

第60回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成28年9月30日（金） 14:00～17:00

場 所：航空会館7階 701～703会議室

議 事 次 第

1 開 会

2 報 告

(1) 各検討会の検討状況について

3 議 題

(1) がん対策推進基本計画の見直しについて

- ・ライフステージやがんの特性に応じたがん対策について
- ・がん患者、家族が安心して暮らせる社会の構築について

(2) 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 | 第59回がん対策推進協議会での主な御意見 |
| 資料4 | ライフステージに応じたがん対策について～議論の背景～ |
| 資料5 | A Y A世代のがん対策に関する政策提言（清水参考人提出資料） |
| 資料6 | 高齢者のがんへの対策（認知症を除いて）（長島参考人提出資料） |
| 資料7 | 認知症とがん（小川参考人提出資料） |
| 資料8 | がんの特性に応じたがん対策について～議論の背景～ |
| 資料9 | がん相談支援センター困りごとアンケートから見たがん患者を取り巻く社会的な問題（若尾参考人提出資料） |

【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

- ・ライフステージやがんの特性に応じたがん対策について（AYA世代）
- ・ライフステージやがんの特性に応じたがん対策について（高齢者）
- ・ライフステージやがんの特性に応じたがん対策について（難治性がん・希少がん）
- ・がん患者、家族が安心して暮らせる社会の構築について（がん患者の社会的問題等） 等

檜山委員提出資料

- ・ライフステージやがんの特性に応じたがん対策について
- ・希少がん対策について

【机上参考資料】

桜井委員、勢井委員、難波委員、馬上委員、若尾委員提出参考資料

- ・がん患者の就労を含めた社会的な問題に関する意見書

桜井委員提出参考資料

- ・難治性、希少がん対策

若尾委員提出参考資料

- ・高齢化等により予想される血液内科医の偏在

事務局提出参考資料

- ・平成29年度予算概算要求について

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

現在、第8回での議論を踏まえ、「第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理」の確定に向け最終的な調整中。

●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

今後、検討会において「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）」について議論する予定。

●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

現在、第19回での議論を踏まえ、「第3期がん対策推進基本計画策定に向けた議論の整理」の確定に向け最終的な調整中。

第59回がん対策推進協議会での主な御意見

【将来を見据えたがん対策の実現に向けた課題】

○予防や検診を重視すべきとする御意見

- 今までの10年はがんという病気や患者に対する、病院、地域、社会全体での対策を行うという、医療を中心に対策が進められてきた。更に進んで、検診や予防について大きく進め、がん患者を減らしていく社会づくりにポイントをおくべきではないか。
- 検診については、苦痛なく簡便で正確な検査薬や検査方法を開発すべきでないか。
- 予防の観点から各保険者とも連携した社会全体で予防の取組が必要ではないか。
- 大多数の国民に対する対策である、予防と検診について積極的に取り組むべきではないか。
- 予防的観点から、喫煙対策と感染症対策は重大な課題として取り組むべきではないか。
- 早期治療に結びつけるための観点から予防のためのがん検診を推進すべきではないか。

○ゲノム情報を用いたがん医療等の実現に関する御意見

- がん登録やゲノム解析などのビッグデータを活用しながら、がんにならない（発症予防）についての対策をしっかりと図るべきではないか。
- 最適な治療を最適な患者が受けられるようにする個別化医療の実現が必要ではないか。
- ゲノム情報による予測に基づき、早期発見や副作用対策を講ずる取組が重要ではないか。

○がんの研究推進に関する御意見

- 死亡率の低減の観点から難治性がんや希少がんの克服に向けた研究を推進すべきではないか。
- すい臓がん代表される難治性がんの発生メカニズムや早期発見についての研究を推進すべきではないか。
- 科学的根拠のある免疫療法の推進をすべきではないか。科学的根拠の乏しい治療について、患者の誤解や混乱を避けるため情報の整理、正しい情報の発信が必要ではないか。
- 日本人を含むアジア人に共通した課題に対するがん研究を支援する枠

組みを創設すべきではないか。

○その他の御意見

- 死亡率の低減させる取組について、裏付けを持って進めていく必要があるのではないか。
- 学生に対するがん教育に限らず、全国民を見渡した啓発活動を強化すべきではないか。

【がんに関する研究・開発】

○がん研究全般に関する御意見

- 免疫療法に関する研究を国内でもさらに活性化する必要あるのではないか。
- 治療開発のシーズを解明するため、基礎研究も推進していく必要があるのではないか。
- 公的資金でサポートされているような臨床グループをさらに活性化する取組が重要ではないか。
- がんの研究の国民への啓発や全体の方向性について、わかりやすく公開することが必要ではないか。

○治験や治療開発に関する御意見

- グローバル企業の新薬開発における、初めて人への投与を行う段階や第1相試験から関わるために、医師だけでなくCRC等に関しても国際的に通用する人材育成が必要ではないか。
- 産・官・学が連携し、場合によっては規制緩和も含めて、国内からの創薬に向けた取組が重要。
- ドライバー遺伝子を標的とした薬については、1対1のコンパニオン診断薬ではなく、いくつもの遺伝子を一遍に診断できるような形で承認する仕組みが必要ではないか。
- 小児の治験のインセンティブを設けるなど、小児の治験を後押しする仕組みを考えるべきではないか。

○ゲノム研究・医療に関する御意見

- ゲノム情報に基づいた医療の実現のためには、研究者あるいは医師だけではなく、遺伝カウンセラーや倫理、看護、保健領域の協力の下、人材育成を進めていく必要があるのではないか。
- ゲノム情報と臨床結果を照らし合わせたデータが必要であり、橋渡し研

究から臨床の現場までをつなげるメディカルゲノムセンター（仮称）のような拠点が重要ではないか。

- 臨床ゲノム情報統合データベース整備事業のような取組が重要ではないか。
- ゲノム医療の拠点整備に関する検討には、ゲノム情報に基づいた医療提供体制の議論の中で、集約化・拠点化と均てん化の検討が必要ではないか。

○政策研究に関する御意見

- がん政策研究事業においては、個々の研究の中での解決策だけではなく、解決策の実際の有用性やアウトカムを検証すべきではないか。
- また、相乗的な効果を得るため、事業間の連携を図るべきではないか。例えば、がん登録データベースとがん検診を密に連携させ、医療の現場にいる臨床医も連携して、具体的な政策提言につなげるなどの取組を検討してはどうか。
- がん政策研究事業について、研究への患者の参加や意見の把握も大切ではないか。

○社会医学系のがん研究に関する御意見

- 社会医学系の研究を、AMEDで実施する研究や政策研究とは別の範疇で採択することが必要ではないか。
- 欧米でも社会医学的な研究は進んでおり、広い視野での社会医学的な考察は研究としても重要ではないか。
- 社会医学的な研究は幅が広く、テーマを決められてしまうとなかなか応募できない点を考慮していくべきではないか。

○サバイバーシップ研究に関する御意見

- 副作用が小さく又は副作用を抑えた治療の開発が必要ではないか。
- 副作用・後遺症を抑えるための支持療法を開発に取組むべきではないか。
- 患者の意識調査やQOL調査を重視すべきではないか。

○その他の御意見

- 臨床研究中核病院を国際的な研究に対応できる形にしていく必要があるのではないか。
- 数字に表れてこない患者の現状を把握するための検討会等の設置が必要ではないか。

【がん登録について】

○情報の収集に関する御意見

- 登録データと患者の社会的な情報の組み合わせにより、疫学研究の充実や、サバイバーシップの研究の充実を図るべきではないか。
- 曖昧な定義の下での情報収集は混乱を招くので、情報収集の項目については配慮すべきではないか。
- 既存の学会のデータと連携を図ることによりよいアウトプットにつなげていくべきではないか。
- 小児がんの分野では、半数に晩期合併症を発症することを踏まえて、データ収集し、長期フォローアップにつなげていくべきではないか。

○情報の利用に関する御意見

- 希少がんについては、非常に情報が少ない中で、どの病院で専門的な治療が行われているかの情報について、個人情報に配慮しながら、可能な限り公開すべきではないか。
- 小児がんや希少がんについては、1～10件といった情報でも重要な情報であり、公表範囲と収集範囲は別かもしれないが、それぞれの項目の見直しも必要ではないか。
- 数字の出し方として、患者の混乱を招かないような方法が必要ではないか。
- 情報の利活用についての協議の場には、患者・家族等をメンバーに含め、当事者目線での情報提供について考える事が必要ではないか。
- 全国がん登録、院内がん登録、均てん化指標から得られるそれぞれの情報が、十分に整理されていないため、わかりやすい形で情報提供を行い、今後の議論や問題点の抽出を行うべきではないか。

ライフステージに応じた がん対策について～議論の背景～

事務局説明資料

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

- 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
- がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- 地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組(※)
- その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

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。

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。

今後のがん対策の方向性についての概要

(～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)

(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)

個々のライフステージごとに異なった身体的問題、精神心理的問題、社会的問題が生じていることから、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代 (思春期世代と若年成人世代) や高齢者のがん対策等、他の世代も含めた「ライフステージに応じたがん対策」として、対策を講じていく必要がある。

1. AYA (Adolescent and Young Adult) 世代のがん対策について

- AYA世代のがん対策については、就職時期と治療時期が重なるため、働く世代のがん患者への就労支援とは異なった就労支援の観点が必要であることに加え、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制、緩和ケアの提供体制等を含めた、総合的な対策のあり方を検討する必要がある。
- 思春期世代と若年成人世代の課題の共通点と相違点を整理し、各年代に応じた対策を検討していく必要がある。
- AYA世代のがんの治療に当たっては、倫理面に配慮しつつ、生殖機能温存に関する正確な情報提供を患者・家族に対して行うよう、医療従事者に周知を図る必要がある。
- AYA世代の患者であっても、病状に応じて適切な介護が受けられる体制を構築していくことも重要である。
- 小児がん、AYA世代のがん等については、遺伝性腫瘍も存在することから、今後、遺伝性腫瘍に対する医療・支援のあり方についても検討していく必要がある。

3

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）

2. 高齢者のがん対策について

- 我が国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行し、平成37（2025）年には65歳以上の高齢者数は3,657万人（全人口の30.3%）になると推計されている。
- 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」研究班の調査によると、平成22年時点で65歳以上の高齢者では認知症有病率が15%と推計されており、入院をきっかけに認知症と診断されることや認知症の症状が悪化する場合もあることから、発症及び重症化の予防等も含めて認知症の対策を行いながら、がん医療を提供することが重要である。
- こうした観点を踏まえて、がんと認知症を併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができるような医療・介護体制の整備を進める必要がある。その際、高齢者のがん患者が人生の最終段階でも緩和ケアをはじめとした医療を適切に受けることができるよう、医療者だけでなく、介護者への教育を充実させていくことも重要である。
- さらに高齢者では自律機能の低下や他疾患の併存、加齢による個体差の拡大など、身体的な問題が増加するため、高齢者のがん患者に適した治療法を確立することが重要である。
- また、個々人の治療方法の選択にあたっては、医師と家族や成年後見人等が十分な意思疎通を図ることが必要である。

4

がん対策加速化プラン

（平成27年12月）

がん対策は、「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年6月1日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防

- ① **がん検診**
 - ・ 精検受診率等の目標値設定
 - ・ 市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表
 - ・ 保険者に対する検診ガイドラインの策定
 - ・ 検診対象者等へのインセンティブの導入
- ② **たばこ対策**
 - ・ FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
 - ・ 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
 - ・ ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化
- ③ **肝炎対策**
 - ・ 患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進
- ④ **学校におけるがん教育**
 - ・ 「がんの教育総合支援事業」の実施 等

治療・研究

- ① **がんのゲノム医療**
 - ・ ゲノム医療実現に向けた実態調査
 - ・ 全ゲノム情報等の集積拠点の整備
 - ・ 家族性腫瘍の検査・治療等の検討
- ② **標準的治療の開発・普及**
 - ・ 高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証
- ③ **がん医療に関する情報提供**
 - ・ 患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築
- ④ **小児・AYA世代のがん、希少がん**
 - ・ 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討
 - ・ AYA世代のがん医療等の実態調査
- ⑤ **がん研究**
 - ・ 「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等

がんとの共生

- ① **就労支援**
 - ・ 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施
 - ・ ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催
 - ・ 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援
 - ・ 企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発
- ② **支持療法の開発・普及**
 - ・ 支持療法に関する研究の推進
- ③ **緩和ケア**
 - ・ 緩和ケアチームの実地研修の実施
 - ・ 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
 - ・ 地域連携のための訪問看護師の育成 等

避けられるがんを防ぐ

がん死亡者の減少

がんと共に生きる

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

5

1. 小児・AYA世代のがん対策

<現状と課題>

また、AYA 世代のがん対策については、修学・就職時期と治療時期が重なるため、働く世代のがん患者への就労支援とは異なった観点が必要であることに加えて、心理社会的な問題や教育の問題への対応を含めた相談支援体制、セクシャリティの問題（生殖機能障害や性に関するボディイメージの変化等）への対応、緩和ケアの提供体制等を含めた、総合的な対策のあり方を検討する必要がある。検討にあたっては、思春期世代と若年成人世代で、直面する課題に相違点があるということも指摘されているため、両世代の課題の共通点と相違点を整理し、各年代に応じた対策を検討していく必要がある。

<実施すべき具体策>

小児・AYA世代のがん患者に対し、専門的な治療を提供することのできる施設の整備や、情報提供、晩期合併症や後遺症などの長期フォローアップ体制、がん患者の療育・教育・就労環境の整備を充実するため、以下の施策を実施する。

- ・ AYA 世代固有の詳細な課題を明らかにするため、AYA 世代のがん医療等に関する実態調査や研究を進める。

～次期がん対策推進基本計画策定に向けて検討すべき事項～

1. 小児・AYA世代のがん対策について

- 小児・AYA世代のがん、希少がんの早期発見
- がん教育で教える内容に小児・AYA世代のがん、希少がん患者に関する事項の追加
- 小児・AYA世代のがん患者の復学支援
- ゲノム医療の進展に伴う、サブタイプの細分化を踏まえたがん対策の検討
- 治療実績の比較などによる施設格差、地域格差の是正
- 拠点病院間での情報共有を通じた専門性の担保（数多くある疾病の専門役割分担）
- 小児がんの患者と家族の意識調査の実施
- 小児がん登録やマイナンバー制度を活用した小児がん経験者の追跡調査による合併症の治療開発及び疾病ごとのフォローアップスケジュールの確立
- 経験者の健康管理マニュアル作成など社会的に自立することを支援するプログラムの開発
- 発症から成人後までの相談支援の強化（医療、教育、自立、就職など総合的相談支援者の育成）
- 訪問教育の充実、院内学級の高等部の確立
- 特別支援学校及び特別支援学級の病弱児枠の拡大

2. 高齢者のがん対策について

- 検診の効率を考慮に入れた対象年齢の設定（上限を含む）
- 後期高齢者などにおける治療の差し控えに関する検討
- 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

AYA世代のがん対策に関する政策提言

厚生労働省科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「総合的な思春期・若年成人(AYA)世代のがん対策のあり方に関する研究」班

研究代表者 堀部敬三

研究分担者 清水千佳子、小澤美和、小原 明、山本一仁、大園誠一郎、松本公一、
多田羅竜平、清水 研、新平鎮博、高橋 都、丸 光恵、高山智子、
鈴木礼子、鈴木 直、古井辰郎、中塚幹也、北島道夫、木村文則、
高井 泰、森重健一郎 中村晃和、川井 章

研究協力者 樋口明子、桜井なおみ、北野敦子、富岡晶子、森 文子、吉田沙蘭、
土屋雅子、橋本大哉

1

AYA世代のがん患者

本研究班における「AYA世代のがん患者」の定義： 15歳以上40歳未満のがん患者（治療終了後のがん患者、AYA世代にある小児がん経験者も含む）

がん種やライフステージによる以下の分類でニーズが異なることが予想される

1. がん種による分類

- いわゆる希少がん 多くの診療科にまたがる多様ながん種
- 成人に多いがんの若年世代 common cancerであるが、がん種の中では希少なpopulation

2. ライフステージによる分類

- 思春期(Adolescents) 就学期。精神的・社会的自立に向けた発達段階。就労前で経済的自立ができていない。
意思決定の主体は親になりがち。性的にも発達途上。
- 若年成人(Young adults) 就労期。精神的・経済的に自立し始める。
意思決定は本人。次世代を生み育て、社会を支える。

同じ年齢であっても、自立の度合い、就学・就労・経済的状況、家庭環境により、ライフプランには個人差があるため、具体的な対応において、上記の分類によって画一的な対応をすることは望ましくない。

2

AYAのがん対策に関する政策提言

1. 疾患構成と個別ニーズ、生活を考慮した診療連携体制の構築
2. 包括的・継続的な支援を目指した対策の推進
3. 患者の自立・自己管理を促す対策の推進
4. 関連する課題への取り組みの推進

1. 疾患構成と個別ニーズ、生活を考慮した診療連携体制の構築

(1)現状

- AYA世代がん患者(以下、AYA)は全国に一定の割合で存在するが、頻度は少なく、医療機関も医療者も経験数が少ない。
- AYAにはサバイバーシップに関連したさまざまなニーズがあり、患者ごとのニーズは個別性が高い。
- AYAの診療数の多い医療機関のほうが、少ない医療機関よりも専門医、施設認定が充実している。しかし、診療数の多い医療施設においても、生殖医療専門医、緩和ケア専門医、精神腫瘍医など、AYAが必要とする人的リソース、AYA病棟などのケア環境が充足していない。
- AYAは年齢が高くなるほど頻度が増加し、25歳未満では希少がん、25歳以上では子宮頸がん、乳がんの患者の割合が多い。
- 米国ではAYAの治療成績の改善が不良であり、その背景にAYA特有の心理・社会的要因も関係していることを踏まえ、心理・社会的要因を考慮したAYAがん対策が講じられている。

5

(2)方向

- 国は、AYA診療数が多いがん診療連携拠点病院を中心に「AYA診療拠点」を整備し、そのための適切な予算措置を講ずる。「AYA診療拠点」では、AYAの多様なニーズに対応できるよう、院内外の専門家により構成された「AYA支援チーム」を組織し、入院環境(AYA病床、ティーンルーム、ネット環境等)を整えるなどの検討を行う。「AYA診療拠点」は、必要に応じて地域医療機関からのコンサルテーション業務を担う。
- 希少がんについては、治療成績の向上のため、診療拠点の整備、ネットワークの構築が必要であるが、その際、AYAの治療拠点と生活拠点が異なる可能性に留意する必要がある。治療拠点となる医療機関は、地域の「AYA診療拠点」と連携するなど、治療およびケアの医療連携を行う。
- 国立がん研究センターがん対策情報センターは、各がん診療連携拠点病院の院内がん登録によるAYAの治療数および治療成績(がん種別、年齢階層別)を集計し、公開するとともに、治療成績に関連する要因の研究を進め、対策を検討する。

6

2. 包括的・継続的な支援を目指した対策の推進

(1) 現状

- がん体験は、AYAの将来構想に影響を与える。また、AYAは、同世代の健康な若年者に比べ不安が強い。
- AYAの中でもライフステージによってニーズの傾向が異なる。発症時には認識されていないニーズが、治療後の時間経過とともに新たなニーズとして認識される場合もある。
- 医療従事者はAYAのニーズを十分に認識できていない可能性がある。
- がん対策加速化プラン等では、希少がん、小児がん、緩和ケア、生殖機能温存、就学、就労についての対策など、AYAの診療・ケアに関する個別分野での取り組みが進められているが、患者視点での包括的・継続的な情報・相談体制の提供が十分ではない。

7

(2) 方向

- 「AYA診療拠点」は、院内および地域のAYAのための相談支援窓口を明確にし、AYAの不安軽減とAYAの自立・自己実現の支援のための、包括的・継続的な相談・支援を行う。
- 「AYA診療拠点」は、AYAのニーズへの対応が、患者の生活圏にある地域医療機関においても可能となるよう、人的交流・ITなどを利用し、地域の医療者（医師・看護師・相談員等）および関係者の教育を行う。
- 国は、関連学会との協力のもと、AYAのサバイバーシップに関する医療従事者の教育・啓発事業を行う。
- 国立がん研究センターがん対策情報センターは、関連省庁・地方公共団体・その他の団体によって先行して行われているAYA対策に関する情報、AYA支援に役立ち得る既存のソースに関する情報を収集し、患者・医療者・医療機関ならびに関連省庁・地方公共団体その他の団体に発信する。

8

3. 患者の自立・自己管理を促す対策の推進

(現状)

- AYAの多くは、治療に関する意思決定への参加意欲や自己管理の意識が高い。
- AYAの多くは、意思決定や自己管理に必要な、がん治療の合併症・後遺症およびそれらの生活に対する影響や管理方法について、第三者に説明することが困難と感じている。
- AYAのがん治療後の二次がんの発症や健康上の問題についてのデータが不足している。さらに、AYAのがん治療後の長期フォローアップの仕組みは確立していない。
- AYAのピアサポートのニーズ、家族支援等のニーズが充足していない。
- AYAには、がんの遺伝に関する情報のニーズがある。同世代の健康な若年者においても遺伝子検査や予防についての関心が高い。

9

(方向)

- 国は、AYAの長期予後、二次がん、他の健康上の問題に関するデータベースを構築するための研究事業、ならびにAYAの長期フォローアップの健康上の効果および費用対効果を評価するための研究事業を行い、対策を講ずる。
- 「AYA診療拠点」は、患者の治療拠点となる医療機関、地域医療機関との連携により、AYAの長期的な健康管理、心理社会的支援が可能なフォローアップ体制を構築する。
- 「AYA診療拠点」は、がん治療後の健康管理(栄養・運動を含む)についての患者教育を充実させ、他の医療機関と情報を共有する。
- 国は、AYAやその家族の、情報や相談支援へのアクセスを向上するため、ITを活用した情報提供、相談支援窓口の周知、ピアサポートなどの取り組みを推進するための事業を行う。
- 国は、がん治療後の健康管理に関する患者教育や研究を推進するとともに、ゲノム医療の実用化をめざす国の方針も踏まえ、遺伝性腫瘍に関する教育、カウンセリング・医療提供体制の構築を推進する。また、遺伝性腫瘍に関する社会的不利益からの擁護の仕組みについても検討する。

10

4. 関連する課題への取り組みの推進

(現状)

- 意思決定・緩和ケア: AYAの多くは治療方針決定への積極的な参加を希望しているが、医療者からの意思決定支援は十分ではない。また、AYAは、一人で悩む傾向がある。しかしこの潜在的課題についての、具体的な相談窓口についての情報提供が十分整っていない。6割以上のAYAは、終末期の在宅療養を希望しているが、介護に対する支援が不足している。
- 生殖: AYAへの生殖に関する情報提供と生殖医療との連携は十分ではない。20代後半の生殖関連ニーズは高いが、若年発症でも治療終了後にニーズが顕在化することもある。がん患者における生殖医療の治療成績・安全性に関するエビデンスの不足、配偶子・胚の長期保管、生命倫理的問題についての課題がある。経済的理由により妊孕性温存を行わない患者も少なくない。
- 教育: AYAの多くは教育の継続を希望している。AYAの高校生等に対する特別支援教育、在籍校による教育(訪問教育、遠隔教育を含む)等の教育支援のニーズは充足していない。一方、都道府県教育委員会の約8割は、がんのある高校生に対して何らかの教育支援が行われていることを把握している。
- 就労: AYAの9割近くが就労を希望しており、がんの開示により雇用にあたり不当な扱いを受ける可能性があるかと危惧する患者も少なくない。また、職業訓練のニーズが充足しておらず、大学等における病弱・虚弱を含む障害学生の就職支援、キャリア教育支援の実施をしているのは1/3の教育機関にとどまる。
- 経済: 一般に若年者の保険加入率は低い(20代 55%)。AYAのほとんどが公的な医療費助成制度を利用しているが、十分とはいえない。特に低所得のAYA・被扶養者の治療関連費、治療以外の負担(入院費差額、交通費、ウィッグなど)の支出に対する負担感は大きい。

11

(方向)

- 緩和ケア: 国は緩和ケア研修にAYAの特性を踏まえた意思決定支援の研修を取り入れる。介護保険を利用できないAYA世代の在宅療養における介護負担の軽減策を検討する。在宅診療医、訪問看護ステーションスタッフへの啓発を行う。
- 生殖: 「AYA診療拠点」は、がん患者の生殖に関わる適切な情報提供を支援し、地域における生殖医療機関との連携の窓口となる。学会等との連携により、エビデンスの構築、妊孕性温存にかかわる管理・倫理上の問題に対する対策を検討する。妊孕性温存に対する経済的支援策の検討を開始する。
- 教育: AYAが学びたい時に教育を受けられる機会を保証し、継続した支援が受けられるよう、「AYA診療拠点」は教育に関する相談窓口を明確にし、さらに教育機関側(教育委員会、教育センター)との調整を行う。教育委員会は、個々の学校だけではなく、特別支援教育と高校教育の部署で、十分な調整を行う。国は、遠隔教育の活用を推進、単位認定基準の検討を行う。加えて、特に高等学校や医療機関に対して教育に関する啓発を行う。
- 就労: 国は就労に関する相談窓口である教育関係者、医療者、職場関係者の相談対応能力を向上するための研修事業を実施する。「AYA診療拠点」は、就労関連の相談窓口を明確にするともに、その情報を地域の医療機関に周知徹底する。また、大学等の教育機関・ハローワーク等との協働により新規就労、キャリア支援等における職業訓練を充実させる。
- 経済: 国立がん研究センターがん対策情報センターや「AYA診療拠点」は、既存の助成制度(スライド14参照)について患者・家族・医療者への周知を徹底する。国は、低所得者における交通費、装具、療養宿泊費等の間接経費の助成の対象範囲の拡大を検討する。

12

総括

- AYAのニーズに関して、担当医等医療機関の医療者が十分に認識することが支援への第一歩であり、医療者教育が重要である。
- AYAのニーズは、既存の制度・リソースの活用によって支援しうるものが少なくない。医療機関における相談窓口を明確にするとともに、既存の制度に関する周知を徹底することが必要である。
- AYAの支援には専門的な対応が求められる。各種ニーズに専門的な対応が可能な「AYA支援チーム」や、「AYA病棟」等の環境を有する「AYA診療拠点」を指定し、AYAの診療・支援の充実を図るとともに、「AYA診療拠点」を中心に、地域における医療者教育・人材育成、治療およびケア、長期フォローアップの連携体制を整備する。
- 「AYA診療拠点」の整備にあたって、単一施設で全ニーズに対応することは困難と予想されることを考慮し、医療機関・専門領域の壁を超えた弾力的な医療連携を通じて、既存のリソースを有効に活用していくことが期待される。

	0歳	6歳	12歳	15歳	18歳	20歳	40歳	50歳	60歳	70歳	75歳
医療費支援	高額療養費制度										
	子ども医療費手当 小児福祉特定医療費助成										
	療育医療										
	自立支援医療制度 重症心身障害者医療費助成 障害者手帳(身体・精神) 特定医療費助成										
手当等	介護保険										
	特別障害給付手当 障害児福祉手当										
	継続障害見舞金(市町村により名称や内容が異なる場合もある)										
	特別障害者手当 遺族年金 障害年金 老齢年金										
生活支援	保育所										
	児童クラブ 地域子育て支援										
就労支援	労務相談 雇用相談 職業手帳 育児休業 介護休業										
	公共職業安定所(職業紹介・職業相談)トライアル雇用、公共職業訓練、求職者支援訓練、雇用開始助成金)										
	障害者職業センター(職業相談・職業適応指導(ジョブコーチ))										
	障害者リハビリテーションセンター(職業訓練・職業適応指導)										
	職業能力開発センター(職業訓練)										
	子ども障害者サポートセンター(自立・就労支援)										
	障害者相談支援事業所(就労相談)										
	市町村障害者就労支援センター(就労相談)										
	就労移行支援事業所(障害者を対象に就労支援)										
	障害者就業・生活センター										
企業	ガイドライン 就業差別(休暇休業・勤務制度)										
	互助会や共済組合等による見舞金・融資制度										
病院	電話支援(ソーシャルワーカー、社会保険労務士、ハローワーク出張相談等)										
	就労支援(ピアサポート等) 生活支援(障害ボランティア・子どもを対象としたワークショップ等)										
患者会・支援団体	相談支援(専門者・ピアサポート等) 自立・就労支援										
	就労支援(職業訓練等)										
	かつらメイク										
	がんの子どもを守る会療養援助										
小児がん経験者・がん遺児会 ゴールドリーム奨学会											
交通費補助金制度											
分子標的薬治療費制度 癌予防費用助成(日本生薬学会年制制度基準に準ず) 癌予防費用助成(日本生薬学会年制制度基準に準ず) 香煙・アルコール禁煙会助成											

平成28年9月30日
がん対策推進協議会

高齢者のがんへの対策 (認知症を除いて)

杏林大学医学部内科学腫瘍科 長島文夫

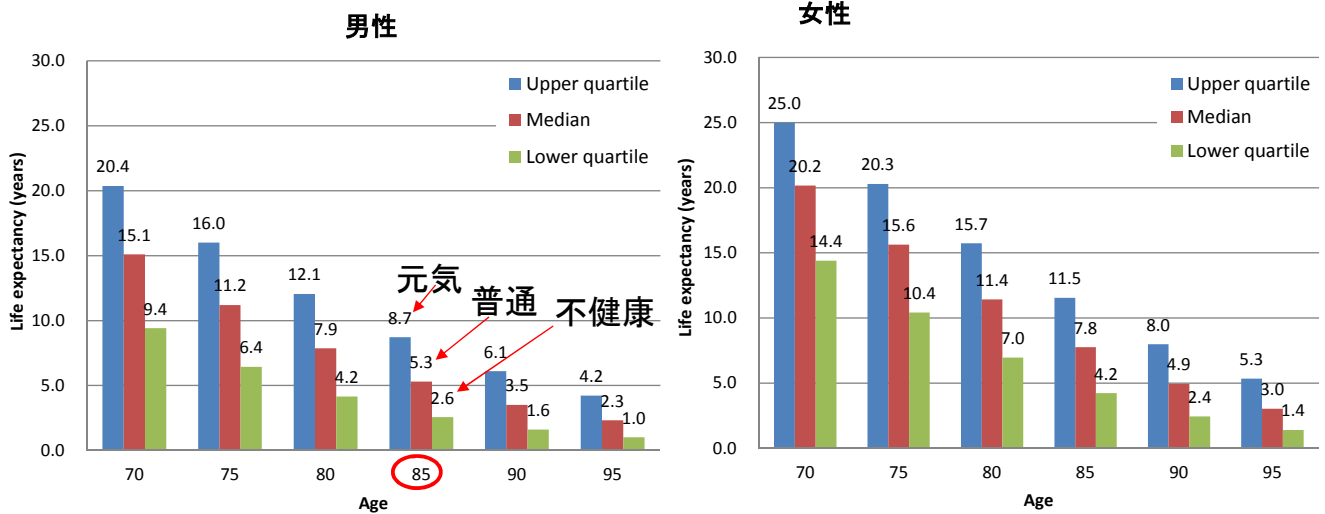
1

「今後のがん対策の方向性について」
(厚生労働省、2015年6月)から抜粋

1. 高齢者に適した治療法の確立(臨床研究)
2. 大規模データベースの構築と活用
3. 情報弱者(高齢期)に対する適切な情報提供、意思決定支援
4. 費用対効果の観点からの政策検証
5. 医療と介護の連携
6. 認知症対策を行いながらのがん医療

年齢・全身状態別余命データ

国立がん研究センターがん情報サービスのサイトから



生命表の情報に基づき上位4分の1、中央、下位4分の1をグラフにプロット
それぞれが、 「比較的健康」な高齢者
「平均的」な高齢者
「状態の悪い」高齢者
をおおよそあらわす、と見なして、治療適応の検討に用いることが可能

文献：Iwamoto, Nakamura, Higashi. Cancer Epidemiology 2014 Oct;38(5):511-4.

http://ganjoho.jp/med_pro/med_info/life_expectancy.html

「今後の高齢者がん対策の方向性について」

1. 高齢者に適した治療法の確立(臨床研究)
2. 大規模データベースの構築と活用
3. 情報弱者(高齢期)に対する適切な情報提供、意思決定支援
4. 費用対効果の観点からの政策検証
5. 医療と介護の連携
6. 認知症対策を行いながらのがん医療

平成26年度厚労科研委託がん対策推進総合研究事業 課題名に「高齢」が含まれるもの

業務主任者	機関名	研究課題名
岡本 勇	九州大学病院	高齢者進行非扁平上皮非小細胞肺癌に対する標準的化学療法確立に関する研究
小川 誠司	京都大学	高齢者MDSにおけるクローン進化の経時的理解に基づく新たな治療戦略の構築
土岐 祐一郎	大阪大学大学院	グレリン投与による高齢者食道癌手術の安全性向上に関するランダム化第2相試験
長島 文夫	杏林大学	高齢がんを対象とした臨床研究の標準化とその普及に関する研究
濱口 哲弥	国立がん研究センター中央病院	超高齢者社会における治癒困難な高齢切除不能進行再発大腸癌患者に対する標準治療確立のための研究
丸山 大	国立がん研究センター中央病院	高齢者多発性骨髄腫患者に対する至適な分子標的療法の確立と治療効果および有害事象を予測するバイオマーカーの探索的研究

厚生労働省ホームページより抜粋

臨床研究エビデンス、一般化へ

- 高齢者研究ポリシー(JCOG)を作成
 - 「元気な」高齢者に対する治療の確立
 - 「脆弱な」高齢者への一般化は課題あり
- 治療の目的は予後の延長のみではない
 - 身体機能の維持(寝たきりにならない)
 - 認知機能の維持(認知障害がすすまない)
 - QOL維持(軽度の副作用でも)
- ガイドライン、まとめの作成
 - がん薬物療法(臨床腫瘍学会、癌治療学会・老年医学会)
 - 高齢者がん治療の考え方(がんサポーターブケア学会)

高齢者総合的機能評価とは？

(Comprehensive Geriatric Assessment; **CGA**)

- 「疾患の評価に加え、ADL、手段的ADL、認知能、気分・情緒・幸福度、社会的要素・家庭環境などを確立した一定の評価手技に則って測定、評価すること」(一般高齢者)

鳥羽研二、高齢者総合的機能評価ガイドライン2003

- 「高齢者の医学・精神心理・機能的能力に焦点をあてて、多次元、横断的に診断するプロセスであり、治療や長期フォローアップの計画は、調和がとれて統合されたものになる」(腫瘍領域)

Wildiers AH. et al. J Clin Oncol. 2014



国際老年腫瘍学会のコンセンサス

CGAにおいて評価すべき項目

1. 身体機能(ADLやIADLなど)
2. 併存症(薬剤を含む)
3. 認知機能
4. 精神機能(抑うつなど)
5. 社会的環境、支援体制
6. 栄養
7. 老年症候群



Wildiers AH. et al. J Clin Oncol. 2014

「今後の高齢者がん対策の方向性について」

1. 高齢者に適した治療法の確立（臨床研究）
2. 大規模データベースの構築と活用
3. 情報弱者（高齢期）に対する適切な情報提供、意思決定支援
4. 費用対効果の観点からの政策検証
5. 医療と介護の連携
6. 認知症対策を行いながらのがん医療

高齢者における治療法決定のプロセス（参考）

NCCN Guidelines 2015 Older Adult Oncologyより抜粋

- 余命を考慮
- 患者の意思決定能力の評価
- 患者の治療目標と価値観の確認
- 副作用リスクの把握（併存症、高齢者特有の問題、社会経済支援など）
- 上記リスクに応じて、fit/vulnerable/unfitを判断、標準治療/（減量治療）/対症療法を提案

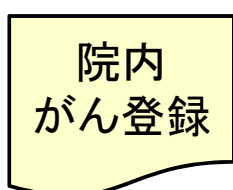
意思決定のための情報へ

- 高齢者においても標準治療は実施されているのか？〈クオリティインディケーター；QI〉
(「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会QI調査」事務局(東先生)より集計提供)
 - 実際にはどのような治療を受けているのか？
 - 減量治療なら可能なのか？
- 院内がん登録とDPC/レセプトデータから全国規模、地域ごとの診療実態の把握
- 診療情報の精度向上により、地域ごとの医療政策に応用可能か

11

院内がん登録 + DPC =

両者を組み合わせれば「誰に」「何をしたか」がわかる



どのような患者に

何のがん？
どのステージ？
いつ診断？

何を

何の診療がなされた？
手術
化学療法
画像検査
服薬・注射
放射線

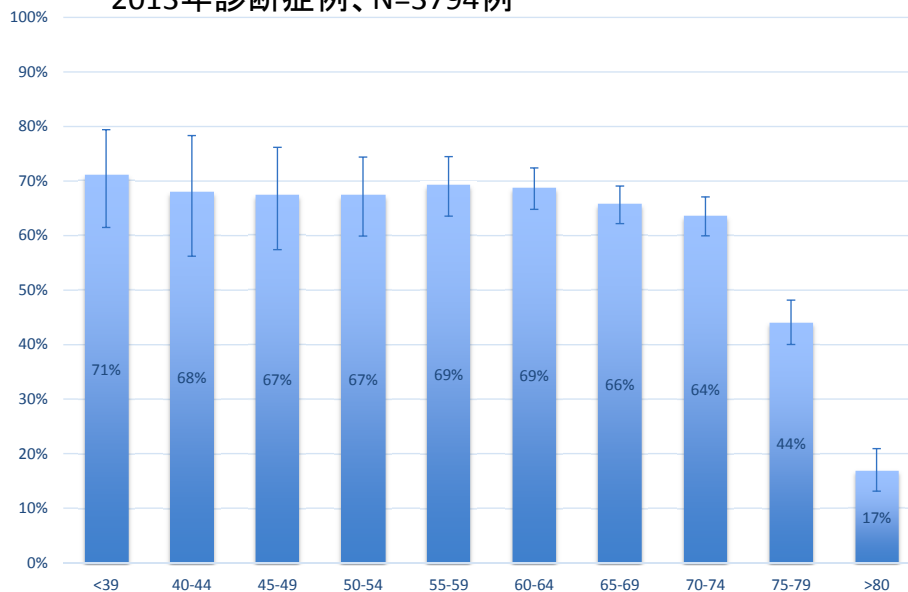
例:

ステージIVで新しく治療を受けた胃癌

標準的な化学療法を受けたか

QI: 胃癌手術不能・化学療法例での S-1/Cape+CDDP/I-OHP化学療法

(2013年症例QI調査中間報告より)
2013年診断症例、N=3794例

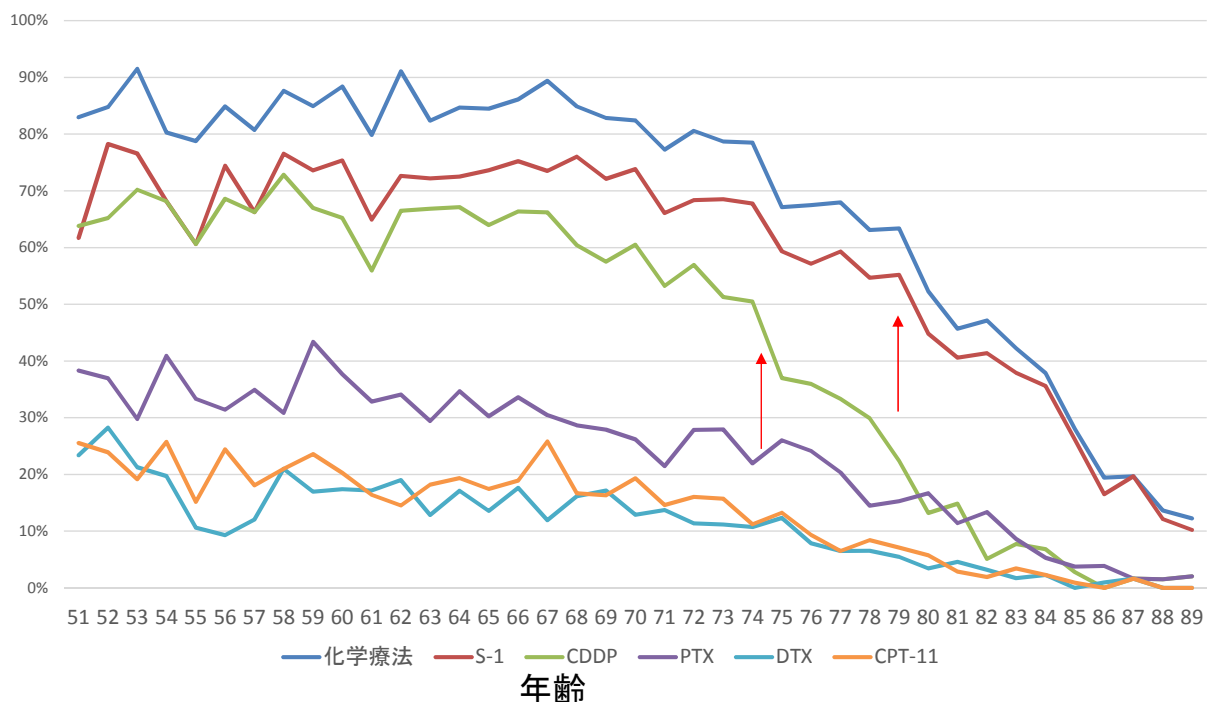


化学療法の実施率は75歳以上で減少

がん登録部会QI調査事務局より提供

薬種別・IV期胃癌への化学療法施行率

2013年症例 N=6368



74歳~シスプラチンが急下降、S-1は80歳ぐらいで急下降？

がん登録部会QI調査事務局より提供

「今後の高齢者がん対策の方向性について」

1. 高齢者に適した治療法の確立（臨床研究）
2. 大規模データベースの構築と活用
3. 情報弱者（高齢期）に対する適切な情報提供、意思決定支援
4. 費用対効果の観点からの政策検証
5. 医療と介護の連携
6. 認知症対策を行いながらのがん医療

栄養×リハビリ（生涯スポーツ）×専門指導

- 「地域包括ケアにおける摂食嚥下・栄養支援」（菊谷班）×「がん患者における栄養ガイド」（長島班）
- 運動を通して、地域ごとの街づくりを
 - 三鷹都市創造サロン
（三鷹市と三鷹ネットワーク大学）
 - 杏林大学CCRC
（ボッチャによるリハビリ・生涯スポーツ）
 - 看護・介護指導



- Advanced Course in Geriatric Oncology
- 腫瘍学・老年医学のエキスパートによるトレーニングプログラム
- 目的
 - 老年医(一般医)には腫瘍学の考え方、腫瘍医には老年学の考え方を!
 - 若手の腫瘍医と老年医に対して、協働することをトレーニングする



17

取り組みが特に必要な課題

- 多様性評価を診療に組み込み、意思決定支援へ
 - 既制度運用の工夫
 - 「インフォームドチョイス」の準備、ACP/LWとの整合性
- 医療者・市民へ教育・啓発(仏では卒前後構築に15年)
 - 医師(腫瘍医と老年医)のクロストーク、医療・介護者
 - 本人・家族(中高生を含む)へ「老死」を含む教育
- 社会として地域にマッチした体制基盤整備
 - 医療・介護・居宅の「見える化」(ICT/非ICT)へ向けて
 - タスク/リソースシフトを含む柔軟な地域ごとの取り組み

18

認知症とがん

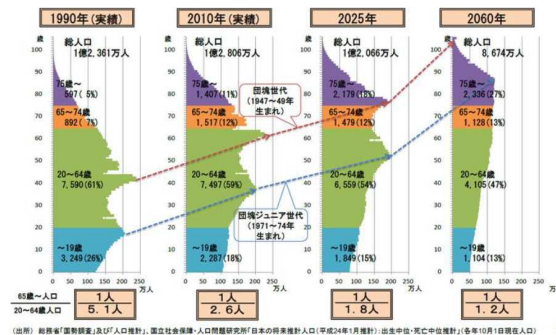
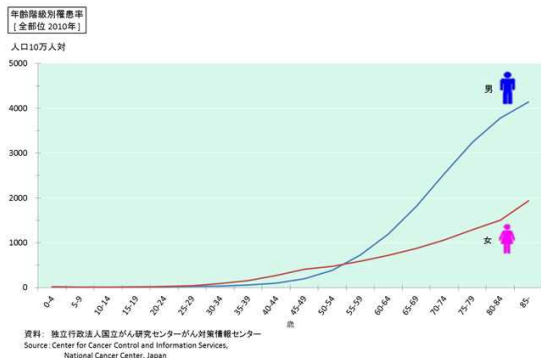
国立がん研究センター
先端医療開発センター 精神腫瘍学開発分野
小川朝生

本日の内容

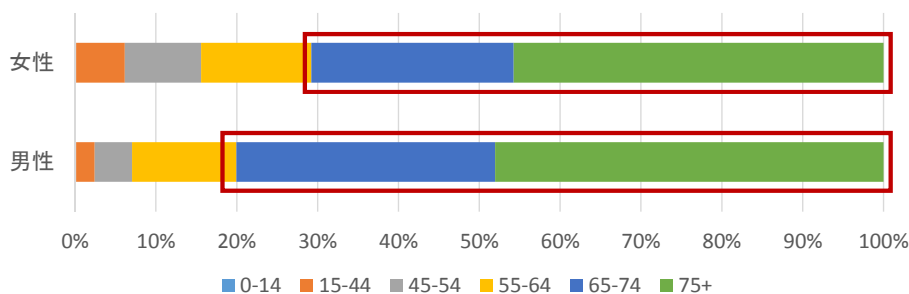
- 高齢化とがん
- 認知症
- 一般病院における認知症の問題
- がん治療における認知症の問題
 - 意思決定支援
 - 治療上の問題
 - 家族をめぐる問題
- がん治療における認知症ケアの構成要件
- 現状

超高齢社会とがん

がんの罹患と年齢は強い相関



年齢階級別がん罹患数(2015-2019の平均)

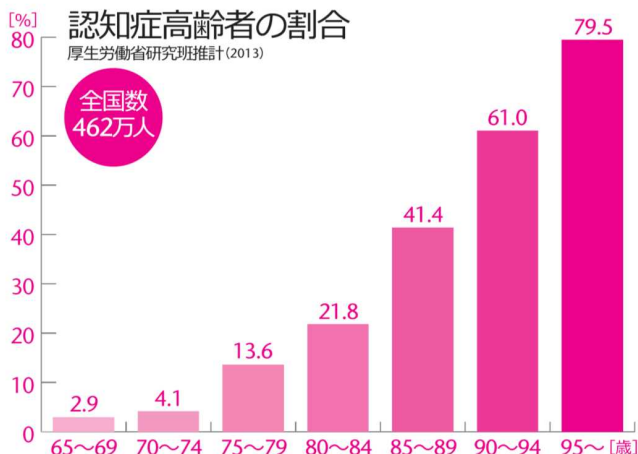


国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

7割以上が65歳以上
がんは高齢者の疾患でもある

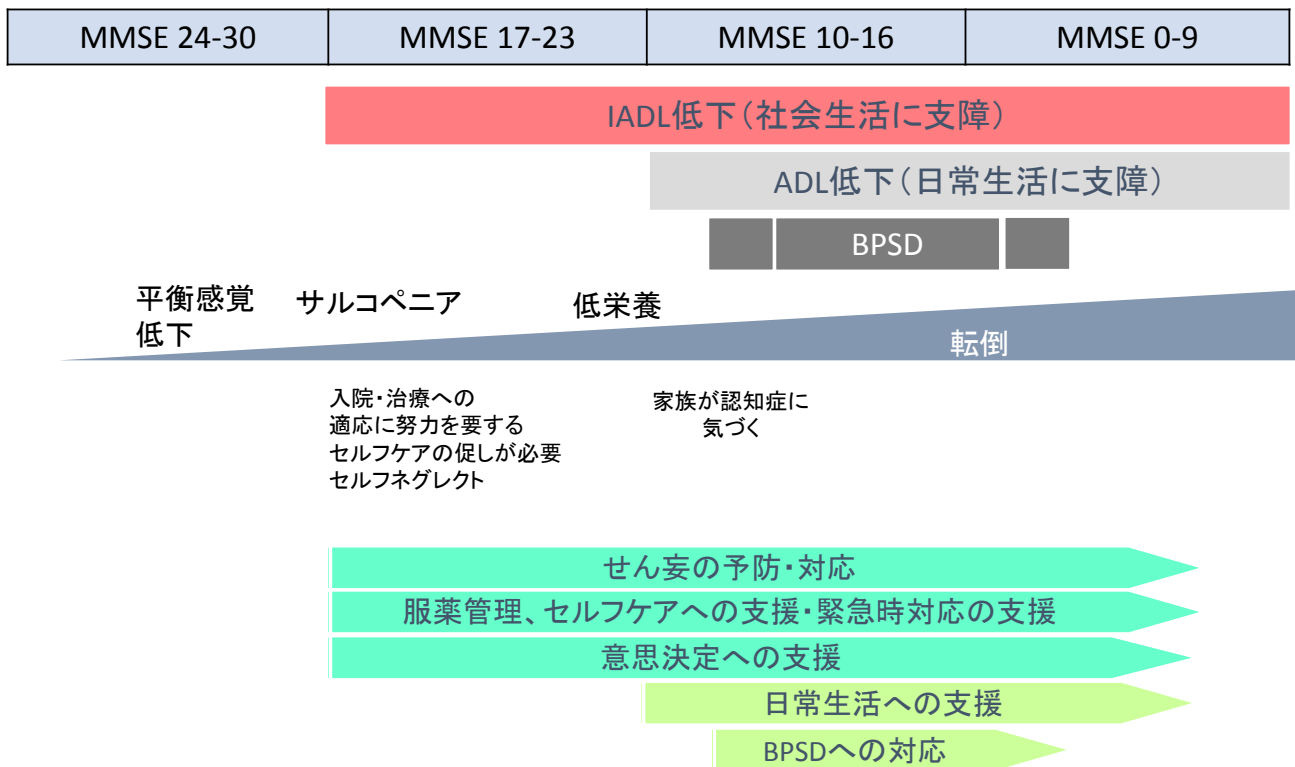
認知症

- 一度正常なレベルまで達した精神機能が、何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態
- 認知症とは、特定の「病名」ではなく、「症候群」
- 65歳以上の約15%が認知症と推定される
- 約50%はアルツハイマー型認知症



認知機能とケア

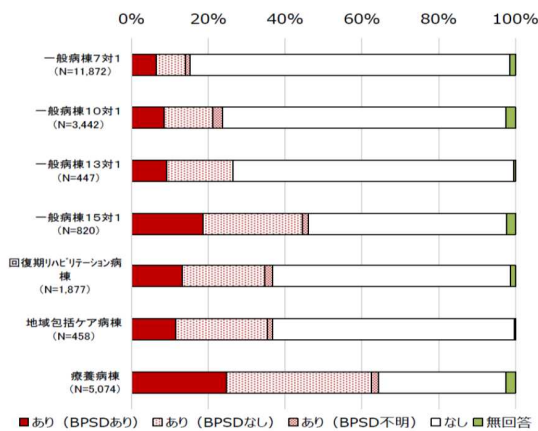
初期の段階から身体治療には影響を及ぼす



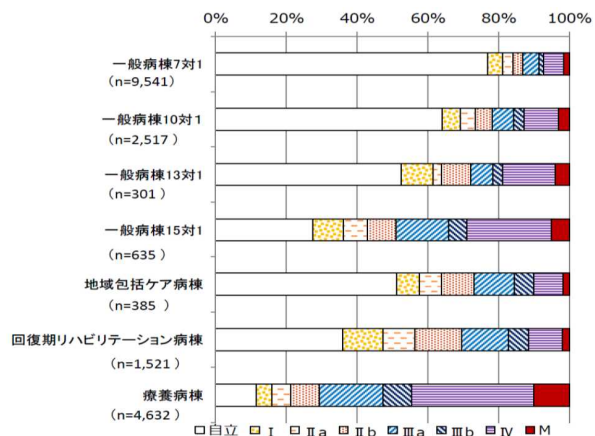
わが国の一般病院での認知症

一般病棟7対1及び10対1においては、「認知症あり」の患者は2割程度、療養病棟においては6割以上入院している

〈各病棟の入院患者のうち、「認知症あり」の患者割合〉
※精神科病棟以外



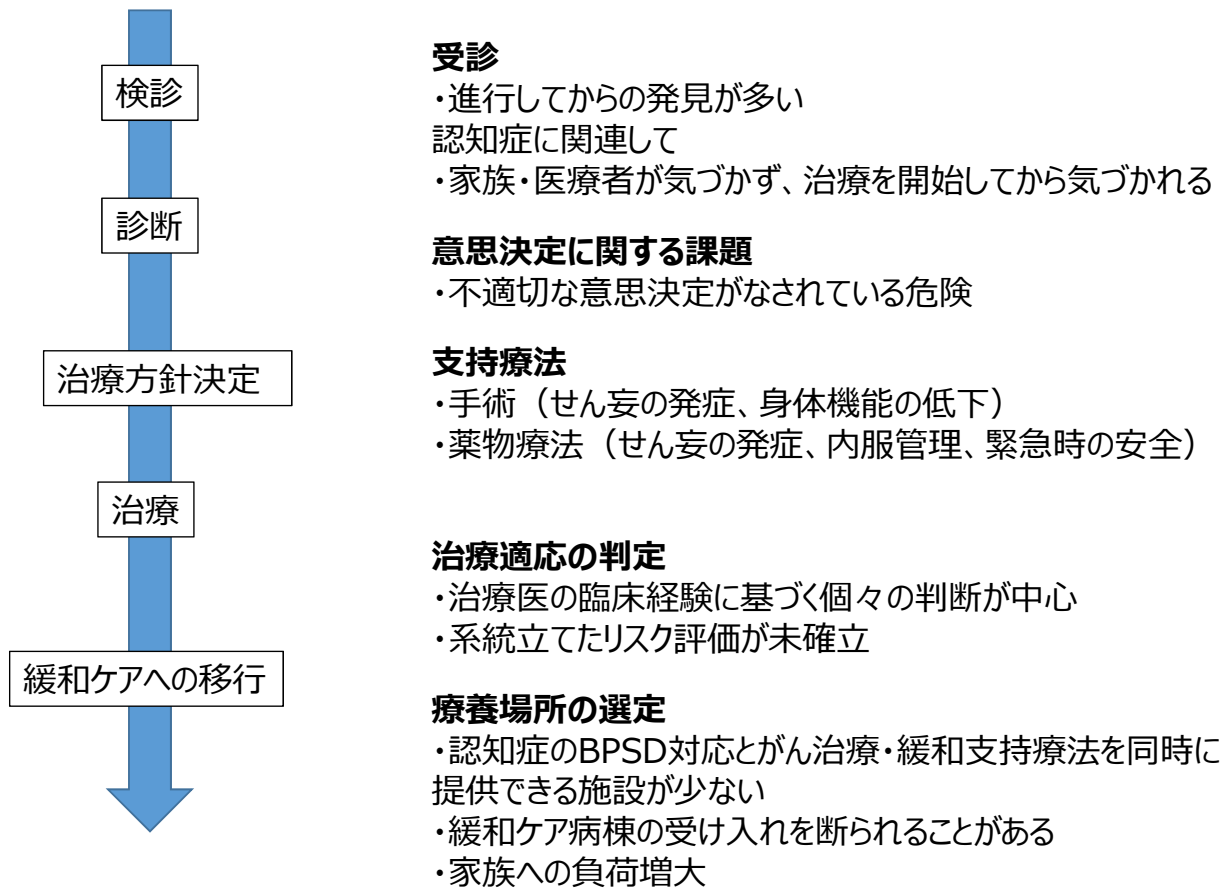
〈各病棟の入院患者における認知症高齢者の日常生活自立度〉



出典：平成26年度入院医療等の調査（患者票）

精神科コンサルテーション依頼のうち、25%がせん妄、11%が認知症（2015 東病院）

認知症とがん



認知症とがん治療

- ・ 大腸がん
治療開始から6ヶ月以内の死亡率
認知症なし： 8.5%
認知症あり： 33%

(Raji, et al. Arch Int Med 2008)

背景

- ・ 進行期での発見（スクリーニング手段の問題）
- ・ 合併症の増加
- ・ せん妄・うつ状態の合併
- ・ 介護負担

認知機能障害とがん治療

認知機能評価は安全にがん治療を進める前提
認知症とせん妄が関連する

生じうる問題

- 意思決定能力
- 治療のアドヒアランス
- 有害事象の管理

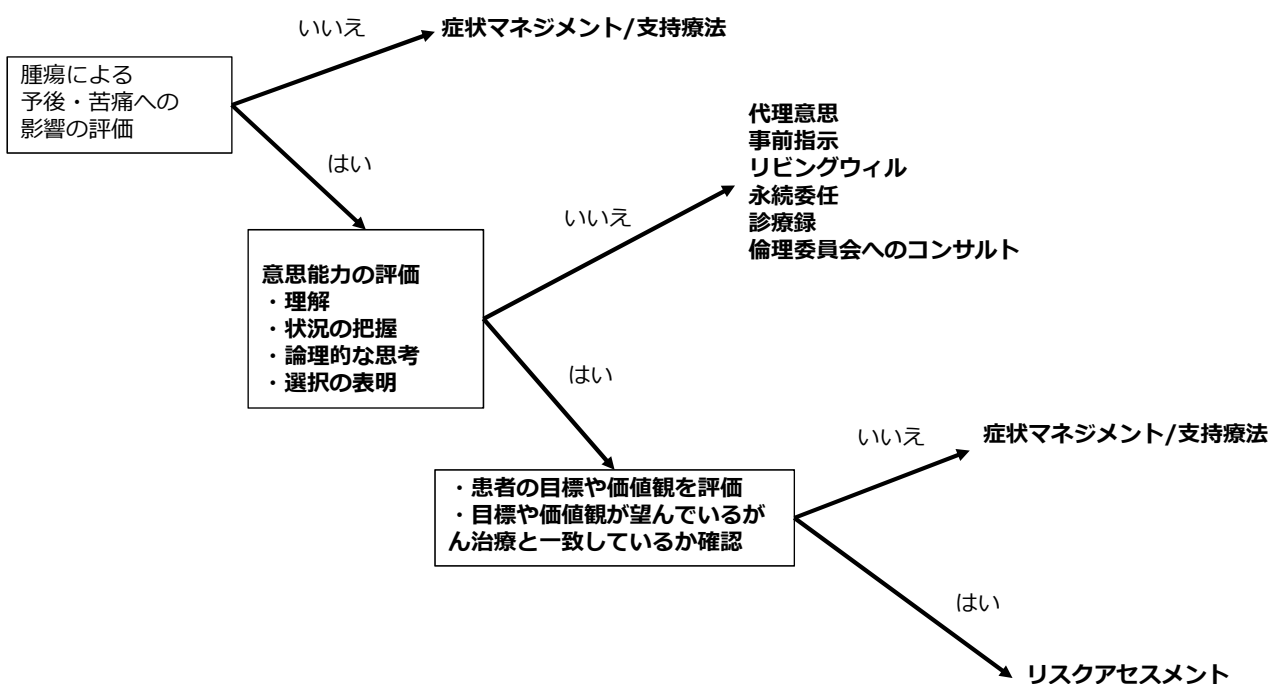
(Hurria, in Practical Geriatric Oncology 2010)

見逃されやすい

高齢者病棟入院がん患者の27%に“Blessed Test”で認知機能低下を認め
たが、そのうちの36%には認知症やせん妄などの記載、アセスメントがなされてい
なかった

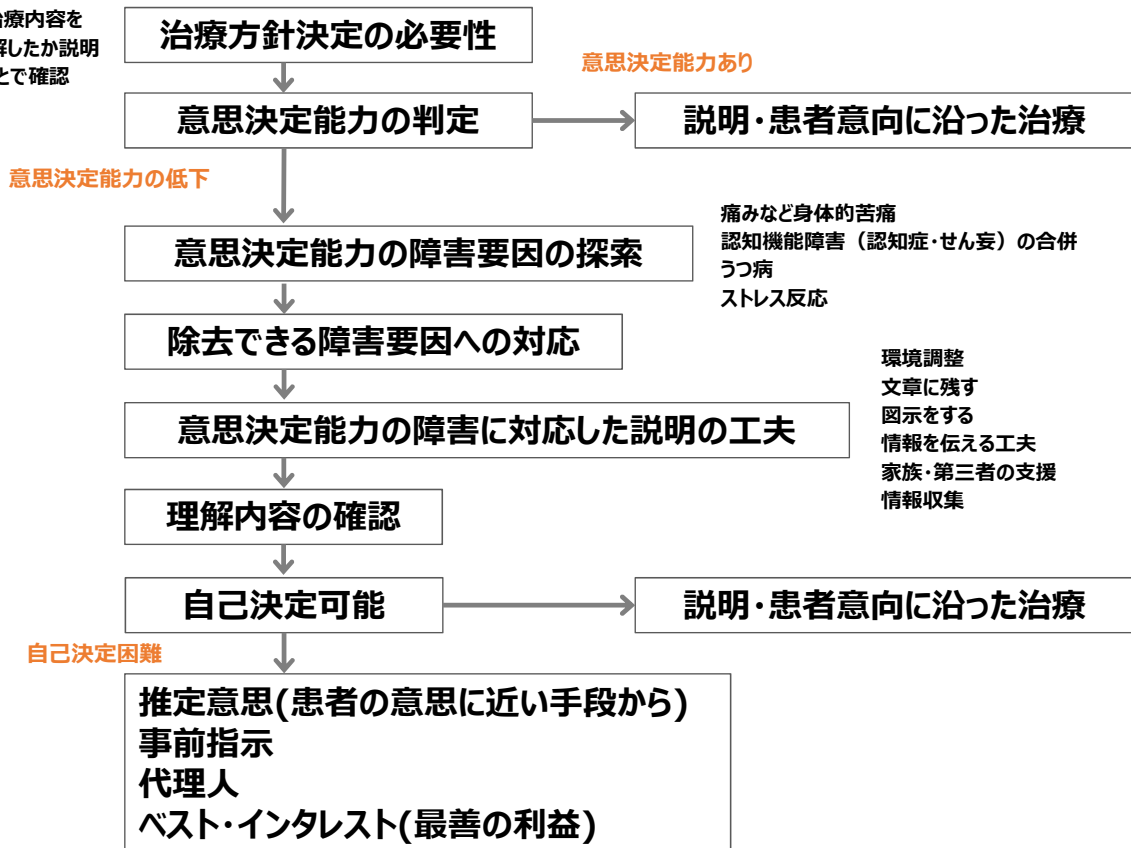
(Flood, J Clin Oncol 2006)

高齢がん患者の意思決定支援



(NCCNガイドラインより)

患者自身に治療内容を
どのように理解したか説明
をしてもらうことで確認



意思決定

- **適切な治療が提供されていない危険性**
 - 「認知症」と診断がつくと「本人は何もわからない」と誤解
 - 家族と医療者のみで治療を話し合い決めてしまう危険性
- **認知症と気づかれずに治療が進み、本人や家族に負担を強いる結果を招く危険性がある**
 - 認知症に対する認識がまだ低いため、治療開始時に見落とされる（リスクの見落とし）
 - 治療が進み、予定通り進まないことで初めて気づかれることがある
 - せん妄の合併
 - 食事摂取の低下、リハビリの遅延（アパシーによる）
 - コンプライアンスの不良（経口抗がん剤の内服、スタマ・ケア）

悪性リンパ腫の治療開始時点で25%に意思決定能力の低下がある (Sugano, 2015)
肺がんの薬物療法開始時で24%に意思決定能力の低下 (厚生科研 2012)

認知症が治療に及ぼす影響

- せん妄の発症： 認知症をもつ入院患者の約7割が併発
転倒・転落、ルートトラブルの主たる原因
認知症の進行
- 身体管理
 - セルフケア能力の低下： 発熱時などの緊急時に臨機応変の対応ができない
 - 合併症の増加：
 - 身体機能の低下： 低栄養・脱水を招きやすい
 - 服薬管理が困難
 - 疼痛コントロールの不良
 - リハビリが困難： 失声への対応
- 退院支援・連携
 - 施設入所の増加
 - 退院後の介護負担の増加

(Sampson 2009; Thompson 2010)
(Alzheimer Scotland 2009)

家族の負担

- 認知症の経過、関連する健康上の問題（特に身体合併症）について、ほとんどの家族は理解をしていない

(Caron, J Applied Gerontol 2005)

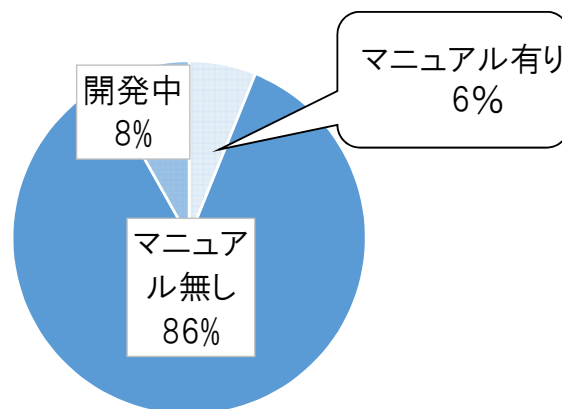
家族が負担を感じる問題

- 予後を予測しあらかじめ起こりうることを相談しなければならないこと
- 意思決定代理に伴う苦痛
- スティグマ
- 介護負担

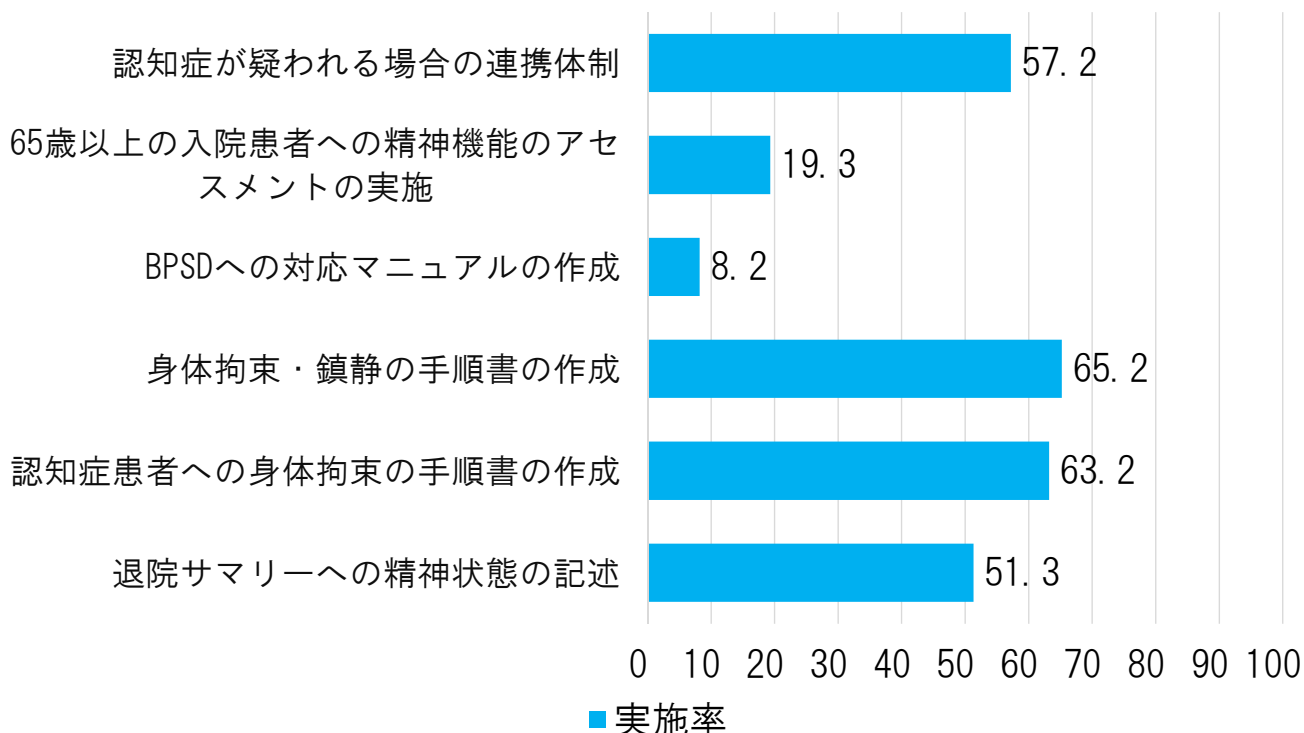
急性期病院の認知症対応の現状調査 (2015 厚生科研)

- 目的： 急性期病院における認知症ケアの実態を明らかにする
- 対象： DPC参加病院、1578施設
- 方法： 調査票を用いた横断調査
- 内容： 施設での取組内容
病棟での取組（コンサルテーション、栄養管理）
療養環境
入退院調整の現状

- 回答率
848施設より回答（回答率は53.7%）

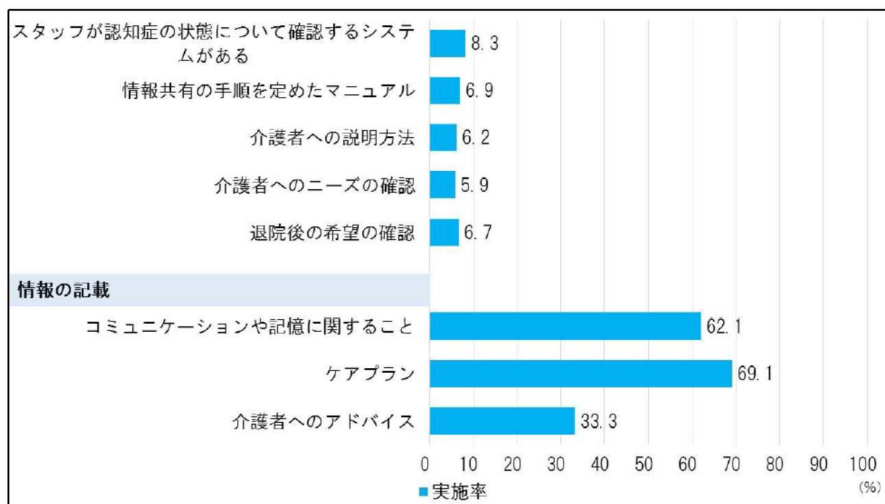


医療安全、連携体制

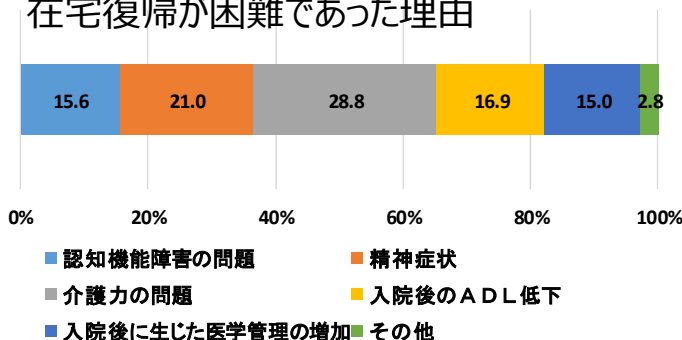


急性期・一般病院では、認知症への対応が未整備

連携・転退院の阻害要因



在宅復帰が困難であった理由



在宅復帰困難の背景に、
介護力の問題、ADL低下、医学管理の
問題が約6割

がん診療連携拠点病院の現状

コンサルテーション型の診療支援を中心に提供

- 主たる支援チーム： 緩和ケアチーム
 - 精神症状緩和担当医師を中心に、認知症・せん妄への対応を実施
 - 全拠点病院の約7割に常勤医が配置
- その他、せん妄対策チーム、認知症ケアチーム等
- 課題
 - 認知症診療・ケアに関する知識・情報不足
 - 特に、治療開始時の意思決定が適切になされていない問題が大きい
 - 高齢者の臨床試験を検討するうえで倫理的にも問題

（身体合併症等への適切な対応）

認知症の人の身体合併症等への対応を行う急性期病院等では、身体合併症への早期対応と認知症への適切な対応のバランスのとれた対応が求められているが、現実には、認知症の人の個別性に合わせたゆとりある対応が後回しにされ、身体合併症への対応は行われても、認知症の症状が急速に悪化してしまうような事例も見られる。身体合併症対応等を行う医療機関での認知症への対応力の向上を図る観点から、関係団体による研修も積極的に活用しながら、一般病院勤務の医療従事者に対する認知症対応力向上研修の受講を進める。

身体合併症への適切な対応を行うためには、身体合併症等への対応を行う急性期病院等における行動・心理症状（BPSD）への対応力を高めること、及び精神科病院における身体合併症への対応力を高めることがともに重要であり、身体合併症等に適切に対応できる医療の提供の場の在り方について検討を進める。

急性期病院をはじめとして、入院、外来、訪問等を通じて認知症の人と関わる看護職員は、医療における認知症への対応力を高める鍵となる。既存の関係団体の研修に加え、広く看護職員が認知症への対応に必要な知識・技能を修得することができる研修の在り方について検討した上で、関係団体の協力を得ながら研修を実施する。

認知症対応

認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供

- 認知症ケア加算の算定
- 看護職員認知症対応力向上研修
全都道府県を通じて開催（2016-）
- 一般医療機関における認知症対応のための院内体制整備の手引き
（2015 老健事業）

一般医療機関における認知症対応の
ための院内体制整備の手引き

平成27年度
老人保健事業推進費等補助金（老人保健制度推進費等事業）
認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など
看護型の医療介護等の提供のあり方に関する研究会

急性期病院に求められる認知症対応

- 認知症の見落としを防ぐ・初期支援
- せん妄の予防・発見・対応
- 認知機能障害に配慮をした身体管理
 - 疼痛
 - 栄養管理・脱水の予防
 - 服薬管理
 - セルフケア指導・支援
- 認知症を考慮した退院調整
- 認知機能障害に配慮をしたコミュニケーション
- 認知機能障害に配慮をした治療同意・意思決定支援
- BPSDを予防する環境整備
- 向精神薬使用の適切な判断

個々人の臨床技術で対応するのではなく、システムとして構築し、どの施設でも提供できるようにする必要

がん治療中のせん妄へのマネジメントプログラム

【多職種によるせん妄対応プログラム(教育,運用)の開発】

A) 教育：非薬物的ケアの提供上の問題の抽出、行動科学を基に目標設定

- 実施：看護師45名を対象にせん妄プログラムを実施
- 評価：せん妄ケアに対する自信
- 普及：『がん看護せん妄ケアコース』『地域におけるがん看護せん妄ケア研修企画・指導者養成研修』を2014年から実施し、がん診療連携拠点病院を対象に**202名受講**
国立がん研究センターがん対策情報センターより拠点病院向け研修会を開催



B) 運用：対応の流れを可視化、院内システムの構築

- 実施：2013年4月～9月に国立がん研究センター東病院**全職員**を対象にせん妄対応プログラムを実施
- 評価：プログラム実施前後で、せん妄への認識、予防的ケアの実施向上

結果	プログラム前 (n = 4,463)	プログラム後 (n = 4,030)	Odds ratio (95% CI)
ベンゾジアゼピン系薬剤の使用頻度, %	28.5	23.9	0.79 (0.72-0.88)*
抗精神病薬の使用頻度, %	16.2	21.9	1.40 (1.25-1.57)*
せん妄の記載, %	3.4	15.1	5.19 (4.29-6.31)*
転倒・ルートトラブル	3.2	2.4	0.71 (0.54-0.94)*
入院費用(平均)	886,137	788,085	0.90 (0.90-0.90)*

運用プログラムの臨床効果や医療経済的な側面から効果が示唆(東病院にてパイロット)比較試験の実施 (AMED 2016-)

課題の解決に向けて

- 認知症・せん妄に関する基本的な知識・技術の早急な普及・啓発
- 特にがん医療においては
 - 治療開始時点での意思決定支援のプログラム開発と標準化
 - 意思決定能力の評価ならびに認知機能障害に配慮をした支援法
 - 基本的な支持療法のプログラム確立（せん妄、疼痛、認知症の身体管理）
 - 認知機能障害ががん治療に与えるリスク評価の確立（高齢者のレジストリ構築）

高齢化によるインパクトに対応するため、2025年までに定着させる必要

がんの特性に応じたがん対策について ～議論の背景～

事務局説明資料

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)

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。

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。

希少がんの現状と課題

専門的な医師や医療機関の所在が分かりにくい。
 希少がんホットラインが存在し、非常に有用だが、周知されていない。
 情報共有等において患者団体の存在が重要であるが、認知できない患者もいる。
 病理診断が難しく、専門性の高い医師が不足。
 がん診療連携拠点病院等における相談支援センターの体制が十分でない。
 医療提供体制の情報がわかりにくい。
 症例が少なく、研究が進みにくい。 等

取り組むべき主な施策

病理診断	バーチャルスライドを用いたカンファレンス。 病理コンサルテーションシステムのコンサルタント増員や事務局の整備。 コンサルテーションにおける費用負担のあり方について検討。等
人材育成	必要な集約化を推進し、希少がんの経験を蓄積した医療機関の確保と、そこでの教育。 拠点病院や専門性の高い医療機関、医師によるかかりつけ医等に対する普及、啓発。 等
情報の集約・発信	がん登録実務者への研修等の強化。 がん情報サービスで希少がんに関する情報を集約、提供。 質の高い最新の情報を収集し、必要な情報を患者に提供できるようにする。 等
相談支援	国立がん研究センターの相談員研修に希少がんを盛り込む。 希少がんホットラインと連携する等適切な対応ができる相談員の教育、確保。 等
研究開発	必要な集約化を推進し、研究を進めやすい環境を整備。 AMEDでも引き続き希少がんの研究を整備。 研究について患者参画の仕組みを検討。 等

希少がん対策に関する検討の場の設置

国立がん研究センターを事務局として「希少がん対策ワーキンググループ」を設置する。特定のがん種に絞り、希少がんに関する最新情報の収集・提供、ガイドラインの推進や評価項目の検討などを行う。

今後のがん対策の方向性についての概要

(～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)

(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

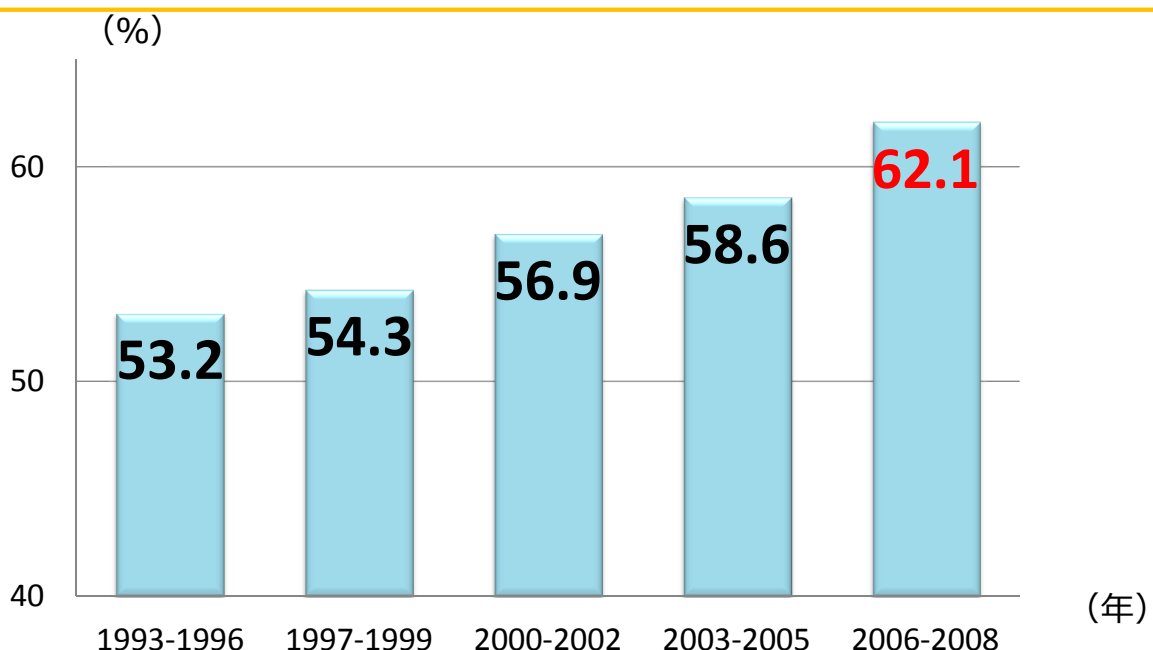
- ・総合的な**AYA世代のがん対策**のあり方に関する検討(緩和ケア、就労支援、相談支援、生殖機能温存等)
- ・**遺伝性腫瘍**に対する医療・支援のあり方に関する検討
- ・**認知症対策と連動した高齢者のがん対策**のあり方に関する検討 等

- 膵がんや胆道がんのように未だ治療困難ながん等については、5年生存率も低く、患者は診断時に多大な精神心理的苦痛を抱え、がんと向き合うことができないことも多い。
- これらの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をより一層推進することにより、より多くのがん患者ががんと向き合い、がんと共に生きることができる社会を構築していく必要がある。

4

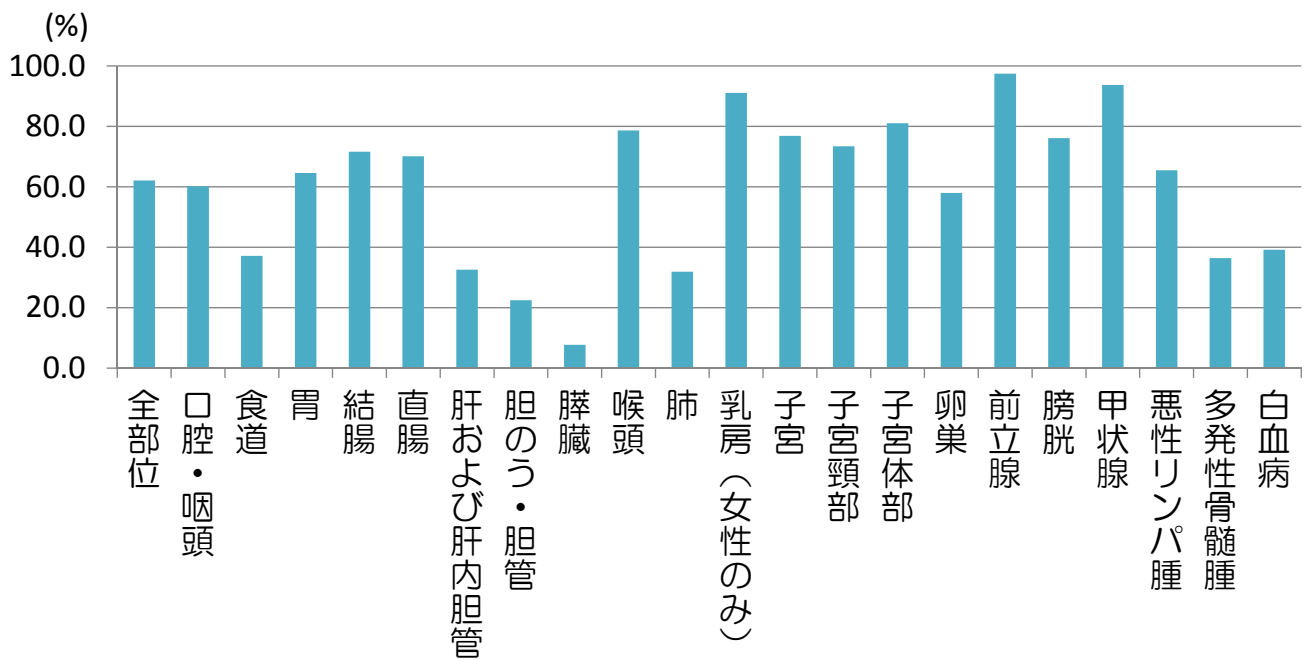
がんの5年相対生存率（全がん）の推移

がん医療（放射線療法、化学療法、手術療法）の進歩は目覚ましく、生存率は上昇している。



5

部位別の5年相対生存率 (%) (地域がん登録 2006-2008年診断例)



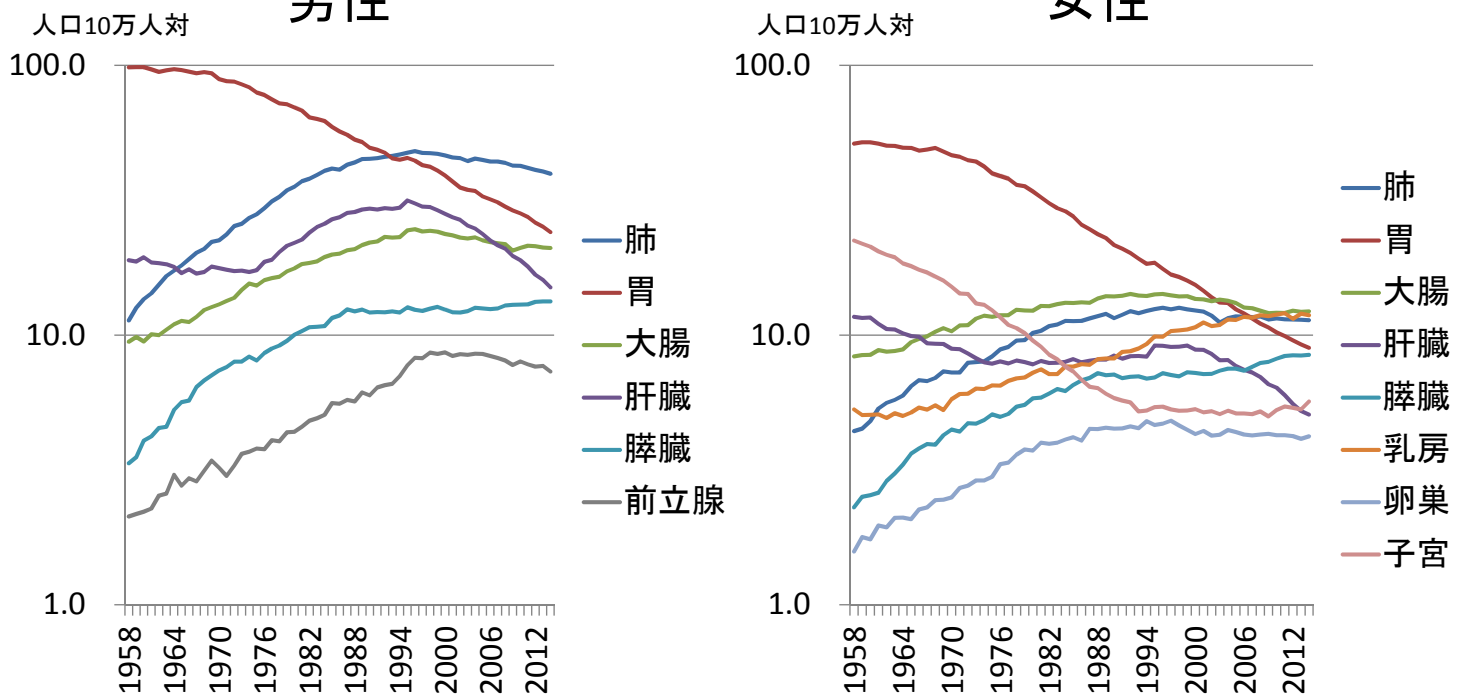
※5年相対生存率とはあるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかを示す。

出典：国立がん研究センターがん対策情報センター

部位別がん年齢調整死亡率の推移 (主要部位、1958-2014)

男性

女性



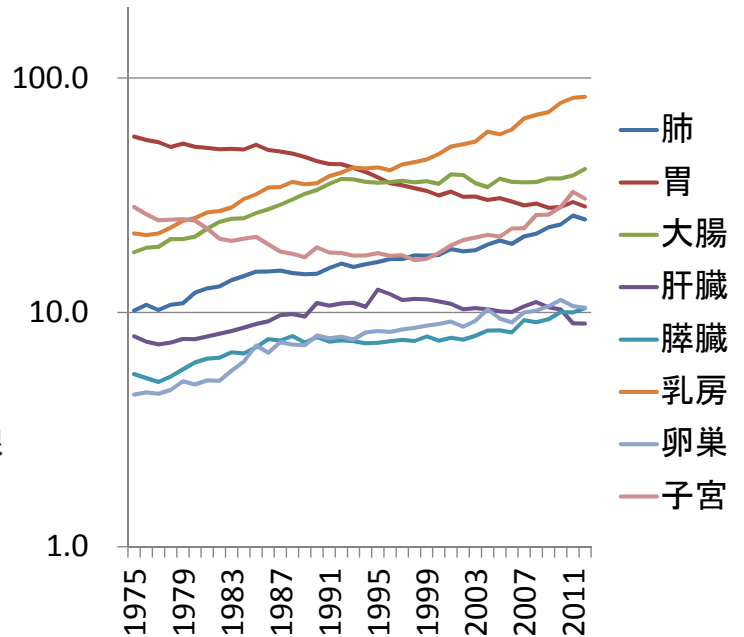
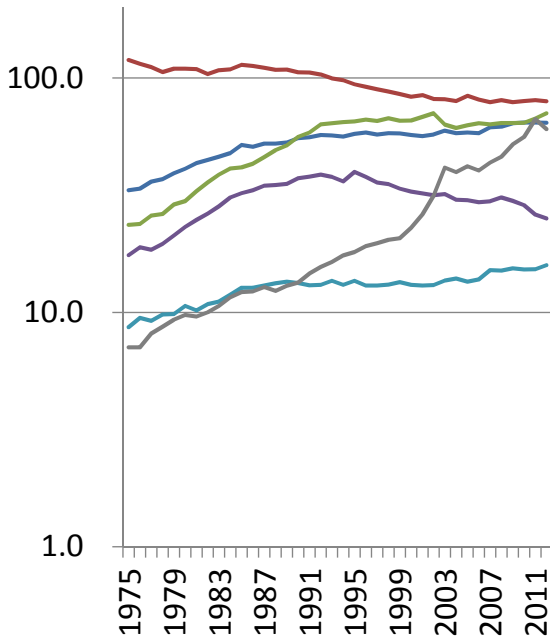
部位別がん年齢調整罹患率の推移 (主要部位、1975-2012)

男性

女性

人口10万人対

人口10万人対



※乳房の1975～2002年は上皮内がんを含む。

8

出典: 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

がん研究10か年戦略の概要 (文部科学省、厚生労働省、経済産業省)

「根治・予防・共生 ～患者・社会と協働するがん研究～」

戦略目標

我が国の死亡原因第一位であるがんについて、患者・社会と協働した研究を総合的かつ計画的に推進することにより、がんの根治、がんの予防、がんとの共生をより一層実現し、「基本計画」の全体目標を達成することを目指す。

「基本計画」の全体目標【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 |
|--|---|------------------------------|

今後のあるべき方向性

- 産官学が一体となり、「がんの本態解明研究」と「実用化をめざしたがん研究」が一体的かつ融合的につながった疾患研究として推進
- 臨床現場から新たな課題や国民のニーズを抽出し研究へと還元する、循環型の研究開発
- 研究成果等の国民への積極的な公開による、国民ががん研究に参加しやすい環境の整備と、がん研究に関する教育・普及啓発
- 研究推進における利益相反マネジメント体制の整備

【研究開発において重視する観点】

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> がんの根治をめざした治療 がん患者とその家族のニーズに応じた苦痛の軽減 | <ul style="list-style-type: none"> がんの予防と早期発見 | <ul style="list-style-type: none"> がんとの共生 |
|--|--|--|

具体的研究事項

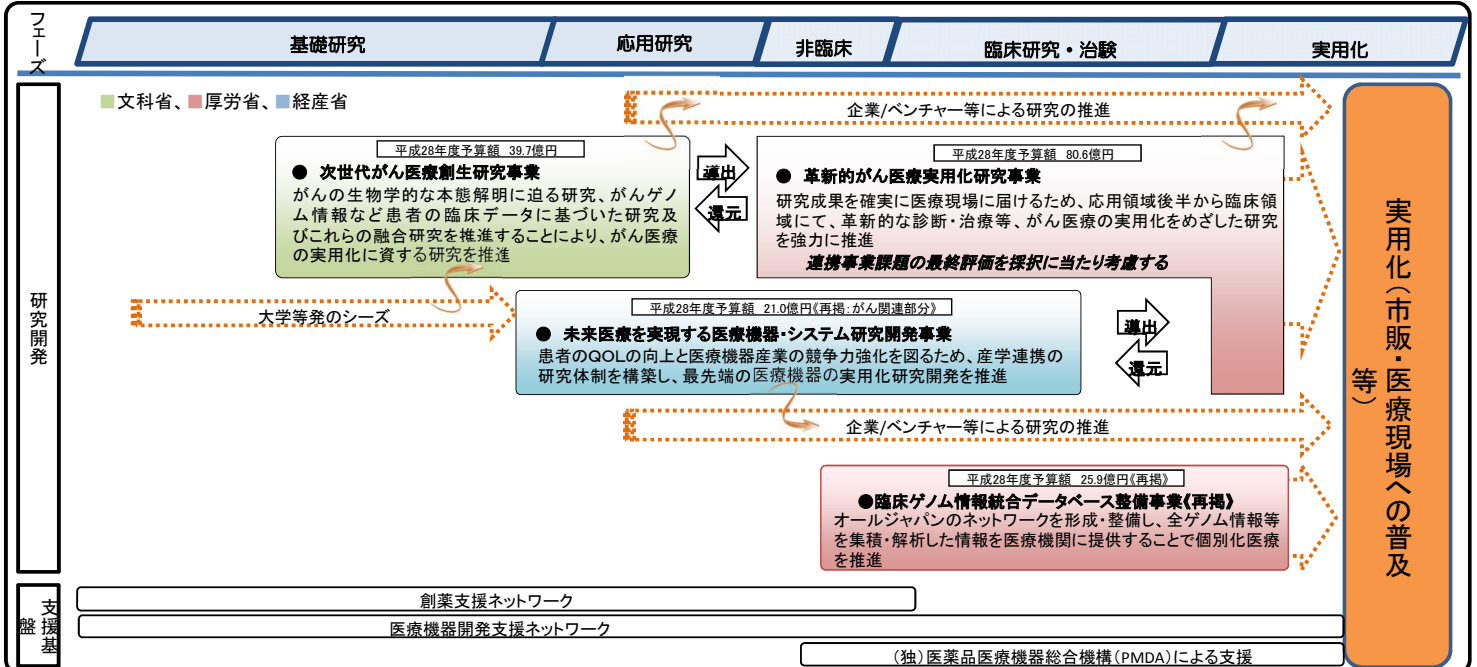
- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) がんの本態解明に関する研究 (2) アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究 (3) 患者に優しい新規医療技術開発に関する研究 (4) 新たな標準治療を創るための研究 (5) ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域 <ul style="list-style-type: none"> 1) 小児がん 2) 高齢者のがん 3) 難治性がん 4) 希少がん等 | <ul style="list-style-type: none"> (6) がんの予防法や早期発見手法に関する研究 (7) 充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究 (8) がん対策の効果的な推進と評価に関する研究 |
|---|--|
- ・がん研究を継続的に推進していくため、研究者の育成等にも取り組む。

9

6. ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト

日本医療研究開発機構対象経費
平成28年度予算額 167億円(一部再掲)

基礎研究の有望な成果を厳選し、実用化に向けた医薬品・医療機器を開発する研究を推進し、臨床研究等へ導出する。また、臨床研究で得られた臨床データ等を基礎研究等に還元し、医薬品・医療機器開発をはじめとするがん医療の実用化を「がん研究10か年戦略」に基づいて加速する。



【2015年度までの達成目標】

- 新規抗がん剤の有望シーズを10種取得
- 早期診断バイオマーカー及び免疫治療予測マーカーを5種取得
- がんによる死亡率を20%減少(平成17年の75歳未満の年齢調整死亡率に比べて平成27年10%減少させる)

【2020年頃までの達成目標】

- 5年以内に日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けた10種類以上の治験への導出
- 小児がん、難治性がん、希少がん等に関して、未承認薬・適応外薬を含む治療薬の実用化に向けた6種類以上の治験への導出
- 小児がん、希少がん等の治療薬に関して1種類以上の薬事承認・効能追加
- いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消
- 小児・高齢者のがん、希少がんに対する標準治療の確立(3件以上のガイドラインを作成)

10

がん政策研究事業

平成28年度予算額 336,566千円
(前年度予算額 322,444千円)

がんの年齢調整死亡率は低下傾向にあるが、罹患率は増加傾向が続いており、その度合いが鈍ってきているとはいえ、減少傾向は認められていない。こうしたことから、高齢化社会を踏まえた、在宅医療を含む医療提供体制や終末期医療のあり方等、さらに研究を推進する必要性が高い領域が多く、今後も「がん対策推進基本計画」の目標達成のため、**充実したサバイバーシップを実現する社会の構築**と、**がん対策の効果的な推進・普及**のための研究を推進することが必要である。

平成28年度研究の概要

充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究

「がん検診の質の向上に資する研究」

- ・職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究
- ・検診受診率向上をめざした、国民の行動変容を促す方法を開発する研究
- 新 がん予防を推進する大規模コホート研究のあり方に関する研究 等

「がんと診断された時からの緩和ケアの推進に資する研究」

- ・がん患者の苦痛のスクリーニング及びトリアージ体制の構築に関する研究
- ・がん診療連携拠点病院における疼痛緩和の評価と改善に関する研究 等

「がん患者の地域完結型医療の推進に資する研究」

- ・地域包括緩和ケアプログラムを活用したがん医療における地域連携推進に関する研究 等

「がん患者の社会的問題の解決に向けた研究」

- 新 働くがん患者の職場復帰支援に関する研究
- 医療機関における、医療従事者等の適切な就労相談のあり方に関する研究 等

「希少がん対策に関する研究」

- ・希少がん患者の集約化に向けたデータ収集に関する研究 等

がん対策の効果的な推進と評価に関する研究

「総合的ながん対策の推進に資する研究」

- 新 次期がん対策推進基本計画の策定に資する研究
- ・A Y A世代の総合的ながん対策のあり方に関する研究
- 新 高齢者の総合的ながん対策のあり方に関する研究 等

「がん登録等の医療データベースを活用した研究」

- ・全国がん登録と臓器がん登録の連携体制の構築に関する研究
- ・都道府県がん登録データ等を活用したがん診療動向把握の研究 等

「がん教育における医師確保のあり方に関する研究」

- 新 がん教育における外部人材としての医師確保のあり方に関する研究 等

目標

がんによる死者の減少

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

がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん対策は、「がん対策推進基本計画」(平成24年6月)に沿って進めている。基本計画では、平成19年度から10年でがんの年齢調整死亡率を20%減少させることを全体目標としているが、このままでは目標達成が難しいと予測されている。このため、平成27年6月1日に開催された「がんサミット」で内閣総理大臣の指示を受け、厚生労働省が中心となり、基本計画に示されている分野のうち、①遅れているため「加速する」ことが必要な分野、②当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野に絞り、短期集中的に実行すべき具体策を明示した「がん対策加速化プラン」を策定することとした。プランの3つの柱は「がんの予防」、「がんの治療・研究」、「がんとの共生」である。

実施すべき具体策

予防

- ① **がん検診**
 - ・ 精検受診率等の目標値設定
 - ・ 市町村、保険者の受診率及び取組事例等の公表
 - ・ 保険者に対する検診ガイドラインの策定
 - ・ 検診対象者等へのインセンティブの導入
- ② **たばこ対策**
 - ・ FCTCや海外のたばこ対策を踏まえた、必要な対策の検討
 - ・ 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望
 - ・ ラグビーW杯、東京オリンピック・パラリンピックに向けた受動喫煙防止対策の強化
- ③ **肝炎対策**
 - ・ 患者の自己負担の軽減を通じた、重症化予防の推進
- ④ **学校におけるがん教育**
 - ・ 「がんの教育総合支援事業」の実施 等

治療・研究

- ① **がんのゲノム医療**
 - ・ ゲノム医療実現に向けた実態調査
 - ・ 全ゲノム情報等の集積拠点の整備
 - ・ 家族性腫瘍の検査・治療等の検討
- ② **標準的治療の開発・普及**
 - ・ 高齢者や他疾患を持つ患者への標準的治療の検証
- ③ **がん医療に関する情報提供**
 - ・ 患者視点で簡単に検索できる拠点病院検索システムの構築
- ④ **小児・AYA世代のがん、希少がん**
 - ・ 小児がん医療提供体制、長期フォローアップ体制等の検討
 - ・ AYA世代のがん医療等の実態調査
- ⑤ **がん研究**
 - ・ 「健康・医療戦略」・「医療分野研究開発推進計画」及び「がん研究10か年戦略」を踏まえた研究の推進 等

がんとの共生

- ① **就労支援**
 - ・ 拠点病院における仕事の継続を重視した相談支援の実施
 - ・ ハローワークにおける就職支援の全国展開、事業主向けセミナー等の開催
 - ・ 産業保健総合支援センターの相談員による企業等に対する相談対応等の支援
 - ・ 企業向けのガイドラインの策定及び普及啓発
- ② **支持療法の開発・普及**
 - ・ 支持療法に関する研究の推進
- ③ **緩和ケア**
 - ・ 緩和ケアチームの実地研修の実施
 - ・ 患者の苦痛のスクリーニング方法の事例集の作成
 - ・ 地域連携のための訪問看護師の育成 等

避けられるがんを防ぐ

がん死亡者の減少

がんと共に生きる

“がん”を克服し、活力ある健康長寿社会を確立

12

がんの特性に応じたがん対策について

がん対策加速化プランより抜粋

1. 希少がん対策について

(平成27年12月)

<現状と課題>

希少がん対策は、第2期基本計画で新たに加えられた項目である。希少がんの患者が安心して適切な医療・支援を受けられるようにするため、平成27(2015)年3月に「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」を立ち上げ、平成27(2015)年8月に課題及び取り組むべき施策を整理した報告書を取りまとめた。報告書では、希少がん医療に関する医師や医療機関等の情報が不足していることや、病理診断が難しいこと、希少がんに関する臨床研究を推進するための体制が不足していること等が課題として指摘されている。

<実施すべき具体策>

平成27(2015)年9月にとりまとめた「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」を踏まえ、以下の施策を実施する。

- ・ 国立がん研究センターを事務局とした「希少がんワーキンググループ(仮称)」を設置し、個別のがん種について、当該希少がんに関する治療法や治療を受けられる医療機関等の情報の収集・提供、ガイドライン普及のための対策等を検討する。
- ・ 病理診断の質を向上させるため、バーチャルスライドや映像を集積するデータベースの構築や、病理コンサルテーションの際に、依頼する医師と診断する専門の医師をつなぐ仕組みの構築を目指す。
- ・ 研究については、「がん研究10か年戦略」を踏まえつつ、引き続き適応外や未承認の薬剤及び医療機器の開発ラグの解消をめざした研究を含む治療開発に取り組む。

がんの特性に応じたがん対策について

がん対策加速化プランへの提言より抜粋

(平成27年12月)

～次期がん対策推進基本計画策定に向けて検討すべき事項～

1. 希少がん対策について

- 小児・AYA世代のがん、希少がんの早期発見
- がん教育で教える内容に小児・AYA世代のがん、希少がん患者に関する事項の追加
- 治療実績の比較などによる施設格差、地域格差の是正
- 拠点病院間での情報共有を通じた専門性の担保(数多くある疾病の専門役割分担)

2. 難治がん対策について

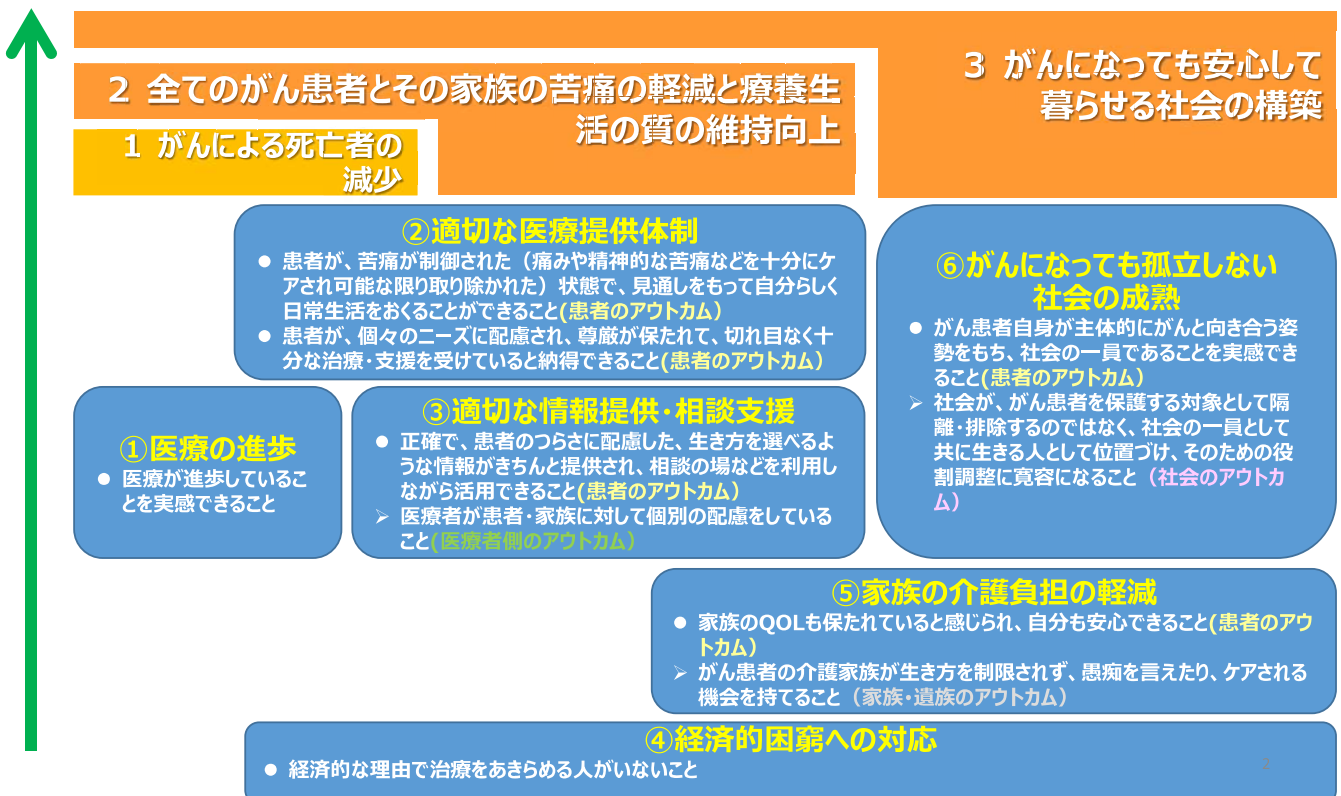
- 難治性がん対策の推進

がん相談支援センター困りごとアンケートから見た がん患者を取り巻く社会的な問題

国立がん研究センターがん対策情報センター
センター長 若尾文彦

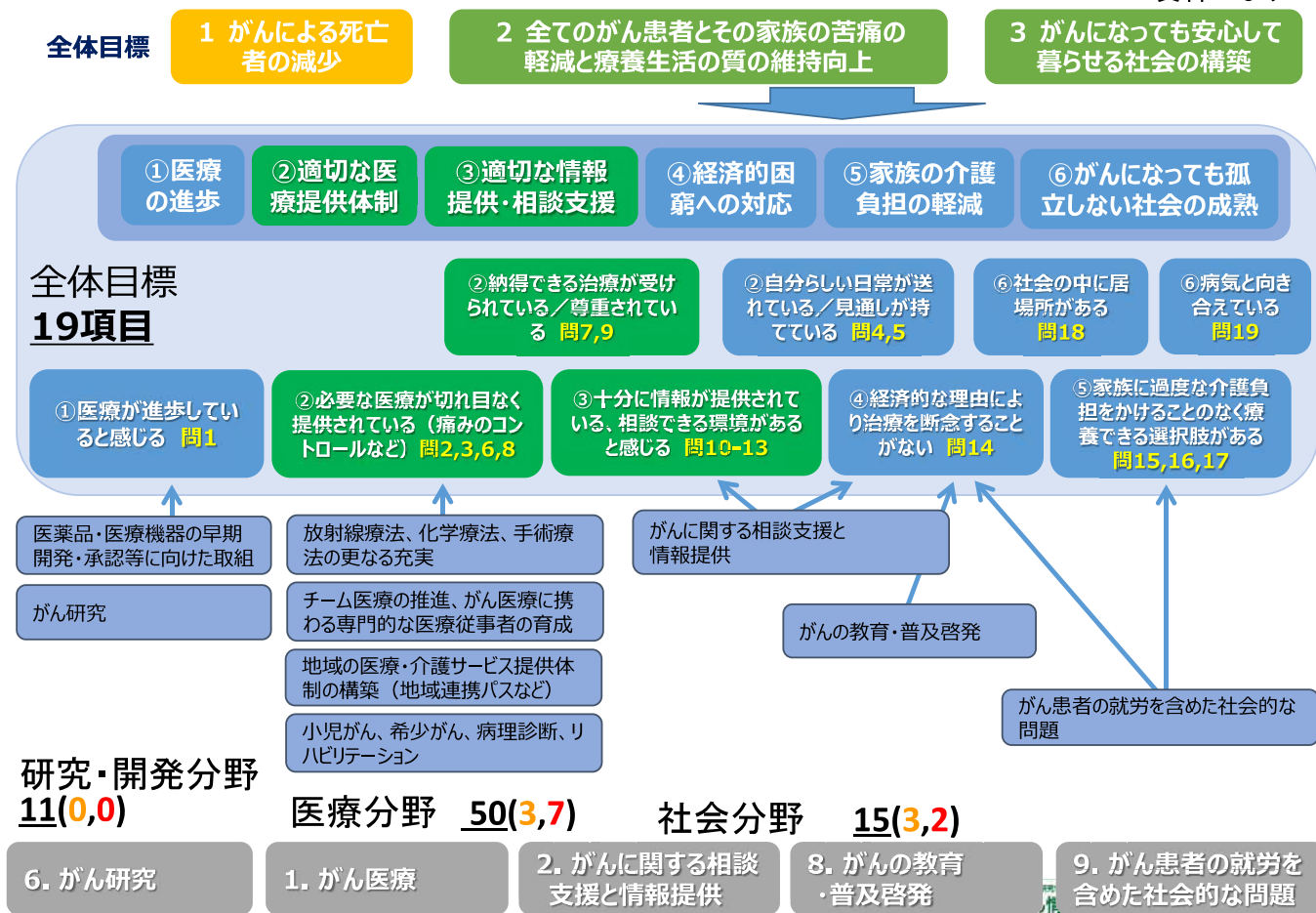
②全体目標

今回の検討で抽出された6カテゴリ（特に重要な要素）



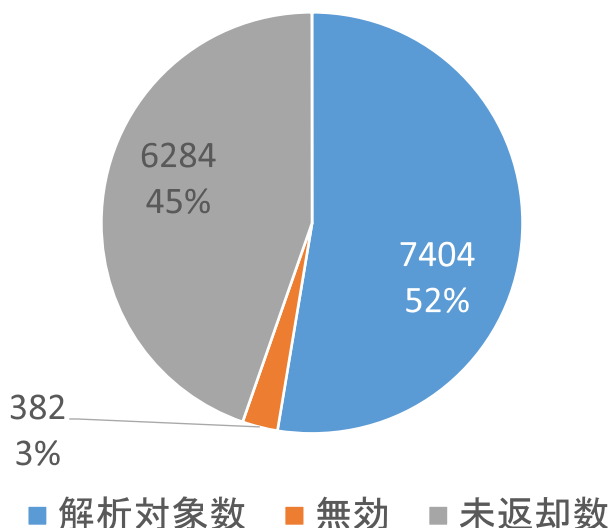
「全体目標の指標」と「分野別指標」

第43回がん対策推進協議会 (H26.4.23)
資料3-1より



患者体験調査の基本情報

- 参加施設: 134施設
- 発送数: 14070
- 返送総数: 7786 (返送率:55.2%)
- 無効調査票 382
- 解析対象調査票: 7404



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

がんと診断された時からの緩和ケアの実施率は、がん患者や家族の苦痛の軽減等により、「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指す

要素1) 医療の進歩

評価名: 医療が進歩していることを実感できること 二次元コード: 患者経験者の側32 対象: がん患者	算出法: 「問32. 一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思いますか?」という問いに対し、1. そう思う、または2. ややそう思うと回答した患者の割合	2018年 80.1% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答538を除外、「1. そう思う」(3707)、「2. ややそう思う」(1158)との回答を合算。		

要素2) 適切な医療の提供

評価名: 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(からだの苦痛) 二次元コード: 患者経験者の側21 対象: がん患者	算出法: 「問44. 現在の心身の状態についてお答えください。からだの苦痛がある。」という問いに対し、4. あまりそう思わない、または5. そう思わないと回答した患者の割合	2018年 57.4% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答1311を除外、「4. あまりそう思わない」(1302)、「5. そう思わない」(1607)との回答を合算。		
評価名: 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(痛み) 二次元コード: 患者経験者の側46 対象: がん患者	算出法: 「問44. 現在の心身の状態についてお答えください。痛みがある。」という問いに対し、4. あまりそう思わない、または5. そう思わないと回答した患者の割合	2018年 72.0% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答247を除外、「4. あまりそう思わない」(954)、「5. そう思わない」(2585)との回答を合算。		
評価名: 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(気持ちのつらさ) 二次元コード: 患者経験者の側21 対象: がん患者	算出法: 「問44. 現在の心身の状態についてお答えください。気持ちがつらい。」という問いに対し、4. あまりそう思わない、または5. そう思わないと回答した患者の割合	2018年 61.5% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答228を除外、「4. あまりそう思わない」(1044)、「5. そう思わない」(1953)との回答を合算。		
評価名: 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) 二次元コード: 患者経験者の側43 対象: がん患者	算出法: 「問45. 現在自分らしい日常生活を送れていると感じていますか?」という問いに対し、1. そう思う、または2. ややそう思うと回答した患者の割合	2018年 77.7% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答228を除外、「1. そう思う」(5269)、「2. ややそう思う」(1431)との回答を合算。		
評価名: 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(治療の見通し) 二次元コード: 患者経験者の側13 対象: がん患者	算出法: 「問13. これまで治療を受ける中で、医療スタッフから治療スケジュールの見通しに関する情報は得られましたか?」という問いに対し、1. 十分得られた、または2. ある程度得られたと回答した患者の割合	2018年 89.1% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答247を除外、「1. 十分得られた」(3479)、「2. ある程度得られた」(2314)との回答を合算。		
評価名: 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(生活の見通し) 二次元コード: 患者経験者の側19 対象: がん患者	算出法: 「問19. これまでで入院治療を受けた時、医療スタッフから退院後の生活の見通しに関する情報は得られましたか?」という問いに対し、1. 十分得られた、または2. ある程度得られたと回答した患者の割合	2018年 78.9% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答210を除外、「1. 十分得られた」(2528)、「2. ある程度得られた」(2833)との回答を合算。		

がん対策推進基本計画中間評価報告書より

がん情報サービス ganjoho.jp

評価名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること(尊重) 二次元コード: 患者経験者の側33 対象: がん患者	算出法: 「問36. あなたが医療機関で診断や治療を受ける中で、患者として尊重されたと思いますか?」という問いに対し、1. そう思う、または2. ややそう思うと回答した患者の割合	2018年 80.7% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答166を除外、「1. そう思う」(2820)、「2. ややそう思う」(1248)との回答を合算。		
評価名: 患者が個々のニーズに配慮され、尊厳が保たれ、切れ目なく十分な治療・支援を受けていると納得できること(切れ目のない治療) 二次元コード: 患者経験者の側14 対象: がん患者	算出法: 「問14. 病院から診療所・在宅医療(管理も含む)へ移った際、病院での診療方針が診療所・訪問看護ステーションへ円滑に引き継がれたと思いませんか?」という問いに対し、1. そう思う、または2. ややそう思うと回答した患者の割合	2018年 72.7% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答494を除外、「1. そう思う」(1909)、「2. ややそう思う」(580)との回答を合算。		
評価名: 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(納得できる治療) 二次元コード: 患者経験者の側42 対象: がん患者	算出法: 「問42. あなたはこれまで受けた治療に納得していますか?」という問いに対し、1. 納得している、または2. やや納得していると回答した患者の割合	2018年 88.1% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答127を除外、「1. 納得している」(3380)、「2. やや納得している」(1150)との回答を合算。		
評価名: 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(納得できる支援) 二次元コード: 患者経験者の側43 対象: がん患者	算出法: 「問43. あなたはこれまで受けた支援(医療機関、行政、職場、家族、友人などによる)に納得していますか?」という問いに対し、1. 納得している、または2. やや納得していると回答した患者の割合	2018年 80.4% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答167を除外、「1. 納得している」(2772)、「2. やや納得している」(1306)との回答を合算。		

要素3) 適切な情報提供・相談支援

評価名: 正確で、患者のつらさに配慮した生き方を選ぶような情報提供がきちんと提供されること 二次元コード: 患者経験者の側35 対象: がん患者	算出法: 「問35. あなたは、自分が思うような日常生活を送るのに必要な情報を得られていると思いますか?」という問いに対し、1. そう思う、または2. ややそう思うと回答した患者の割合	2018年 71.5% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答208を除外、「1. そう思う」(2010)、「2. ややそう思う」(1580)との回答を合算。		
評価名: 相談できる環境があると感じること 二次元コード: 患者経験者の側33 対象: がん患者	算出法: 「問23. がんと診断されたとき、病気のことや療養生活に関する様々な疑問について相談できる場がありましたか?」という問いに対し、1. あった、と回答した患者の割合	2018年 67.4% (補正値)
備考: がんと診断されたこととは異なる回答したものは除外し、がん患者の回答は6729名を対象として集計。本問への無回答166を除外、「9. 相談を必要としなかった」と回答した166名を除外、「1. あった」の回答は3273名。		

がん情報サービス ganjoho.jp

3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築

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指す。

要素4) 経済的困窮への対応

全14a	<p>指標名: 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)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問20</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問20. 治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したことがありますか?」という問いに対し、1.ある、と回答した患者の割合</p>	<p>2018年</p> <p>2.7%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答123を除外。(175)が「1.ある」と回答。この項目では公的医療保険内・外は問わない。問21「治療費用負担の問題が無ければ受けたであろう治療は以下のどれでしょうか?」の質問を加味した結果は分野別指標D16を参照。</p>	
全14b	<p>指標名: 経済的な理由で治療をあきらめる人がいないこと(交通費の負担)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問22</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問22. がんの最初の治療(手術、化学療法、放射線療法など、経過観察も含む)のための通院にかかった交通費は、1回、往復でおおよそどのくらいの費用ですか?」において最も多かった回答。</p>	<p>2018年</p> <p>1円～2000円</p> <p>56.4%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答したものは除外し、がん患者の回答6729名を対象として集計。本問への無回答224を除外。最初の治療を複数の病院で受けられた場合、最も遠方の病院に通院された際の往復の交通費に関する問い。自動車やバイクを利用された場合は駐車代を含めた額を回答。選択肢は1. 0円(徒歩や自転車などのため、交通費はかかっていない)、2. 1円以上～2000円未満、3. 2000円以上～5000円未満、4. 5000円以上～1万円未満、5. 1万円以上～2万円未満、6. 2万円以上、9. わからない。</p>	

要素5) 家族の介護負担の軽減

全16	<p>指標名: 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)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問40</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問40. あなたは現在、がんになったことで、ご家族に負担をかけていると感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合</p>	<p>2018年</p> <p>42.1%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答129を除外。「1.よく感じる」(730)、「2.ときどき感じる」(1442)との回答を合算。</p>	
全17	<p>指標名: 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(家族の支援)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問41</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問41. 一般的にみて、がん患者の家族の悩みや負担をやわらげてくれる支援・サービス・場所があるといますか?」という問いに対し、1.十分あると思う、または2.十分ではないが、ある程度あると思うと回答した患者の割合</p>	<p>2018年</p> <p>37.1%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答183を除外。「1.十分あると思う」(212)、「2.十分ではないが、ある程度あると思う」(1635)との回答を合算。</p>	

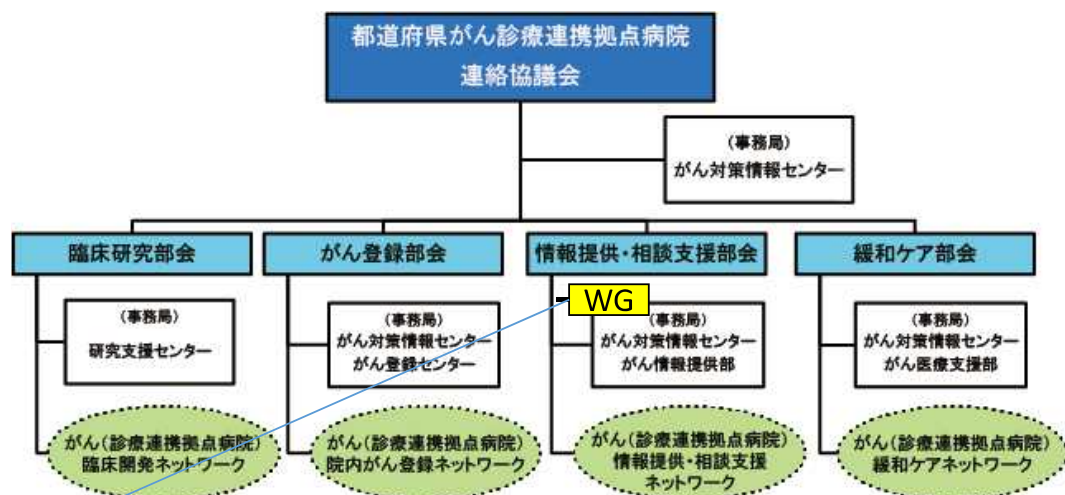
7

要素6) がんになっても孤立しない社会の成熟

全18a	<p>指標名: がん患者自身が主体的にがんと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(家族からの孤立)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問37</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問37. あなたはがんと診断されてから、家族から不必要に気を使われていると感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合</p>	<p>2018年</p> <p>30.7%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答154を除外。「1.よく感じる」(430)、「2.ときどき感じる」(1136)との回答を合算。</p>	
全18b	<p>指標名: がん患者自身が主体的にがんと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(社会からの孤立)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問38</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問38. あなたはがんと診断されてから、家族以外の周囲の人(友人、近所の人、職場関係者など)から不必要に気を使われていると感じますか?」という問いに対し、1.よく感じる、または2.ときどき感じる、と回答した患者の割合</p>	<p>2018年</p> <p>22.3%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答したものは除外し、がん患者の回答6729名、うち、記入者が患者本人であると回答した5234名を対象として集計。本問への無回答135を除外。「1.よく感じる」(181)、「2.ときどき感じる」(998)との回答を合算。</p>	
全18c	<p>指標名: がん患者自身が主体的にがんと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)</p> <p>アンケート: 患者生活調査の問24、25</p> <p>対象: がん患者</p> <p>算出法: 「問24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか。」「に対して「1. はい、収入のある仕事をしていた」と回答したがん患者</p> <p>算出法: 「問25. そのとき働いていた職場や仕事上の関係者ががんと診断されたことを話しましたか。」「という問いに対し、1.関係者に広く話した、または2.一部の関係者のみに限定して話した、と回答した患者の割合</p>	<p>2018年</p> <p>90.5%</p> <p>(補正値)</p>
	<p>備考: がんと診断されたことはないと同答した患者、および無回答患者は対象より除外。「問24. がんと診断された時、収入のある仕事をしていたか。」「に対して「1. はい、収入のある仕事をしていた」と回答した3002名のうち、問25が無回答であった46名を除外。問25で「1.関係者に広く話した」(837)、「2.一部の関係者のみに限定して話した」(1818)との回答を合算。</p>	

8

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会



http://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/

情報提供・相談支援部会ワーキンググループ

- | | | | |
|--------|-----------------|---------|------------------|
| 木川 幸一 | 北海道がんセンター(SW) | 加治 正英 | 富山県立中央病院(MD) |
| 青木 慎也 | 岩手医科大学附属病院(SW) | ◎長谷川 正俊 | 奈良県立医科大学附属病院(MD) |
| 花出 正美 | がん研究会有明病院様(NS) | 榎原 貴子 | 島根大学医学部附属病院(SW) |
| 清水 奈緒美 | 神奈川県立がんセンター(NS) | 石橋 京子 | 岡山大学病院(SW) |
| 藤井 照代 | 大阪府立成人病センター(NS) | 古川 正幸 | 九州がんセンター(MD) |

がん相談支援センターが担うべき役割に関するアンケート

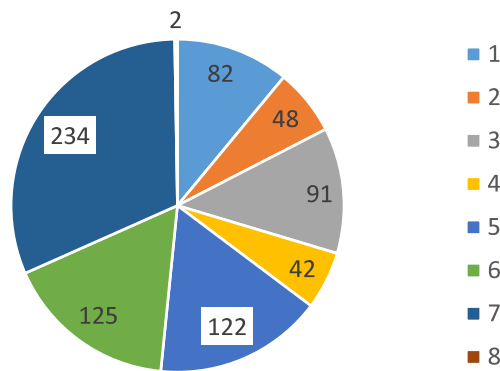
都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会
 情報提供相談支援部会 WGが実施
 平成28年7月 がん相談支援センターメーリングリストで依頼

問: 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。
 また、それは、がん相談支援センターを含め、どのような部門がどのように担うべきことだと思われませんか。
 回答(自由記載): 困りごと、担当すべき部署と対応案、回答部署

回答数として746件 全47都道府県からの回答を得た

アンケート結果まとめ

1. 社会全般の状況と顕在化している困難
2. 社会保障制度上の困難
3. 医療体制の変化・ひずみによる困難
4. 地域・全国のネットワーク、機関連携に関わる課題
5. がん相談支援センターのアクセスに関わる課題
6. がん相談支援センターの院内における機能・立場
7. がん相談支援センターの役割のうち、対応困難な点
8. その他



1. 社会全般の状況と顕在化している困難①

11. 市民や組織の知識、意識の不足、啓発の必要性

- 地域住民の基礎知識(がん、健康、医療提供体制、社会保障制度等について)が不足している
- 日頃から、万が一の時のこと、最後の迎え方について考えている方が少ない
- 地域の中でかんに関わる社会資源間での交流や情報交換ができていない

12. 情報の氾濫

- 情報があふれている、その一方で正確な情報を見つけられない
- 医学的根拠がない免疫療法などの民間療法やメディアの偏った情報に翻弄されている

13. 孤立者・困難者の増加

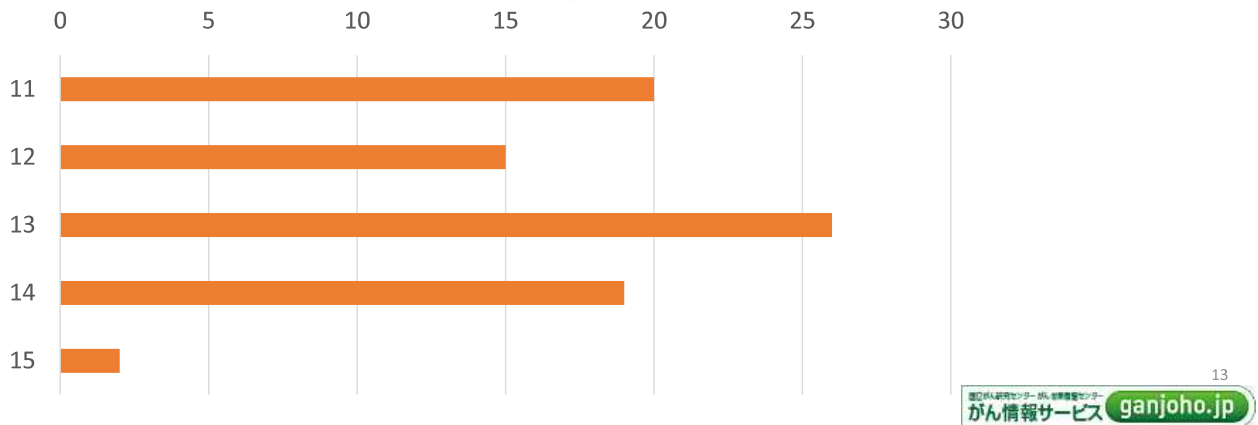
- 無治療で過ごしている人、治療を自己中断する人の存在
- キーパーソン不在、認知症、精神疾患、生活困窮、老老介護等々の対応困難ケースの増加
- 老健施設、特養などの施設での治療、施設からの通院、施設での看取りへの対応

1. 社会全般の状況と顕在化している困難②

14. 患者・家族のリテラシー不足・医療について知られていない・情報が得にくい人へサポート不足

- 医療に対する期待と現実のギャップが大きい
- 自分の病状や治療についての説明を理解できていない場合が多い
- 緩和ケアに対する正しい認識がなく、最後まで緩和を拒むことがある。

15. 来日者・来日希望者の増加



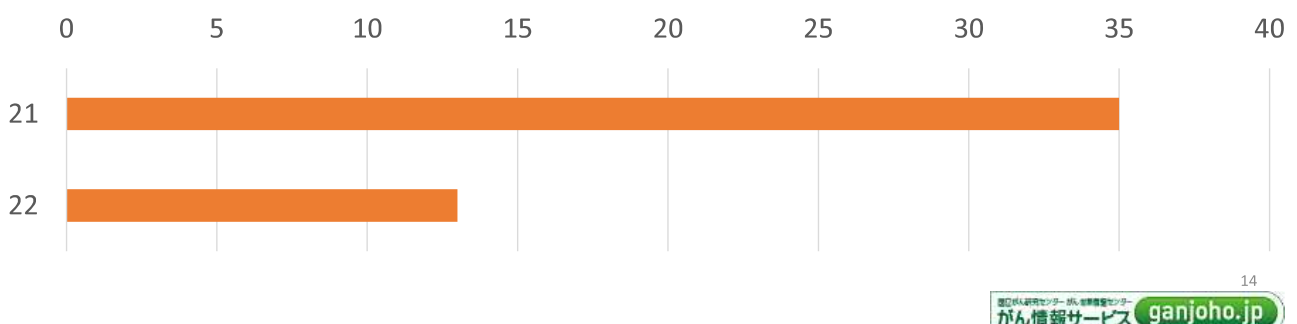
2. 社会保障制度上の困難

21. 経済的支援制度の限界

- 経済的困窮者が増加
- 経済的理由による治療断念
- 働く世代、子育て世代の患者への生活支援、育児支援

22. 介護保険制度の限界

- 40歳未満の人が介護保険が使えない
- 末期ではない方に使えない
- 申請から認定までタイムラグがあることがある



4. 地域・全国のネットワーク、機関連携に関わる課題

41. 地域の情報不足・連携不足

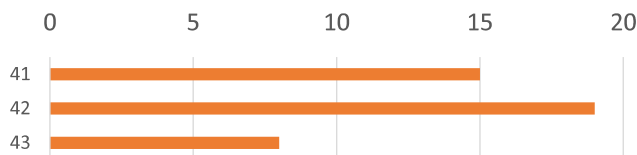
- 拠点病院以外の情報がない、不十分、継続的な情報収集の仕組みがない
- 拠点病院間の連携も不十分

42. 連携方法の模索

- 介護、福祉分野との連携を深める必要があるが関係が築けていない
- 地域包括ケア推進に向けて対応が必要だができていない
- 切れ目のない医療提供のためのネットワークづくりが不十分（治療中、緩和ケア、等）

43. 他地域とのネットワーク、他県の情報

- 遠方から／への転院時の対応困難
- あて先のない紹介状など、対応に苦慮するケースの増加



3. 医療体制の変化・ひずみによる困難①

31. 医師が十分に対応できない

- 医師不足の多忙な状態で十分に話ができない（特に外来）
- 進行がんの患者さんへの対応のばらつき（ずっと診る医師、他院に回す医師など様々）
- 医師のコミュニケーション力不足
- セカンドオピニオンを未だに否定的に捉えている医師がいる
- 医師の緩和ケアに関する理解不足、免疫療法等への考え方のばらつき

32. 在宅資源・緩和ケア病床・地域資源の不足

- 緩和ケア病棟、受け入れができる療養病床が少ない
- 在宅で看取をするための資源が不足している

33. 医療資源の不足・偏在

- 医療資源の偏在により、遠くへの通院が必要とされる場合がある

34. 病気の段階に応じた説明、情報提供不足

- 治療が困難な患者・家族への事前の情報提供ができていない ¹⁶

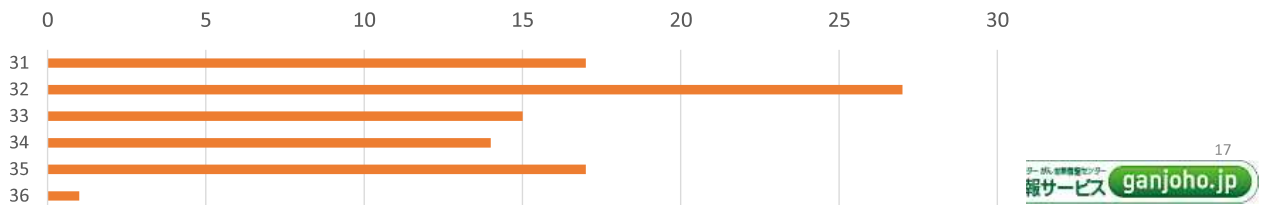
3. 医療体制の変化・ひずみによる困難②

35. 現在の医療体制が生み出している患者さんの困難

- 医療が入院から外来にシフトしているが、外来のリソースが足りず、十分な対応ができない
- 複合疾患への対応(精神疾患、ADL低下の高齢者)ができない
- 標準治療でない治療を受けている患者さんの相談対応に苦慮
- 複数科が対応する場合の連携不足
- 地域包括ケア、在宅ケアが推進されているにも拘らず、診療報酬等が十分整備されていない
- 医療機関の役割分担が進んでいない、あっても十分対応できていない。

36. 医療の限界

- 向精神薬等を処方すると車の運転ができず、就労や生活上の困難が増す



(参考)がん相談支援センターの課題

5. がん相談支援センターのアクセスに関わる課題

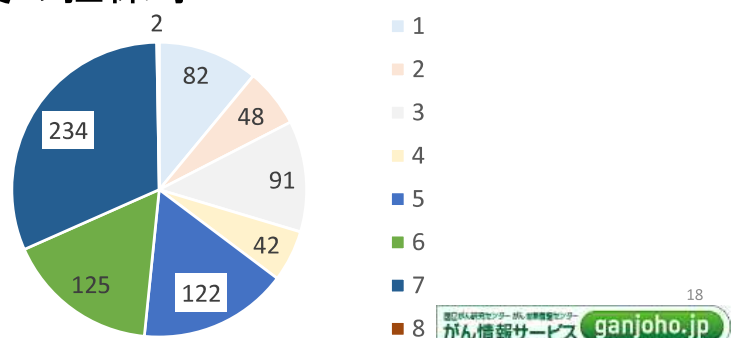
- 市民・患者・家族の認知度が低い、医療関係者の認知度が低い、がん相談支援センターの立地・設備・雰囲気、相談に来ない患者・家族へのアプローチ不足等

6. がん相談支援センターの院内の機能・立場

- 活動が理解されていない、人員配置が薄い、院内他部署・多職種との連携不足、中立を守ることと、連携の難しさ等

7. がん相談支援センターの役割のうち、対応困難な点

- 専門的知識を必要とする相談・情報集約が追いつかない相談、就労支援、相談対応の質の担保等



考えられる対応策について

- | | | |
|----------------------------|---|--|
| 1. 社会全般の状況と顕在化している困難 | → | 1. がん相談支援センターの機能を強化し、困難を抱えた人をがん相談支援センターに適切に繋げるための対応 |
| 2. 社会保障制度上の困難 | → | 2. 医療体制の変化やひずみ、進歩や社会状況の変化に対応した制度的な支援策の拡充 |
| 3. 医療体制の変化・ひずみによる困難 | → | 3. 国民の医療や健康に関する知識・リテラシーの向上と日常において病や生死に関わる課題に向き合える国民風土の醸成に向けた長期的な取り組み |
| 4. 地域・全国のネットワーク、機関連携に関わる課題 | → | |
| 5. がん相談支援センターのアクセスに関わる課題 | → | |
| 6. がん相談支援センターの院内における機能・立場 | → | |
| 7. がん相談支援センターの役割のうち、対応困難な点 | → | |
| 8. その他 | → | |

2. 医療体制の変化やひずみ、進歩や社会状況の変化に対応した制度的な支援策の拡充

1. 外来場面で困難なケースを支援しやすくする体制の整備
2. 経済的な理由により治療を中断せざるを得ない人の数や状況等について、調査方法の検討も含めて明らかにしていく
3. 医学の進歩に合わせた社会保障制度の変更を検討していく
4. がん患者の在宅療養を支える地域の資源整備についての都道府県行政の主導による検討を進める
5. 単身世帯等の増加に伴う社会状況に見合った制度の改変
6. 外国人・外国語対応のできる専門家の養成・専門機関の整備
7. 各種施策の調和と施策の全体像に関する情報提供

3. 国民の医療や健康に関する知識・リテラシーの向上と日常において病や生死に関わる課題に向き合える国民風土の醸成に向けた長期的な取り組み

- 国民の医療や健康に関する知識やリテラシーの向上が必要
- 日常において病や生死に関わる課題に向き合うための国民風土の醸成に向けた長期的な取り組みが必要である
- がんに向き合うためには日ごろからの「死生観・人生観」「Advance Care Planning」等が非常に重要となる
- 特定の死生観等を周知するものではなく、市民一人ひとりが考えていくことができるような風土の醸成について国民を巻き込んだ検討を幅広く行っていくことが必要と考える

21

(参考)がん相談支援センターの機能を強化し、困難を抱えた人をがん相談支援センターに適切に繋げるための対応

1. 都道府県および国レベルでのがん相談支援センターの周知活動
2. がん相談支援センターの機能・役割についての院内周知とがん相談支援センターからの報告が適切にフィードバック、改善される仕組みの徹底
3. 全国のがん相談支援センター間のネットワークの活用
4. 都道府県単位の取り組みを十分に行なうための事務局体制の拡充

22