

がん対策加速化プラン策定に向けた委員からの意見

(第53回協議会后)

- 川本委員提出資料・・・がん対策加速化プランへの追加意見(P2)
- 桜井委員提出資料・・・「がん対策加速化プラン」に対する要望書(P3)
乳がん・卵巣がんの家族歴発症リスクについて(P4～)
- 中川委員提出資料・・・がん対策加速化プランに関する意見(P11)
- 西山委員提出資料・・・がん対策推進基本法改正とがん対策加速化プランに関する意見のまとめ(P12～)
- 堀田委員提出資料・・・がん対策基本法の改正及びがん対策加速化プランについて(P14～)
- 松村委員提出資料・・・「がん対策推進基本法」改正及び「がん対策加速化プラン」策定に関する意見(P16～)
- 馬上委員提出資料・・・基本法・加速化プランに関する追加意見(P18)
- 山口委員提出資料・・・基本法及び加速化プランについての提案・コメント(P19～)
- 若尾委員提出資料・・・「がん対策加速化プラン」への意見(P27)
- 桜井委員提出資料・・・第54回がん対策推進協議会「がん対策加速化プラン」に対する意見書(P28～)

がん対策加速化プランへの追加意見

がん対策推進協議会委員 川本利恵子
(公益社団法人 日本看護協会 常任理事)

3) がんとの共生について

地域における緩和ケアの推進

○がん患者が住み慣れた地域において、治療を受け、療養生活を送り最期までQOLの高い暮らしを送ることができるよう、がん拠点病院に加えて、地域における拠点病院以外の医療機関や施設なども含めて、どのようにがん医療、緩和ケアを提供するのか明らかにする必要がある。

○また、在宅での療養を望むがん患者の多様なニーズに応えられるよう、在宅療養環境の整備を進めることが必要である。

特に病状の変化があるがん患者を支えるには、地域で医療と介護、相談支援などが一体的に提供できるような仕組みやサービス；看護小規模多機能型居宅介護や機能強化型訪問看護ステーションなどの整備が計画的に進むような施策が必要である。

がん患者の就労支援

○がん診療連携拠点病院の看護師や医師等を対象に就労支援の研修が予算化されている。がん患者が医療提供の場所によらず、タイムリーな支援が受けられるよう、拠点病院以外に就業するがん患者に関わる看護師等についても、広く就労支援に関する基本的知識を取得するための研修の機会を設けるべき。

医療機関と産業保健師との連携体制の整備

○がん患者が、治療中から終了後、安定的な生活が送れるようになるまで、就業先の理解と支援が必要な時期に適切に受けられるような体制が必要である。そのためには、がん患者の日常生活を理解し、心身の両面について医学的側面から個別のアプローチを行える産業保健師の配置を促進するとともに、産業保健師などの産業スタッフと医療機関との連携モデルを構築する必要がある。

平成27年9月25日

がん対策推進協議会会長 門田守人先生

(一社)CSRプロジェクト代表理事
桜井なおみ**「がん対策加速化プラン」に対する要望書**

第二期基本計画の実施にあつて「特に遅れていると思われる分野」の加速化に向け、約1年での「即効性と希求性」を持ち、「年齢調整死亡率の20%減少」に直結する取り組み推進を希望します。

1. がん予防

- (1) 「救える生命を救うため」、遺伝子変異陽性者と血縁者などへの検査・予防対策、並びに、変異陽性者の社会的不利益からの軽減を目的とした患者擁護を要望します。(別紙1参照)
- ・ 遺伝子変異陽性者の血縁者、家族歴が濃い人への遺伝子検査に対する公的保険適用
 - ・ 遺伝子変異陽性者に対する先手医療(手術療法・薬物療法)に対する公的保険適用
 - ・ 変異陽性者に対する社会的不利益からの擁護を目的とした法制度、消費者協定などの締結
- (2) がん検診受診者・未受診者に対する税の減免(プラス型、マイナス型)など、検診受診によるインセンティブ付与について試行的実施を行い、受診率50%の実現を目指すことを要望します。
- (3) 自力禁煙者を応援するため、国際価格並みのタバコ価格の値上げと路上や公園を含めた公共空間、不特定多数が集まる空間での全面禁煙を要望します。さらに、民間飲食店における全面禁煙を推奨し、実施者へのサービス税の減免などインセンティブ付与を要望します。

2. 治療研究の推進

- (1) がん登録や各種調査の結果を踏まえ、科学的根拠に基づいた標準治療や支持療法の均てん化、患者調査未実施となった項目のうち緩和ケア・遺族調査の迅速な実施を要望します。

3. がんとの共生

- (1) 傷病手当金制度の分割取得化、介護保険認定の迅速承認、申請時点での介護2以上の認定、家族介護休暇制度の拡充、不可逆的な症状(後遺症)に対する障害者手帳の適用拡大など、省内、省間、疾病にまたがる横断的な法制度改正に向けての検討開始ことを要望します。
- (2) 生活者としての患者背景に応じた治療説明や服薬指導、アピアランス支援、セクシャリティ、遺伝相談、家族・遺族支援など、相談支援センターへの患者、家族、遺族の社会的治癒を目的としたための中長期的な支援機能(サバイバーシップ・ケア)の付加を要望します。

※患者申出療養制度の実施に際しては、申請までの患者相談窓口の設置や書類作成に必要な人員配備、試験薬の供給確保に向けて、費用負担の枠組みを検討した後での、『患者申出療養基金』の確保を求めます。

以上

乳がん・卵巣がんの家族歴 発症リスクについて ～救える命を救うために～

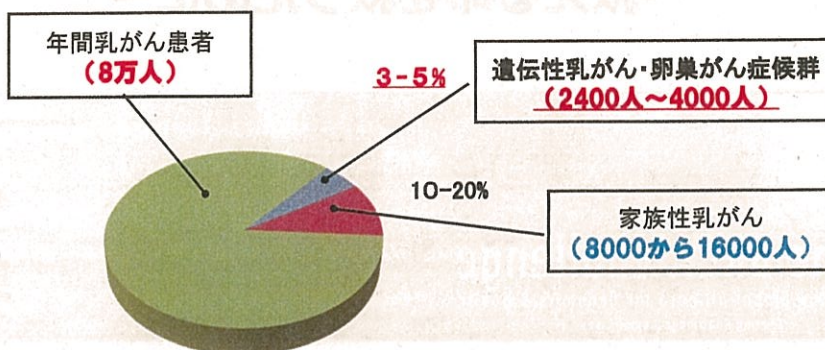


遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の特徴

- 若年（40歳未満）で乳がんを発症する
- 両方の乳房にがんを発症する
- 片方の乳房に複数回乳がんを発症する
- 乳がんと卵巣がんの両方を発症する
- 男性で乳がんを発症する
- すい臓や前立腺にがんを発症することがある
- 家族の中に乳がんや卵巣がんの人がいる

乳がん・卵巣がんの家族歴

- ・乳癌全体の年間罹患者数が8万人。
- ・そのうち2400人～4000人が「遺伝性乳がん・卵巣がん症候群」と想定。



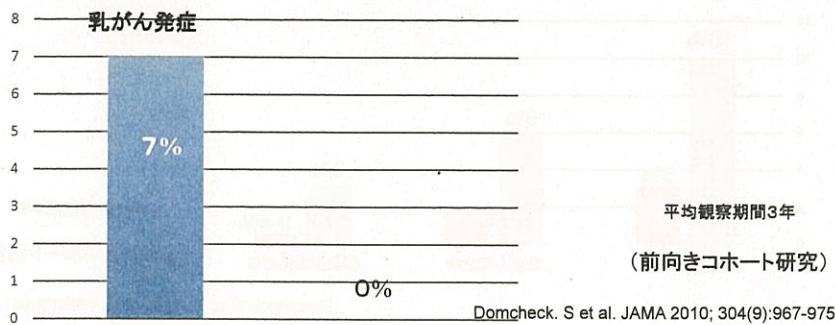
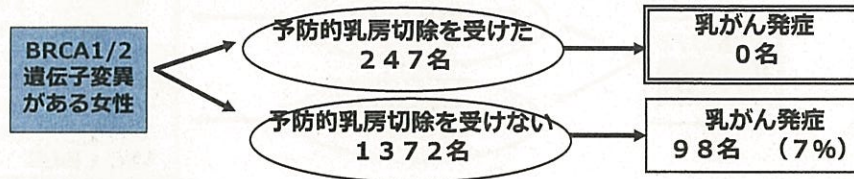
遺伝性乳がん、卵巣がんに対する欧米と日本の差

	米国	日本
乳がん罹患者数	1/8	1/14
BRCA陽性率	20.6%	26.7%
遺伝カウンセラー	>2000人	約160人
検査費用	\$3000(保険でカバーされ、個人負担は\$300程度)	20～30万点(全額自己負担)
総検査数	>100万件以上	約1000件未満
医療対策	<ul style="list-style-type: none"> ・遺伝性腫瘍のカウンセリング ・高リスク者への検診サーベイランス(早期検診ガイドライン) ・予防的ホルモン服用 ・予防的乳房切除手術 ・予防的卵巣卵管切除手術 	<ul style="list-style-type: none"> ・MRIのガイドラインのみ ・予防方法については施設ごとに検討(全額自己負担)
備考	※健康保険未加入者もメディケイド、メディケアでカバー	
権利擁護	GINA法	個人情報保護法

イギリス、フランス、ドイツ、オランダ、カナダ、オーストラリア、韓国など遺伝子検査が実施されている国で一定の条件下での健康保険適用

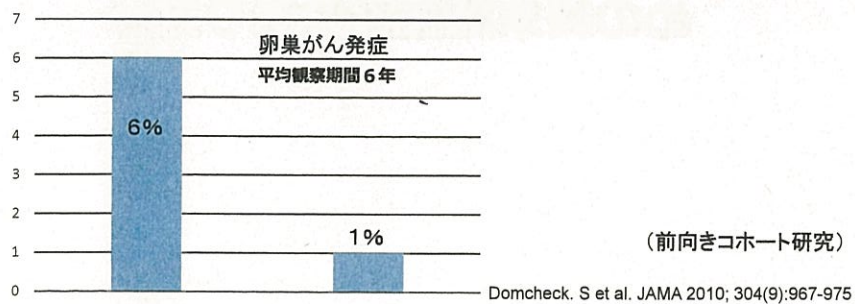
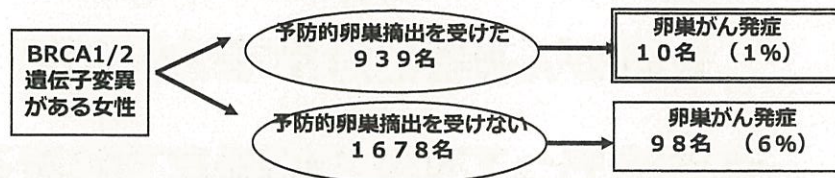
予防的乳房切除術 BRCA1 & BRCA2

BRCA1/2遺伝子変異がある女性を対象に、
 予防的乳房切除による乳がん発症リスクへの効果を調査



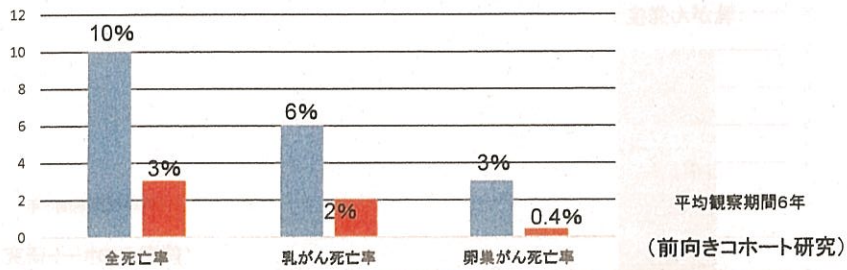
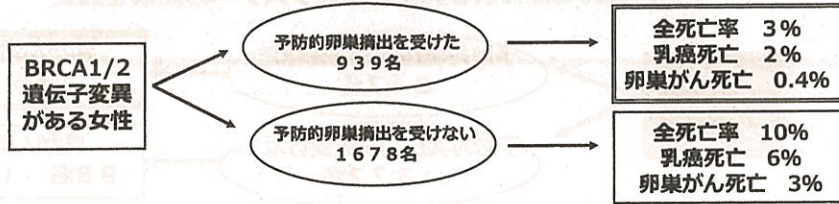
予防的卵巣卵管摘出術 BRCA1 & BRCA2

BRCA1/2遺伝子変異がある女性を対象に、
 予防的卵巣摘出術による卵巣がん発症リスクへの効果を調査



予防的卵巣卵管摘出術 BRCA1 & BRCA2

BRCA1/2遺伝子変異がある女性を対象に、
予防的卵巣摘出術による死亡リスクへの効果を調査



Domcheck. S et al. JAMA 2010; 304(9):967-975

別紙2・桜井提出

末期がん患者に対する介護認定

～尊厳をもって地域で最後まで生きるための終末期医療のあり方～

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があります。

ついでに、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合は、下記の事項に留意し、適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行っていただくようお願いいたします。

記

1. 暫定ケアプランの作成について

保険者の判断で、必要があると認められた場合、要介護認定の申請を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができます。また、一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速な暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供を徹底いただくようお願いいたします。

2. 要介護認定の実施について

一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施しているところ です。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を実施いただくようお願いいたします。

3. 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について

入院している末期がん等の方が、退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上及び介護報酬上評価されています。

入院している末期がん等の方で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に對しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくようお願いいたします。

※参考

①介護報酬上の評価

- 平成21年度より新規に導入
 - ・医療連携加算 150 単位/月（利用者1人につき1面心算後）
 - ・退院・退院加算 400 単位/月（入院期間が30日を超えない場合）
 - 600 単位/月（入院期間が30日を超える場合）

②診療報酬上の評価

- 平成22年度より新規に導入
 - ・介護支援連携加算 300 点（入院中2回）
 - 平成22年度以前より導入
 - ・退院時の加算加算 300 点（入院中1回）
 - ・急性期病棟等退院調整加算 110 点（退院時1回）（平成22年度に改正）

4. 主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について

「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、『主治医意見書記入の手引き』及び「特定疾病にかかる診断基準」について（平成21年9月30日老老発0930第2号厚生労働省老健局老人保健課長通知）において「40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、主治医意見書の診断名の欄に、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入」することとしています。

主治医意見書に末期がんであることを明示することは、保険者の要介護認定事務局や介護保険認定審査会における迅速な対応に資するため、特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくよう、主治医の皆さまに周知願います。ただし、告知の問題については十分留意願います。

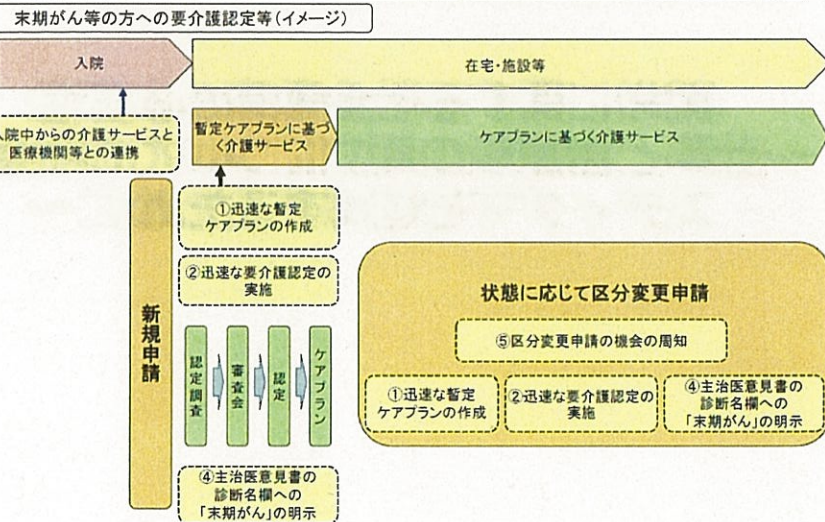
5. 区分変更申請の機会のお知らせについて

末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。

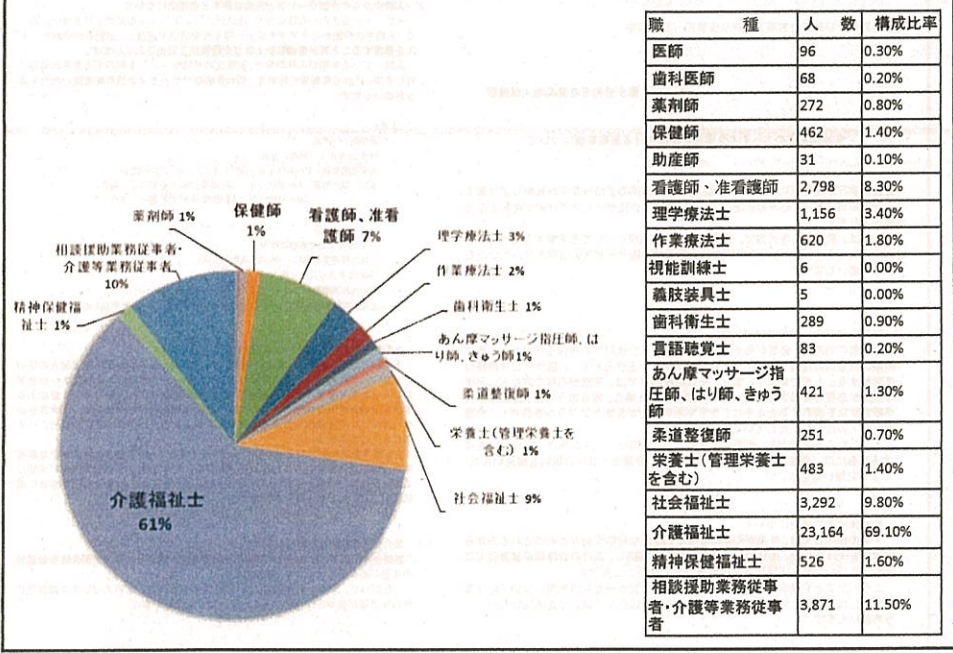
したがって、末期がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることについて周知願います。

末期がん等の方への要介護認定等における対応について

- 末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。
- 保険者より、末期がん等の方に対して、①迅速な暫定ケアプランの作成、②迅速な要介護認定の実施、③入院中からの介護サービスと医療機関等との連携、④主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示、⑤区分変更申請の機会のお知らせ等を行い、末期がん等の方に対する適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行うことが必要。



第17回ケアマネ試験 職種別合格者数と構成比率

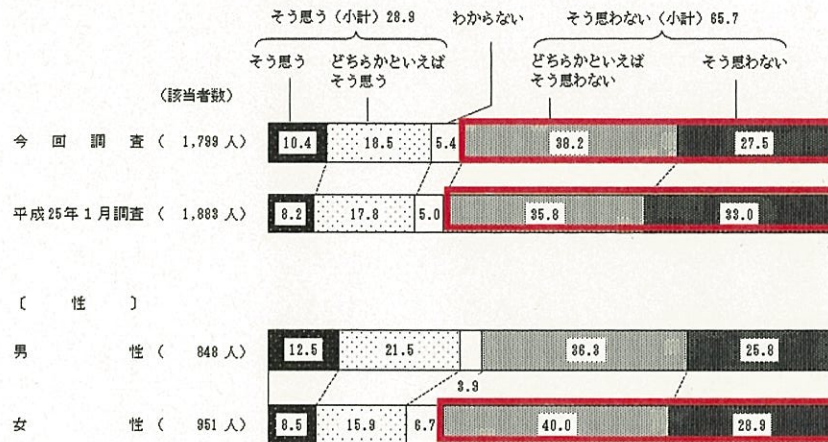


別紙3・桜井提出

就労に関する社会教育の必要性
 ～仕事と治療等の両立についての社会の
 ステイグマを軽減するために～

仕事と治療等の両立についての認識

- ・働きつづけられる「**そう思う**」28.9%、「**そう思わない**」65.7%。
- ・「**そう思わない**」割合は中都市で高い。
- ・「**そう思う**」とする者の割合は男性で高い。
- ・年齢別では「**そう思わない**」割合は20歳代、40歳代で高い。



がん対策加速化プランに関する意見

平成 27 年 10 月 25 日

中川 恵一

以下の項目を重点的に進めるべきだと考える。

1) 学校でのがん教育における文科-厚労の連携・協働

文部科学省が進める学校でのがん教育は非常に重要であり、がん対策加速化プランの大きな柱となるべきである。このなかで、外部講師、がん経験者による授業が予定されているが、この実現には文科-厚労の連携と協働が必須である。また、自治体レベルでも、教育委員会と保健福祉部局が協議会を作るなどの形で、連携・協働する必要がある。

2) 「学校でのがん教育」に対応した「職域でのがん教育」の推進

平成 29 年度から学校でのがん教育が開始されるが、世代間格差を生じさせないためにも、成人へのがん教育も並行して行われるべきである。職域検診の受診率向上も視野に入れながら、職域において、職員へのがん教育を推進する必要がある。

3) 放射線治療推進のための、医学物理士の国家資格化を含めた推進策の検討

高精度放射線治療の推進には、理工系出身者を含む医学物理士の臨床現場への参画が不可欠であるが、同職種が国家資格でないことが障害の一つとなっている。医学物理士の国家資格化を含め、高精度放射線治療の普及のための総合的な推進策が必要である。

4) 胃がん検診の指針の見直しに伴う混乱の回避

がん検診のあり方に関する検討会中間報告書で、胃内視鏡検査を新たに推奨するなど、胃がん検診の検診項目等についての見直しが行われ、指針の改定も予定されている。胃内視鏡検査は胃部エックス線検査と異なり、集団検診での実施が難しいなど、医師や医療機関の確保などの点で課題がある。多くの受診者が胃内視鏡検査を希望するとの予測もあるが、検査が円滑に進まず、胃がん検診の受診率が低下する可能性も危惧され、対策、支援が必要である。

5) その他

職域でのがん対策における産業医の関与

がん検診の特定健診への組み入れ

後期高齢者などにおける検診、治療などの差し控えに関する検討

がん対策推進協議会会長 門田守人先生

平成 27 年 9 月 22 日

がん対策推進協議会 委員

群馬大学医学系研究科教授 西山正彦

がん対策推進基本法改正とがん対策加速化プランに関する意見のまとめ

がん対策推進基本法の改正ならびにがん対策加速化プランに関し、以下の意見を述べさせていただきます。

1) がん対策推進基本法の改正

基本的なスタンスとして、堀田委員のご指摘の通り、法律の改正に関しては、細かな内容（文言）の追記は行わず、読み取りに含みを持たせた現状の内容を維持するべきと考えます。

ただし、櫻井委員のご意見にある、

●第九条として新規に、（患者団体の責務）を新設し、「患者支援団体、もしくは患者団体は、国及び地方公共団体が講ずるがん対策に協力し、がんに対する啓発、教育、知識共有に向けて、科学的根拠に基づいた啓発・支援活動を展開しなければならない。」と患者団体の役割、位置づけについて付記すること。あわせて、第一条においても、「がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師、患者団体の責務を明らかにし、」と付記すること

●第十六条に6項を新設し、「国は、遺伝子情報の収集に際しては、その変異の有無に関わらず、陽性患者、並びにその血縁者が将来にわたって社会的不利益を被ることがないように遺伝子情報保護に対する必要な施策を講じる。」を付記すること、
の2点については、協議会での議論が必要と考えます。

2) がん対策加速化プラン

現在の基本計画に基づき、実施しているがん対策のうち、特に遅れていると思われる分野を加速化させるために、残された期間（約1年）で何を優先して実施すべきかという視点から、以下の内容についての議論が必要と考えます。

<予防の強化>

●がん検診受診率の実態把握・検証調査の実施

職域検診、住民健診、人間ドックにおける「正確な受診率の把握」

- 受診率向上のためのソーシャルマーケティングの実施
- 企業、団体における健康づくり推進員の養成と受診人数の報告義務化
- 日本医師会とがん専門学会による受診勧奨システムの構築と受診人数の報告義務化
- 関連団体によるキャンペーンの実施
- 児童・生徒・学生のがん教育の徹底（禁煙教育と検診受診の勧奨）
- 発がんリスク因子等による新たな検診法の解析研究の推進

<がんの治療・研究>

- 地域包括ケアシステムの構築と連動したがん医療・ケアネットワークの構築の促進と、がん診療連携拠点病院の相談支援と連携した情報提供システムの確立（モデル事業の推進等）
- 標準的治療の情報提供率と患者選択率の解析
- ビッグデータ解析による治療法と治療成績の解析研究の促進
- がん診療ガイドライン記載内容の検証研究の推進
- 副作用や合併症、治療安全性に関する臨床研究の推進とガイドライン作成の促進
- AMED内への Patient Relation 部門の設置（桜井委員のご意見に賛同）
- 患者満足度調査の継続実施、特に緩和ケアの実態把握の推進（桜井委員のご意見に賛同）
- 労災病院、産業医等によるがん就労可能性評価の実施

がん対策推進協議会
門田守人会長殿

平成 27 年 9 月 30 日

がん対策推進協議会委員
国立がん研究センター 堀田知光

第 53 回がん対策協議会において発言させていただきましたが、改めて文書として意見を提出しますので、よろしく申し上げます。

<がん対策基本法の改正について>

基本法は、特定の行政分野における国の制度や政策についての理念や基本方針を示すとともに、その方針に従って講ずべき重要事項を定めるもので、当該分野のいわば「憲法」にあたるものです。

したがって、がんを取り巻く状況が大きく変化していない現状で、基本法の理念や基本方針は原則的には変える必要はないと考えています。今回改正を必要とすれば、以下の項目を提案します。

- ① <基本理念>第 2 条第四号として「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を取り上げる
- ② 第二章<がん対策推進基本計画等>第 9 条第 4 項は「がん対策推進協議会の意見を尊重するものとする」に変更する。
- ③ 第三章<基本施策>第 16 条は「がん患者とその家族の療養生活の質の維持向上」とする。

なお、講ずべき施策等として、がん教育は<基本施策>第 12 条の「啓発および知識の普及」、就労問題は第 16 条の「患者の療養生活の質の維持向上」、がん登録は第 17 条の「がんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析する」などで直接の文言はなくとも読み込める内容であり、基本計画で対応可能であると考えます。

<がん対策加速化プランについて>

がん対策加速化プランでは「予防」、「治療・研究」、「共生」の各分野における重要な課題が列挙されていますが、総花的な感が否めません。本プランでは第 2 期がん対策推進基本計画の未達成課題のうち 1 年半の計画期間内に具体的な成果を得られるプランである必要があると考えます。その意味で、中間評価で明らかになった全体目標の「がんによる死亡数の減少（75 歳未満の年齢調整死亡率 20%減少）」の達成が困難と予想される状況を踏まえて、目標設定の根拠である喫煙率 12%（当初の設定は半減）、がん検診受診率 50%、がん医療の均てん化（標準治療の普及）を達成するために、これまでの取り組みの延長で

はなく、思い切った施策を講じる必要があります。特に、第2期で数値目標が定められて以来、むしろ喫煙率の実質的増加（自然減傾向から上昇に反転）とともに受動喫煙曝露機会が増加していることは由々しき傾向であると言わざるを得ません。

➤ たばこ対策

- ① たばこ税の継続的かつ大幅な増税により、国際価格並の1箱1,000円以上を実現。
- ② 国レベルでの受動喫煙防止法の制定とともに、各自治体における受動喫煙防止条例の制定と神奈川県や兵庫県の条例見直しによる、公共の場の全面禁煙化。
- ③ ハイリスクアプローチである禁煙外来の推進のみならず、ポピュレーションアプローチとしてのクイットライン（禁煙電話相談）事業の全国的拡大。
- ④ 特に、喫煙者の禁煙意図を阻害する政府補助金による分煙助成は廃止し、剰余財源をキャンペーンやがん予防教育等の予防施策に充当。

➤ がん検診の受診率向上

- ① 住民台帳に基づき対象者の状況を踏まえた勧奨・再勧奨の実施
- ② 市区町村のがん検診と職域（協会けんぽ等）がん検診を連結管理
- ③ 特定健診時のがん検診を合わせて実施。

➤ 標準治療の普及の推進

- ① 診療ガイドラインの整備。希少がん、難治性がんにおいては、標準治療の確立と普及
- ② 拠点病院における生存率の公表
- ③ 全拠点病院における標準治療の実施状況の把握・改善体制の整備

➤ がんとの共生における就労支援の推進

- ① 医療従事者、相談員、産業医や産業保健師、企業の人事労務担当者のそれぞれに対するがんと就労に関する研修の提供

➤ 緩和ケアと就労支援以外の「共生」促進

- ① 地域コミュニティや職場における大人に対するがん教育（普及啓発）の実施。
- ② 家族を含むケアギバー（患者の世話をする人）に対する情報・サポートの充実

「がん対策推進基本法」改正及び「がん対策加速化プラン」 策定に関する意見

平成27年9月17日開催の第53回がん対策推進協議会で議論のあった「がん対策推進基本法」及び「がん対策加速化プラン」について、以下のとおり意見を提出します。

記

1 「がん対策基本法」改正について

(1) 基本理念について

- 基本理念に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の考え方を盛り込むこと。

基本理念は、第二条に掲げられているが、いずれも研究や技術の向上や、がん医療の体制整備についてであり、第二次計画で新たに盛り込まれた全体目標の「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の考え方があまり記載されていない。これらを法に掲げる基本理念として格上げすることとしてはどうか。

(2) 基本的施策について

① 基本的施策の構成について

基本理念に、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を盛り込むことに連動して、基本施策の「第二節 がん医療の均てん化の促進等」から、「第16条がん患者の療養生活の質の維持向上」及び「第17条がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等」を独立させて、患者支援等についての節を新設してはどうか。

② 特に記載が必要であると思われるもの

・ がん教育について

予防・早期発見において、がんに対する正しい知識の普及にかかるがん教育は大変との認識は高まっている。第12条がんの予防の推進において、知識の普及に触れているが、具体的に「がん教育」について盛り込まれたい。

2 「がん対策加速化プラン」策定について

がん対策を加速化するためには、計画の目標達成のために即効性のある施策について、重点的に取り組むべきである。

死亡率減少には、早期発見と適切な治療が、最も直接効果があることから、以下の取組について優先的に実施されたい。

(1) がん予防・早期発見

○ がん検診受診率向上（市町村・職域での取組）の加速化

市町村におけるがん検診は、健康増進法に基づき実施されているが、一般財源化以降、市町村の負担が増大している。市町村がん検診が鈍化しないよう、その取組を後押しするような財政的支援を検討されたい。

また、事業主や医療保険者によるがん検診については、現在、任意で実施されており、現在の仕組みではその実態をつかめていない。職域において、がん検診を確実に実施し受診される仕組みの構築が必要であり、加速化プランの取組として、実態調査を実施するとともに、事業主や医療保険者へのがん検診の義務化や実施体制整備を検討されたい。

(2) がんの治療

○ 医療体制の均てん化（施設整備・人材育成）の加速化

がん治療については、居住する地域に関わらず適切ながん医療が受けられることができるよう、標準的治療の均てん化が必要である。

特に、現在必要とされている放射線治療や緩和ケアなどの導入には、施設や機器の整備や専門医の確保が必要であるため、施設整備に対する財政支援や人材育成への支援について優先して実施されたい。

各病院や地域ではその確保に限界があり、特に不足が生じている放射線治療医や病理医、専門的緩和ケアに携わる医師などの専門医について、国全体としての均てん化に向け、計画的に養成し、全国へ派遣していただくシステムを構築されたい。

(3) その他

○ がん教育の導入の加速化

文部科学省において進められているがん教育の検討について加速化し、全国へ早期のがん教育の導入を図られたい。

○ がん総合相談支援センターの充実と情報提供の加速化

相談支援や情報提供に係る拠点病院等での取組を加速させるため、総括支援センターの設置や財政的支援策の充実を盛り込まれたい。

第53回がん対策推進協議会の意見に付け加えて、基本法、加速化プランに関する追加意見を提出します。がんや患者家族の多様な状況に対する公平な支援、患者家族の意見を反映したQOLの向上を希望します。

1. 基本法について

(1) 国民の責務(第六条)について、予防への注意や検診だけでなく下記基本計画にあるように、国民のがん対策への能動的な参加、国民の全国自治体の対策および研究開発への参画、企業や患者団体の参画を加筆いただきたく思います。

第Ⅱ期がん対策推進基本計画 34P がん患者を含めた国民等の努力 抜粋

～がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。

また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。～

～がん患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、都道府県のがん対策推進協議会等のがん対策を議論し決定する過程に参加し、がん医療やがん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動するよう努めること。～

(2) 「均てん化」という言葉の意味合いについて(第二節 がん医療の均てん化の促進等 第十五条)患者がどのような状況にあっても、最もふさわしい専門医療を安心して受けられることという意味合いで「均てん化」という言葉が用いられているかと思いますが、第Ⅰ期基本計画の「均てん化」は、まずは5大がんに注力して、がん診療専門病院やがん専門医を増やし、地域で専門医療が受けられることが目標となっていたように感じています。第Ⅱ期基本計画では小児がん、希少がんなどライフステージやがんの特性に応じた施策の必要性が謳われています。第15条において、小児がん、希少がんなど数が少ないがんに関しては、治療開発推進のために「集約」の方向性があること、様々ながんの状況に応じて専門性を構築する必要があること、患者家族の様々な社会的背景があることなどから、そうした多様性に対する公平な支援・対策の必要性の記載をお願いしたいと思います。

2. 加速化プランについて

(1) ライフステージを意識したがん対策の充実

- ▶ 小児がん拠点病院や小児がん自体が周知されず、病診・病病連携がなされていないため、また拠点病院のコンサルテーションがうまくいっていないため、専門医療が必要な患者が適切な医療や支援を受けられていない事例が多く報告されています。専門医療の周知徹底と病診・病病連携の強化を切にお願いします。
- ▶ 大変多くの種類がある小児がん、希少がんの専門性について、地域格差、施設の格差があります。格差是正または拠点病院間で疾病別の専門性の役割分担を行っていただき専門性を担保していただきたく思います。

(2) がんとの共生について

患者と家族が「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」のためには、患者家族の主観に基づいた対策が必須です。患者満足度調査などQOL研究、相談支援、医療情報公開の強化をお願いします。

- ▶ 小児がん、希少がんの観点からの情報公開・相談支援の質の向上を至急お願いします。(疾病情報、医療資源情報、フォローアップ情報、拠点病院でのピアサポート必須化)
- ▶ 小児がん、希少がんの患者と家族の患者意識調査の実施をお願いします。
- ▶ がん対策を加速させるための普及啓発、またまれながんに対する注意喚起などのためにも 社会のステークホルダーを一同につなぐ施策が必要と考えます。(キャンペーン、合言葉、CM、全がん診療連携病院などで統一イベント、シンボル、がん対策デイなど)

以上

第 54 回がん対策推進協議会

2015 年 11 月 6 日

基本法及び加速化プランについての提案・コメント

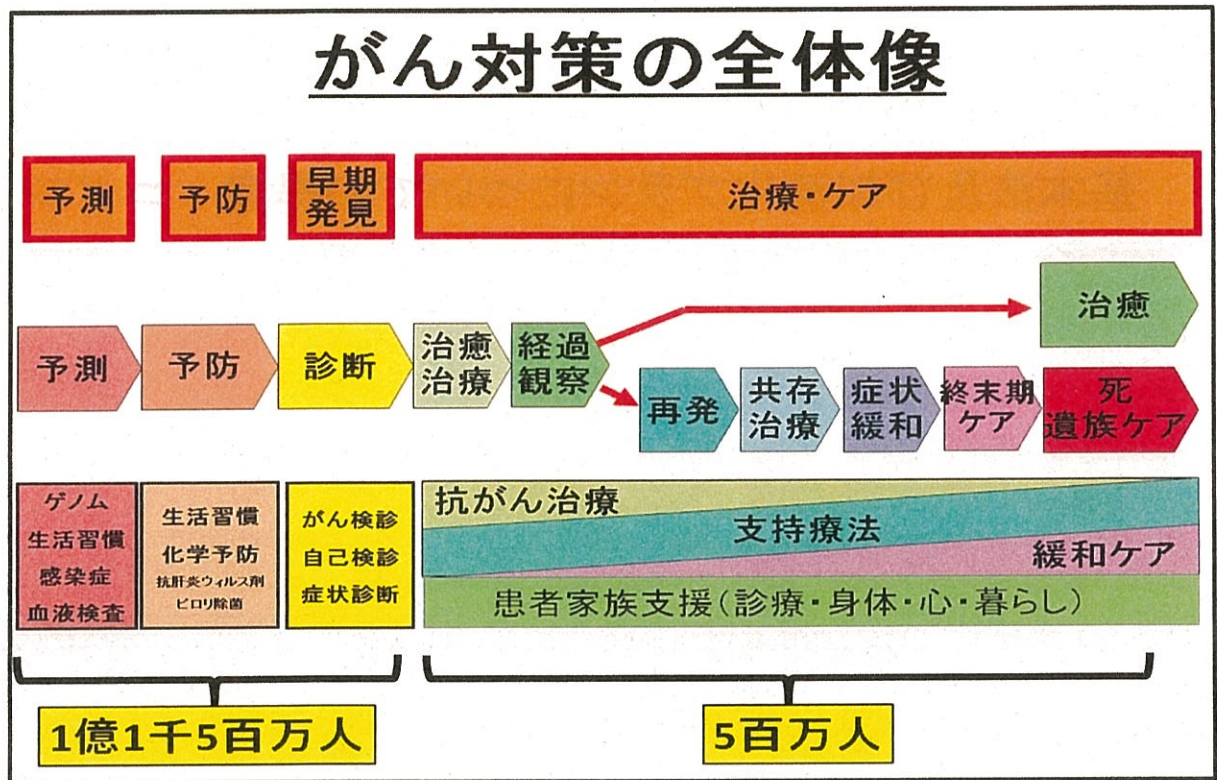
静岡がんセンター 山口 建

(がん対策推進協議会委員)

【がん対策の全体像】

新任のがん対策推進協議会委員として、がん対策の全体像をどう考えるべきかについての私見をまず記述する。

従来、がん対策とは「予防、早期発見、早期治療」という標語で代表されるように、国民の間では、行政や医療機関などの指導の下に実践されるものという意識が強く、その主たる対象は健康な人々という考えが一般的であった。しかし、がん対策基本法においては、その実効をあげるためには、国民一人ひとりが「自分の身体は自分で守る」と自覚し、個の医療としてがん対策を実行すること、及び、がん対策の対象には、治療中、治療後のがん患者、がんサバイバーも含まれることが強調された。



上記の図は、がん対策の全体像を記載したもので、がん対策という観点からは、1億2千万人の国民はこのいずれかの過程に位置している。

がん対策は、大きく、「予測」、「予防」、「早期発見（診断）」、「治療」、「ケア」に分けて考えるべきである。このうち、「予測」と「ケア」は、がん対策の面では比較的新しい概念といえる。

「予測」は、リスク評価と考えても良い。この言葉からは、まずはゲノム医療、特に遺伝性がんが意識されるが、がんのリスク評価には、感染症（肝炎ウイルス、ピロリ菌、ヒトパピローマウイルス）、生活習慣（喫煙）、血液検査（PSA）などが重要な役割を果たす。このうちPSAはがん検診としては評価が分かれるが、前立腺がんが存在するリスク

評価には十分役立つ。これらの指標を用いると、がんの発症あるいはがんの存在を10倍以上のリスクとして推定することが可能である。

「予防」の面では、タバコ、アルコール対策など生活習慣重視の手法に加えて、化学予防（薬剤による予防）が、肝炎治療薬やピロリ菌除菌としてすでに医療現場で用いられている。直接的ながん予防と言うよりは、間接的ではあるが、手法としてはほぼ確立し、保険適応も完了している。

「診断」については、いわゆるがん検診が常に強調され議論されている。現時点で、推奨されるがん検診を引き続き行うことが重要であるが、現在、がん検診で発見される症例は対象となる数種類のがんに限られ、検診受診率が低いことも相まって、検診発見例は全体の2~3割程度に過ぎないことに留意すべきである。残りの7~8割は患者の自己検診、あるいは何らかの病状で医療機関を受診し発見されており、この動きを強化するため「体調の異常時には医師受診を」という啓発活動を進める必要がある。

「治療」については、抗がん治療（手術、放射線、薬物）、支持療法（症状・副作用・後遺症・合併症への対応）、緩和ケア（病状悪化に伴う症状緩和や終末期医療）を、病状、病期に応じて適切に組み合わせて実施する体制が必要である。

このうち、抗がん治療においては、早期に発見されたがんを低侵襲的に治癒させる手法は大きく進歩し、Quality of Life (QOL)の向上に役立っている。また、進行がんについても、治療技術や術後補助療法などの進歩により、治癒率は着実に高まっているが、その歩みは決して早くはない。さらに、新たな治療技術や薬剤の開発には長い年月が必要とされる。

支持療法の対象は、がん患者全体の6割を占める治癒を目指す患者と4割を占める難治がんや再発・転移によって共存治療を受ける患者双方であり、その実践者は主として抗がん治療を担当する医療スタッフである。

今も、一部の難治がんや発見が遅れた進行がん、治療後に再発・転移を来した症例では治癒が困難なことが多く、QOLの向上を図りながら長期間のがんと共存を目指す必要がある。緩和ケアを専門とする医療スタッフによって実践される緩和ケアの主たる対象は、今もこのグループであり、病状が悪化した患者のQOLや終末期の患者のQuality of Death (QOD)の向上を図ることが重要である。

さらに、がんと診断され、治療を受ける患者、さらには治療後、がんサバイバーとして社会で生きていく人々に対する手厚い支援を打ち出したことが我が国のがん対策基本法の最大の特徴であり、基本理念として尊重されなければならない。

なお、本協議会では、変貌するがん医療を先取りした対策についても検討する必要がある。年齢別では、小児、AYA世代、高齢者のがんへの取り組みについて、また、がんの種類に関しては、希少がんについての取り組みなどで実行可能な対策を提言せねばならない。希少がんは、何千もの種類があり、罹患数の多いがんに比べれば、診療技術の開発は極めて困難である。さらに、症例数が少ないため製薬企業の関心も薄く、国民が期待する希少がん対策は現状ではほぼ不可能と言って良い。このような状況に、どのような姿勢で臨むかを工夫せねばならない。

【がん対策基本法の改訂】

提案1

第二条、第一項において、「がん患者・家族が孤立せず、希望を持ち続けることが出来る社会を実現すること」を追加し、既存の基本理念三項目及び基本法全文について適切な修文を行う。

(提案理由) がん対策基本法の成立の歴史的経緯から、本法には、「がん患者、家族が孤立せず、希望を持ち続けることが出来る社会を実現すること」という重要な目標が掲げられている。しかるに、現在の基本法の基本理念には、研究推進、技術向上、医療提供体制の整備など、医学的、疫学的なテクニカルな対策が記載されているものの、現在、がんと向き合い、苦しんでいる患者、家族へのメッセージが乏しい。すでに、がん対策推進協議会の2015年6月答申では、「すべてのがん患者が尊厳を持った生き方を選択できる社会の構築」との項目が立てられておりきわめて適切である。ただし、この文言では、がん患者の意識や医療現場の感覚からは、情緒的な印象が強く、社会の各セクターが自らの役割を認識できないことが危惧される。「がん患者・家族が孤立せず、希望を持ち続けることが出来る社会を実現すること」とすれば、行政、医療スタッフ、社会の各セクター及びがん患者・家族らに対し、その実現に向けて行動することを促すことが出来る。

提案2

がん対策加速化プランや次期推進基本計画に記載される新たな分野を考慮した基本法とすることが望ましい。

(提案理由) 希少がん、小児がん、AYA世代、高齢者のがんなど、新たな視点が導入されており、これらの点に関する修文を行う必要がある。

提案3

全国の都道府県の推進計画に盛り込まれている内容の中で、重要なテーマを次期基本法に盛り込むことが望ましい。

(提案理由) 基本法、推進基本計画に基づき、各都道府県は推進計画を策定している。その中には、国の文書には記載がない積極的な取り組みが含まれている。事務局として、各都道府県担当者に、各都道府県の推進計画に記載されているテーマのうち、基本法での修文により全国的な計画推進に資するものを申し出てもらい、取捨選択を成すことが望ましい。この結果、基本法は、国と都道府県が協働で作りに上げた法律として位置づけられる。

【がん対策加速化プラン策定に向けての意見】

I. 基本的な考え方

1. 特に遅れていると思われる分野を加速化させるために、残された期間（約1年）で何を優先して実施するべきかという視点で考える。
2. 項目は、1) 現在、実施中の重要な課題で目に見える進展がないもの。プランに含めても大きな変化は期待できないが、それでも触れておかなければならない事項、2) 集中と選択により、加速化が期待できる事項、3) 現推進基本計画策定時と比べて大きな進歩があった事項、などが選択されるべきである。

II. 具体的な提案

1. このような視点から、上記の図「がん対策の全体像」に基づき項目を挙げると、以下のような事項が候補として考えられる。なお、(推奨)は加速化プランに記載が望ましい事項、(検討)はすぐに書き込むことには慎重であるべき事項、(不可)は加速化プランへの記載は推奨できない事項、(コメント)は事務局の考えや協議会での議論について過去の経緯等を述べたものである。

2. 「予測」

- i. (推奨) 肝炎ウイルス慢性感染の有無についての検査を積極的に奨励する。この一年間で、肝炎ウイルス感染治療薬が進歩し、化学予防へつなげることが出来る。
- ii. (検討) HPV-DNA 検査の早期の導入。すでに一部の市町村では国保がん検診への導入が始まっており、将来の子宮頸がん発症をほぼ確実に予測できる。根拠あるがん検診としては、異論があるであろうが、予測検査として自費としての受け入れでも可。
- iii. (検討) ピロリ菌検査の導入。HPV-DNA と同様、予測検査としての導入を検討する。
- iv. (検討) 「予測医療」としてのゲノム医療は遺伝性がんに限っても、いくつかの高いハードルが存在する。具体的には、1) 遺伝性がんの遺伝子診断に関する臨床ガイドラインの整備、2) 遺伝性がん原因遺伝子陽性者の社会的差別を防ぐ方策、3) 発症前診断・予防的外科手術などの保険上の取り扱い（予防給付）、4) 偶発疾患の取り扱いなどに関する研究が必要である。

3. 「予防」

- i. (推奨) 喫煙対策を強化。特に、成人前の喫煙を厳しく、法的に取り締

- まる。
- ii. (推奨) 肝炎ウイルス慢性感染者への抗ウイルス剤投与についての積極的な啓発活動。
 - iii. (検討) ピロリ菌除菌の積極的な啓発。ガイドラインとの整合性に留意する必要がある。

4. 「早期発見」

- i. (推奨) がん検診受診率向上のための効果ある手法の全国展開。
- ii. (推奨) 症状があるとき、積極的に医療機関を受診するよう、啓発活動を進める。
- iii. (推奨) がん検診受診率の正確な把握、とくに職域における受診率調査。市町村実施のがん検診は標準化されているが、職域におけるがん検診における標準化は不十分である。中小企業のみならず、比較的、規模が大きい企業でもがん検診が実施されていない場合がある。
- iv. (コメント) がん検診受診率の算定に当たっては基本法制定後、紆余曲折があった。市町村実施の国保対象者でさえも算出計算式がバラバラであり、同一県内の市町村別の比較ができなかった。さらに、職域検診の実施率を把握するすべはなかった。そこで、市町村実施の検診について算出法を定め、全体の受診率については国民生活基礎調査のデータを用いているのが現状であり、あくまでも概算程度の意味しか持たない。
なお、受診率算定が必ずしも安定していないため、子宮頸がん検診率の増加と生存率向上の関係を論じるには無理がある。

5. 「治療」

- i. (推奨) 都道府県指定のがん診療病院には、国指定の拠点病院、診療病院に準じる一定の要件を求め、要件を満たしている病院については現在、実施している診療報酬上の付加価値（DPC）を継続する。評価基準は、新規要件を満たす医療機関数の増加。
- ii. (推奨) 小児がん、希少がん、AYA世代のがんなどに関する疾病情報提供と小児がん拠点病院や国立がん研究センター希少がんセンターなど診療施設についての情報提供を進め、さらに、全国的なネットワークの構築を急ぐ。
- iii. (推奨) 小児がん治療における粒子線治療の保険診療化が次期診療報酬改定に要望されており、加速化プランにおいてもその推進の支持が望ましい。

- iv. (検討) 昨今、がん医療の安全性への疑義が呈され、拠点病院指定の更新が見送られる事例が認められている。特に、拠点病院等に対し、周術期死亡件数（手術後1 ヶ月以内の死亡）の報告（癌腫別割合）を求める。評価基準は、全拠点病院を合算した周術期死亡件数の減少。
- iii. (コメント) 小児がん、希少がん、AYA 世代のがんなどは、何千もの種類があり、五大がんと同じ対策は困難である。国内、国外における診断・治療技術の向上に関する情報収集に努め、その普及を図る体制整備を積極的に行うことが望ましい。
- iv. (コメント) がん医療の均てん化対策としての指標作成は、拠点病院等の実力差が存在し、また、高度がん専門医療機関においては、標準治療を越える有効な治療法開発を目指す研究が積極的に行われており、単なる標準治療の実施率の比較では評価は必ずしも容易ではない。大切なことではあるが、少なくとも加速化プランの対象とするには時期尚早である。
- v. (コメント) 小児がん、希少がんなどに比べ、患者数が多く、治療方針についても多くの経験がある高齢者のがんについて、積極的な対策、治療の標準化を進める必要がある。ただし、RCT は困難なことも多く、新たな標準化の手法が求められる点に留意する必要がある。
- vi. (コメント) ライフステージに応じたがん治療方針についてのコンセンサスとシームレスな診療体制の構築が望ましい。小児がん患者が 15 歳に達したとき、その後の診療に困難を覚えるケースが散見される。

6. 「支持療法」「緩和ケア」

- i. (推奨) 項目において、支持療法と緩和ケアを別な項目として記載し、医療スタッフの意識を高めることが望ましい。
- ii. (コメント) 「診断されてからの緩和ケア」という文言が医療現場の混乱を招いていることは事実であり、全国的に研修が進まない一つの要因と考えられる。特に、支持療法と緩和ケアの明確化が十分ではない。グレイゾーンは多々あるが、支持療法は、治療担当医が、がんの症状、治療に伴う副作用・合併症・後遺症などを治療することを指し、一方、緩和ケア専門医は、治療担当医が解決できない場合の症状緩和と抗がん治療終了後や終末期ケアを主に担う。
- iii. (コメント) がん薬物療法やその他の抗がん治療の変貌に伴い、治療担当医や医療スタッフに支持療法についての知識の向上が求められており、多職種チーム医療で実施する支持療法の標準化が課題である。

7. 「がんと共生（患者家族支援）」

- i. (推奨) がん対策基本法の趣旨から考えて、「がんと共生」という項目の立

て方が、「緩和ケア」と「就労支援」だけではあまりに寂しい。「社会復帰に向けての活動」として、支持療法としてのがんリハビリ、リンパ浮腫、口腔ケアなど、すでに保険診療等が認められた項目のさらなる強化を推進することが望ましい。

- ii. (推奨) 患者家族支援のためのより積極的な情報提供。特に、がん治療に伴う副作用、合併症、後遺症などについての知識と対処法を詳しく述べた小冊子の配付など。
- iii. (推奨) 両立支援に向けて、がん薬物療法の実施体制を時間外、あるいは休日に実施するための医療機関に対するインセンティブ向上の努力が欠かせない。現在、がん薬物療法の時間外実施について次期診療報酬改定における算定が要望されているのでその実現を目指す。
- iv. (コメント) がん患者の就労に関し、障害者雇用促進法に相当するがん患者雇用支援制度を求める声が多いが、がん患者数が多く、がんの種類も様々であるため、これまでの議論においては積極的な取り組みがなされてこなかった経緯がある。
- v. (コメント) 就労支援について、がん患者の再就職に関しては、医療機関が関与する前に、本人や周囲の努力によって、かなりの人数が再就職を果たしている事実がある。しかし、その一方で、本人の努力によっても再就職がかなわず、そういうケースが医療機関で再就職の世話をすることが多いが、関係者のよほどの熱意がない限り、地域では容易ではない。その努力は続けるにしても、対策としては、離職者の4/5を占める自己都合の退職をできるだけ減らし、労災病院等が取り組んでいる両立支援の普及を全国的規模に広げるための啓発活動が重要である。

8. 「がん研究 10 年戦略」に基づく研究開発の推進

- i. (推奨) 「病気の研究」のみならず、がん患者の悩み・負担への対応に関する研究、すなわち「患者の研究」を推進させる研究テーマが含まれねばならない。

(以上)

がん対策推進協議会会長 門田守人様
厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長 正林督章様

2015年9月28日
がん対策推進協議会委員
特定非営利活動法人がんフォーラム山梨理事長
若尾直子

「がん対策加速化プラン」への意見

第2期がん対策推進基本計画終了時まで残された期間（約1年）で取り組むことのできるプランとして以下の3項目に関する意見を提出いたします。

1、がんの予防・早期発見

- ① 死亡率減少を目的としているがん検診の受診率をアップさせるため、減少効果の表れていない乳がん、子宮頸がん検診の受診率を効率的に向上させる対策を実行する。具体案として、女性が多く働いている企業等への乳がん検診、子宮頸がん検診受診推進のための働きかけを行うよう、各都道府県への予算措置。

※ 正規職員としての就業が少ない女性は、がん検診へのアクセス性が男性と比べ良い環境とは言えない。また、企業健診に女性特有のがん検診はほとんど含まれていない。そこで、女性が多く働く企業等が、基礎自治体で行われているの乳がん検診・子宮頸がん検診受診の重要性を説明し誘導することで、受診率は高まると思われる。

- ② タバコ対策として、各都道府県公共施設での敷地内禁煙対策への予算措置と実情の情報公開

※ 多くの人を利用する公共施設での敷地内禁煙が進むことにより、喫煙に対する不自由さが広がり結果として禁煙者が増えると思われる。また、公共施設として敷地内禁煙を実行していることを公表することで他施設での敷地内禁煙率も高まると思われる。

2、がんの治療・研修

- ① がん医療の「均てん化」に向け、「均てん化」の指標を作成し、「均てん化率」の可視化を行う。

※ 「均てん化」の指標がないため、各都道府県、各医療施設の現状が患者家族に見えない。

3、がんと共生

- ① がん治療・療養中での就労支援として、各拠点病院のがん相談に体験者を組み入れる等、体験に基づく就労支援への対策に予算措置を行う。

※ 入院治療が短くなっている今、がん治療と社会性(就労)は切り離せない現状となっている。しかし、現実では患者はがんを告知された時点で戸惑い動揺する。そのような時、専門家から説明される言葉は理解しにくい。その際、体験者によるサポートがあると、患者にとって理解しやすいサポート体制になり就労支援効果が高まると思われる。

以上

平成27年 11 月 3 日

がん対策推進協議会会長 門田守人先生

(一社) CSRプロジェクト代表理事
桜井なおみ

第54回 がん対策推進協議会「がん対策加速化プラン」に対する意見書

11月2日～9日まで、ポルトガルで開催されている「第3回 再発・進行性乳がん国際会議(Advanced Breast Cancer Third International Consensus Conference)」へ参加しており、誠に残念ながら本日の協議会は欠席させていただきます。平成27年9月25日に提出させて頂いた要望書、並びに、その後の説明資料を拝見し、私見を下記に述べさせていただきますので、どうか「救えるいのちを救う」ために患者の切なる声を関係機関に届けて頂きますようお願い申し上げます。

1. 家族性乳がん・卵巣がんに対する支援の一刻も早い対策の強化（別紙1参照）

家族性の乳癌・卵巣がんに関するリスク低減策については、手術療法、薬物療法など、科学的根拠に基づいた様々な治療が登場しており、欧米では、公的保険制度の中でこれらの治療が実施されている。しかしながら、我が国においては「遺伝」に対する負の感情面が先に立ち、科学的エビデンスに基づく政策、対策の立案が著しく遅れているのが現状である。

家族性乳がんは、若い世代や働く世代での発症が多いことから、生命の喪失や治療に伴う支出は社会的・経済的に与えるインパクトは大きい。また、発症部位も卵巣がんやすい臓がんなど、一般的な検診ガイドラインに準じた対応では見つけにくいものが多い。

欧米においては、家族性乳がん・卵巣がんは、「Genetech Disease」と位置付けられており疾病の一つとして位置付けられ、①陽性の可能性が高い患者に対する遺伝子検査の実施や家族に対する希望者への検査実施、②リスク低減のために必要な手段（薬物療法や手術療法）の実施が、先手医療として保険適用されている。

しかしながら、我が国においては、経済的な余裕のない限り、これらの「リスク低減対策」を受けられないのが現状である。また、PARP阻害薬の登場に伴い、発症後の治療手段も登場した現状においても、治療薬の使用に際しての遺伝子検査は自費扱いとなっている。陽性患者のスクリーニングが金銭の壁に阻まれ、治療へのアクセスや国際共同治験への参加制限も発生しており、ドラッグラグが新たなドラッグラグを生んでいる現状である（IMPACT STUDAYに参加していない日本）。これは、患者の経済格差による生命の格差が生じているということもできよう。

陽性患者に対する権利擁護についても日本は立ち遅れている。諸外国においては、ゲノム研究に伴う患者個人情報保護策として、就職時の差別禁止や民間保険の加入制限の排除など、研究推進と両輪となった患者擁護策が措置されている(別紙1参照)。

我が国のBRCA臨床試験の結果から、毎年8万人発症する乳癌において、遺伝性乳がん・卵巣がん症候群と推測される数は2400人～4000人と推測されている。このような背景を鑑み、家族性腫瘍の可能性が高い患者に対しては、問診時のスクリーニングを確実に実施した上で、希望者においては、検査、対策の実施を患者の権利(patient Right)として選択可能なものとして認めると

同時に、陽性者の権利擁護についても対策を講じることを強く希望する。手段があったにも関わらず、尊い生命が目の前で失われていく現状は患者支援者として見るに堪えず、一刻も早い対策の検討を希望します。

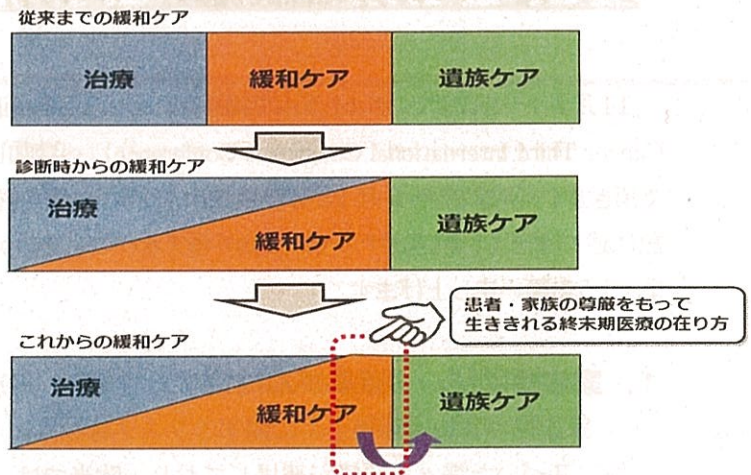
2. 終末期医療（エンド・オブ・ライフケア）のあり方検討会の発足（別紙2参照）

「診断時からの緩和ケア」のうち、特に、終末期（エンド・オブ・ライフケア）のあり方については、緩和ケア医師などの不足や地域の保険調剤薬局、訪問看護など地域の診療体制の不備のほか、緩和ケア外来の不足からくる並行受診の遅れに伴う課題、家族が寄り添える介護環境の体制不足、第二号被保険者に対する介護認定の遅さ（末期がんという言葉に対する抵抗感による介護認定申請の遅さや主治医意見書に関する課題、認定の等級の低さ、自治体ごとのばらつき大きさ）など、様々な問題が解決されないまま、医療は「在宅」の方向へと突き進んでおり「在宅難民」がでているのが現状である。

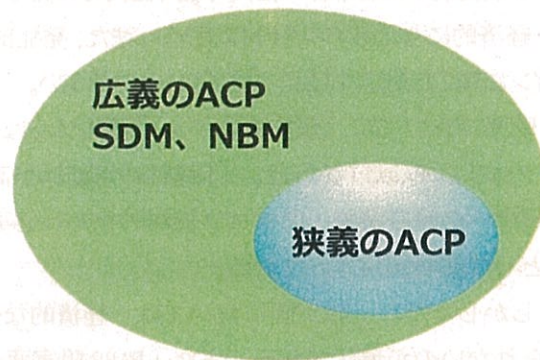
根治を目指した中での、いわゆる抗がん剤の使用にともなう「治療からくる痛みの緩和（支持療法の徹底）」と同時に、終末期医療においては、「がんそのものからくる痛み」に対する全人的なケアが必要であり、「人としての尊厳や生きる希望を持ち続けながら最後まで自分の大切にしたい時間を失うことなく生ききたい」と願う患者の希望に添えた体制が必要である。これは、高齢者のがんにおいても同様のことがいえ、がんの終末期医療におけるケアの重要性は今後非常に高くなっている。

地域のどこに住んでいても、家族とともに尊厳をもち、残された時間を自分らしく、希望する場所で最後まで過ごせるためにはシームレスな環境・医療体制・生活環境整備が必要であり、介護認定に関する課題（二号被保険者）、ACP (advanced care planning) や遺族のグリーフケア (Grief care) のあり方を含めたそのための検討を行う場として、「がん終末期医療の検討会」を新たに設置し、①平成22年4月30日厚生労働省老健局老人保健課による事務連絡「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」連絡後の自治体実施状況の把握、②遺族調査の実施、グリーフケア (Grief care)、③ACP (advanced care planning) を含めた終末期における緩和ケアの医療体制・地域連携に関する検討を行うことを提案します。

人にとっての尊厳とは何かを、真摯に語り合い、絶望や消極的選択肢として「諦めの死や諦めの在宅難民」を無くす方策を真摯に考えて頂きたい。またその中において、医学的評価である CTC-AE による Grade 評価のみならず、Patient Reported Outcome の重要性についても願う。



意思決定支援（SDM）とACP



3. 就労に関する制度検討

がんになっても、職場や地域で病気を隠す事例は3割ほどにのぼる。これらの諸問題を患者個人の個人モデルとして押しつけることなく、会社の規模や産業医の有無、偏見がもたらす「社会モデル」としても考えることが重要である。また、就労コーディネーターを用いた私たちのモデル事業では、「(新)主治医と企業の情報共有を進めるツールの開発」よりはむしろ、「患者力の向上を目指し、生活者としての患者に背景に応じた副作用や後遺症の対処方法の説明」が重要であり、これは本来の医療者としての責務であると考えている。また、この課題は介護認定における主治医意見書の記載にもつながってくる。治療と職業生活の両立検討会でも提言されたように、「生活者」としての患者に注目したICの充実や、看護外来、薬剤師外来の活用を前提とし、患者の「思い」を置き去りにしないような対策を検討して頂きたい。

また、内閣府の調査では「国民の7割はがんになったら働けない」という固定観念をもっていることがわかっている。こうした偏見の中で患者は社会へ副作用や治療を続けながら戻っていかざるを得ず、この「がんになったら働けない」という社会の偏見を放置せず、改善していくための「大人へのがん教育」、「スティグマを排除するための情報提供」、「制度改正」について、検討する場を設置することを希望します。副作用や治療以上に、「偏見」が怖くて言えない患者がいることが現実であり、「包括」とは何かについて議論が必要である。また、現在の就労の議論の中では、中小・零細企業や個人業主、非正規雇用の課題はすっぱりと抜け落ちている。「なぜ患者はがんと言いにくいのか？」という原点に立ち返り、大企業を中心とした対策のみならず、患者力の向上という医療者本来の知力を発揮した支援の検討を求めます。

がん・疾病対策課においては、制度を持っていないことや予算面においても苦慮することが多いことは私たちも十分に承知している。しかしながら、がん対策推進協議会の中に患者委員が入っている意義は、患者の切なる声を届ける場として位置付けられているはずである。

提案事項の中には、局の壁を越えた困難な対策事例が多々あることは十分承知しているが、この会議の間にも、治療を受け、苦しみ、空へ旅立とうとしている患者、悲しみに打ちひしがれる遺族がいます、このときにも存在していることを認識し、私たち委員がその中で何ができるかについて、諦めることなく、一丸となって検討をし続けていくことが大切であると私は考えます。

以上