（水） 13:00～16:00

場 所：中央合同庁舎第 5 号館 省議室（9 階）

議 事 次 第

- 1 開 会
- 2 報 告
 - (1) 各検討会の検討状況について
 - (2) 改正がん対策基本法について
- 3 議 題
 - (1) がん対策推進基本計画の見直しについて
 - ・緩和ケアについて
 - ・障害のあるがん患者への対策について
 - (2) 次期計画の全体目標について
 - (3) その他

【資 料】

- 資料 1 がん対策推進協議会委員名簿
- 資料 2 各検討会の検討状況について
- 資料 3 改正がん対策基本法の概要
- 資料 4 第 6 2 回がん対策推進協議会での主な御意見
- 資料 5 緩和ケアについて～議論の背景～
- 資料 6 がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 議論の整理 概要
- 資料 7 がん患者の自殺対策-現状と課題および今後の方向性：「診断後早期からの緩和ケア」における残された最大の課題（内富参考人提出資料）
- 資料 8 障害のあるがん患者への対策について～議論の背景～
- 資料 9 障害のあるがん患者への対策について（八巻参考人提出資料）
- 資料 10 次期基本計画の全体目標について～議論の背景～
- 資料 11 がん対策推進基本計画の全体目標（片野田参考人提出資料）
- 資料 12 がん予防事業への期待（山本参考人提出資料）

【委員提出資料】

桜井委員、勢井委員、難波委員、馬上委員、若尾委員提出資料

- ・基本計画の緩和ケアについて
- ・がん患者の自殺対策について
- ・障がい者のがん対策について
- ・基本計画の全体目標について

中川委員提出資料

- ・緩和ケアの更なる推進のために論議しておくべき課題について

檜山委員提出資料

- ・次期計画の全体目標への提案

山口委員提出資料

- ・次期計画の全体目標について

【机上参考資料】

中川委員提出参考資料

- ・緩和ケアの効果的推進に関する提言書

細川委員提出参考資料

- ・日本緩和医療学会からの次期がん対策推進基本計画への意見書

桜井委員提出参考資料

- ・がん経験者の心の変化に関する調査
- ・「改正がん対策基本法」成立に伴う国の「がん対策推進基本計画」への要望書

山口委員提出参考資料

- ・未成年者喫煙禁止法

事務局提出参考資料

- ・改正後のがん対策基本法
- ・がん対策基本法の一部を改正する法律新旧対照表
- ・がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理

各検討会の検討状況について

●がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- ・平成28年5月20日（金）（第5回）
議題：がん診療提供体制のあり方について 等
- ・平成28年6月16日（木）（第6回）
議題：がんの放射線治療について 等
- ・平成28年7月7日（木）（第7回）
議題：がん診療連携拠点病院等における医療安全について
「がん診療連携拠点病院等の指定の検討会」に
おける課題について
がん診療連携拠点病院等の指定要件のあり方について 等
- ・平成28年8月4日（木）（第8回）
議題：がん医療に関する情報提供
第3期がん対策推進基本計画策定に向けた
議論の整理（案）について
がん診療連携拠点病院等の現状（意識調査）について 等
- ・第61回がん対策推進協議会（平成28年10月26日（水））において「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」を報告。

●がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会

- ・平成28年5月30日（月）（第1回）
議題：緩和ケアに関するこれまでの議論と今後の議論
の方向性等について 等
- ・平成28年6月27日（月）（第2回）
議題：緩和ケア研修について 等
- ・平成28年7月27日（水）（第3回）
議題：緩和ケア提供体制について 等
- ・平成28年11月8日（火）（第4回）
議題：各構成員からの意見について 等
- ・平成28年11月29日（火）（第5回）
議題：がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会にお
ける議論の整理（案）について
- ・第63回がん対策推進協議会（平成28年12月21日（水））にお

いて「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会における議論の整理」を報告。

●がん検診のあり方に関する検討会

- ・平成28年5月12日（木）（第17回）
議題：がん検診に関する実施状況等の調査結果について
今後のがん検診の関する論点について
がん検診受診率等に関するワーキンググループ
での論点について 等
- ・平成28年6月13日（月）（第18回）
議題：がん検診に関する最近の知見等について
職域におけるがん検診について 等

▲がん検診受診率等に関するワーキンググループ

- ・平成28年6月14日（火）（第1回）
議題：がん検診受診率等に関する問題点について
市区町村間で比較可能ながん検診受診率算定法について
プロセス指標、特に精検受診率目標値の見直しについて 等
- ・平成28年7月11日（月）（第2回）
議題：市区町村間で比較可能ながん検診受診率算定法について
職域におけるがん検診受診率について 等
- ・平成28年8月29日（月）（第3回）
議題：がん検診受診率等に関するワーキンググループ報告書（案）につ
いて 等
- ・平成28年9月23日（金）（第19回）
議題：がん検診の費用対効果について
がん検診における過剰診断について
第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理（案）
について 等
- ・平成28年11月8日（火）（第20回）
議題：がん検診のあり方に関する検討会における議論の整理（案）
について
- ・第62回がん対策推進協議会（平成28年11月24日（木））にお
いて「がん検診のあり方に関する検討会における議論の整理」を報告。

改正がん対策基本法の概要

1. 目的規定の改正(第1条)

目的規定に「がん対策において、がん患者(がん患者であった者を含む。)がその状況に応じて必要な支援を総合的に受けられるようにすることが課題となっていること」を追加

2. 基本理念の追加(第2条)

- ①がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること
- ②それぞれのがんの特性に配慮したものとなるようにすること
- ③保健、福祉、雇用、教育その他の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に実施されること
- ④国、地方公共団体、医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること
- ⑤がん患者の個人情報の保護について適正な配慮がなされるようにすること

3. 医療保険者の責務・国民の責務の改正(第5条、第6条)

- ①医療保険者は、がん検診の結果に基づく必要な対応に関する普及啓発等の施策に協力するよう努力
- ②国民は、がんの原因となるおそれのある感染症に関する正しい知識を持ち、がん患者に関する理解を深めるよう努力

4. 事業主の責務の新設(第8条)

がん患者の雇用の継続等に配慮するとともに、がん対策に協力するよう努力

5. がん対策基本計画等の見直し期間の改正(第10条、第12条)

がん対策推進基本計画・都道府県がん対策推進計画の見直し期間を「少なくとも6年ごと」(現行は5年)に改正

6. 基本的施策の拡充

(1) がんの原因となるおそれのある感染症並びに性別、年齢等に係る特定のがん及びその予防等に関する啓発等(第13条)

(2) がんの早期発見の推進(第14条)

- ①がん検診によってがん罹患している疑いがあり、又は罹患していると判定された者が必要かつ適切な診療を受けることを促進するため、必要な環境の整備その他の必要な施策を明記
- ②がん検診の実態の把握のために必要な措置を講ずるよう努力

(3) 緩和ケアのうち医療として提供されるものに携わる専門性を有する医療従事者の育成(第15条)

(4) がん患者の療養生活の質の維持向上に係る規定の改正(第17条)

- ①がん患者の状況に応じて緩和ケアが診断時から適切に提供されるようにすること
- ②がん患者の状況に応じた良質なリハビリテーションの提供が確保されるようにすること
- ③がん患者の家族の生活の質の維持向上のために必要な施策を明記

(5) がん登録等の取組の推進(第18条)

(6) 研究の推進等に係る規定の改正(第19条)

- ①がんの治療に伴う副作用、合併症及び後遺症の予防及び軽減に関する方法の開発その他のがん患者の療養生活の質の維持向上に資する事項を追加
- ②罹患している者の少ないがん及び治療が特に困難であるがんに係る研究の促進についての必要な配慮を追加
- ③がん医療に係る有効な治療方法の開発に係る臨床研究等が円滑に行われる環境の整備に必要な施策を明記

(7) がん患者の雇用の継続等(第20条)

(8) がん患者における学習と治療との両立(第21条)

(9) 民間団体の活動に対する支援(第22条)

(10) がんに関する教育の推進(第23条)

第62回がん対策推進協議会での主な御意見

【がんに関する相談支援と情報提供】

○情報提供について

- 科学的根拠に基づいていない医療に関する情報も多いため、一定の認証コードのようなものをつくり、わかりやすくする必要があるのではないか。
- 科学的根拠に基づかない情報に対しては規制を強化すべきではないか。
- 人工知能を導入するなどにより、的確に情報収集ができる仕組みを構築する必要があるのではないか。
- 情報を整理するところから始め、必要な体制がどのようなものかを議論する必要があるのではないか。
- 医学生を含めて議論するアメリカのような方法もあるのではないか。
- 医療従事者と患者では医療情報のギャップが大きいいため、医療従事者は患者目線でのインフォームドコンセントを行う必要があるのではないか。
- どの病院がよいか、どこに相談すればよいか、といった患者が知りたい情報にアクセスできるサイトを構築する必要があるのではないか。

○相談支援について

- 意見を積極的に言えない患者への配慮が必要ではないか。
- がん相談支援センターを機能させ、地域の情報を含めた公平な情報提供が必要ではないか。
- 地域活動と連携させるための情報を提供し、更に充実させることが必要ではないか。
- ピアサポートは、医療従事者中心で進めるのではなく、心の共感など当事者が最も必要とする寄り添い体験を共有する必要があり、サイコオンコロジー学会などと連携し、ピアサポートの育成と普及が必要ではないか。
- がん体験者だからこそ言えることや聞けることがあるため、ピアサポーターのような活動は続けていくべきではないか。
- ピアサポートなどの活動は、患者が積極的に相談したくなるような活動であることについて、普及啓発を行う必要があるのではないか。
- がん相談支援センターの要件を整理し、拠点病院の負担にならないように見直す必要があるのではないか。
- 拠点病院の医療従事者は、がん相談支援センターに協力することを再認識すべきではないか。
- がん相談支援センターの利用頻度が、もう少し上がるような対策が必要ではないか。
- エビデンスはないものの患者が求めている情報をどのように伝えていくかについても議論が必要ではないか。
- がん相談支援センター以外で、患者が抱え込んでいることを隠さずに話せる場所も必要なのではないか。

- がん相談支援センターの存在に気づいていない方もおり、このようなところにがん相談支援センターがあるということを、例えばカードなどで周知することも必要ではないか。
- がん相談支援センターは、地域の事情にあわせた相談支援を行うための拠点としてさらに情報を外向けに発信していく必要があるのではないか。
- 院内外の情報についても、拠点病院が中心となって発信をするべきではないか。
- ピアサポートはこれまでの提供体制を整理し、事業の一元化が必要ではないか。
- 民間団体や NPO 法人と協働したピアサポートの体制を整備すべきではないか。
- ピアサポートにあたっては、自分の聞きたいことが全て聞ける体制があることが望ましいのではないか。

【がんの教育・普及啓発について】

- がんの教育・普及啓発は、健常者向けではなく、全ての国民に対して行うべきであり、視覚障害者、聴覚障害者、車椅子の方など障害を持った者、外国人に対しても、教育や普及啓発ができるようなあり方を検討すべきではないか。
- 科学的根拠に基づいた普及啓発が重要ではないか。
- 普及啓発や教育が新たな偏見を生み出さないような配慮が必要ではないか。
- 身近にがん患者がいる方への配慮が必要ではないか。
- 教師・外部講師双方の研修が必要ではないか。
- 教育に際しては、福島県の方への配慮が必要ではないか。
- 大人に対するがん教育が必要であり、学校教育と同じように、職域でのがん教育が必要ではないか。
- 大人に対するがん教育をどうしていくのかについては、例えば以前あった「がんに関する普及啓発懇談会」の再開などを含めて考える必要があるのではないか。
- がん教育に限らず、教育とは人間の教育であり、全体的な人間教育を考えていくべきではないか。
- 実体験から、がん検診受診率の改善にも、がん教育の具体的な成果がでていっているものと考えている。
- 大人（親）に対する教育は、子供と一緒にいくことなど、例えば修学旅行の説明会の時に実施するなどの手法も有効ではないか。
- 開業医の先生方のがんに対する知識を上げていくことも必要ではないか。

【がんの予防・がん検診について】

- 企業の上層部から従業員にがん検診を受けるよう促すことは有益な方法で

- あり、そのような対策も必要ではないか。
- 子宮頸がんワクチン、HPVの感染予防についての記載を行うべきではないか。
 - 受動喫煙の防止ではなく、禁煙を推進していくべきではないか。
 - 2020年までに受動喫煙はゼロとすべきではないか。
 - 禁煙に関しては別途しっかりと議論する事が必要ではないか。
 - がん検診は利益だけではなく、不利益を与える面もあり、将来的にはリスクの高い人に対して集中的に行うべきではないか。
 - 職域のがん検診について、がん対策推進企業等連携事業の位置づけも必要ではないか。
 - がん検診の年齢上限については、世界の水準と合わせていくべきではないか。
 - 家族性腫瘍の発症リスクが高いことについて、ゲノム医療の進歩を前提に検討すべきではないか。
 - デンスブレストに対して、がん検診のあり方検討会で議論を行うべきではないか。
 - これまで10年間行ってきたことの検証が必要ではないか。
 - デンスブレストについては、現場に応じた体制の整備と的確ながん検診を行うことが必要ではないか。
 - 「国民健康保険の被保険者数」を分母とし、「国民健康保険の被保険者のうち市町村事業におけるがん検診を受診した者」を分子とした値を第1指標とすることは、国民健康保険被保険者の受診率向上のみが評価される恐れがあり、取扱については留意が必要ではないか。
 - 「地域保健・健康増進事業報告」における対象者を統一し、あわせて他の保険者も含めた職域における部分の数値を把握出来るようにして、全住民を対象とした受診率を実数で算定する仕組みを早急に構築すべきではないか。

緩和ケアについて ～議論の背景～

事務局説明資料

緩和ケアの歴史①

1967年	St. Christopher's Hospice 設立(イギリス)	第19回緩和ケア推進検討会 資料5一部改変(28. 3. 16)
1975年	Royal Victoria Hospital に緩和ケア病棟開設(カナダ)	
1981年	聖隷三方原病院(静岡県)に院内独立型ホスピス誕生	
1984年	淀川キリスト教病院(大阪府)に院内病棟型ホスピス誕生	
1990年	診療報酬「緩和ケア病棟入院料」新設	
1994年	診療報酬「在宅時医学管理料」新設	
2002年	診療報酬「緩和ケア診療加算」新設	
2006年	がん対策基本法成立	
2007年	がん対策推進基本計画(第1期)策定 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」	
2008年-	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業【基本的緩和ケア研修、普及啓発】	
2012年	がん対策推進基本計画(第2期)策定 「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」	
	診療報酬「外来緩和ケア管理料」新設	
2012年-	在宅緩和ケア地域連携事業【在宅療養支援診療所の医師に対する研修等】	

緩和ケアの歴史②

第19回緩和ケア推進検討会
資料5一部改変(28. 3. 16)

- 2012年4月 緩和ケア推進検討会(-2016年3月)
- 2012年9月 緩和ケア推進検討会 中間とりまとめ
- 2013年- 緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)【緩和ケアセンターの整備】
- 2013年8月 緩和ケア推進検討会 第二次中間とりまとめ
- 2014年1月 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」改正【拠点病院の整備】
- 2015年1月 「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」改正
- 2015年6月 がん対策推進基本計画 中間評価報告書
- 2015年8月 地域緩和ケアの提供体制について(議論の整理)【緩和ケア地域連携体制の構築】
- 2015年12月 「がん対策加速化プラン」策定
- 2016年4月 緩和ケア推進検討会 報告書
診療報酬「在宅緩和ケア充実診療所・病院加算」新設
診療報酬「外来がん患者在宅連携指導料」新設
診療報酬「緩和ケア病棟入院料 緊急入院初期加算」新設

第2期がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

(※)は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に
行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの
緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

(4) 働く世代や小児への
がん対策の充実(※)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

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

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組(※)
- ⑥その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

7. 小児がん(※)

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発(※)

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題(※)

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

がんと診断された時からの緩和ケアの推進

第1回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3一部改変(28.5.30)

(取り組むべき施策)

- ・ がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制の整備(苦痛のスクリーニング等)
- ・ 専門的な緩和ケアへの患者・家族のアクセスの改善。患者・家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談・支援を受けられる体制の強化
- ・ 拠点病院を中心に、精神腫瘍医、がん看護の専門・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。
- ・ 患者・家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制の整備。急変した患者や要介護者の受け入れ体制の整備
- ・ 医療用麻薬をはじめとした薬剤の迅速かつ適正な使用と普及。基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築
- ・ 心のケアを専門的に行う医療従事者の育成
- ・ 緩和ケア研修会の質の維持向上
- ・ 緩和ケア教育、卒前教育を担う教育指導者の育成、緩和医療学講座の設置
- ・ 国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じた普及啓発

【個別目標】

- ・ 3年以内に緩和ケアの研修体制を見直し、5年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。
- ・ 3年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

5

緩和ケアに係る拠点病院指定要件

第1回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3一部改変(28.5.30)

【拠点病院指定要件】

緩和ケアチームの 人員配置	求められる主な取組	ねらい
<ul style="list-style-type: none"> ●専任の身体症状担当医師 (原則として常勤。専従が望ましい) ●精神症状担当医師 (常勤、専任が望ましい) ●専従の看護師 がん看護専門看護師、 緩和ケア認定看護師、 がん性疼痛看護認定看護師 のいずれかの配置を義務化 ●協力する薬剤師 ●協力する臨床心理に 携わる者 	苦痛のスクリーニングの徹底 診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施を義務化	患者の苦痛の拾い上げの強化。 患者が苦痛を表現できる。
	緩和ケアチームの看護師による 外来看護業務の支援・強化 がん患者カウンセリング等、緩和ケアチームの専従看護師の役割・義務を明確化	がんと診断されたときから患者が切れ目のないケアを受けられる。
	苦痛への対応の明確化と診療方針の提示 緩和ケアチームへの診療の依頼方法など対応を明確化し、患者とその家族に診療方針を提示	全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。
	迅速な苦痛の緩和(医療用麻薬の処方等) 全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携による、迅速な対応を義務化	患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。
	地域連携時の症状緩和 症状緩和に係る院内パスに準じた地域連携パス、マニュアル等の整備	入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制を構築する。
	緩和ケア研修の受講促進 若手医師が緩和ケア研修会を修了する体制を整備	自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了する。

地域がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアに係る部分(抜粋)①

第3回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3(28.7.27)

①～④ 略

⑤ 緩和ケアの提供体制

ア 緩和ケアチームを整備し、組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

イ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、がん診療に携わる全ての診療従事者により、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

- i. がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛等のスクリーニングを診断時から外来及び病棟にて行うこと。また、院内で一貫したスクリーニング手法を活用すること。
- ii. 緩和ケアチームと連携し、スクリーニングされたがん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。
- iii. 医師から診断結果や病状を説明する際には、以下の体制を整備すること。
 - a. 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。
 - b. 初期治療内容のみならず長期的視野に立ち、治療プロセス全体について十分なインフォームドコンセントに努めること。
 - c. 必要に応じて看護師等によるカウンセリングを活用する等、安心して医療を受けられる体制を整備すること。
- iv. 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用や容量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等による服薬指導を実施し、その際には自記式の服薬記録を整備活用することにより、外来治療中も医療用麻薬等の使用を自己管理できるよう指導すること。

7

地域がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアに係る部分(抜粋)②

第3回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3(28.7.27)

ウ 緩和ケアががんと診断された時から提供されるよう、緩和ケアチームにより、以下の緩和ケアが提供される体制を整備すること。

- i. 週1回以上の頻度で、定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、苦痛のスクリーニング及び症状緩和に努めること。なお、当該病棟ラウンド及びカンファレンスには必要に応じ主治医や病棟看護師等の参加を求めること。
- ii. がん疼痛をはじめとするがん患者の苦痛に対して、必要に応じて初回処方を緩和ケアチームで実施する等、院内の診療従事者と連携し迅速かつ適切に緩和する体制を整備すること。
- iii. 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。
- iv. (チーム専従看護師は、)苦痛のスクリーニングの支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来看護業務を支援・強化すること。
- v. (チーム専従医師は、)がん診療に関するカンファレンス及び病棟回診に参加し、適切な助言を行うとともに、必要に応じて共同して診療計画を立案すること。
- vi. 緩和ケアに係る診療や相談支援の件数及び内容、医療用麻薬の処方量、苦痛のスクリーニング結果など、院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行うこと。

8

地域がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアに係る部分(抜粋)③

第3回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3(28.7.27)

エ イ及びウの連携を以下により確保することとする。

- i. 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順には、医師だけではなく、看護師や薬剤師など他の診療従事者からも依頼できる体制を確保すること。
- ii. 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順など、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。
- iii. がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアチームと各部署をつなぐリンクナースを配置することが望ましい。

オ アからエにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

カ かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師がアに規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

キ 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

9

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアセンターの整備(診療内容)①

第3回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3(28.7.27)

3 都道府県がん診療連携拠点病院の診療機能強化に向けた要件

(1)(2)略

(3) 緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等を有機的に統合する緩和ケアセンターを整備し、組織上明確に位置づけること。緩和ケアセンターは、緩和ケアチームが主体となり以下の活動を行い専門的緩和ケアを提供する院内拠点組織とする。

- ① 公益社団法人日本看護協会が認定を行うがん看護専門看護師や緩和ケア認定看護師をはじめとするがん看護関連の認定看護師等による定期的ながん看護カウンセリング(がん看護外来)を行うこと。
- ② 看護カンファレンスを週1回程度開催し、患者とその家族の苦痛に関する情報を外来や病棟看護師等と共有すること。
- ③ 緊急緩和ケア病床を確保し、かかりつけ患者や連携協力リストを作成した在宅療養支援診療所等からの紹介患者を対象として、緊急入院体制を整備すること。
- ④ 地域の病院や在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟等の診療従事者と協働して、緩和ケアにおける連携協力に関するカンファレンスを月1回程度定期的に開催すること。
- ⑤ 連携協力している在宅療養支援診療所等を対象にした患者の診療情報に係る相談等、いつでも連絡を取れる体制を整備すること。
- ⑥ 相談支援センターとの連携を図り、がん患者とその家族に対して、緩和ケアに関する高次の相談支援を提供する体制を確保すること。
- ⑦ がん診療に携わる診療従事者に対して定期的な緩和ケアに関する院内研修会等を開催し、修了者を把握する等、研修の運営体制を構築すること。
- ⑧ 緩和ケアセンターの構成員が参加するカンファレンスを週1回以上の頻度で開催し、緩和ケアセンターの運営に関する情報共有や検討を行うこと。

10

都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件 緩和ケアセンターの整備(人的要件)②

第3回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3(28.7.27)

- ⑨ 緩和ケアセンターには、緩和ケアチームの医師に加えて、以下の専門的な知識及び技能を有する医師を配置すること。
- ア 緩和ケアセンターの機能を統括する医師を緩和ケアセンター長として1人配置すること。なお、当該医師については、常勤であり、かつ、院内において管理的立場の医師であること。
 - イ 緊急緩和ケア病床を担当する専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、緩和ケアチームの医師との兼任を可とする。当該医師については、夜間休日等も必要時には主治医や当直担当医と連絡を取ることができる体制を整備すること。
- ⑩ 緩和ケアセンターには、緩和ケアチームの構成員に加えて以下の専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者を配置すること。
- ア 緩和ケアセンターの機能を管理・調整する、専従のジェネラルマネージャーを配置すること。ジェネラルマネージャーは、常勤の組織管理経験を有する看護師であること。
 - イ ジェネラルマネージャーとは別に、専従かつ常勤の看護師を2人以上配置すること。
 - ウ 緩和ケアセンターの業務に協力する薬剤師を配置すること。
 - エ 緩和ケアセンターにおける相談支援業務に専任の相談支援に携わる者を1人以上配置すること。また、当該者については相談支援センターの相談支援に携わる者との兼任および、相談支援センター内にて当該業務に従事することを可とする。
 - オ ジェネラルマネージャーを中心に、歯科医師や医療心理に携わる者、理学療法士、管理栄養士、歯科衛生士などの診療従事者が連携することが望ましい。

11

基本計画中間評価 概要 (緩和ケア関連抜粋)

(平成27年6月)

患者が苦痛の制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができることから からだの苦痛・痛み・気持ちのつらさ・自分らしい生活	57.4%・72.0%・61.5%・77.7% (2015年)
専門的緩和ケアサービスの利用状況	緩和ケアチーム 新規診療症例数 56,655(2013年) 緩和ケア外来 新規診療症例数 21,109(2013年)
地域多職種カンファレンスの開催状況	1,799(2014年)
専門・認定看護師の専門分野への配置 がん看護専門看護師・緩和ケア認定看護師・がん性疼痛看護認定看護師	56.0%・62.4%・50.3%(2014年)
死亡場所(自宅)	9.6%(2013年)
死亡場所(施設)	2.2%(2013年)
主要経口・経直腸・経皮医療用麻薬消費量	4,915kg(2013年)
緩和ケア研修修了者数	57,764(2014年末時点)
一般市民の緩和ケアの認識 緩和ケアをよく知っている・がんと診断されたときから実施されるべきものと認識している	40.5%・57.9%
一般市民の医療用麻薬に対する認識(正しく使用すれば安全だと思うと回答した割合)	52.8%

12

基本計画中間評価報告書

(緩和ケア部分抜粋)

(平成27年6月)

第3回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3一部改変(28.7.27)

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

- 拠点病院でがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することに向けて、より一層の緩和ケア研修会の受講勧奨を実施する必要がある。
- 拠点病院においては、苦痛のスクリーニング体制や緩和ケアチームの整備、都道府県がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケアセンターの整備が進む等、緩和ケア提供体制の構築について、一定の進捗が得られているものの、拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアの提供体制の構築についてそのあり方をさらに検討するとともに、在宅医等も積極的に緩和ケア研修会を受講できる体制を構築していく必要がある。
- 緩和ケアの開始時期について若年層では理解が進んでいるものの、「がんが治る見込みがなくなったときから」などいまだ誤った認識が見受けられることや医療用麻薬について誤った認識を持っている者も3人に1人程度いることを踏まえ、引き続き緩和ケアの普及啓発を推進する必要がある。
- 医療用麻薬については、種類が増加していることや用途が多様化していること等を踏まえ、医療従事者に適正な使用法を周知するとともに、患者に対しても適切な指導が行われるよう、緩和ケアセンターの活用等を含めた体制の整備を図る必要がある。
- 身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備をすすめる必要がある。

13

「がん対策加速化プラン」における「緩和ケア」に関する記載(抜粋)

<現状と課題>

- 基本計画の全体目標である「全てのがん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を達成するためには、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備を進める必要がある。 等

<実施すべき具体策>

入院患者のみならず、外来患者に対する緩和ケアも充実するため、以下の施策を実施する。

- 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が多い等、診療機能の高いチームが、他病院の緩和ケアチームの医療従事者を受け入れて、実地研修を提供する。
- 苦痛のスクリーニングの事例集等を作成し、医療現場に普及する。
- 人材育成に関しては、関係学会や都道府県と協力して、引き続きがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講を進める。
- 関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める。
- 終末期の療養生活の質を向上させるため、関係団体等と協力し、遺族調査を通じて終末期の医療・介護サービスの実態を分析する。
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、関係団体と協力し、緩和ケアに携わる者や施設間の調整を担う人材の研修や、訪問看護ステーション等の看護師を対象とした研修を実施する。
- 近年、外来で治療を受けるがん患者が増えていることに鑑み、病院の外来から在宅医療への移行や、がん患者が安心して自宅等で療養できるよう緊急の症状緩和目的の入院を受け入れる緩和ケア病棟の評価を検討する。

14

がん対策推進協議会委員より提出された意見 （「がん対策加速化プランへの提言」より）

第1回がん等における緩和ケアの
更なる推進に関する検討会
資料3一部改変（28.5.30）

＜緩和ケア＞

- 患者背景に応じた治療説明や服薬指導、外見の変化に対する支援、性に関する問題の相談、遺伝相談、家族・遺族支援など、相談支援センターにおける中長期的な支援機能の付加
- 患者体験調査の継続的な実施と公開
- 地域の診療所の医師が緩和ケア研修会を受講しやすい体制の構築
- がん患者へのより質の高いケア、対応のため今後必要となる専門職の国家資格化推進
- 拠点病院における苦痛のスクリーニングの実施状況の調査と公表
- 緊急事態が起こらないよう、事前のアセスメントを重視した在宅医療の推進

＜その他＞

- 主治医の意見書に「末期がん」と記載があった時点で「要介護2以上」を承認すること
- 介護保険（第2号被保険者について）の申請に当たり、「末期がん」に限定することなく、「迅速な対応が必要ながん患者」など、患者が受け入れやすい名称への変更
- がん終末期医療のあり方に関する検討
- 患者（高齢者、認知症、看取り期等）の意思決定支援、グリーフケア等の充実

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 議論の整理 概要

(背景)これまで緩和ケアの均てん化を目指し、拠点病院を中心に基本的な緩和ケア研修の実施、専門的な緩和ケアの体制整備等に取り組んできた。これまでの現状と課題を踏まえ、緩和ケアの更なる推進について議論の整理を行った。

現状と課題

➤ 緩和ケアの提供体制

- 緩和ケアの質に関する指標や基準が確立されていない。
- 専門的な緩和ケアの診療機能の維持向上等に課題がある。
- 施設全体の緩和ケアの連携が図られていない。
- 拠点病院以外の病院における緩和ケアの状況について十分把握できていない。
- 地域において、切れ目のない緩和ケアの提供体制が構築できていない。
- 緩和ケア病棟にも、緊急時のバックベッドとしての役割等が求められている。

➤ 緩和ケア研修会、卒前・卒後教育

- 緩和ケア研修会の受講率は、拠点病院の主治医であっても約半数に止まっている（平成27年9月時点）。
- 緩和ケア研修会の開催は、拠点病院の負担になっている。
- 様々なレベルの参加者に対応した目標設定ができていない。
- 緩和ケア研修会の効果判定が患者アウトカムでない。
- 卒前・卒後教育において、緩和ケアを学ぶ機会を確実に確保する必要がある。

➤ 医療用麻薬、介護、小児等、がん以外の疾患の緩和ケア

- 国民は、医療用麻薬に対する誤解がある。
- 介護する家族と患者が寄り添える療養環境の整備が不十分。
- 緩和ケアが小児・AYA世代の患者に十分に届いていない。
- がん以外の疾患に対する緩和ケアのニーズや臨床現場における実態がわかっていない。

今後の方向性

- 緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。
- 専門的な人材の適正配置及び緩和ケアチームを育成する。
- 施設全体の緩和ケアの院内基盤として、緩和ケアセンターの機能を強化する。
- 拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態を把握する。
- 地域で関係医療機関が定期的に意見交換する機会を設ける。
- 緩和ケア病棟の質の維持向上のため、2次医療圏における緩和ケア病棟の機能分化等の有り方について検討する。等

- 拠点病院は、拠点病院以外の病院を対象として、緩和ケア研修会の受講状況の把握とともに積極的な受講勧奨を行う。
- 緩和ケア研修会の講義部分に、e-learningを導入する。
- 全ての診療科医師が共通して受けられる基本的な内容と専門的な内容を組み合わせる等の見直しを検討する。
- 緩和ケア研修会の到達目標を明確化する。
- 拠点病院においては、全ての卒後2年目までの医師が緩和ケア研修会を受講すべきである。等

- 国民に対する医療用麻薬の適切な啓発、がん診療に携わる医療従事者に対する適正使用の普及を図るための研修を実施する。
- 患者、家族が寄り添える療養環境を整備することを検討する。
- 小児・AYA世代に対する緩和ケアの連携・提供体制の整備を図る。
- がん以外の疾患に対する緩和ケアの実態調査を行う。等

がん患者の自殺対策-現状と課題および今後の方向性

: 「診断後早期からの緩和ケア」における残された最大の課題

一般社団法人日本サイコオンコロジー学会



副代表理事 内富 庸介(国立がん研究センター)
 理事 加藤 雅志(国立がん研究センター)
 理事 小川 朝生(国立がん研究センター)
 代表理事 明智 龍男(名古屋市立大学)

1

■ わが国における自殺-2015年のデータより-

2016年3月18日
 内閣府自殺対策推進室
 警察庁生活安全企画課

-**24,025人** (男性16,681人、69.4%、1998年以降3万人超だったものが15年目の2012年から3万人以下に減少、しかし先進国では現在でも極めて多い)

-年齢: 「40歳代」が4,069人で全体の16.9%を占め、次いで「50歳代」(3,979人、16.6%)、「60歳代」(3,973人、16.5%)、「70歳代」(3,451人、14.4%)の順となっている。

-職業: 「無職者」が14,322人で全体の59.6%を占めて最も多く、次いで「被雇用者・勤め人」(6,782人、28.2%)、「自営業・家族従業者」(1,697人、7.1%)、「学生・生徒等」(835人、3.5%)。

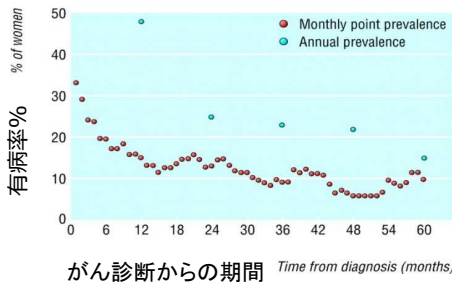
-原因特定者17,981人のうち:「健康問題」にあるものが12,145人で最も多く、次いで「経済・生活問題」(4,082人)、「家庭問題」(3,641人)、「勤務問題」(2,159人)の順。
(健康問題の中ではがんが最多か???)

2

がん診断後のストレス

早期乳がん患者222名のうつと不安を面接調査:一ヶ月有病率%)

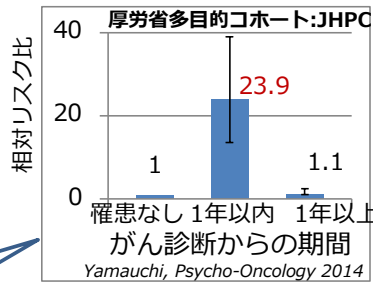
Burgess, C. et al. BMJ 2005



がん診断後のストレスと自殺

がん診断後自殺リスク24倍

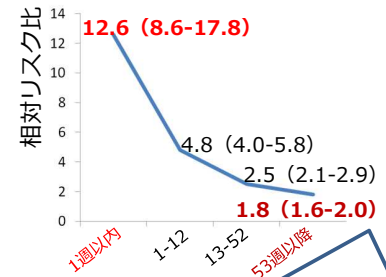
40歳以上の男女約14万人を20年以上追跡



がん診断後1週間13倍

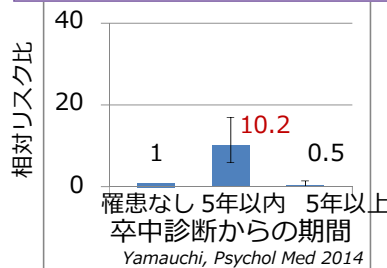
30歳以上の一般住民600万人スウェーデン住民コホート (追跡期間1991年-2006年)

Fang F et al, N Engl J Med 2012



102,843人中11,187人ががん発症、34人が自殺。
 そのうち13人(0.12%、RR=23.9)が1年以内に自殺。二年目以降21人が自殺(RR=1.1)。
 →がん患者100万人/年にあてはめると、がん罹患後1年以内の自殺者は**1,162人(全自殺者の約5%を占める)**。
 罹患後2年目以降は？

卒中後自殺リスク10倍



6,073,240人中534,154人ががん発症、786人が自殺。そのうち、最初の1週以内に29人(0.005%、RR=12.6)が自殺。
 最初の12週の自殺は110人(RR=4.8)。最初の52週の自殺は260人(0.05%、RR=3.1)
 53週以降の自殺は526人(RR=1.8)
 *最初の12週の自殺を比較すると、食道・肝・膵(RR=16.0) > 肺(12.3) > 脳(7.8) > 大腸(4.7) > 乳(3.4) > 前立腺(3.2) > 皮膚(1.4)。

身体疾患と自殺-メタアナリシス

方法: Medlineで検索して235論文を抽出。

Harris et al. Medicine 1994

自殺率が上昇する身体疾患

一般人口に対する危険率(95%CI)

1. AIDS/HIV	6.65 (5.77-7.63)
2. SLE	4.35 (2.58-6.87)
3. 腎疾患(腎移植)	3.83 (1.91-6.86)
人工透析	14.49 (8.85-22.38)
4. 脊髄損傷	3.82 (3.29-4.42)
5. ハンチントン舞踏病	2.90 (2.25-3.68)
6. 多発性硬化症	2.36 (1.89-2.91)
7. 胃潰瘍	2.10 (1.85-2.38)
8. がん	1.80 (1.71-1.89)
頭頸部	11.39 (5.21-21.63)

身体疾患と自殺-症例対照研究

Bolton JM et al, Psychol Med 2015

方法 マニトバ州(カナダ)のデータベース(1996-2009年)

自殺者(N=2100) vs 対照群(N=6300)

検討した疾患: がん、COPD、虚血性心疾患、高血圧、DM、多発性硬化症、炎症性腸疾患

調整要因: 精神疾患(うつ病、不安障害、物質乱用・依存、統合失調症、認知症)と身体疾患

Table 2. Risk of suicide associated with physical disorders

Physical disorder	Rates of disorder within each group (%)		調整前OR	調整後OR
	Suicide (n=2100)	Controls (n=6300)	Model 1 Unadjusted OR (95% CI)	Model 2 AOR (95% CI)
● Asthma	19.9	14.5	<u>1.50 (1.32-1.71)***</u>	1.03 (0.88-1.22)
● COPD	3.1	1.6	<u>2.06 (1.48-2.86)***</u>	1.46 (0.98-2.18)
Ischemic heart disease	5.0	5.3	0.92 (0.72-1.17)	0.77 (0.57-1.01)
Hypertension	16.9	16.4	1.05 (0.90-1.22)	0.86 (0.71-1.04)
Diabetes	7.0	5.8	1.22 (0.99-1.50)	1.19 (0.93-1.51)
● Cancer	4.6	3.2	<u>1.51 (1.16-1.97)***</u>	<u>1.40 (1.03-1.91)*</u>
● Multiple sclerosis	0.52	0.21	<u>2.54 (1.14-5.67)*</u>	1.97 (0.75-5.13)
Inflammatory bowel disease	0.43	0.32	1.36 (0.61-3.02)	0.76 (0.28-2.10)

COPD, Chronic obstructive pulmonary disease; OR, odds ratio; AOR, adjusted odds ratio; CI, confidence interval.

結果

⇒精神疾患の影響を調整後も有意な自殺リスク上昇がみられたのはがんのみ

(特に診断後3か月以内がハイリスク: 調整後OR = 4.10, 95% CI 1.71-9.82, p < 0.01) 5

■がん患者の自殺: レビュー

Robson A et al, Psychooncology 2010
Anguiano L et al, Cancer Nurs 2012

- 自殺率 SMR*: 1-11 (対象、方法や国などでかなり相違)

概ね一般人口の2倍弱

SMR* (Standardized Mortality Ratio): 標準化死亡比

- 時期 診断後1年以内(診断直後が最も高い)
- 危険因子 うつ状態(>痛み)、男性、進行がん、
高齢者(65歳以上)、頭頸部・肺がんなど

■がん患者における自殺-心理学的剖検

Henriksson M et al, J Affect Disord 1995

- 自殺したがん患者 (N=60)、フィンランド
- うつ病(32%)、その他のうつ病性障害(30%)、アルコール依存(13%)、不安障害(13%)、適応障害(12%)、診断なし(5%)

自殺への対応

1. プリベンション(prevention) 事前
予防
原因を事前に取り除き、自殺が起
きることを予防する(高危険群)
2. インターベンション (intervention)
介入
今まさに自殺を企てようとする者
、未遂者に介入し自殺を防ぐこと
3. ポストベンション (postvention) 事
後対応
影響を可能な限り小さくする取り
組み(遺族、他患者、職場、医療
スタッフ、企図歴者)

*日本はほとんどがインターベンション

がん治療と緩和ケアの統合モデルC : 診断時にケアを厚くする

Models of integration of oncology and palliative care: Time-based model
Hui D, Bruera E, Ann Palliat Med 2015;4(3):89-98

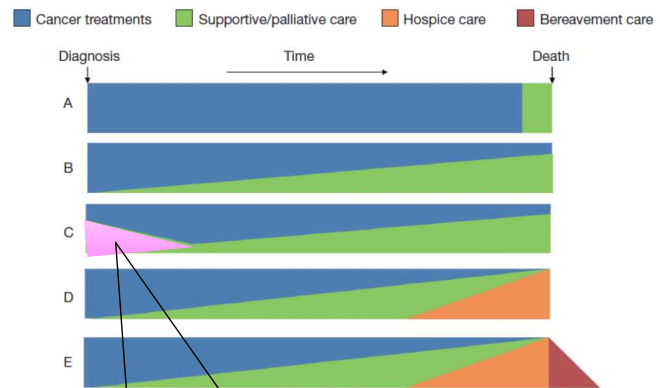


Figure 1 Time based model. (A) Palliative care is introduced only when no more treatments are possible; (B) palliative care is introduced from time of diagnosis and increases its involvement over time; (C) the level of palliative care involvement fluctuates over time; (D) in addition to palliative care, this model includes hospice care introduced in the last months/weeks of life; (E) bereavement care is added.

例) 診断後3カ月の高危険群にプリベンション:
個別のケースマネジメント

7

進行がん患者とがん専門医の信頼関係の影響

Mack JW et al, Cancer 2009; Trevino KM et al, Cancer 2014

The Human Connection Scaleを用いてアウトカムとの関係を検討

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| 1.心配事をどれ位聞いてくれるか? | 10.どれ位質問しやすいか? |
| 2.発言にどれ位関心を持ってくれるか? | 11.説明がどれ位理解できるか? |
| 3.どれ位一人の人としてみてくれるか? | 12.家族の様子をどれ位尋ねてくれるか? |
| 4.担当医のことをどれ位好きか? | 13.どれ位希望を与えてくれるか? |
| 5.担当医のことをどれ位信頼しているか? | 14.どれ位がんへの対処法について尋ねてくれるか? |
| 6.担当医はどれ位完全か? | 15.どれ位QOLを気にかけているか? |
| 7.担当医をどれ位尊敬しているか? | 16.どれ位心が広いか? |
| 8.どれ位ケアしてくれるか? | |
| 9.どれ位正直か? | |

(注: 明智訳、日本語版の妥当性検証未)

⇒ **主治医と良好な信頼関係**(ラポール)が形成されているほど
その後の患者の身体症状・精神疾患・希死念慮が少ない

がん専門医に対するコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性:がん患者の精神症状と信頼感に与える影響

Fujimori M, Uchitomi Y et al, J Clin Oncol 2014

対象 がん専門医

方法 無作為化比較試験

トレーニングを受けた医師15名の患者[N=292] vs
対照群の医師15名の患者[N=309])

介入 医師が2日間のワークショップに参加

(SHAREに基づくコミュニケーション・スキル・トレーニング)

Table 5. Comparison of Patient Psychological Distress, Perceived Communication, and Satisfaction Between Groups at Follow-Up

Factor	IG		CG		F	P
	Mean	SD	Mean	SD		
HADS						
Anxiety	4.83	3.75	5.17	3.42	0.94	.333
Depression	4.59	3.75	5.32	4.04	4.94	.027*
Total distress	9.36	6.93	10.50	6.90	3.85	.050
Satisfaction with oncologist communication						
Satisfaction with oncologist communication	8.58	1.62	8.35	1.74	2.80	.095
Trust in oncologist	9.15	1.28	8.87	1.54	6.89	.009*

Abbreviations: CG, control group; HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; IG, intervention group; SD, standard deviation.
*P < .05.

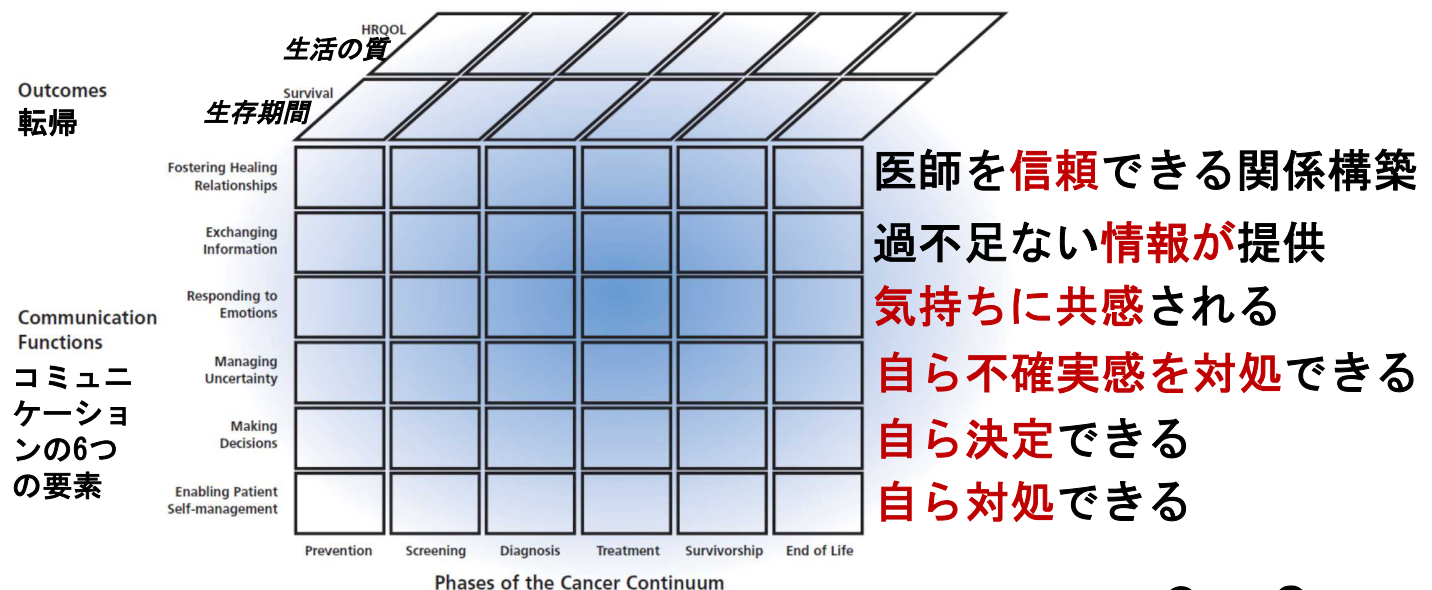
結果: 医師に対する**信頼感**が増し
患者の**うつ**が減少

⇒日本の患者意向調査を踏まえた**共感**行動の促進を特徴とするトレーニングで
コミュニケーションスキルは改善可能。

良く話をして、必要な治療とケア: コミュニケーション

•PATIENT-CENTERED COMMUNICATION IN CANCER CARE: Promoting Healing and Reducing Suffering, National Cancer Institute

Figure 4.1 The six communication functions can help to improve survival and health-related quality of life (HRQOL) in each of the phases of the cancer care continuum.



がん患者の心理学的評価とサポートの4段階

-英国がん患者の支持・緩和ケアマニュアル NHS-NICE 2004-

第四段階:精神保健専門家(精神科医・心理職)

評価:精神疾患の診断(重症のうつ病、薬物乱用などを含む、複雑な問題)

介入:薬物療法と心理療法(認知行動療法)

第三段階:訓練と認定を受けた専門家(心理職)

評価:心理的苦痛の評価と精神疾患の診断(重症度を評価し精神科医に紹介)

介入:カウンセリングと心理療法(不安マネジメント、解決志向的アプローチ)

第二段階:心理的知識を有する医療者(がん専門看護師、ソーシャルワーカー、家庭医)

評価:心理的苦痛のスクリーニング(診断、再発、治療中止時などストレス時)

介入:簡便な心理技法(問題解決療法など)

第一段階:全ての医療者(相談員、医事課)

評価:心理的ニードの認識(疑わしいとき精神保健の専門家に相談・紹介)

介入:基本的なコミュニケーション技術(適切な情報提供、理解の確認、共感、敬意)

11

まとめ-1

○現状と課題

1. わが国のがん患者の自殺は診断後1年以内が多い。しかし、その実態は明らかではなく、文化差も考慮した詳細な定点観測が必要である。
2. がん診断時の患者の多くが拠点病院を受診することから、早期からの基本的小よび専門的緩和ケアを自殺対策に結びつける必要があるが、現時点での取り組みでは充分ではないことが推測される。

○今後の方向性

1. 【調査研究】実効性のある対策のために拠点病院における自殺の実態調査(診断後1年以内および2年目以降長期も)を、家族、医療スタッフへの影響を含めすべきである。
2. 【研修】最初に接する医療者(医師、相談員、看護師、MSW、心理師など)に対する実効性のあるコミュニケーション・スキル・トレーニング(がん告知、その後のフォロー、精神症状の早期発見など=早期基本的緩和ケア)とチームによる相談支援体制の充実が必要である。

12

まとめ-2

○今後の方向性

3. 【モデル事業・研究】診断時の高危険群(難治がんである食道・肝胆膵・頭頸部・脳・肺がん、絶望感/うつ、高齢)のケースマネジメント(=早期専門的緩和ケア)が有望であるので、医療チーム(相談員、看護師、MSW、心理師、精神科医など)による介入法の開発・検証が必要である。
4. 【モデル事業・研究】乳がんサバイバーのように慢性的ストレスによる自殺も知られているので、長期的視点に立って初回治療終了時もしくは退院時(=診断後一年以内)にサバイバーシップケアプランの導入を試みる必要がある。患者に対する不安対処法強化、問題解決アプローチ、身体症状、健康増進(治療に向けたダイエット、禁煙、運動)、情報提供・教育、グループサポートなど。

障害のあるがん患者への対策について ～議論の背景～

事務局説明資料

1

今後のがん対策の方向性について ～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～（概要）（平成27年6月）

がん対策推進基本計画に明確な記載がなく、今後、推進が必要な事項

1. 将来にわたって持続可能ながん対策の実現

- ・少子高齢化等の社会・経済の変化に対応する**社会保障制度改革**
地域医療介護総合確保推進法に基づく**地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保** 等
⇒がん患者を含めた国民全体が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる体制の整備
- ・各施策の**「費用対効果」**の検証
- ・発症リスクに応じた予防法や早期発見法を開発・確立することによる**個人に適した先制医療**の推進
- ・がん医療の**均てん化と集約化の適正なバランス**に関する検討
- ・がん登録情報を活用した**大規模データベース**の構築

等

2. 全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築

- ・がん患者が「自分らしさと尊厳」を持って、がんと向き合って生活していくためにはがんに関する正しい情報を獲得することが重要⇒**「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんと共に生きることができる社会」**の実現
- ・障害のある者に対する情報提供、意志決定支援、医療提供体制の整備
- ・難治性がんに対する有効で安全な新しい治療法の開発や効果の期待できる治療法を組み合わせた集学的治療の開発

等

3. 小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策

- ・総合的な**AYA世代のがん対策**のあり方に関する検討（緩和ケア、就労支援、相談支援、生殖機能温存等）
- ・**遺伝性腫瘍**に対する医療・支援のあり方に関する検討
- ・**認知症対策と連動した高齢者のがん対策**のあり方に関する検討

等

2

今後のがん対策の方向性について ～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～（抜粋）

（平成27年6月）

1. 将来にわたって持続可能ながん対策の実現
2. 全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築

障害のある者では、がんに関する正確な情報が伝わらず、治療が遅れるケースもあることが指摘されており、適切な方法によりがん医療に関する情報を提供することにより、障害のある者の意思決定を支援していくとともに、がん検診等の検査をより円滑に受けられることができる体制を整備することが必要である。

3. 小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策

3

（参考）障害者基本法

（昭和45年5月 法律84号）

第二章 障害者の自立及び社会参加の支援等のための基本的施策

（医療、介護等）

第十四条 国及び地方公共団体は、障害者が生活機能を回復し、取得し、又は維持するために必要な医療の給付及びリハビリテーションの提供を行うよう必要な施策を講じなければならない。

- 2 国及び地方公共団体は、前項に規定する医療及びリハビリテーションの研究、開発及び普及を促進しなければならない。**
- 3 国及び地方公共団体は、障害者が、その性別、年齢、障害の状態及び生活の実態に応じ、医療介護、保健、生活支援その他自立のための適切な支援を受けられるよう必要な施策を講じなければならない。**
- 4 国及び地方公共団体は、第一項及び前項に規定する施策を講ずるために必要な専門的技術職員その他の専門的知識又は技能を有する職員を育成するよう努めなければならない。
- 5 国及び地方公共団体は、医療若しくは介護の給付又はリハビリテーションの提供を行うに当たっては、障害者が、可能な限りその身近な場所においてこれらを受けられるよう必要な施策を講ずるものとするほか、その人権を十分に尊重しなければならない。**
- 6 国及び地方公共団体は、福祉用具及び身体障害者補助犬の給付又は貸与その他障害者が日常生活及び社会生活を営むのに必要な施策を講じなければならない。
- 7 国及び地方公共団体は、前項に規定する施策を講ずるために必要な福祉用具の研究及び開発、身体障害者補助犬の育成等を促進しなければならない。

4

<現状と課題>

- 障害のあるがん患者の実態や必要な支援等が十分に明らかになっていない。
- 障害のあるがん患者が、適切な情報提供を受け、意思決定をするためには、どのような支援が必要なのかが把握できていない。

<今後の方向性>

- まずは、障害のあるがん患者の実態やニーズを把握する必要があるのではないか。
- 実態やニーズを把握した上で、適切な情報提供の仕方や、意思決定支援のための整備を進めていく必要があるのではないか。

障害のあるがん患者への 対策について

国立がん研究センターがん対策情報センター
八巻知香子

1

海外における障害者へのがん対策

- 米、豪、英など障害者差別禁止法が早く制定された国では、障害者の健康医療サービスの利用上の課題に関する研究が一定程度蓄積されている
 - 検診受診率が低い、適時の医療サービスが阻害されているなど
- 障害者の医療へのアクセスに影響を与える3つの主要因 (Pharr & Chino, 2013)
 - ①**構造的要因** :物理的環境、病院・建物、臨床業務、機器、移動手段へのアクセス
 - ②**経済的要因** :コストに関連するスタッフ/サービスへのアクセス、薬、機器/修理のコスト等
 - ③**人的-文化的要因** :医療提供者の障害者に対する誤解・不十分な知識、深刻に捉えすぎること、提供者の障害者に対する尊重や感受性
- 米国の場合
 - Healthy People 2010に基づく障害者のヘルスプロモーションのパイロット事業
 - がん研究所 (NCI) による社会的に不利な状況にある人への4つのデジタルデバイド解消プログラムとしてのパイロット事業

2

個別対応で可能と思われる 障害のある人の医療機関利用上の課題

(公財) 共用品推進機構 (1991年に発足した市民団体から発展し、1999年に設立された公益法人で、障害者や高齢者等、生活に不便さがある人にも利用しやすいように配慮された共用品・共用サービスの開発と普及を目指す) による調査

2001年 障害者・高齢者の不便さリスト

- 呼ばれるのを職員の口の動きを見ながら待っているのは疲れる(聴覚)
- 代筆してもらえないので不便(弱視)
- 「あちら」「こちら」といわれてもわからない(弱視)
- 和式トイレしかない病院が多いので困る(車いす)

2015年 医療機関に関する良かったこと調査

- 少し大きく、ゆっくりとした声で話してくれる(難聴)
- 指が不自由なため、財布ごと渡して出し入れしてくれる(頸髄・脊髄損傷)
- どのような配慮をしてほしいか尋ねられた(全盲)
- 身障者用トイレは介助に入りやすいので助かる(パーキンソン病)

挙げられている「不便さ」「良かったこと」は、“ちょっとしたこと”が大半

職員がニーズを知る機会があれば、患者が感じる不便さは大きく改善される可能性が高い

(公財) 共用品推進機構 http://www.kyoyohin.org/ja/research/report_reconnaissance.php

http://www.kyoyohin.org/ja/research/report_goodthings.php

3

個別の対応だけでは解決しづらい 障害のある人の医療機関利用上の課題

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会による調査※

「貴院の患者さん、ご家族、市民のがんに関する困りごとのうち、現在対応されていない解決されていないと思われることはどのようなことですか。」

「精神障害のある患者さんを受け入れ、治療ができる施設が極めて限られる」「認知症や精神障害のあるがん患者さんからの相談対応が困難」など 3件

統計情報がないので正確な状況は不明だが、指摘件数が少ないのも、がん診療にアクセスできないためにがん相談支援センターで課題が認知されていない可能性もある

→部会ワーキンググループでの意見

精神疾患、認知症、重複疾患などを抱えるがん患者を治療可能な施設が極めて少なく、適切な治療が受けられていない患者も多数存在する可能性が高く、国レベルで対応を充実していく必要がある

その他のニーズについては統計情報がないため把握できていない

ex 検診受診率、診断時のステージ、受けている治療、生存率

※ 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 第8回 情報提供・相談支援部会(2016年12月8日)
参考資料3-3, 3-4

4

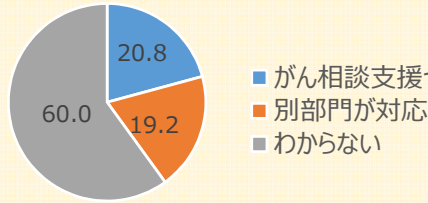
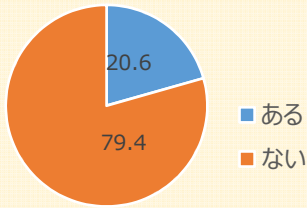
調査事例

がん診療連携拠点病院における視覚障害者への対応状況の実態

対象：国指定（成人・小児）のべ424施設のがん相談支援センターへの郵送調査
 調査時期：H27年3-4月 回収：255センターが回答（回収率60%）

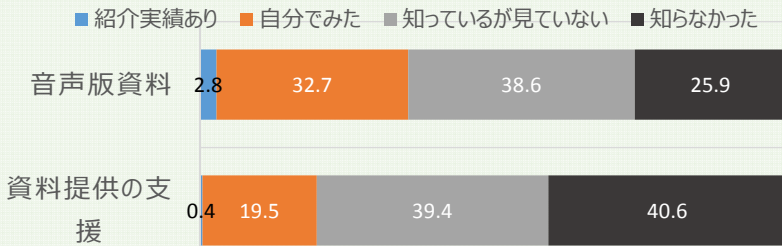
院内で対応する仕組み

この1年に相談を受けた実績



大多数の病院では仕組みはなく、実際にどう対応しているか、相談部門でも把握できていない。

がん情報サービス上の視覚障害者支援情報の認知



がん対策情報センターから提供されている資料や支援方法についても周知ができておらず、活用されていない。

平成26-28年度 国立がん研究センター研究開発費 がん情報の収集と効果的な活用、そして評価のあり方に関する研究（26-A-33）
 研究代表者：高山智子

調査事例

視覚障害者へのがん情報提供やがん診療場面での支援
 - 各機関での対応 -

対象：大阪府堺市での協働プロジェクトに参加している機関担当者11名へのヒアリング調査
 調査時期：2015年1月

がん診療連携拠点病院スタッフ：

「あの人にはどうしてあげたらよかったんだろう」と思う視覚、聴覚に障害のある患者さんについて、複数の事例あり。

がん相談支援センター相談員：

介護関係支援者とはつながりがあっても、障害者福祉のスタッフとのつながりは皆無

点字図書館スタッフ：

がんに関わる病院スタッフとの関係はなかった

健康情報を担当する市立図書館担当者：

図書館サービスを越えた連携の実績なし。病院や点字図書館につなぐことができることがわかり、安心してサービスができる。

市の健康医療推進課：

検診の情報などを障害者向けにすることが「頭になかった」（2016年現在では点字版、音声版を点字図書館と共に準備。車いす利用者には検診車ではなく、病院での「総合がん検診」を案内）

提供者側の知識不足・支援手段の情報不足
 →人的・文化的要因

分野、管轄の違いによる連携体制の未整備
 →構造的要因

連携できる体制が一度できれば、安心して互いを支援しあえるとの意向が双方からあげられた。
 →連携の土壌ができれば、「支援体制の構築が可能」

平成26-28年度 国立がん研究センター研究開発費 がん情報の収集と効果的な活用、そして評価のあり方に関する研究（26-A-33）
 研究代表者：高山智子

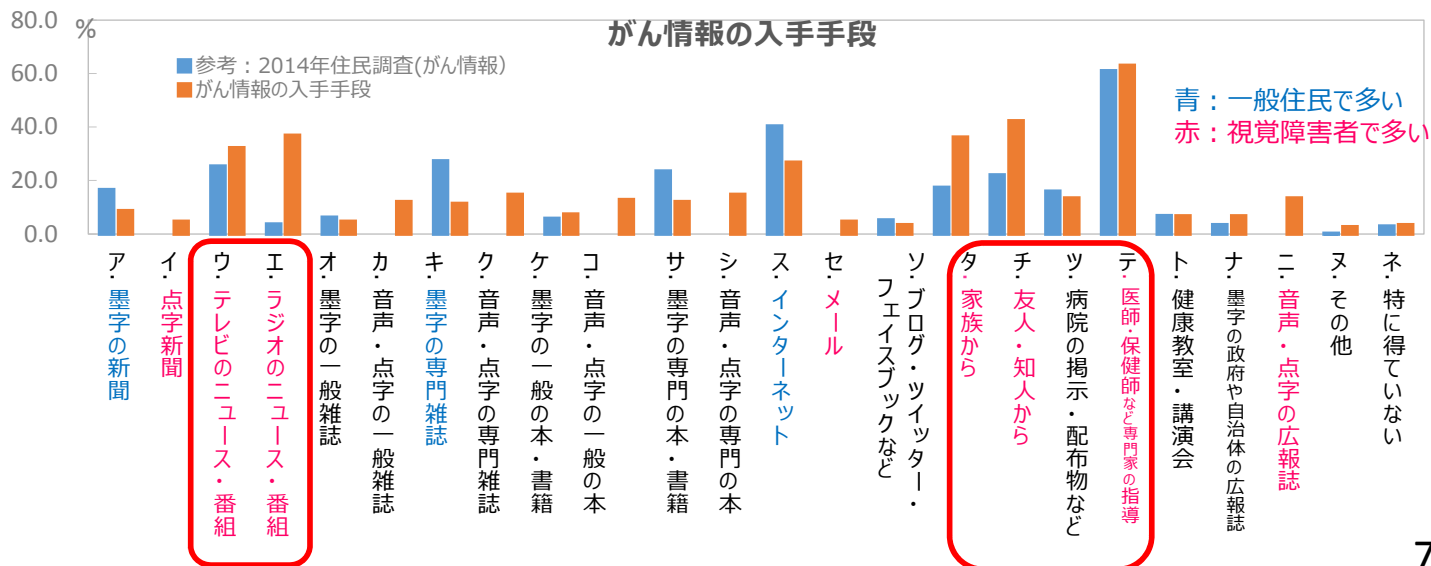
視覚障害をもつ人ががんになったときの情報入手手段

対象：堺市在住の視覚障害者のうち「堺市立健康福祉プラザ視覚・聴覚障害者センター」
「特定非営利活動法人堺市視覚障害者福祉協会」の登録者全数311名
結果：150名（回収率48.2%）

年齢：60-80代で全体の約7割

移動時の付き添い：常に付添必要48.7%、慣れた場所のみ単独外出32.0%、単独外出可能13.3%

同居家族：ひとり暮らし30.7%、同居家族あり64.0%



まとめ

- まず、障害のあるがん患者の罹患、治療、受診などの実態を明らかにすることが必須

→統計情報が必要

→既存調査に、障害に関わる情報を付加

- がん医療や行政の現場で、障害のあるがん患者のニーズに気がついていない可能性が高い

- ニーズが認知されれば対応可能な要素も多い

→障害のあるがん患者のニーズや対応事例の共有

- 分野にまたがる課題であるため、各専門分野を超えた経験、知識の共有が不可欠

→連携を可能にするための、障害者福祉の専門支援機関(点字図書館、生活訓練施設、作業所等々)、がん診療連携拠点病院の連携を促進できる制度枠組み（各分野での整備指針等への記載等）

- がん検診担当者が障害のある人の受診を意識していない場合が多い

- 海外の調査ではがん検診の受診率が低い

→障害のある人にも適切なサポートの元で検診が受診ができる体制の整備とその周知

次期基本計画の全体目標について ～議論の背景～

事務局説明資料

第2期がん対策推進基本計画における全体目標(抜粋) (平成24年6月)

第61回がん対策推進協議会
資料5一部改変

1. がんによる死亡者の減少

平成19(2007)年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後5年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させることを目標とする。

2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

(※は第2期基本計画における新規項目)

1. がんによる死亡者の減少 (指標測定結果)

がんの年齢調整死亡率(75歳未満)	92.4 (2005年)	80.1 (2013年)
	1995年→2005年	2005年→2015年 (推計)
がんの年齢調整死亡率の変化(がん種別)	胃がん -31.1%	胃がん -30.8%
	大腸がん -10.2%	大腸がん -9.1%
	肺がん -9.4%	肺がん -7.5%
	乳がん +13.7%	乳がん -0.1%
	子宮頸がん +3.4%	子宮頸がん +5.9%
	肝がん -32.0%	肝がん -47.9%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

年齢調整死亡率は減少傾向にあるもののがん対策情報センターの分析では、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ており、喫煙率減少及びがん検診受診率向上に関連する施策に加えて、本中間評価の中で各分野別施策においてさらに推進が必要な事項とした内容を中心に、目標達成に向けて基本計画に基づくがん対策を推進する必要がある。また、平成17(2005)年から平成27(2015)年の10年間の変化について、全体目標が設定されているが、がん対策推進基本計画によりもたらされた効果をより正確に計測するという観点から、今後、前基本計画が策定された平成19(2007)年から平成29(2017)年の年齢調整死亡率の変化を検証する必要がある。

がん種によって、年齢調整死亡率の推移は異なった傾向が見られるため、年齢調整死亡率が増加傾向にあるがん種や減少傾向が緩徐であるがん種について、重点的に施策を推進することが重要である。

3

2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上 (指標測定結果)

	2015年
医療が進歩していることを実感できること	80.1%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (からだの苦痛)	57.4%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (気持ちのつらさ)	61.5%
患者が、苦痛が制御された状態で、見通しをもって自分らしく日常生活をおくることができること (自分らしい生活)	77.7%
正確で、患者のつらさに配慮した生き方を選べるような情報提供がきちんと提供されること	71.5%
相談できる環境があると感じる	67.4%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者も少なくないため、全てのがん患者とその家族の苦痛を緩和することができるよう、引き続き体制の検証と整備をすすめる必要がある。

4

3 がんになっても安心して暮らせる社会の構築 (指標測定結果)

		2015年
経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと	(治療の変更・断念)	2.7%
家族のQOLも保たれていると感じられ、自分も安心できること	(家族への負担)	42.1%
がん患者自身が主体的にがん向き合う姿勢をもち、社会の一員であることを実感できること	(職場での孤立)	90.5%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が3割ほどいることを踏まえて、がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組をより一層推進することにより、社会全体でがん患者・家族を支える体制を整備することが重要である。

<過去の協議会において出された全体目標に関する主なご意見> (抜粋)

- ・「全体目標」自体は変更する必要が無いと考えるが、内容についてはデータを更新し、アウトカムを意識した分野別施策と個別目標にすること、また、そのアウトカムを計測できる個別指標を設定し、PDCAサイクルを回した際に、妥当性を検証するスキームを構築することが重要ではないか。
- ・全体目標はスローガンという位置づけにあり、むしろ個別目標による評価が重要ではないか。
- ・全体目標の数値は概況を表しているものであって、数値の高低を議論するよりも、全体がどのような状況になっているのかをしっかりと把握することが重要ではないか。
- ・全体目標は、指標で評価できるものとできないものがあることは認識しておく必要があるのではないか。
- ・健康な者が将来がんにかからないように予防するという視点からの目標設定が必要であり、十分な議論が必要ではないか。
- ・全体目標に、がんの特性や患者個人の状況に最大限配慮しながら、できるだけ公平な対策・支援を進めていくことを明言する必要があると考える。

改正がん対策基本法の概要①

◆ 目的(第1条)

◆ 基本理念(第2条)

- ① がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。
- ② 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に係る医療を受けることができるようにすること。
- ③ 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。
- ④ がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること。
- ⑤ それぞれのがんの特性に配慮したものとなるようにすること。
- ⑥ 保健、福祉、雇用、教育その他の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に実施されること。
- ⑦ 国、地方公共団体、医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること。
- ⑧ がん患者の個人情報の保護について適正な配慮がなされるようにすること。

追加

7

改正がん対策基本法の概要②

◆ 国・地方公共団体・医療保険者・国民・医師等・事業主の責務(第3条～第8条)

◆ 法制上の措置等(第9条)

◆ がん対策推進基本計画等(第10条～第12条)

◆ 基本的施策(第13条～第23条)

改正(第13条～第15条、第17条～第19条)
追加(第20条～第23条)

- | | |
|---|-----------------------------|
| ①がんの予防の推進
(第13条) | ⑦研究の推進等
(第19条) |
| ②がん検診の質の向上等
(第14条) | ⑧がん患者の雇用の継続等
(第20条) |
| ③専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成
(第15条) | ⑨がん患者における学習と治療の両立
(第21条) |
| ④医療機関の整備等
(第16条) | ⑩民間団体の活動に対する支援
(第22条) |
| ⑤がん患者の療養生活の質の維持向上
(第17条) | ⑪がんに関する教育の推進
(第23条) |
| ⑥がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等
(第18条) | |

◆ がん対策推進協議会(第24条、第25条)

8

次期基本計画における全体目標の方向性

- 改正がん対策基本法の基本理念を踏まえて、次期基本計画の全体目標を設定すべきではないか。
- 第2期基本計画の3つの全体目標の考え方を踏襲しつつ、次期基本計画においては以下の通り整理してはどうか。
 1. 「がんによる死亡者の減少」に関して、第1期計画の策定から10年が経過したことを踏まえて以下を検討してはどうか。
 - 指標は、「75歳未満年齢調整死亡率の減少」のままでいいのか。
 - 指標の目標値はどう設定するか。
 2. 「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に関しては、現行の内容を踏襲してはどうか。
 3. 「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に関して、以下を検討してはどうか。
 - より一層発展させるため、がん患者・体験者がその体験等のがん対策に活かせるようなコンセプトや、がん対策自体を国民運動化していくようなコンセプトを加味してはどうか。
- 新たに全体目標に「がんになる国民を減らす(仮)」という項目を追加し、がんの罹患を予防するという一次予防の概念を加えてはどうか。

がん対策推進基本計画の全体目標

第3期がん対策推進基本計画の策定に向けて

国立がん研究センター
がん対策情報センター
がん登録センター
片野田 耕太

本資料は以下の研究班の成果を含んでいます
厚生労働行政推進調査事業費補助金(がん対策推進総合研究事業)
がん対策推進基本計画の効果検証と目標設定に関する研究(研究代表者加茂憲一)

1

内容

- ① がん死亡率の全体目標の結果
(75歳未満年齢調整死亡率)
- ② 第3期計画にむけての対策の効果の試算
一たばこ対策、がん検診(、治療)
- ③ 諸外国のがん対策計画の全体目標

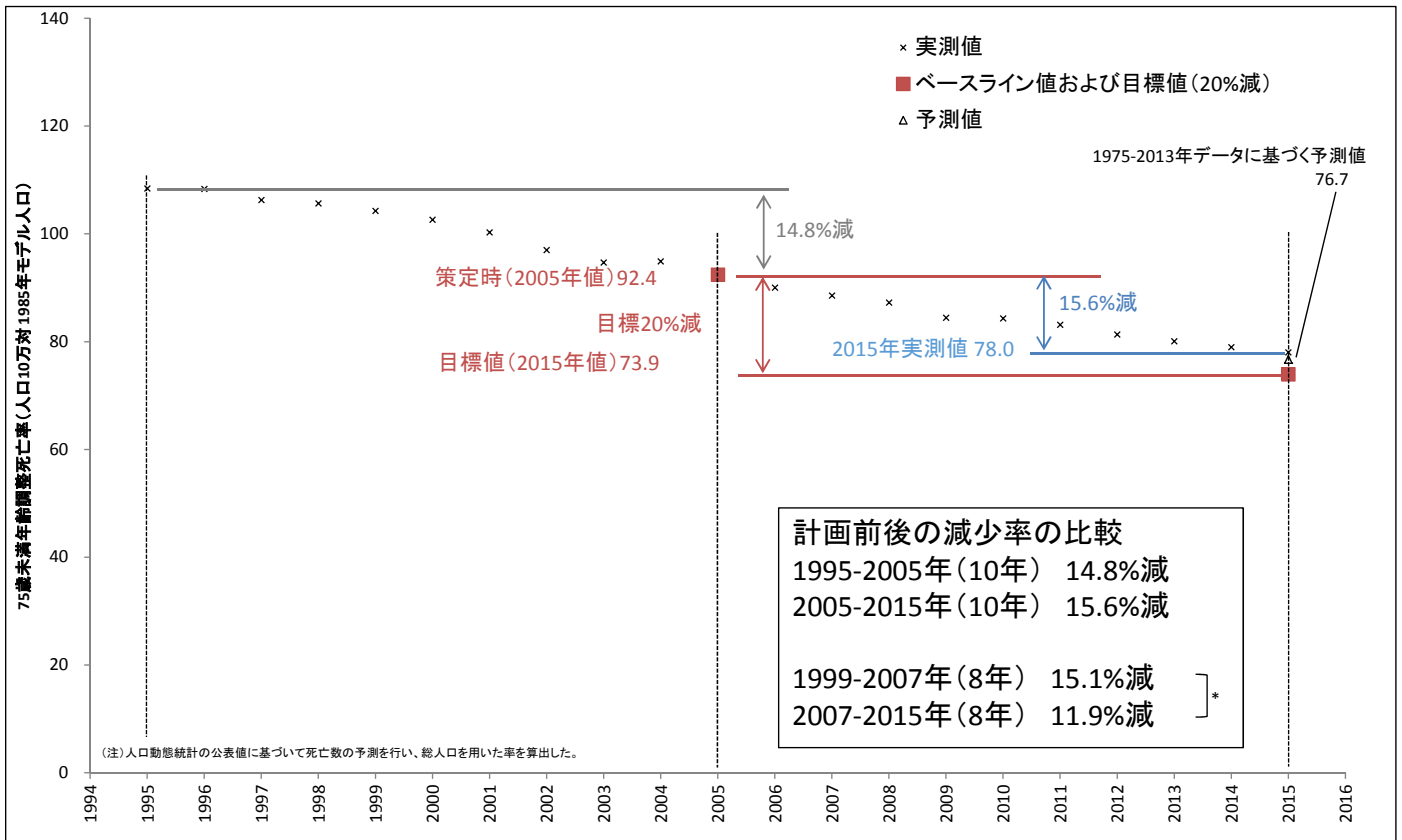
2

第2期がん対策推進基本計画 全体目標

1. がんによる死亡者の減少
(75歳未満年齢調整死亡率の20%減少)
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生
活の質の維持向上
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築

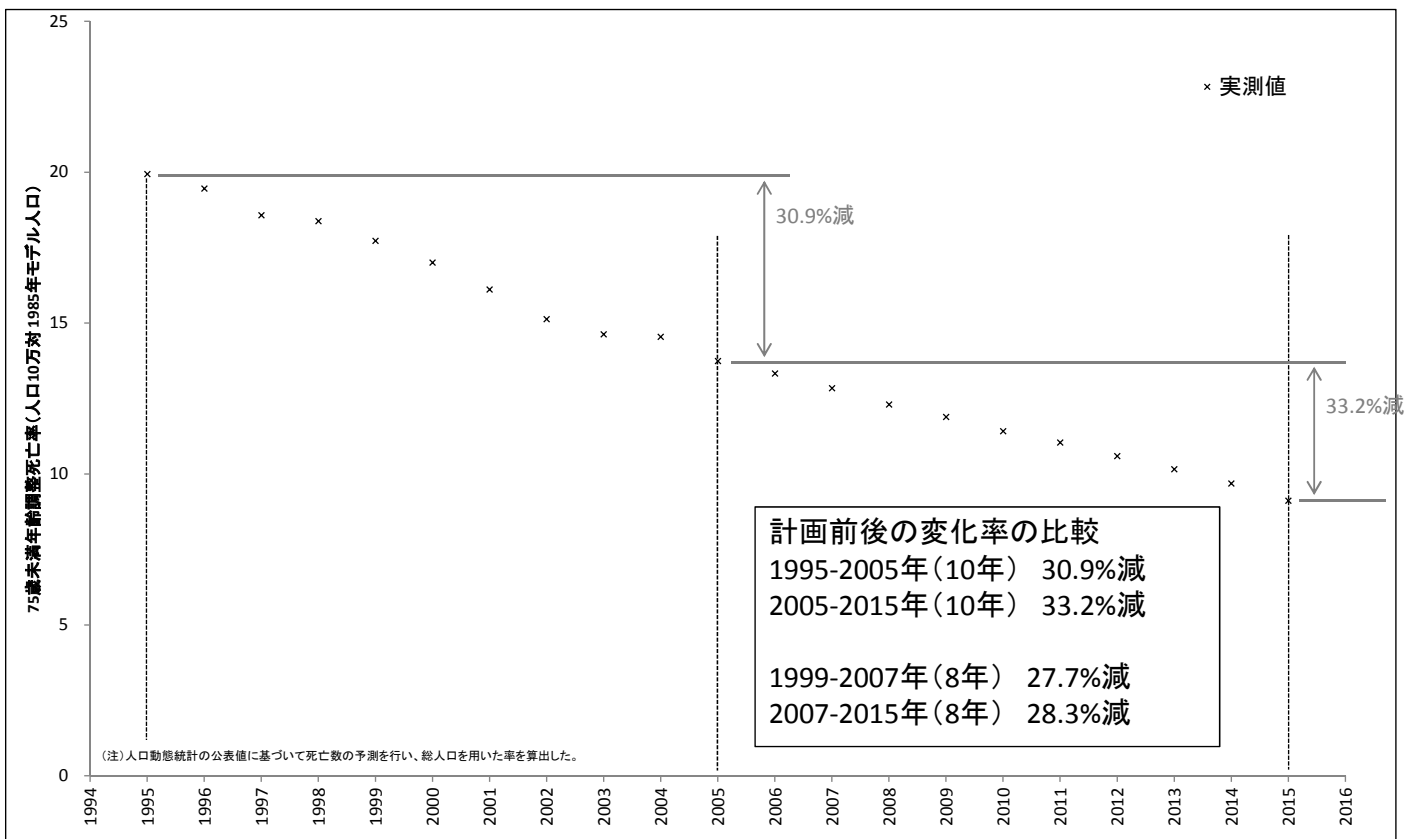
①がん死亡率の全体目標の結果
(75歳未満年齢調整死亡率)

75歳未満年齢調整死亡率の全体目標の結果



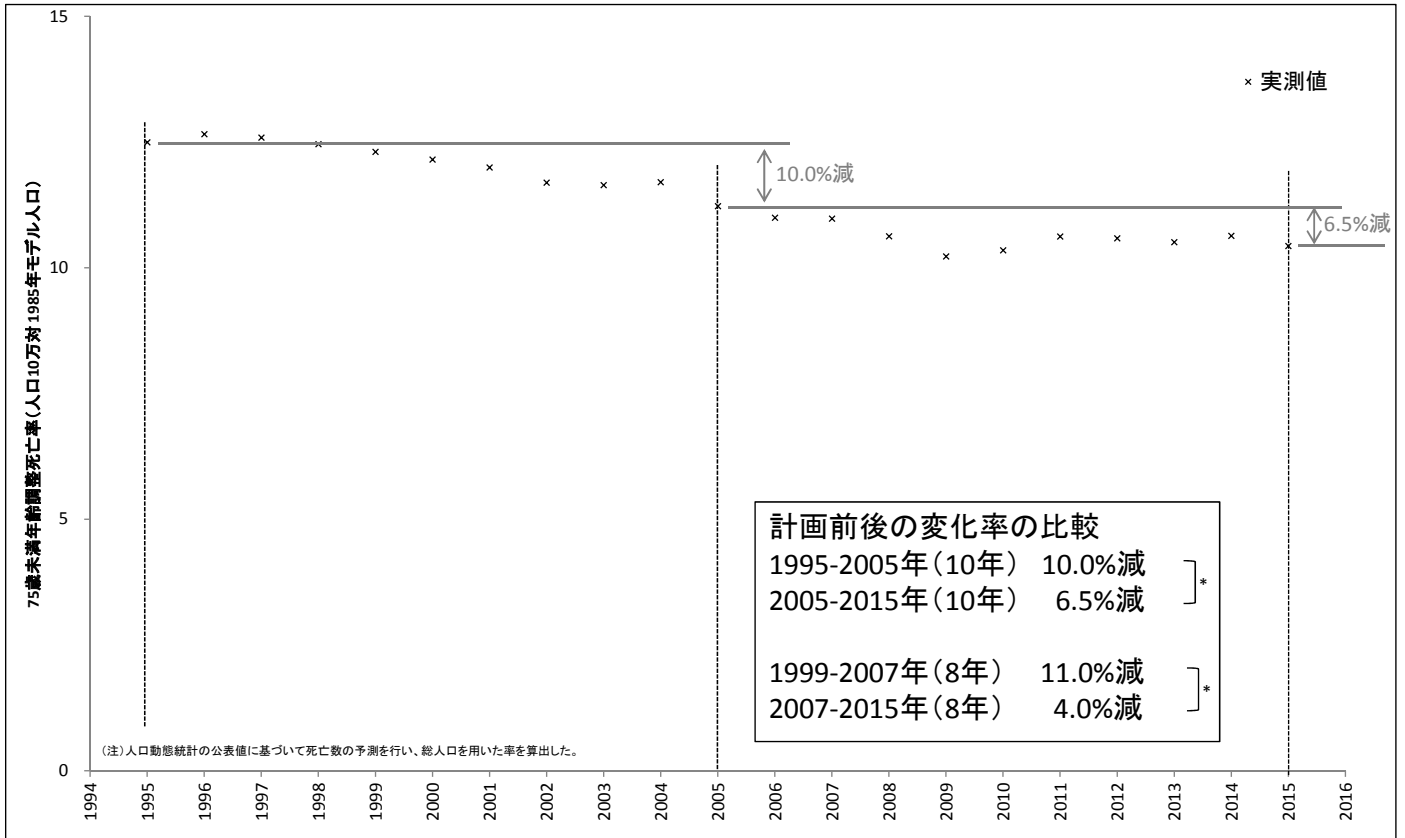
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 胃がん 男女計



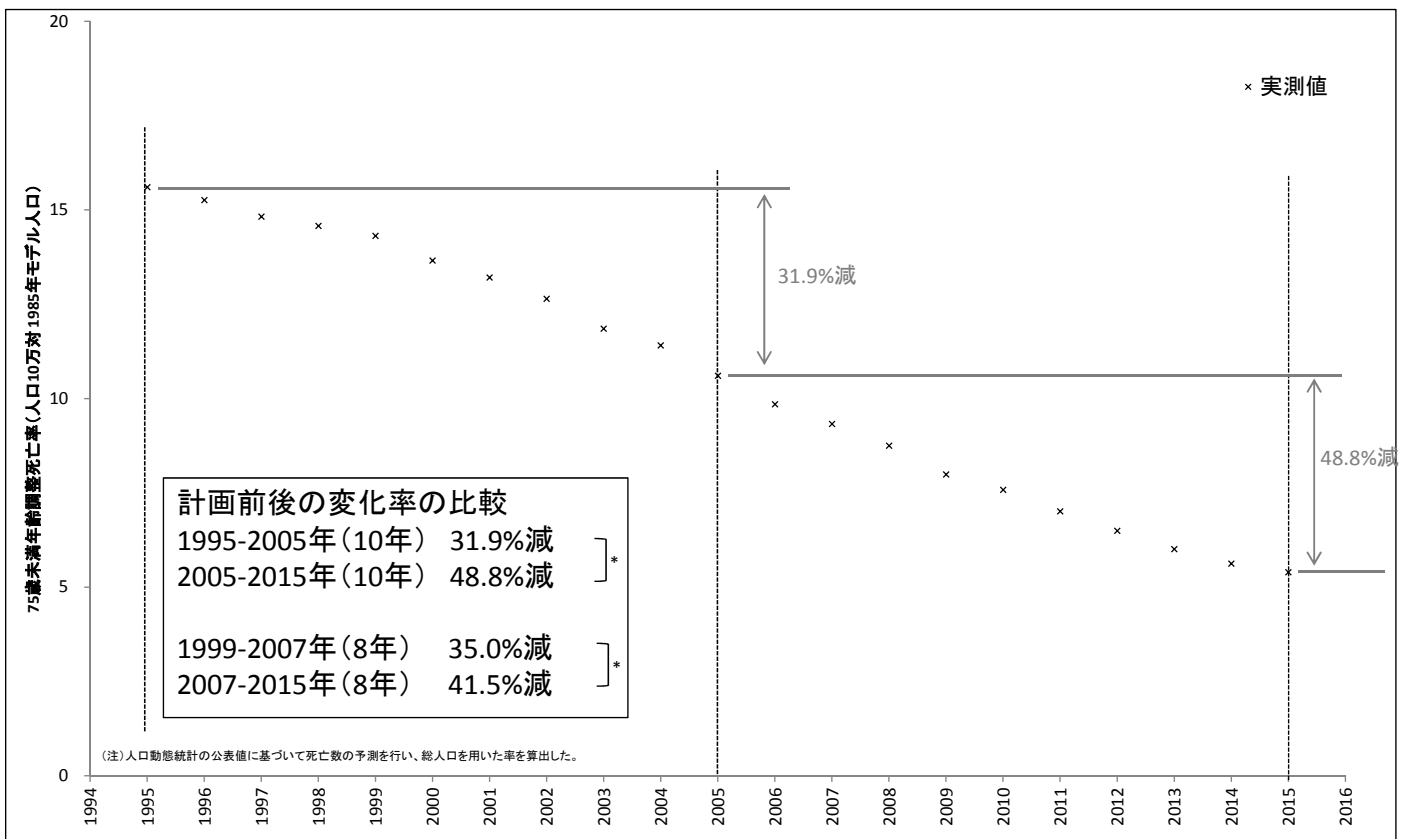
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 大腸がん 男女計



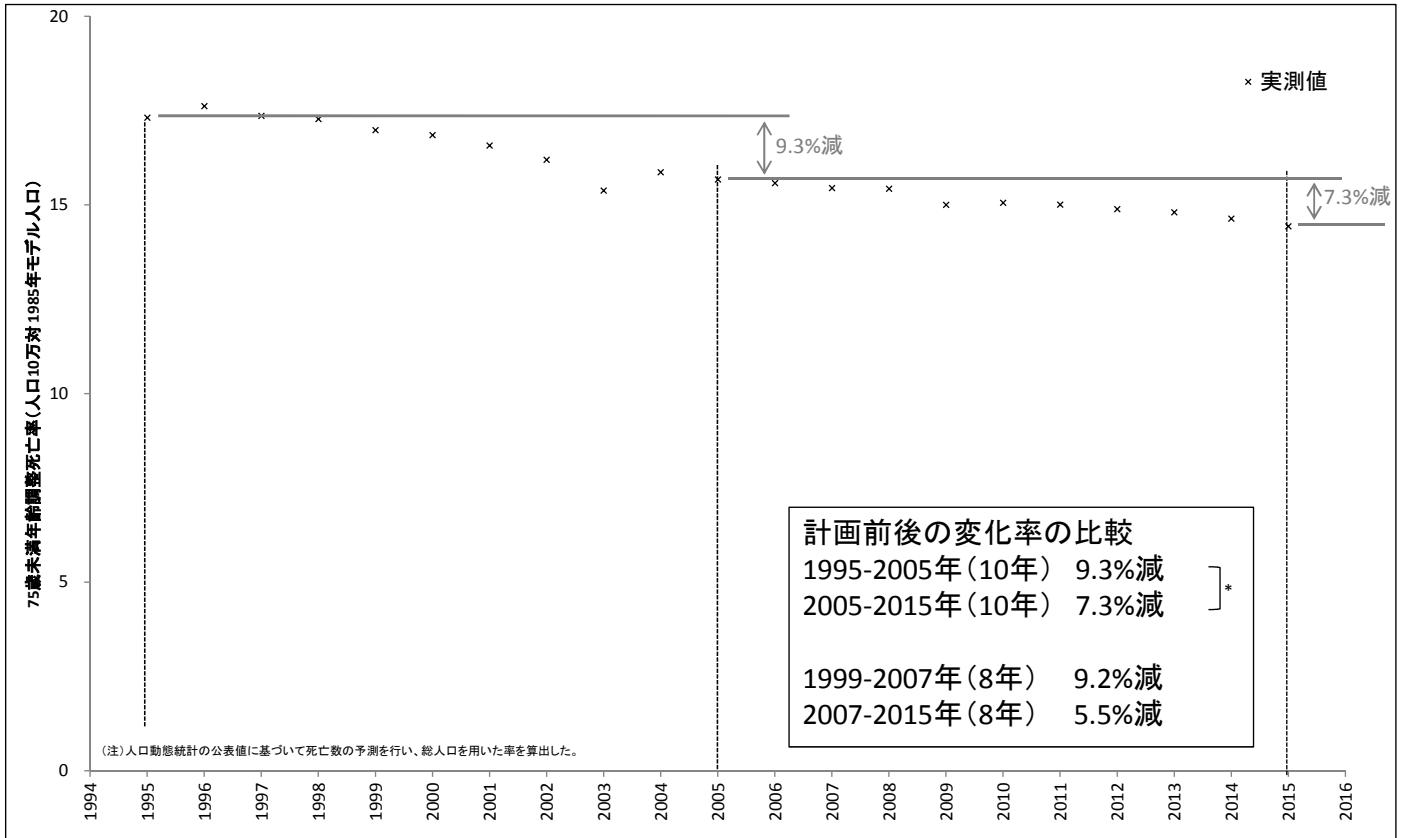
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 肝がん 男女計



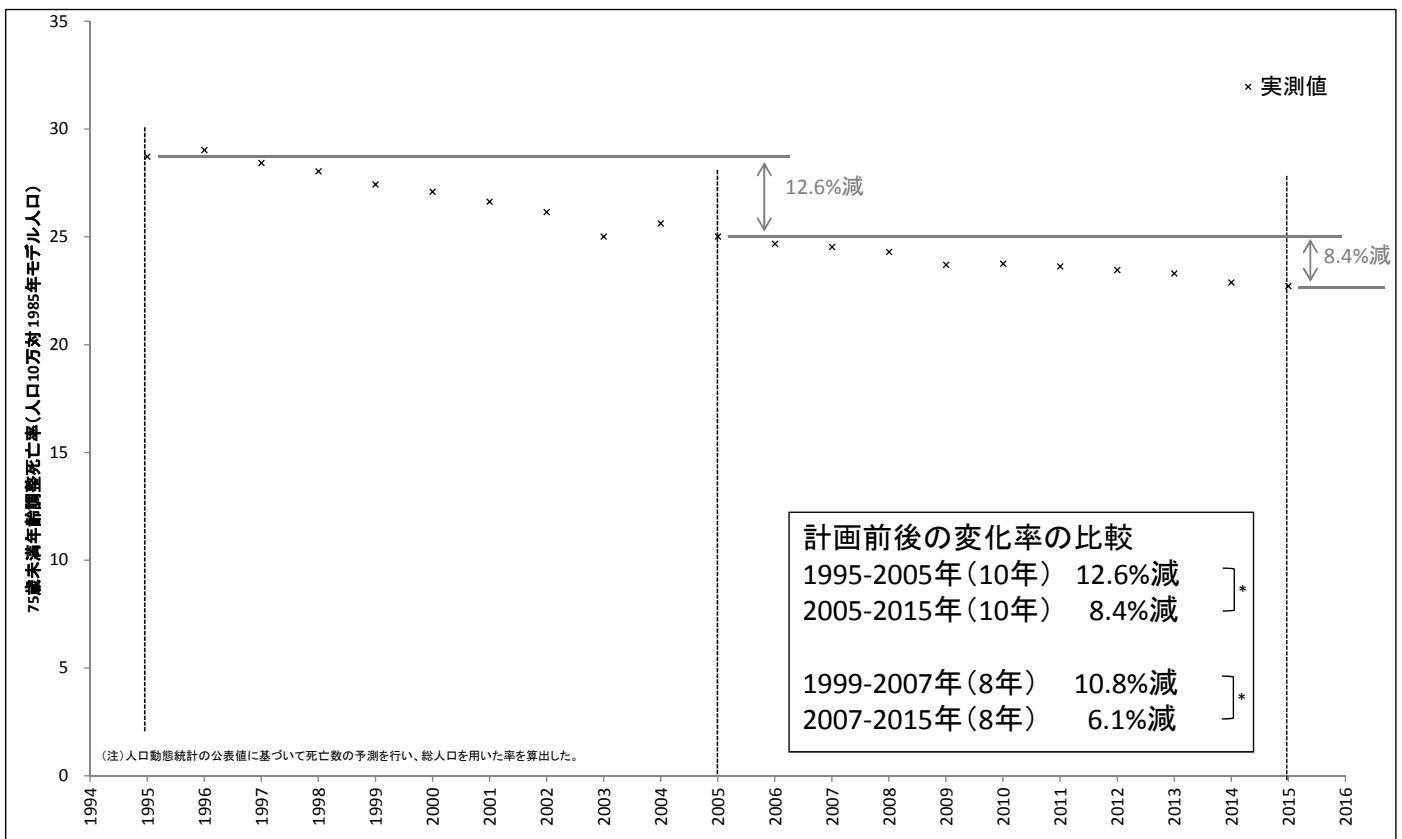
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 肺がん 男女計



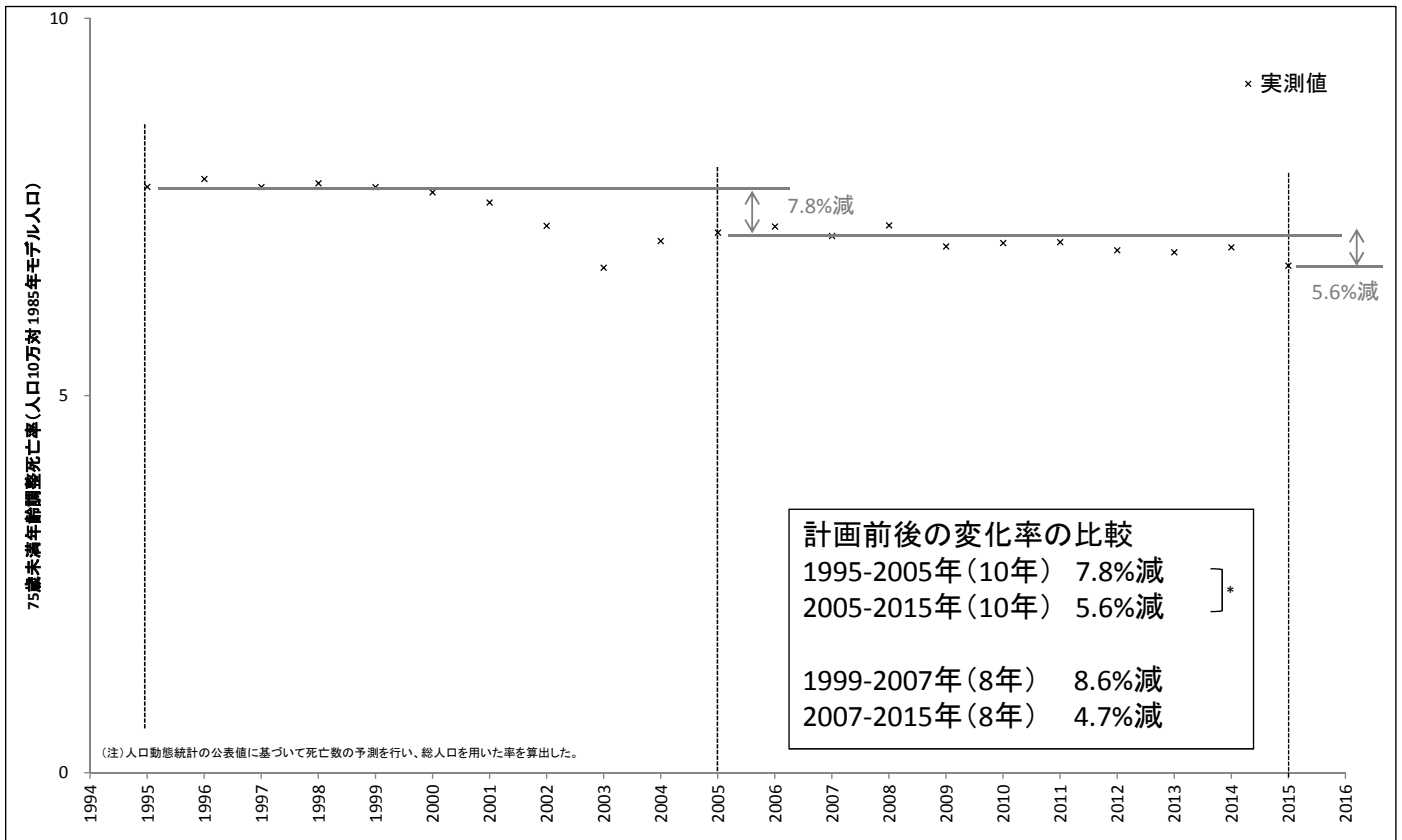
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 肺がん 男性



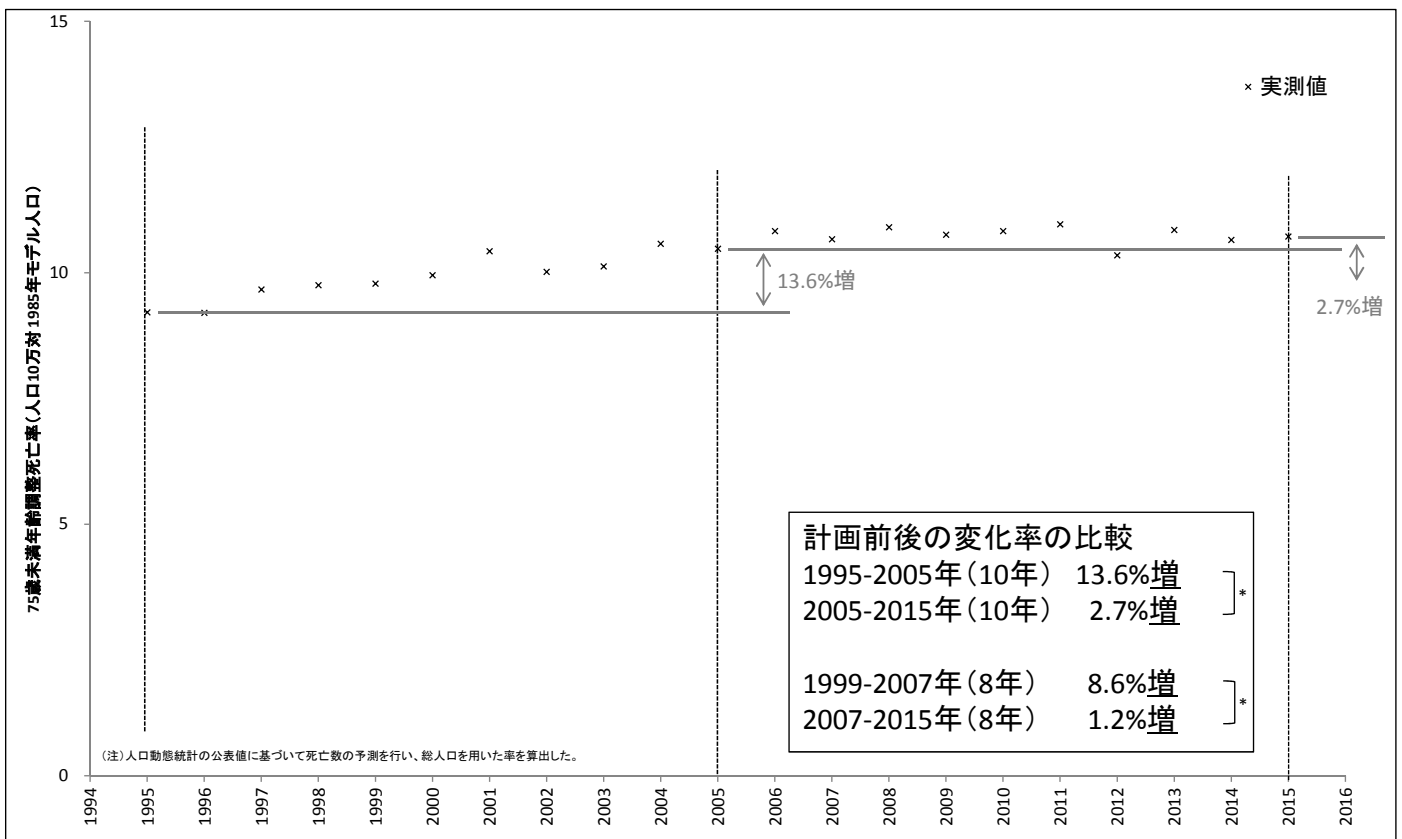
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 肺がん 女性



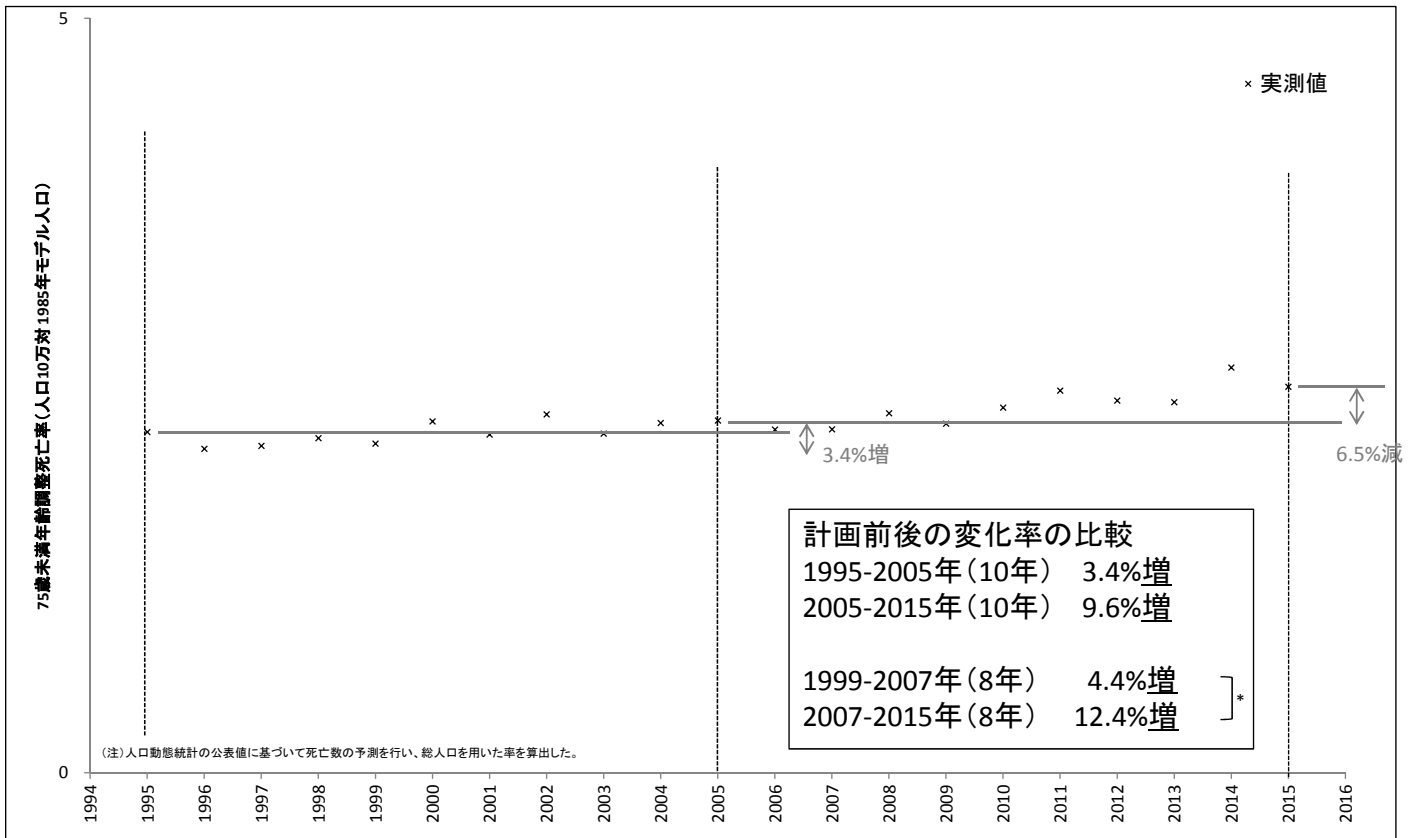
予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 乳がん 女性



予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

部位別 子宮頸がん 女性



予測値の出典: 第51回がん対策推進協議会資料2 (Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法による)
 実測値の出典: 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」(http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html)
 * 対数線形回帰をあてはめた場合の年変化率に統計学的有意差あり(p<0.05)

13

がん死亡率の全体目標の結果 まとめ

- がん対策推進基本計画の全体目標「がんの75歳未満年齢調整死亡率の20%減」は16%減にとどまった
- がん種別に計画前後の傾向を比較すると
 - － 計画後に減少が加速: 肝臓
 - － 計画後に増加が止まった: 女性乳房
 - － 計画前後でほぼ同じ減少: 胃
 - － 計画後に減少が鈍化: 大腸、肺
 - － 計画後に増加が加速: 子宮頸部
- がん対策加速化プランをはじめ、特に死亡率が減少鈍化あるいは増加しているがん種に対して重点的な対策が必要

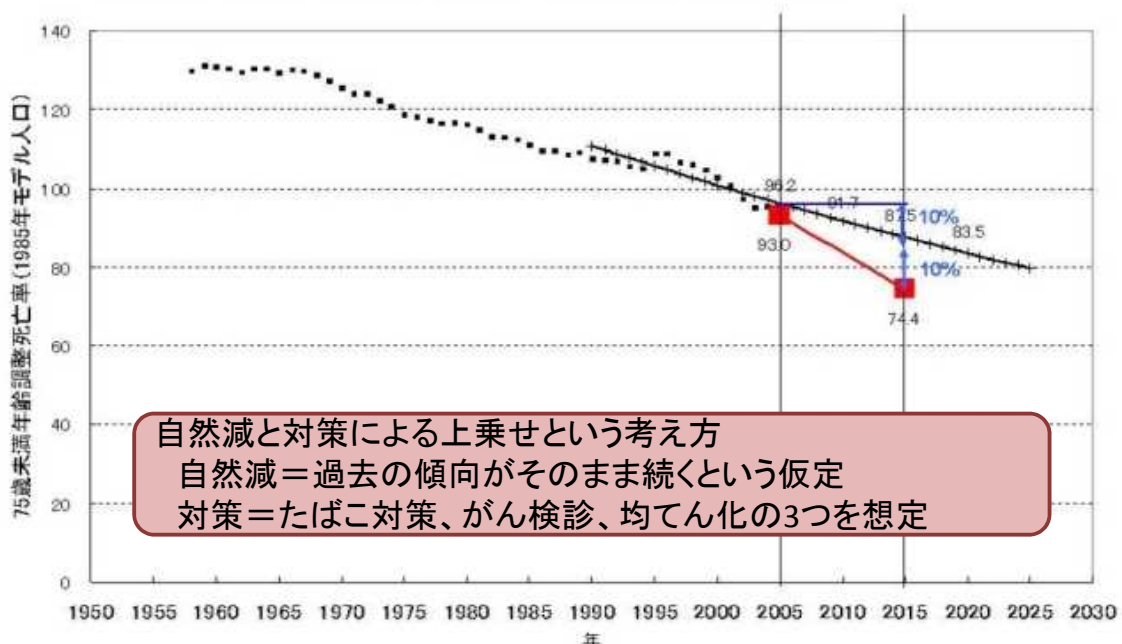
14

②第3期計画にむけての対策の効果の試算 —たばこ対策、がん検診(、治療)

15

現行の目標設定の枠組み

図1 対数線形回帰による年齢調整死亡率の予測
(1990年から2005年のデータを使用) 男女計 75歳未満

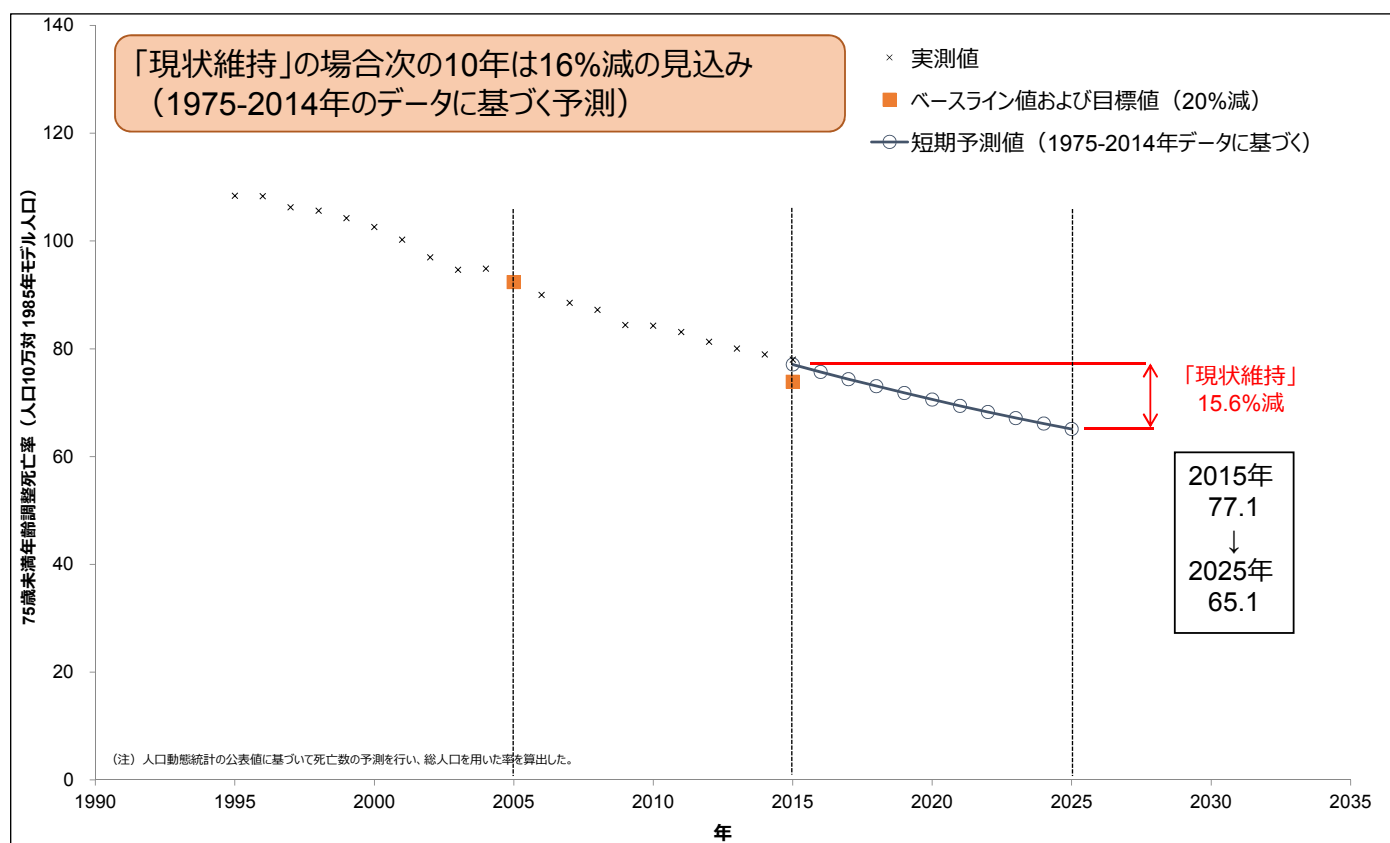


第3期にむけての目標設定の枠組み

- ① シナリオを想定しない予測(=「現状維持」)
 - 過去の傾向がそのまま続くと仮定
 - 年齢、暦年、それらの交互作用を用いたモデルを使用¹
 - 1975~2014年の死亡データと将来推計人口を使用²
 - 75歳未満年齢調整死亡率の減少率(10年間で何%減るか)を予測
 - それをいわゆる「自然減」として用いる(実際は過去の対策の効果も含まれるので「現状維持」) ~ 現行と同じ考え方
- ② シナリオを想定した予測
 - たばこ対策: 喫煙率をシナリオとした男性肺がん死亡予測モデル³ ~ 現行と同じ手法
 - がん検診: 検診受診率、精検受診率をシナリオとした大腸がん罹患・死亡予測モデル
 - 治療: 生存率向上をシナリオとした大腸がん死亡予測モデル
 - それらの効果を関連部位に外挿し、75歳未満年齢調整死亡率の減少率の上乗せ分として①の減少率に加える

1. Japanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41
 2. 国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(平成24年1月推計)
 3. Japanese Journal of Clinical Oncology 2011; 41: 483-9

シナリオを想定しない予測: 全がん75歳未満年齢調整死亡率



将来予測は1975-2014年の実測値を用いてJapanese Journal of Clinical Oncology 2014; 44: 36-41の手法を用いて行った

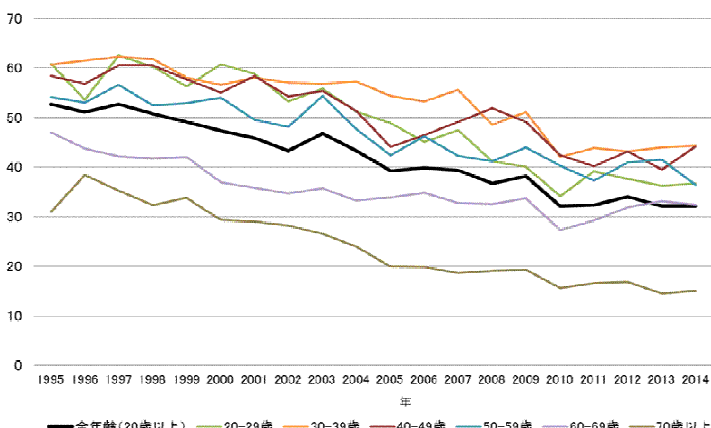
シナリオを想定した予測： たばこ対策

- 年齢、喫煙年数、禁煙後経過年数を用いた肺がん死亡率予測モデル(40～79歳男性)¹
- 喫煙率のシナリオ
 - 2022年に男女計12%(がん対策推進基本計画および健康日本21(第二次)の目標値に相当)
 - 喫煙率横ばいシナリオ(現状維持)と比較²
- 2015年をベースラインとして2035年まで予測
- 男性肺がんでの結果を、喫煙の人口寄与危険割合によって喫煙関連のがん種に外挿³

1. Japanese Journal of Clinical Oncology 2011; 41: 483-9の手法を用いた。
2. 2010年以降喫煙率が横ばいであることを踏まえて、喫煙率減少傾向維持シナリオではなく、喫煙率横ばいシナリオを対照とした。
3. がん患者の期待に応えるがん対策推進基本計画の策定のために(<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>)

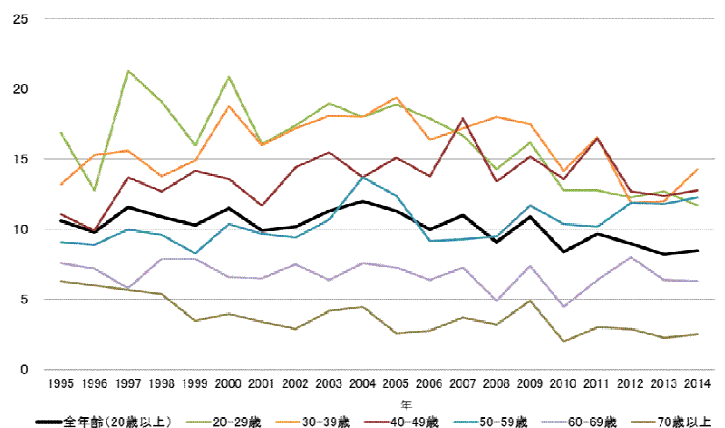
喫煙率の動向

男性の成人喫煙率の推移



国民健康・栄養調査より国立がん研究センターにて作成

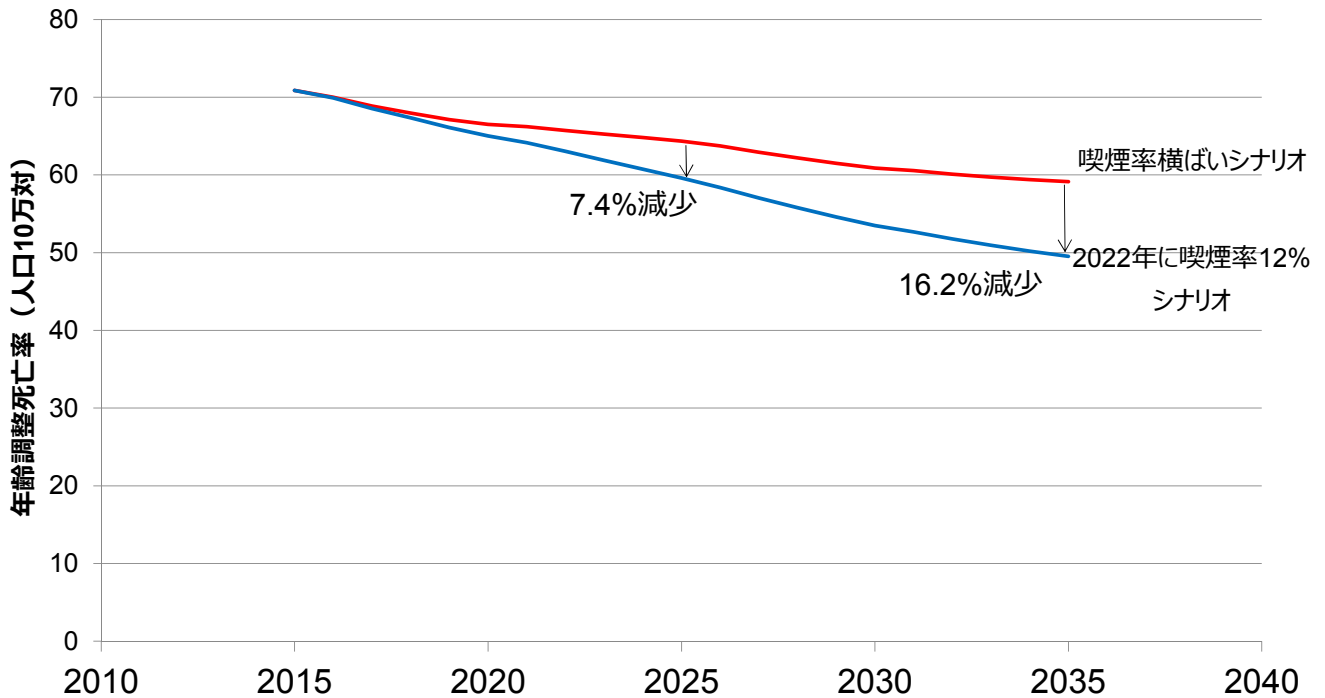
女性の成人喫煙率の推移



国民健康・栄養調査より国立がん研究センターにて作成

- 長期的には男性は減少傾向、女性は微減
- たばこ増税および値上げが行われた2010年以降は減少の鈍化の兆しが見られる

シナリオ別の肺がん死亡率 (40~79歳男性・年齢調整)



たばこ対策の効果 がん種別の合計

部位・がん種	死亡率減少率* 男性	死亡率減少率* 女性	死亡率減少率 男女計	全がん75歳未満年齢調整死亡率の減少率への寄与
肺	7.4%	1.4%	4.4%	0.88%
口腔・咽頭	5.6%	0.5%	3.0%	0.06%
食道	6.5%	0.9%	3.7%	0.12%
胃	2.7%	0.2%	1.4%	0.19%
肝臓	4.0%	0.4%	2.2%	0.17%
膵臓	2.7%	0.6%	1.6%	0.14%
喉頭	7.8%	0.0%	3.9%	0.01%
子宮頸部	-	0.6%	0.3%	0.00%
腎盂を除く腎	3.2%	0.0%	1.6%	0.02%
腎盂・尿管・膀胱	7.7%	0.2%	4.0%	0.12%
骨髄性白血病	3.8%	0.0%	1.9%	0.03%
全がん合計				1.7%

*「喫煙率横ばい」シナリオに対する「2022年に喫煙率男女計12%」シナリオの10年間の効果

シナリオを想定した予測 がん検診

- 検診受診率、精検受診率をシナリオとした大腸がん罹患・死亡予測モデル
- 大腸腺腫 (adenoma)、前臨床大腸がん、臨床大腸がんの遷移を現状のがん検診関連指標を用いてモデル化

• 検診受診率のシナリオ

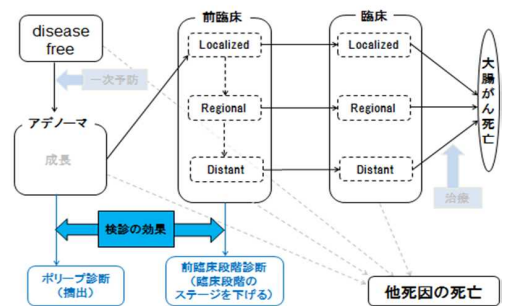
- 現状維持 (男性40%, 女性35%)¹ ⇒ 目標50%

• 精検受診率のシナリオ

- 現状維持 (男女計65%)² ⇒ 目標90%

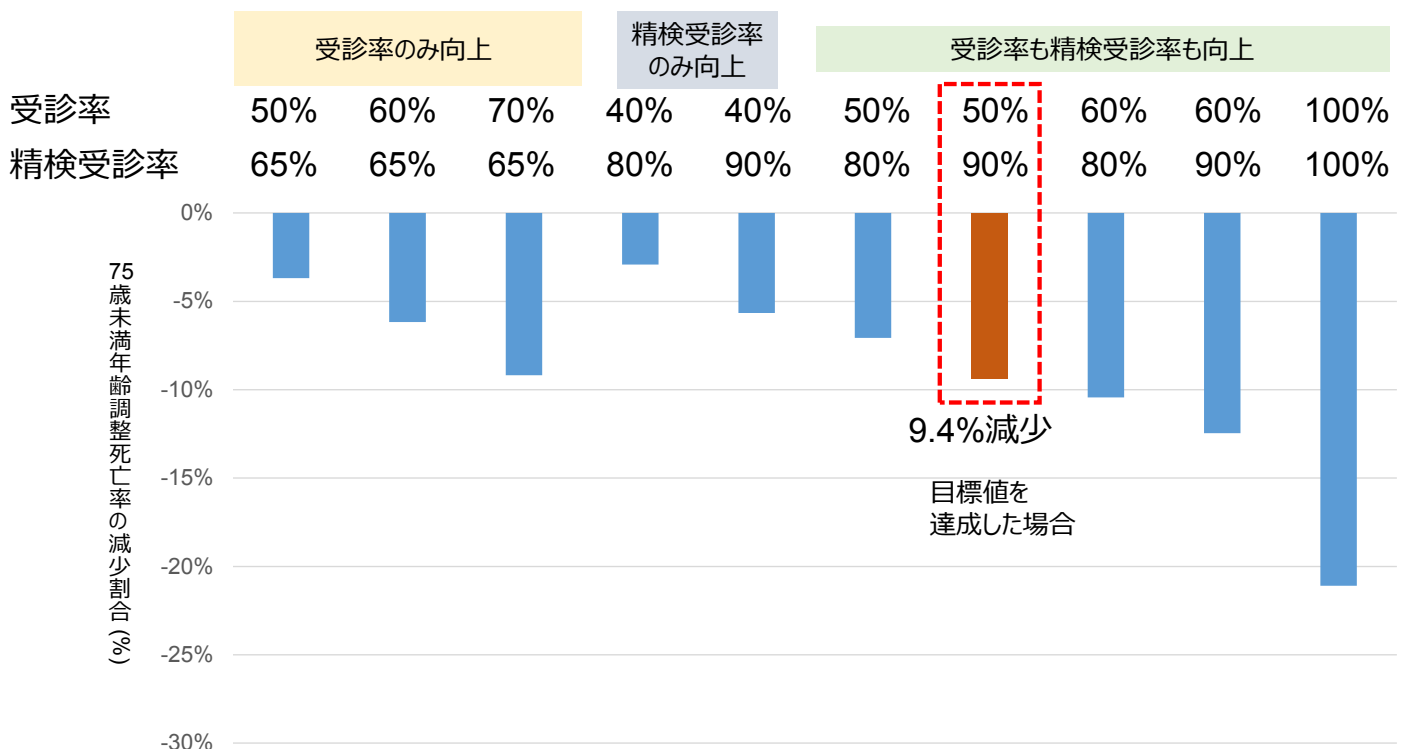
1. 国民生活基礎調査 (2013年) 大腸がん検診受診率 男性41.4%、女性34.5% (40~69歳) に基づいて設定
2. 地域保健・健康増進事業報告 (2013年度値) 大腸がん精密検査受診率 男女計67.4% (40~74歳) に基づいて設定

大腸がん自然史モデル



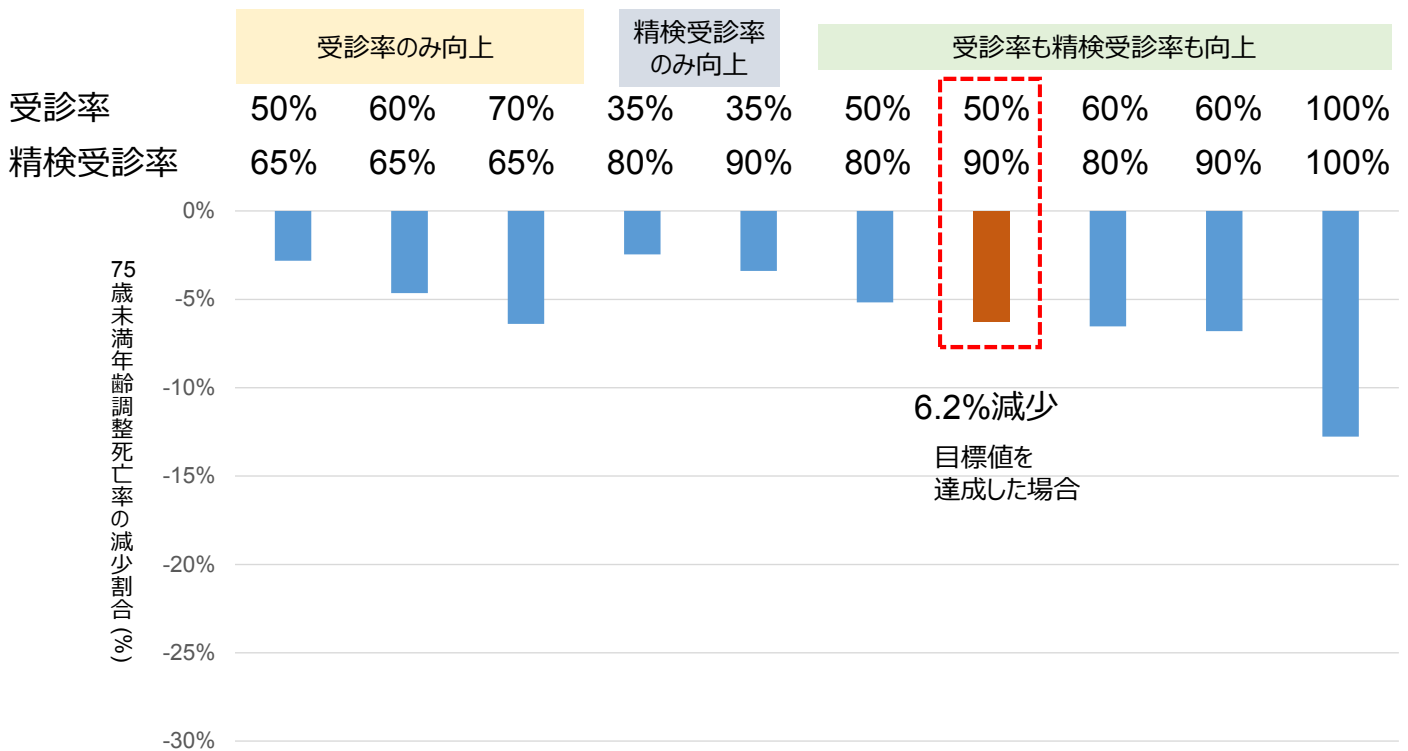
大腸がん検診 (男性)

現状 (受診率40%、精検受診率65%、2013年値) と比べた 75歳未満死亡率減少割合の推計



大腸がん検診（女性）

現状（受診率35%、精検受診率65%、2013年値）と比べた
75歳未満死亡率減少割合の推計



30-79歳の1,000,000人の仮想コホートMicrosimulationより 25

受診率50%、精検受診率90%を達成した場合のがん検診の効果：がん種別死亡率減少割合の合計

部位・がん種 (死亡率減少の相対リスク)	死亡率減少割合 (男性)	死亡率減少割合 (女性)	死亡率減少割合 (男女計)	2014年 75歳未満 死亡数	全がん75歳未満 年齢調整死亡率の 減少割合への寄与
大腸 (0.840)	9.4%	6.2%	7.8%	20,470	1.0%
胃 (0.6)	11.2%	9.7%	10.4%	19,171	1.3%
肺 (0.74)	4.1%	6.3%	5.2%	30,175	1.0%
女性乳房 (0.87)	-	3.5%	3.5%	8,783	0.2%
子宮頸部 (0.3)	-	26.8%	26.8%	1,946	0.3%
全がん合計				153,934	3.9%

- 大腸がんのシミュレーション結果をもとに、他の部位の死亡率減少を推定
- 各部位の死亡率減少の程度は、各部位のがん検診のRCT（のメタアナリシス）における死亡率減少効果に基づき、重み付けした
e.g. 死亡率減少効果の重みw = 乳がん検診のRR/大腸がん検診のRR
- 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」班の各種検診ガイドラインに掲載されている死亡率減少効果の数値（HR, RR, OR）のうち、Meta-analysisによるもの、それ以外は最も減少効果が小さいものを選択

治療の効果推定(検討中)

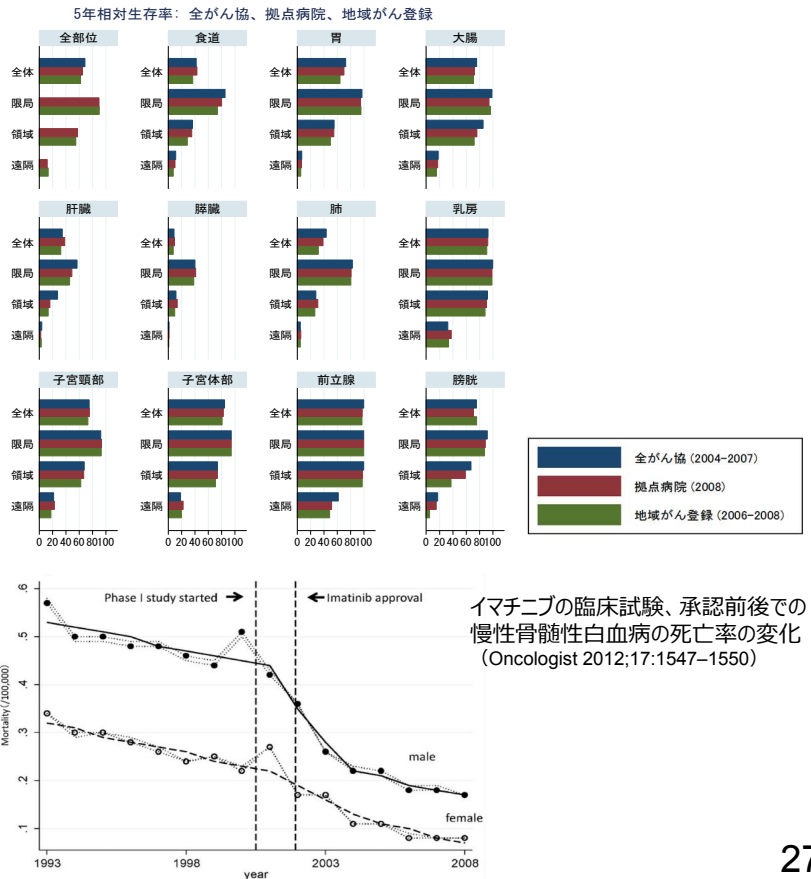
【現状の生存率(現状維持)】

- 地域がん登録に基づく5年相対生存率(2006-2008年診断例)

【生存率向上のシナリオ】

- すべてのがん患者の5年相対生存率が
 - ①がん診療連携拠点病院レベルに向上
 - ②全国がん(成人病)センター協議会加盟施設レベルに向上
 - ③薬剤開発による向上

⇒シミュレーションモデルによる推定



対策の効果の試算 結果のまとめ

• たばこ対策

「2022年までに成人喫煙率男女計12%」(がん対策推進基本計画および健康日本21(第二次)の目標に相当)が実現した場合、喫煙率が横ばいで推移した場合と比べて、全がん75歳未満年齢調整死亡率で1.7%の減少効果

~2015年の喫煙率は2014年値より下がっていることを考慮すると(男性30.1%、女性7.9%)、効果はやや過大評価

• がん検診

「受診率50%、精検受診率90%」が実現した場合、それらが現状のまま(2013年値)の場合と比べて、全がん75歳未満年齢調整死亡率で3.9%の減少効果

~対象集団が目標値の実現下で加齢することを想定しているため、効果は考える最大効果に近い

⇒治療の効果の推計結果と合わせて

③諸外国のがん対策計画の全体目標

諸外国のがん対策計画

- 米国・カリフォルニア州
- 英国・イングランド
- カナダ・オンタリオ州/連邦



CALIFORNIA'S
COMPREHENSIVE
CANCER CONTROL PLAN

ACHIEVING WORLD-CLASS CANCER OUTCOMES

A STRATEGY FOR ENGLAND
2015-2020



全体目標の例

【米国・カリフォルニア州】

- 「新たながん患者とがんによる死亡の数を減らすこと、特に女性乳がん、子宮頸がん、大腸がん、悪性黒色腫、卵巣がん、前立腺がん」

【英国・イングランド】

- 「世界標準のがんのアウトカムを達成すること」(計画のタイトル)

31

全体目標の例

【カナダ・オンタリオ州】

- QOLと患者の体験
「患者の意思を尊重したケアを患者の希望に応じて提供し、がんの治療全体にわたって個人の生活の質を最適化すること」

- 安全

「すべての患者ケアの場面で、患者とそのケアをする人の安全を確保すること」

- 公平

「すべてのがんの制度において、すべての州民に保健医療の公平性を確保すること」

32

全体目標の例

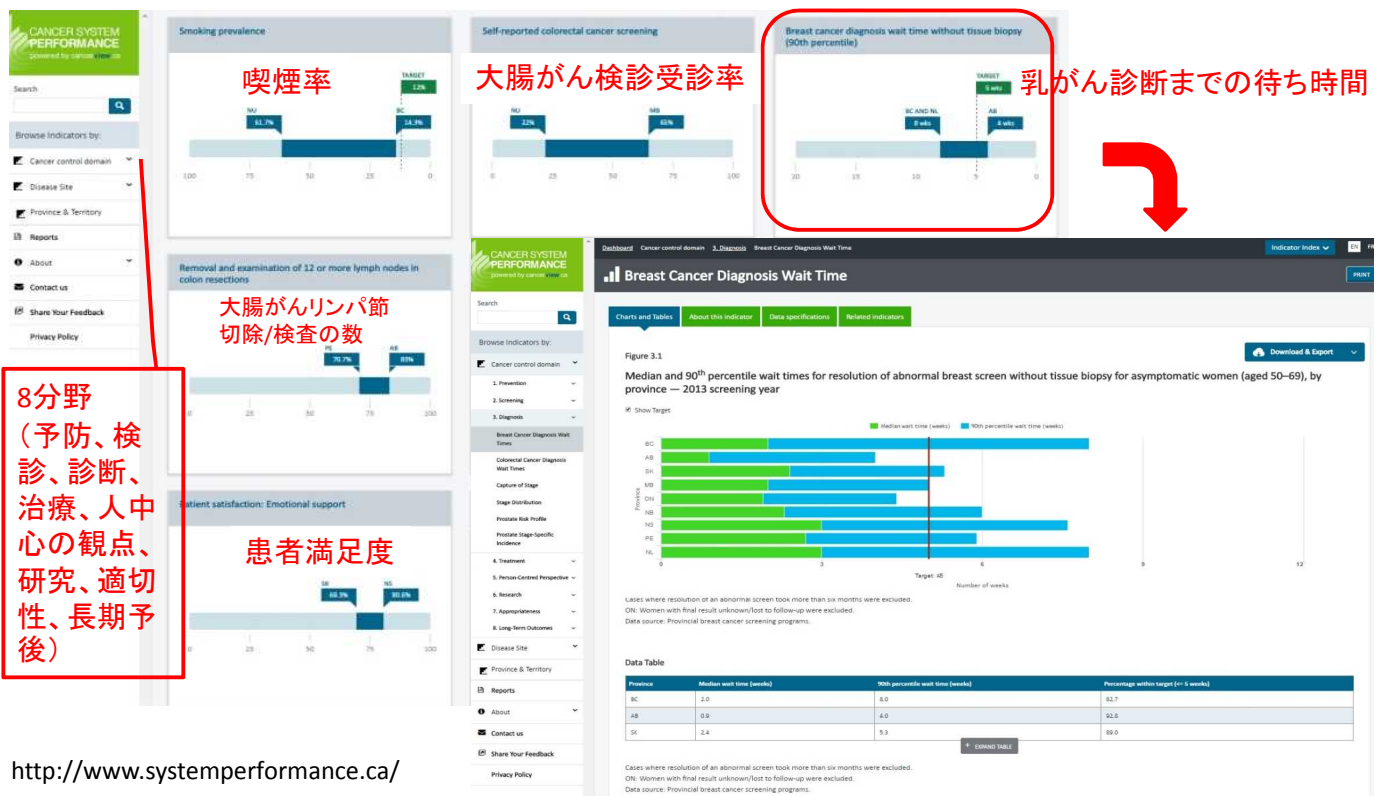
【カナダ連邦】「野心的かつ実行可能に」

- 「がんになる国民を減らすこと」
- 「がんで亡くなる国民を減らすこと」
- 「がんに関わる国民がよりよい生活の質を享受すること」

33

数値目標の位置づけ

Canadian Partnership Against Cancer: System Performance



34

諸外国の全体目標 まとめ

- 諸外国では全体目標は数値的なものより概念的なものが中心
- 罹患、死亡の減少に加えて、生活の質の向上と公平性の確保をかかげる例が多い
- それらの目標を実現するために包括的な数値目標群を設定し、継続的に測定、公表、分析する仕組みを整備している

ご清聴ありがとうございました

がんの予防事業への期待

株式会社ミナケア 代表取締役
山本 雄士

Confidential

Copyright © MinaCare, Co., Ltd. All rights reserved.

1

ミナケアは、健康の監査法人兼インテグレーター



企業理念 「ずっと元気で、の思いをカタチに」

ミナケアの事業

病気にさせない

負担を減らす

強力にサポート

- ・ 保険者のデータヘルス
- ・ 事業主の健康経営
- ・ 地域の健康自治

根拠に基づく健康監査

単純なデータ集計ではなく、関係者のアクションにつながる、そして、根拠のあるデータ解析を行います。



保健戦略の企画・立案

健康の向上と医療コストの削減の双方を重視し、健康経営を見据えた保健事業の全体戦略を立案。



継続的な実施支援、検証

保健事業の実施に向けた研修や事業の効果検証、関係者向けの研修、改善策の提案など、専門チームがサポート。



業界有数の社員の専門性



医師



歯科医師



保健師



エンジニア



データアナリスト



コンサルタント

Confidential

Copyright © MinaCare, Co., Ltd. All rights reserved.

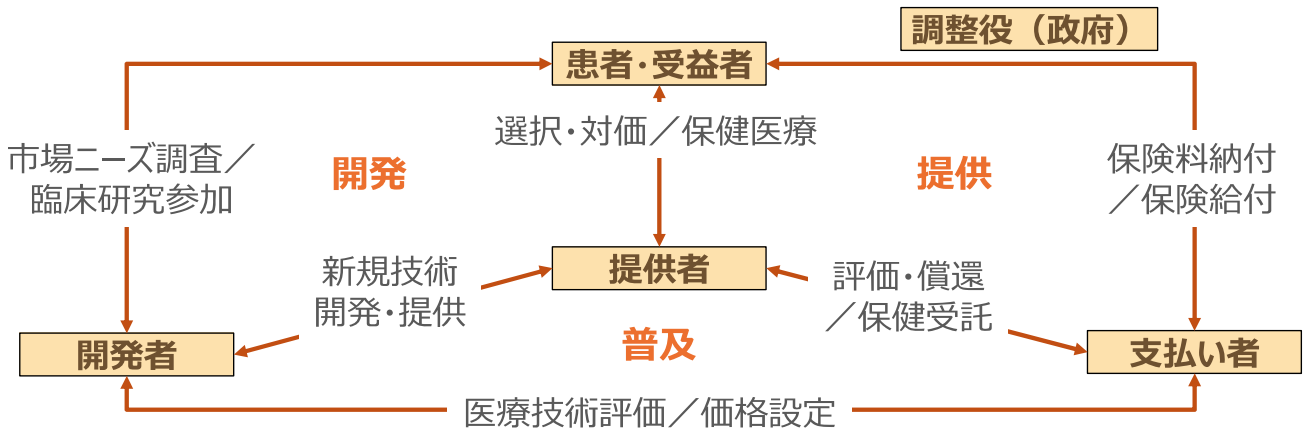
2

わが国の発展：健康長寿・経済成長・国際貢献

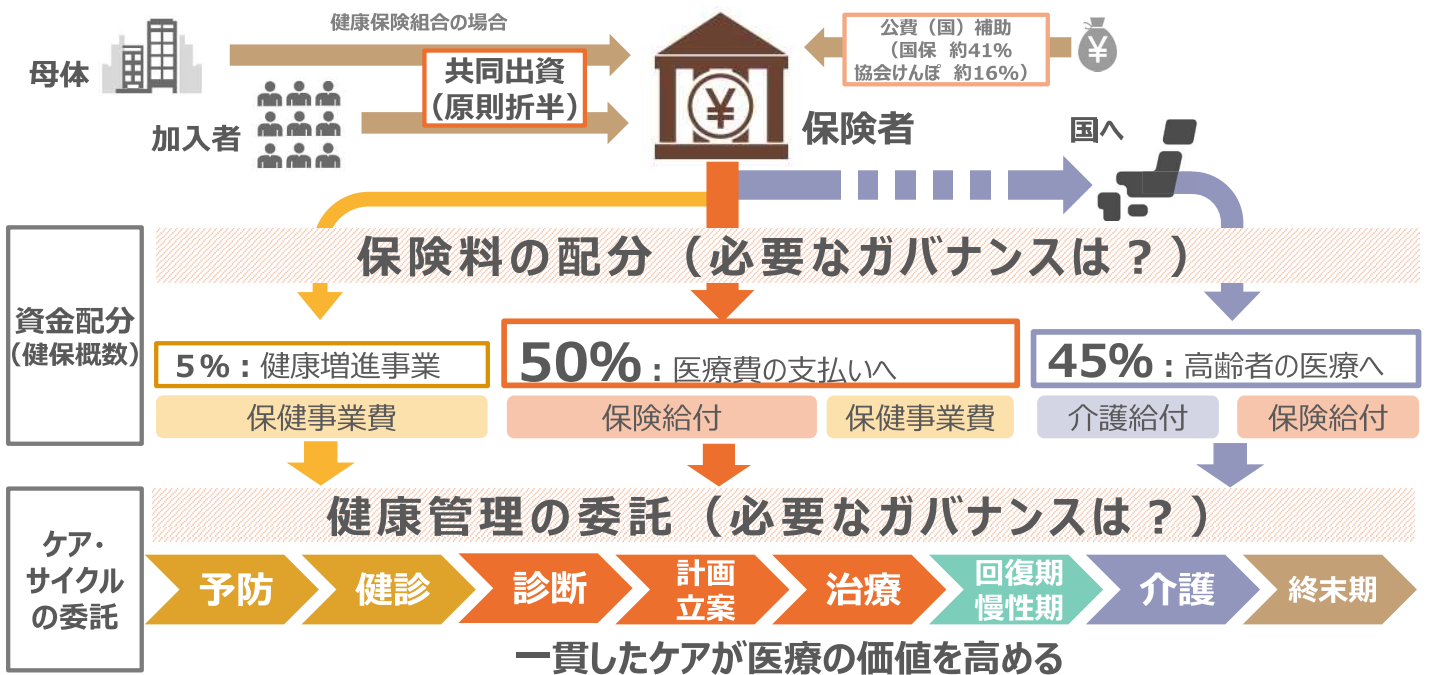
ケア・サイクル



医療の価値



保険者の新たな役割を創出、強化する



! ・金融資産、健康資産の双方を管理する保険者に必要なガバナンスとは？
 ・保健・医療・介護を最適にナビゲートするには、どのような情報どう獲得するか？



質の良い保健医療は、そもそも低コスト

先手で取り組む

- 後手に回った健康づくりは「コスト」
- 健康に投資する保険者経営、企業経営を！

孤立させない

- 健康の負担は連帯責任、健康づくりを個人責任に狭めない
- 支えあう力がコミュニティ（組織）の強さと健康の持続性を生む

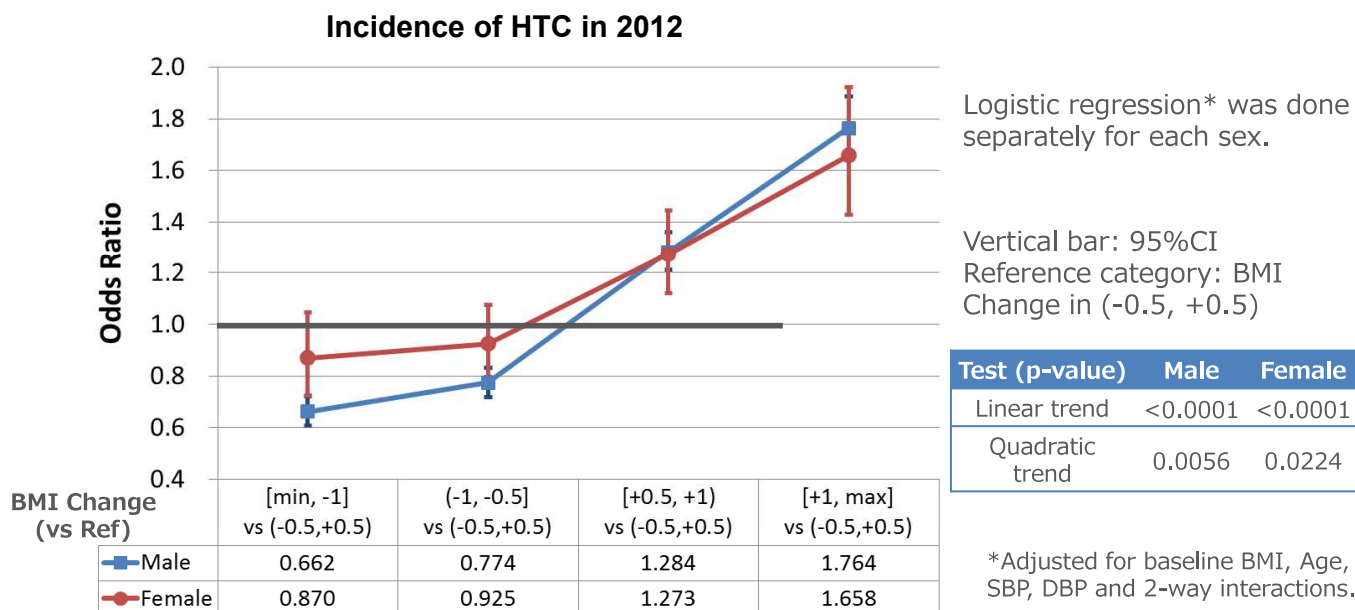
ポートフォリオを組む

- 万能の健康方法はないので、リスク実態に即して取り組む
- 事業内容の定期的な見直し、評価が必須！

事例) Incidence of HTC in 2012 by BMI Change



- The BMI increase was associated with an increase in the incidence of HTC in 2012.
- The association was stronger for males than for females.



- 2015年6月発表の「保健医療2035」
- 塩崎厚生労働大臣の下、「2035年を展望した上で、保健医療において守るべき基本理念や価値観、求められる変革の方向性について検討した」

以下、本文より抜粋

- 疾病の治癒と生命維持を主目的とする「キュア中心」の時代から、慢性疾患や一定の支障を抱えても生活の質を維持・向上させ、身体的のみならず精神的・社会的な意味も含めた健康を保つことを目指す「ケア中心」の時代への転換（P10）
- 「健康増進や予防、診断、治療、疾病管理、介護、終末期（人生の最終段階）までが切れ目なく一貫性を持った保健医療として提供されている」（P17）
- 「診断・治療に比べると、予防に関する科学的エビデンスは圧倒的に少ない」（P27）
- 「健康への投資は生活の質を向上させ、労働生産性を向上させることから、高齢者の介護予防、現役世代からの健康づくり等の予防・健康管理に関する取組みを進める」（P26）



保健医療2035提言書

平成27年6月
「保健医療2035」策定懇談会

国立がん研究センターからの情報発信

- がん研究からがん予防へ



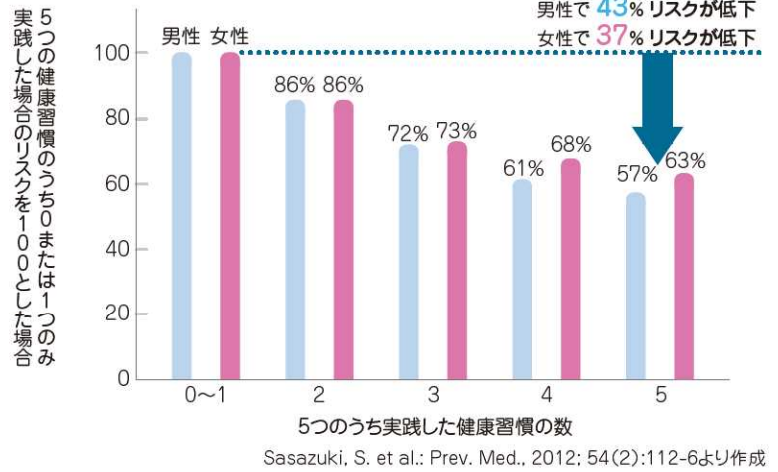
「科学的根拠に基づくがん予防」
2014年8月発行
がん対策情報センター



「日本人のためのがん予防法」
2016年2月発行
予防研究グループから

- 禁煙：煙を避ける
- 食生活：減塩・野菜
- 適正体重
- 運動：毎日60分歩行
- 節酒：一日一合以下
- 感染症対策

5つの健康習慣 でがんになるリスクが低くなります



※国立がん研究センター社会と健康研究センター予防研究グループ 科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究

	全がん	肺がん	肝がん	胃がん	大腸がん		乳がん	食道がん	膵がん	前立腺がん	子宮頸がん	子宮内臓がん	卵巣がん	頭頸部がん	膀胱がん
					結腸がん	直腸がん									
喫煙	確実	確実	確実	確実	可能性あり		可能性あり	可能性あり	確実	確実				確実	確実
受動喫煙		ほぼ確実													
飲酒	確実		確実		確実	確実	確実		確実						
肥満	可能性あり BMI 男18.5未満 女20以上		ほぼ確実		ほぼ確実			可能性あり BMI30以上					可能性あり		
運動				ほぼ確実	ほぼ確実		可能性あり								
感染症		可能性あり 肺炎球菌	確実 HBV, HCV	確実 H. pylori							確実 HPV16, 18				
糖尿病と関連マーカー	可能性あり		ほぼ確実		可能性あり				ほぼ確実					可能性あり	
メタボ関連要因															
社会心理学的要因															
IARC Group1		ほぼ確実 黄ばみ	疫学	EBV				ホルモン補充療法							
その他						高身長		可能性あり 授乳				授乳 服薬歴	授乳 服薬歴	授乳 服薬歴	

● データ不十分

予防

健診

診断

計
画
立
案

治療

回復期
慢性期

介護

終末期

禁煙：煙を避ける

食生活：減塩・野菜

適正体重

運動：毎日60分歩行

節酒：一日一合以下

感染症対策

がん対策加速化プラン〔抜粋〕

（平成27年12月策定）

職域のがん検診

<実施すべき具体策>

- 保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する。
- 職域においても、検診受診率のみならず、精密検査受診率等に関する目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各保険者が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、保険者それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 上記の実態調査結果を踏まえて、保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する。
- 時間がない人でも簡便にがん検診を受けられるよう、特定健診とがん検診を同時に実施するため、都道府県、市町村及び保険者の協力を得て、同時実施体制が取られている取組事例を収集し、広く普及することにより、さらに同時実施を推進する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

21

さらなる研究開発が必要な領域も多々ある

- がんの早期発見のみならず、その前段としての予防行動に向けた啓発およびインセンティブ設計
 - がん予防を高次機能病院などではなく「かかりつけ医」が中心になって推進する
 - メタボ健診やデータヘルス計画と同様に保険者の責任の下にがん予防を推進する
 - 個人の取り組みのみならず、家族、職場、地域住民で取り組むことへのインセンティブ付与
- がん予防のための管理指標（バイオマーカーなど）の研究開発
- がん予防法そのものの研究開発
 - 例）USPSTFでグレードBで推奨される、アスピリンによるがん予防が日本で適応可能か検証する
- がん検診、がん予防薬を実用化した場合の医療経済的評価など