

委員提出資料

桜井委員提出資料	1
勢井委員提出資料	5
田中委員提出資料	7
中釜委員提出資料	8
中川委員提出資料	10
難波委員提出資料	12
檜山委員提出資料	13
道永委員提出資料	15
馬上委員提出資料	18
山口委員提出資料	20
若尾委員提出資料	21

第三期基本計画（案）への要望事項

（一社）CSRプロジェクト桜井なおみ

<予防>

1. 一次予防もしくは1. がん研究

- ◆ Precision Prevention に関する知見を蓄積し、個人のがんのリスクに応じて個別化したがんの早期発見、がん検診のあり方と指針への反映を検討する。
- ◆ がんのリスクは環境要因だけでなく個人の生活習慣、感染性の要因、社会経済的要因、遺伝的要因などによって異なるが、これまでのがんの予防対策は、人口集団全体への介入として行われており、必要な対象者が必要な機会を享受していない可能性がある。そこで、「予防に無関心な人々に対して、行動心理学など視点を加えた新たな予防研究・予防行動学研究を試行的に実施、標準化の方法を立案する。もって、予防効果予測・公衆衛生予測研究についても推進する。」
- ◆ 米国NCIでも implementation research は予防の新領域としてスタートしており、あるいはがん対策を実効化するための研究（implementation 研究）が望まれる。

2. 二次予防

- ◆ 検診対象者の上限年齢設定に関わる検討を開始する。
- ◆ 的確に読影できる人材の育成、読影の研修の必須化により質の向上を進める。
- ◆ 体に低侵襲な早期発見技術の開発を推進する。

<治療>

1. ゲノム医療

- ◆ ゲノム医療に限らず、薬物治療すべてについて、「バイオマーカーの探索を行い、的確医療を推進する」を明記。
- ◆ また、ソマティック・ミュレーションとジャームラインミュレーションについては対応を分ける必要があり、体細胞系列変異については予防的治療を含めた確実なエビデンスがあることから、「遺伝性疾患に対しては治療に関わる公平なアクセス性への確保を行う」を明記する。

2. がんの集学的治療

- ◆ 外来ナースの配置が圧倒的に不足している現状については要望書もでていることから、「特に看護外来の強化、外来看護師の配置強化、ハイリスク患者への対応」を課題に、方向性として、「外来化学療法の実施の確保と支持療法の徹底、並びに、在宅療養や緩和ケアへの適切な連携をとれる看護師の配置強化を行う」を明記する。

3. がんリハビリテーション・チーム医療

- ◆ がんリハビリテーションガイドラインの中では「がんリハビリテーションは、臨床腫瘍科医、リハビリテーション科医の指示により、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、理学療養士、がん専門看護師、作業療法士のコアメンバーと、その他がん患者特有の問題に対処するさまざまな専門職からなるチームとして提供されるべきである」と定義されており、「チーム医療」と一緒に論じることが重要と考えます。

5. 難治性がん

- ◆ 難治性がんについては、早期発見方法の開発、転移を含めた発がん・病態のメカニズム解明に関わる基礎研究の推進、家族性すい臓がんを含めたゲノム解析技術の適用、ドラッグラグの解消などを迅速に進め、克服を目指すこと。

<共生>

1. 緩和ケアならびに2. 在宅療養

- ◆ 患者、家族の心のケアへの対応、コミュニケーションスキル研修についても検討する。
- ◆ 定期的な遺族調査を行い、患者調査とあわせたアウトカムに基づいた緩和ケア研修、診療体制の検証と見直しを行う。(緩和ケアの評価は外来利用率ではなく、疼痛コントロールが評価対象)
- ◆ 第二号被保険者の介護保険の使いづらさは平成22年から患者会が要望、協議会でも課題として指摘してきた。今後、在宅療養への移行強化にともない、「がんにおいては、介護保険の周知や認定に関わる課題から自宅に戻りたくても戻れる環境がない患者が増える」ことを課題に明記。かつ、その対応として、「国、地方公共団体は、迅速な対応が必要な患者への介護認定や、40歳未満の患者への介護サービスなどについて、地域の実情に応じた柔軟な対策を実施する」を明記すること。
- ◆ 緩和ケア啓発の対象は「関係者」ではなく、「がん患者、一般国民」である。

3. 情報発信・相談支援

- ◆ インターネット上における混乱した情報に対応するため、広告規制の強化、認定マークの検討、危険喚起サイトを構築する。
- ◆ 臨床試験へのアクセス性を向上するため、患者目線にたった分かりやすい臨床試験に関する情報サイトを構築する。
- ◆ 相談支援センターは、地域の既存リソースや患者会活動、民間団体が発行している患者向けの支援ツールなどのセンターへの設置を積極的に行い、患者力向上を目指した地域の情報の発信拠点の位置づけを担うものとする。また、設置図書などについては、ディカル・ライブラリアンによる定期的な入れ替えを行い、常に新しい情報に更新する。

4. 就労

- ◆ 「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」において定めた報告書の内容を忠実に記載すること。(AYA大学就職支援センターへの啓発、公的既存リソースや患者会との連携強化についても記載)
- ◆ がんを理由として患者が職場で不利益を被らないよう患者を擁護する新たな指針策定(採用時差別禁止・合理的配慮)、個人事業主、中小零細企業対策対策を検討すると同時に、取り組み企業に対して、表彰制度を含めた(両立支援くるみんのような)インセンティブ付与を検討する。
- ◆ 特に小児がんにおいては患児の家族が離職しており、家族が寄り添うことができる社会の仕組みについて検討を行う(介護休暇制度への付記、介護との両立支援に含むなどの検討、企業からの支援)
- ◆ 晩期障害を抱えた小児がん経験者については福祉的支援を含めた対応を検討する。
- ◆ 傷病手当金変更の目的は長期療養者のためではないことから、「企業規模や所属組合に関わらず、がん患者が治療に応じた柔軟な休み方を取得するため、国は傷病手当金～改訂を行う」に変更する。
- ◆ 産業医に対する両立支援教育の推進を行う。産業医の質の向上を図る。
- ◆ 企業向け教育は従業員向けと人事向けの2種があり、がん教育の枠組みでは効果が不十分である。「就労に関わる制度に詳しい、社会保険労務士や社会福祉士、産業カウンセラーなどによる企業内での両立支援、がんに対する知識取得の機会を設ける。」

- ◆ 「我が国においてはがん患者の診断後の社会生活などに関わる研究、すなわちサバイバーシップ研究が少ないのが現状」であることを課題に明記、方向性として、「今後は認知機能や生活習慣管理、妊孕性、教育状況など、国内でのサバイバーシップ研究をより一層強化し、政策に反映させる。」を明記する。

<基盤>

1. 患者が参画するがん研究

- ◆ 「研修を受けた患者が、研究プロトコルのデザインや評価に参画できるシステムや教育プログラムの構築や患者リクルートの適性化等～」を明記する。
- ◆ 「中央社会保険医療協議会で検討されている費用対効果評価、並びに、アプレイザルのあり方の検討に係る模擬パネルへの患者参画のあり方について検討する」を明記。

●以下の項目について検討を要望します

- ◆ 就労を含めた社会的課題については、名称を「就労を含めた社会的問題<サバイバーシップの推進>」と改め、事務局提示の「ライフステージに応じたがん対策」と一つにまとめて課題を整理することを提案します。
- ◆ 内容については、ASCO ガイドラインなどに準じ、以下の事項について方向性を記載することを要望します。方向性が記載できない事項については研究推進を要望します。

1. 就労

- 1) 両立支援：コーディネイター、相談支援の場づくり、質の担保、小児親の離職
- 2) 新規就労：HW、大学就職支援センター、指針作成（採用時差別禁止・合理的配慮）
- 3) 転職・雇用能力開発：既存リソース活用、職業訓練校
- 4) 個人事業主：調査実施
- 5) その他：企業教育、インセンティブ付与、関連法制度の改訂

2. 経済負担

3. 性生活（セクシャリティ）・妊孕性

4. アピアランス支援

5. 就学・教育的支援

6. 中長期フォローアップ

7. 福祉的支援（晩期障害・高齢者認知症）への対応

8. 生活習慣管理（禁煙・体重管理・栄養・運動・食生活など）

9. 心のケア・ピアサポート

10. サバイバーシップ研究

●以下については、他の個別目標において記載する

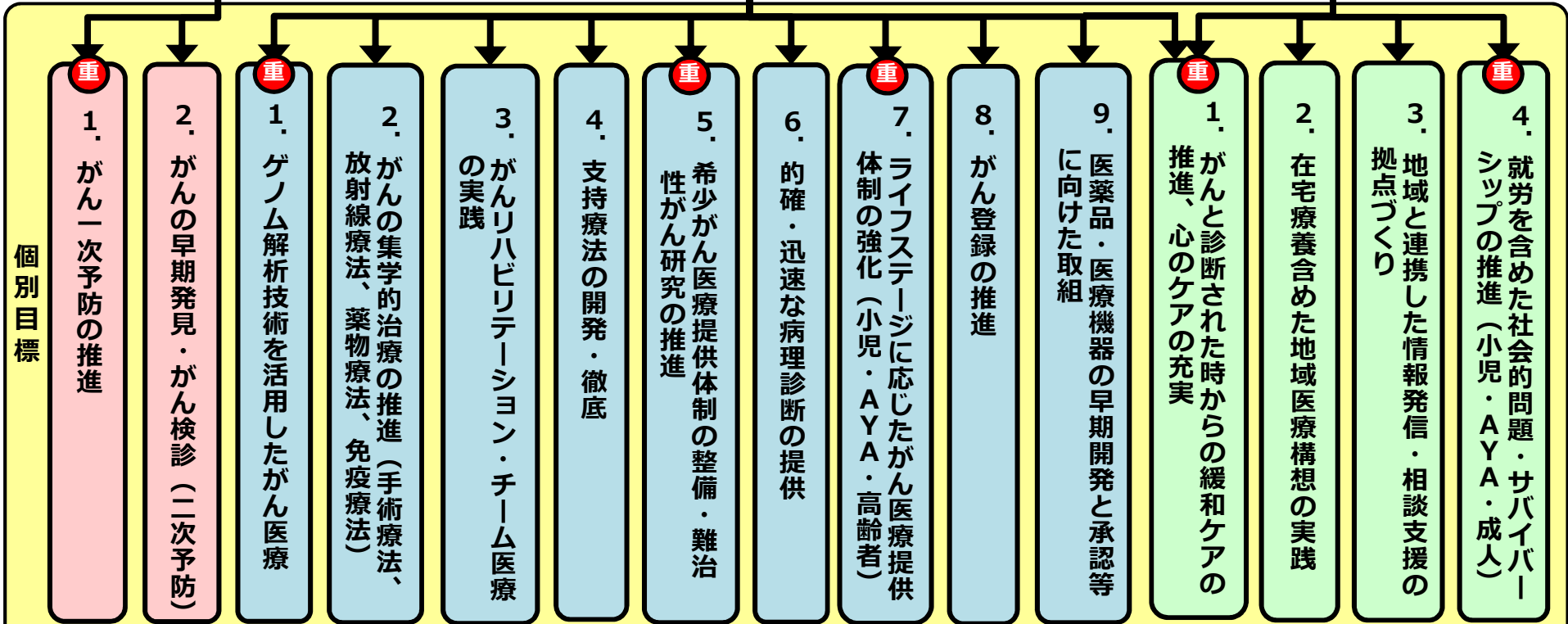
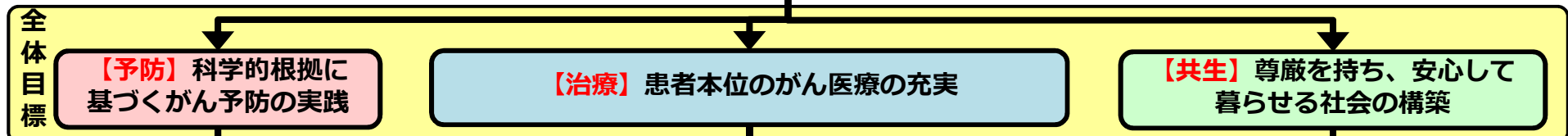
- ・副作用、後遺症
- ・遺伝
- ・緩和ケア、在宅療養環境整備
- ・リハビリテーション

第三期がん対策推進基本計画 全体骨子（案）

桜井委員提出資料

桜井委員提出資料

予防、治療、共生による、がんの克服を目指す



＝これらを支える基盤の整備＝

1. 患者参画によるがん研究の推進、2. 人材育成と人材育成機能の整備、3. がん教育、普及啓発、4. データの活用

＜がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項＞

1. がん患者を含めた国民等の努力、2. 患者団体等との協力、3. 都道府県による計画の策定、4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化、5. ロードマップの作成と目標の達成状況の把握、7. 基本計画の見直し

第3期がん対策推進基本計画への意見

勢井 啓介

ロードマップの提示を見て意見いたします。

時期・見直しなど院内がん登録データ等の活用についてデータの不備は無いか再度話しておきたいです。

以前、山口委員からもサバイバー調査はしっかりすべきだという意見も出ましたが、患者体験調査等による患者視点からの評価との紐づけを毎年行うことで、病院はもちろん患者にとっても下記3項目の恩恵を受けることが出来るはずで、何年先になるか分からないような、いい加減なやり方ではなく、生きたがん登録にすべきです。

今ここで、下記3項目についてハッキリと言える方が居ればぜひ伺いたいと思います。今のがん登録から分かることは、病院での症例数とその病院のカラーであり、症例数を増やすことに走ってしまうのではないかと危惧します。本当は質の高い医療を患者は望んでいます。

下記参考資料（厚生労働省・国立がん対策情報センターから）

がん登録等の推進に関する法律の概要から情報の活用について

○国・都道府県等⇒がん対策の充実、医療機関への情報提供、統計等の公表、患者等への相談支援

○医療機関⇒患者等に対する適切な情報提供、がん医療の分析・評価等、がん医療の質の向上

○がん登録等の情報の提供を受けた研究者⇒がん医療の質の向上等に貢献

院内がん登録の実施に係る指針

第一 院内がん登録の意義

一 病院において、当該病院において診療が行われたがんの罹患、診療、転帰等の状況を適確に把握し、治療の結果等を評価すること及び他の病院における評価と比較することにより、がん医療の質の向上が図られること。

院内がん登録項目

・基本情報・腫瘍情報・初回治療情報・生存状況情報・管理情報

策定された指標を測定するためのデータ源から

DPCとのリンクデータ

院内がん登録は新しく診断された患者のデータが登録され、**診断のタイミングと初期の様子について、信頼の置けるデータを提供している。**一方で、**初期の時期を過ぎて受けた診療に関する情報はきわめて限定されてしまうことが問題である。**それを補うためには、DPC 導入の影響評価に係る調査（以下、DPC 調査）で作成、収集されている診療行為データ（E、F ファイル）をリンクさせて解析するのが有用である。ここでは、その施設で施行された全ての医療行為（検査、処置、手術、薬剤、放射線治療など）とその日付、および院外処方箋の内容が含まれている。**一方で、検査の結果などは含まれていないため、患者の状態を把握するのは難しい。**医療機関から提出される診療報酬明細書（レセプト）も同様に医療行為が全て含まれているが、レセプトはあくまで月ごとの請求情報であるため医療行為の日付がなく、また、院外処方箋は薬剤を実際に出した薬局から請求されるため医療機関のレセプトに含まれない

【修正案】 P29 赤字を追記

(8) がん登録

(今後)

国は、地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを活用した、医療 提供体制の構築等の施策の立案やがん研究の推進について具体的に検討する。

その際、がん登録データの効果的な利活用のため、**患者体験調査等による患者視点からの評価と**、全国がん登録データと、院内がん登録データ、レセプト情報等や、臓器や診療科別に収集されているがんのデータ等との連携について、個人情報の保護に配慮しながら**早急（1年以内）**に検討する。

がん対策推進基本計画「議論のためのたたき台」について

読売新聞 田中秀一

【1】 全体目標について

予防、治療による「がんの克服」は、目標として非現実的であり、現実的な政策の方向性を示す基本計画の文言として適切ではない。一方で、患者が生きるうえでの姿勢や希望として「がんの克服」を全体目標に反映させるのはもっともなことである。

そこで、たたき台の文言を生かし、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がん向き合い、がんを克服できる社会の実現（または、がんに打ち克つ社会の実現）」とするのが望ましいのではないか。

【2】 喫煙対策について

受動喫煙対策に関して、日本は最も遅れたレベルにある。2020年オリンピック開催国として、飲食店を含む、不特定多数の人が集まる場所を禁煙とするのは当然である。生活習慣についての（現状・課題）に、多数の国が飲食店を含む屋内での禁煙を法制化していることを明記すべきだ。

方向性として、受動喫煙について「飲食店においては15%とすることを目標とする」のでは微温的に過ぎ、「飲食店においては0%とすることを目標とする」とすべきである。

【3】 情報提供について

がんに関する情報は、インターネットで収集するのが一般的になってきた。しかし、例えば「がん 治療」でネット検索すると、上位には根拠が不明確な免疫療法のサイトが表示されるなど、正しい情報にたどり着くのが容易ではないのが現状である。正しい情報を発信すると共に、一般の人が正しい情報に容易にアクセスできる仕組みを作ることが重要になる。「ウェブサイトの監視体制の強化」「国立がん研究センターのサイトの適正化、普及啓発」は必要だが、それだけではネットで正しい情報にたどり着くのが難しい現状は変わらない。

そこで、今後の方向性として、「国は、誰もが容易にインターネットで正しい情報を取得できるシステムを構築することを（2年以内に）検討する」とすることが望ましい。

「議論のためのたたき台」(4月13日協議会)への意見

国立がん研究センター理事長 中釜齊

1 がん予防

○総論 (p2)

- ・タイトルについて、予防に「早期発見」を追加。
- ・死亡者数減少にも言及。

○生活習慣 (p5)

- ・受動喫煙をなくすことを明確化。

○感染症対策 (p7)

- ・HPVワクチンについて、接種のあり方に関する検討を前提とした上、導入の方向性を明らかにする。

○がん検診 (p10)

- ・検査項目の追加だけでなく、対象集団のあり方も検討する。

2 がん医療

○がん医療提供体制 (p15)

- ・がん医療の変化、それに伴う入院・外来バランスのシフト等を踏まえ、提供体制の最適化を検討。
- ・都道府県と都道府県がん診療連携拠点病院等が、実効あるかたちで協力・連携することを明確化。

○手術療法 (p17)

- ・低侵襲性治療の開発を推進。

○薬物療法 (p19)

- ・拠点病院における人材育成、かかりつけ医等との連携強化など、具体内容を追加。

○免疫療法 (p19)

- ・「科学的根拠を有する免疫療法」を、タイトル上明記。
- ・専門的知識を有する人材育成・配置、不適切な情報提供への対応など、具体内容を追加。

○支持療法 (p22)

- ・副作用対策として使用する医薬品等が未承認・適応外である場合の取扱いについて、早急に解決。

○希少がん (p23)

- ・病理診断、診療ガイドライン、人材育成、ゲノム医療推進など、具体内容を追加。

- ・分野によって集約化を進める方向を明らかにした上、組織の枠を超えた人材育成等を通じ体制を構築。
- ・診療連携を推進するため、ICT を活用した遠隔医療を導入。

3 がんとの共生

○全体

- ・（２）から（４）（相談支援・情報提供、地域支援、就労等社会的問題）について、全体像が不明確な上、各論に重複や不足が多いことから、再整理。

○緩和ケア（p33）

- ・記載内容が詳細にわたっているので、他とのバランスの面で再整理。

○相談支援、地域支援（p40,44）

- ・患者の生活を支えるため、医療だけでなく、福祉、介護、住まいなど多様な手立てをつなぐ総合支援が必要。市町村の参加が不可欠。

○情報提供（p42）

- ・国民にわかりやすく正確な情報が伝わるよう、情報提供や相談支援センターのあり方について、国の責任と方針の下、国立がん研究センター、学会等が協力して実行する体制が必要。

○就労支援（p47）

- ・社会保険労務士等の就労専門家や多職種の医療者が、相談員と連携して取り組む体制を構築。

○小児・AYA 世代（p55）

- ・後遺症や合併症がない場合でも、長期フォローアップを通じた小児・AYA がんサバイバーの支援は重要。

○高齢者（p57）

- ・意志決定等の状況には個人差が大きいことから、「一律」の基準設定は困難。

○がん研究（p59）

- ・公衆衛生、政策形成など、長期にわたり一貫した取組を要し、公的関与の必要性が高い研究基盤への手当てが必要。

○人材育成（p62）

- ・都道府県がん診療連携拠点病院を中心に医療従事者等の研修を行う体制を整備。

○教育、普及啓発（p64）

- ・「死生観・人生観を日頃から考え、がん直面したときに混乱しないような社会」をつくっていくことが必要。

※具体的表現については、別途提出します。

第3期がん対策推進基本計画の策定に関する意見書

中川 恵一

1) 「がん教育、普及啓発」の扱いについて

改定がん対策基本法には以下の条文がある。

「国及び地方公共団体は、国民が、がんに関する知識及びがん患者に関する理解を深めることができるよう、学校教育及び社会教育におけるがんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずるものとする」

学校でのがん教育は、学習指導要領にも明記され（特定の疾病名が指導要領に記載されたのはH10年のエイズ以来）、本年4月より、全国の小中高校で、実施され始めている。単なる知識の提供に留まらず、健康と命の大切さについて主体的に考えることができるようにすることもがん教育の目的の一つにとされ、医療者やがん経験者などを外部講師として活用することが求められている。

しかし、保健体育をはじめとした教員の知識向上、外部講師の確保および研修など、課題は山積している。また、学校でのがん教育が進めば、成人との「世代間格差」が生まれることが予想され、社会におけるがん教育としての普及啓発の重要性が高まる。成人へのがん教育は、半ば強制力を持つ点で、職域主導が望ましいとされ、「がん対策推進企業アクション」においても、職域でのがん教育を重視している。

がん教育はがん対策推進協議会での議論から生まれたものであり、第3期がん対策推進基本計画において、「がん教育、普及啓発」を重点課題とすべきである。

2) 「放射線療法について」の記載について

放射線療法の高精度化における医学物理士の役割は非常に大きいものの、わが国においては、医学物理士が国家資格化されていないこともあり、公的医療機関での雇用に支障が指摘されている。医学物理士の国家資格化と雇用促進を記載すべきである。以下のような文言を提案したい。

(現状・課題)

これまで放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめとした医療従事者の配置や、リニアック等の機器の整備等、集学的治療を提供する体制の整備を行ってきた。一方、独立な職種体系として存在すべき専門職である医学物理士の国家資格化や雇用体系の確立・雇用促進に課題が残されている。粒子線治療等の新たな医療技術については、施設の整備に多大なコストを要することから全国での配置は限られている。

(今後)

基本的な放射線療法の提供体制については、引き続き均てん化を進める。医学物理士の国家資格化と雇用を促進するための診療報酬体系を整備する。また、粒子線治療等の新たな医療技術の整備については、必要に応じて都道府県を越えた連携体制を検討する。

厚生労働省がん対策推進協議会長 門田守人様

がん対策推進協議会委員 難波美智代

がん対策推進基本計画素案に対する「追加」意見書 ※個別追加箇所別途提出

【全体目標】

- ・ がん予防の目標は、効果的かつ効率的で持続可能ながん対策を実現することを目指す。

【がん予防】

(1)がん一次予防:感染に起因するがん予防への考え方の追記

- ・ 日本では、子宮頸がん予防の対策を行ってきた。しかし、定期接種の積極的勧奨の見合わせが行われたことから、2014年度のHPVワクチンの接種率は初回接種で0.7%とほとんど接種されていない。今後、国は科学的知見を収集した上で速やかに判断を示し、対策を講じる
- ・ 方向性については、感染に起因するがん予防において、予防に対する有効性が証明されているものは、すべて目標値を設定し、対策を講じる。それとともに科学的根拠に基づいた情報の普及啓発に努め、あやまった情報については注意喚起ならびに勧告をするなど対策を検討する

(2)がんの早期発見、がん検診:受診率の向上および精度管理、職域での対策についての追記

- ・ 国、都道府県、市町村において、効果的な受診勧奨の対策を進める際、成果を評価、検証するための指標や基準を確立し、受診率向上に向けた効果的な対策の実現に努める
- ・ また、普及啓発活動を進める際に、国は情報の提供体制や実施状況について、定期的に報告を受け、定量的な効果測定を行い、調整管理していく
- ・ 現状、受診環境への課題が示されている、子宮頸がん、乳がんにおいては、女性が受診しやすい環境整備に向けたワーキンググループ等を設置、がん検診の方法等についても検討を行う。また、それに伴う関係従事者の育成やガイドラインの策定等、利用者目線の対策に努める
- ・ 職域におけるガイドラインの策定に置いては、がん検診関係者およびがん経験者を含む有識者の意見を踏まえて策定する

【がん医療】

(1)がんゲノム医療:ゲノム情報等に関する追記

- ・ バイオマーカーは、ゲノム情報等を包含する広義な指標であることから、国は革新的であるが高額な医薬品について、最適な使用を推進するためのガイドラインの策定やゲノム情報等バイオマーカーに基づく効果的・効率的な使用のあり方を検討し、対策を講じる。

【がんと共生】

- (1)がんと共生の目標は、がん患者がいつでも、どこに居ても、希望を持って治療に臨み、尊厳が守られ安心して生活ができる地域共生社会を実現することを目指す。

(2)相談支援・情報提供:今後の情報提供に関する追記

- ・ 国は、インターネット等で行われる情報提供について、関連する第三者を加えた評価体制の検討、および導入を目指し、医療等に関わるウェブサイトの監視体制の強化徹底に努め、医療機関等のウェブサイトの適正化を図る。

(3)がん患者等の就労を含めた社会的な問題

- ・ がんになっても希望を持って治療に臨み、自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっている。
- ・ 拠点病院等での相談支援に携わる者は、しかるべき労務等の専門家を紹介し、患者および家族が必要な情報にアクセスできるための知識を習得、支援のあり方に関する研修を実施する。
- ・ また、主治医および治療に携わるスタッフから、がん相談支援センターの利用を促し、利用状況に関するフィードバックを得るなどして環境の整備に努める。また国は、その実施状況を把握する。
- ・ 国は、医療機関と企業との連携のためのマニュアルを作成し、普及を開始する。また企業が行う好事例等に対し、表彰するなどインセンティブを含めた評価制度を検討する。
- ・ 国はがん患者のさらなるQOL向上を目指し、生殖機能の温存等についての確かな時期に治療選択ができるよう、関連学会等との連携も含め相談支援、情報提供の仕組みを検討、その実施状況の報告を受ける等実態の把握に努める。

(4)ライフステージに応じたがん対策(小児・AYA世代・高齢者)

- ・ 国は、小児・AYA世代の治療に伴う生殖機能への影響等、世代に応じた問題について、治療前に確実に情報提供を行い、必要に応じて適切な専門施設に紹介し患者やその家族等が安心してがん治療をうけられるための連携体制を構築する。国は、その実施状況を把握し、心理的、経済的にも含めた包括的支援の体制を検討する。

【これらを支える基盤の整備】

(1)がん教育、がんに関する知識の普及啓発:より良い成果を導くための踏み込んだ施策に関する追記

- ・ 国は全国の実施状況を把握した上で地域の実情に応じた外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。更に教育現場や関係者からのフィードバックを得るなどして取り組みを実施しながら、より良いがん教育の実現を目指し、評価体制導入の検討を行う。
- ・ 国民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががん罹患してもそれを正しく理解し、希望を持って治療に臨むため、国はがんに関する知識の普及啓発活動を更に進める。また、事業規模に応じた効果的・効率的な対策を推進するため、企業やがん患者、経験者からフィードバックを得るなど、実施状況の把握とPDCAサイクルの徹底を行う。

第3期基本計画の「2. がん医療の充実」の改訂案： がん対策推進協議会委員 檜山英三

第66回協議会の議論を受けて、分野別施策と個別目標の2. がん医療の充実の(5)希少がん、難治がん（それぞれの特性に応じた対策）の次に(6) 小児がん、AYAがん、高齢者がん（それぞれの特徴と社会的背景に即した対策）を加え、以下の記述とする。

(6) 小児がん、AYAがん対策(それぞれの特徴と社会的背景に応じた対策)
(重点的に取り組むべき分野)

がんは小児・AYA世代の病死の主な原因の1つであり、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程を辿る乳幼児からの小児期、さらに、活動性の高い思春期・若年成人世代の特徴あるライフステージに発症することから、成人の希少がんとは異なる対策が求められている。特に、小児がんにおいては、臨床研究の推進により小児がんの治癒率は向上しているが、依然として難治症例も存在し、小児がん・AYAがんともに十分な診療体制の構築とともに、がんが治癒中から、治療に伴う後遺症や晩期合併症への対応が必要である。

(現状・課題)

小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に質の高い診療が実施できるように、平成25(2013)年2月、全国に15か所の「小児がん拠点病院」および2カ所の「小児がん中央機関」を整備し、診療の一部集約化と拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。しかし、小児がん拠点病院への集約化にも限界があることから、例えば脳腫瘍のように集約化すべきがん種と、ある程度の均てん化が可能ながん種を整理するとともに、地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備が必要となる。一方、AYA世代に発症するがんに関しては、その診療体制が定まっておらず、小児と成人領域の狭間で適切な治療が受けられない状況である。他の世代に比べて患者数が少なく、多様な疾患構成であるために、医療従事者の診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、AYA世代は、年代によって就学、就労、妊娠等の状況が異なり、患者視点での生殖・教育・就労等の包括的・継続的な情報・相談体制等の提供が十分ではない。AYA世代のがん患者の個々の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供やAYA支援チームなど支援体制・入院環境の整備が求められている。また患者・家族の希望に応じて、在宅医療を実施できる支援体制が求められている。

さらに、再発症例、初期治療反応不良例などの難治小児がん・AYA世代のがんについては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用などの実施体制の整備が十分でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

(今後)

国は、小児がん、AYA世代のがんのさらなる生存率向上を目指して、より安全で迅速な質の高い病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療の研究を推進し、十分な治験・臨床研究の行える体制を整備する。また、新薬の開発を支援するための研究の推進、および必要に応じて法制度の整備を行う。

国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割と集約化と均てん化の体制を見直し、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度の専門性を必要としない病態では、小児がん拠点病院以外の地域の連携病院においても診療が可能な体制を構築し、状況に応じて、在宅医療を実施できる診療連携体制の検討を行う。AYA世代のがんに関しては、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と成人領域の専門性が必要な病態を明らかにし、その診療体制を構築する。国は、AYA世代の多様なニーズに応じた情報提供、包括的な相談支援・就労支援を実施できる体制の整備について、対応できる医療機関等の一定の集約化に関する検討を行う。さらに、治療に伴う生殖機能への影響等、世代に応じた問題について、治療前に正確な情報提供を行い、必要に応じて適切な専門施設に紹介するための体制を構築する。

【方向性】

国は、3年以内に小児・AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の整備を目指し、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」ならびに「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で議論を行い、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の両者の整備指針の見直しを行うとともに、臨床研究を中心に予後向上を図るとともに、AYAがんに対応できる診療部門を整備する。

(以下の2点も文言を追加してはどうか)

- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法 の② 各治療法について(手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法)(ア)手術療法について のなかにまた、一部の希少がんや難治性がん、小児がん・AYAがんあるいは高度進行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があるため対応可能な医療機関が偏在しており、医療提供体制の整備が求められる。として下線を加える。
- (6)病理診断の10行目と16行目に以下の下線の文言を追加する(理由:小児がんにおいても重要であるため)
 特に、小児がん・希少がんの病理診断については、それぞれの小児がん・希少がんについて十分な診断の経験を有する専門的な知識を持った病理診断医が少ないため、。。。。こうした中、国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会の病サルテーションシステム、小児がん中央機関による中央病理診断システムを活用し、

(以上)

第3期基本計画の「3. がんとの共生」の改訂案： がん対策推進協議会委員 檜山英三

第66回協議会の議論を受けて、3. がんとの共生のうち (5) ライフステージに応じたがん対策(小児・AYA世代、高齢者)の部分については、がん医療の内容と共生の内容が混在しているため以下のように変更する。下線が変更、追加の箇所。(斜線は理由：第66回協議会で、すでに説明済み)

(5) ライフステージに応じたがん対策(小児・AYA世代、高齢者)

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。また、小児がん・AYA世代のがん患者に対する教育に関して、法の一部改正において、第21条に「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受け取ることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記され、更なる対策が求められている。 (法律の内容を書き込む)

① 小児・AYA世代のがんについて (AYAがんであることを明記)

(現状・課題) (前回のたたき台の一部はがん医療の充実に移動)

小児・AYA世代のがんは、希少で多種多様ながん種を多く含むことや、乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフステージに発症し、かつ治療後も長期にわたりフォローを要するため、年代によって就学、就労、妊娠等の状況が異なり、受けた治療内容など個々の状況に応じた多様なニーズを有することから、成人のがんと異なる対策が求められている。 (前回のたたき台のこの語の文節はがん医療の充実に移動)

AYA世代のがん患者は、他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成も多様であり、医療従事者の診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、AYA世代は、年代によって就学、就労、妊娠等の状況が異なり、個々の状況に応じた多様なニーズに対応できるような情報提供や支援体制の整備が求められている。

小児・AYA世代のがん患者の多くは、教育を受けている成長過程にあることから、治療による身体的、精神的な苦痛を伴いながら学業を継続することを余儀なくされている。しかし、小児がん患者の教育体制は十分なものではなく、特に高校教育は遅れていることが指摘されているため、より充実させる必要性がある。小児・AYA世代のがん患者が治療を受けながら学業を継続できるよう、入院中・療養中の教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の更なる整備が求められている。

(今後)

(前回のたたき台の最初の文節はがん医療の充実に移動)

国は、医師・看護師をはじめとする医療従事者への長期フォローアップに関する教育を充実させるとともに、ガイドライン等を活用しながら長期フォローアップの体制を整備し、晩期合併症対策を専門とする医療体制を構築するとともに、晩期合併症が少なくなるような研究についても推進する。

(前回のたたき台のこの間のAYAの文節はがん医療の充実に移動)

国は、文部科学省と連携して医療従事者と教育関係者の連携を強めるとともに、情報技術(ICT)を活用した高等学校段階における遠隔教育等、療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援等、療養中の生徒等に対する特別支援教育をより一層充実させる。

国は、小児がん・AYA世代のがん患者の長期フォローアップに関して、晩期合併症への対応、保育・教育・就労・自立に関する支援を含んだ、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない体制整備を推進する。

【方向性】

国は、3年以内に小児がん・AYAがん経験者を治療後の年齢に応じて継ぎ目なく連続して診療が受けられる。体制の整備を目指し「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」ならびに「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で議論を行い、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の両者の整備指針の見直しを行う。

(以上)

議論のたたき台への意見

日本医師会常任理事

道永 麻里

【生活習慣について（喫煙）】

- ・保険局に設置されている「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」で報告されている、特定健診の際の問診票の集計結果（約 2,600 万人分のデータ）における喫煙状況にも言及した方がよいと思いますので、（現状・課題）に以下の文章を追加していただきたい。

(P.3)

また、厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」に報告された特定健康診査の際の質問票の分析では、受診者の喫煙率は男性 34.2%、女性 9.4%であり、とくに 40 歳から 44 歳の男性の喫煙率は 41.1% と非常に高いという結果が示されている。なかでも、全国健康保険協会（協会けんぽ）の喫煙率（40 歳代）はさらに高いという結果であり、職場において受動喫煙を受ける機会の高さを示しているともいえる。このことから、将来的な喫煙率の減少のため、職場における受動喫煙対策を強化するなどの取組が求められる。

- ・（今後）に関して、普及啓発活動だけでは従来の取組と変わらない印象がありますので、以下（下線部）のような具体的な取組を盛り込むべきではないか。

(P.5)

※特定保健指導等の機会を通じて禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。

【がん検診】

- ・指針に基づく検診に加えて市区町村等がオプションとして実施している検診項目を全て否定するように読める書きぶりは避けた方がよいと思いますので、以下（下線部）のように修正してはどうか。

(P.10 2行目)

※指針に示される 5 がんについて、指針に基づかない方法のみでがん検診を行っている～

- ・職域のがん検診がいかにもいい加減な検診であるかのような印象を与えないよう、以下のように修正してはどうか。

(P.10 23行目)

※法的な位置づけが明確でなく → 労働安全衛生法に基づく一般健診には含まれていないが

※保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しており～（下線部を追加）

【がんの医療提供体制】(P.16 30行目～)

- ・医療提供体制とイノベーションの推進や評価とは直接関係がないため、少なくともここからは削除してはどうか。
- ・また、34行目からの「研究開発投資の促進を図るために、費用対効果の高いものは評価を引き上げることも含め、」は踏み込みすぎであり、削除すべきである。

【緩和ケアの提供体制】(p.34～36)

- ・「在宅緩和ケア」について、P.45からの記載と重複するかもしれないが、ここでも言及すべきではないか。
- ※拠点病院は、在宅緩和ケアを提供する地域のかかりつけ医、医療機関と連携して地域で療養する患者を支援する医療提供体制を構築する必要がある。

【拠点病院等と地域との連携について】(P.44)

- ・「地域の病院」、「地域の医療機関」、「在宅医療を提供する医療機関」、「在宅療養支援診療所」、「拠点病院等の医療機関以外」など、様々な表記がなされているが、どのような使い分けになっているのかが分からず、連携のイメージがわからない。少し整理が必要ではないか。
- ・「地域での療養生活を支えるかかりつけ医との連携」のための体制整備、フォローのあり方などを（今後）の中に明記すべきではないか。

【在宅緩和ケア】(P.46)

- ・在宅で療養生活を送る、あるいは送ることを希望する患者を、「地域包括ケア」の中で支えるという視点も書き込むなど、在宅緩和ケアの記述をもう少し充実すべきではないか。

【就労支援】(P.50～51)

- ・ 関係省庁と連携による一体的な取組を推進するため、以下の文章を追記してはどうか。

(今後)

現在、職域における健康寿命延伸のための取組として、企業においては「健康経営」の推進が求められており、本年2月には「健康経営優良法人認定制度」も開始されているが、その認定基準に「がんをはじめ疾病に罹患した従業員の復職・就労支援」を盛り込むなど、関係省庁と連携した後押しも必要である。

下記の点を加えていただければ幸いです。

「第2分野別施策と個別目標」の項目

2. がん医療の充実

(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

①がん医療体制について (今後) 病院の特徴や規模、治療実績などを十分配慮し整備を進める

(3) チーム医療の推進 (課題) 多臓器転移再発例など多くの科がかかわる場合のキーパーソンが必要

(5) 希少がん、難治性がん対策 (それぞれのがんの特性に応じた対策) (重点的に取り組む分野)

(課題)・患者、および医療者への情報が少なく、また専門家が少なく地域での治療が困難である

(今後)・早期発見、適切な治療のための非専門家へ研修や専門施設の周知や連携を強化、患者の集約については遠方治療に対する対策を講ずる。

・治療実績の公開と希少がんホットラインの活用も進め、患者が適切な治療を受けやすいよう情報開示が必要。臨床研究推進についても進捗状況など公開する。

(6) 小児がん (重点的に取り組む分野)

(現状)・がんは小児の病死原因第一位である。地域における小児がん医療の向上を目指してきた中例えば脳腫瘍のように標準治療が確立せず、難治性で治療研究推進が求められるがん腫は集約し治療開発を推進し、治癒が望めるがん腫は均てん化を進め、年齢、様々な患者家族の状況に応じた対策が求められている。

(今後)・早期発見や長期フォローアップ、在宅医療の課題を解決するため患者・家族が慣れ親しんでいる地域における他の医療機関と小児がん拠点病院とのネットワークのさらなる連携が必要

(7) AYA 世代のがん (重点的に取り組む分野)

(課題)・がんは思春期、若年世代の病死原因第一位である。思春期と成人後の身体の状況の違い、特にこの時期心理面での対応や、希少で多種多様ながんの特性、経済的背景などの社会性を総合的に判断した対策が求められている。

・小児の保険診療計算が15歳までとなっていることから、現在15歳から20歳までの思春期のがん患者の受け入れ先がさだまらず、小児・成人診療科での小児・成人のプロトコルの選択の違いにより予後の違いがでてきている。

(今後)・全がん登録の各施設の治療実績や、レセプトデータ解析などにより、AYA世代、とくに15歳~20歳の実態把握を行い、きれめのない適切な診療体制の構築を図る。

(9) 医薬品・医療機器の早期開発・承認などに向けた取り組み

・小児に関しては75%が適応外使用であり、海外に存在する小児へのインセンティブがないことから治療がすすまない現状がある。欧米に比べて使える薬が少ない。

3. がんとの共生

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 (重点的に取り組むべき分野)

① 緩和ケアの提供体制について (現状・課題)

小児、AYA 世代の緩和については家族に大きく依存しており負担が非常に重い。小児専門の緩和・在宅医療関係者が非常に限られ、小児の緩和病棟はほとんどない。在宅医療については支援が受けられないケースがある。

(今後) ① 在宅医療における、小児専門の人材の育成推進。小児がんの治療を行う施設は、必要時小児の在宅医療を行う診療所等の紹介を必須とする。② かかりつけ医などへの小児の緩和ケア研修の推進とホスピス計画に対する自治体、企業などによる支援が必須。

(2) 相談支援・情報提供

(課題)・がんに関する情報の中には必ずしも科学的根拠に基づかないものが混在し、また手術療法、放射線療法、薬

物療法、免疫療法、高度医療機器配置など最新の正確な情報が不足している。

(方向性)・国は手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法、高度医療機器配置など正しい最新情報が迅速に患者家族に届くような仕組みを検討する。

(4) がん患者などの就労を含めた社会的な問題

(今後) 社会参加(就労)前と後のがんの罹患による社会心理的問題の違いを把握しきめこまかく支援。

小児がんの問題は一生医療領域から生活領域に亘るため、発症から成人後も一貫して相談を行える医療、教育、自立、就職等に熟知した専門総合相談員の育成を推進する。

小児がんやAYA世代のがんの治療により不可逆的におった障害についての実態把握が必要であり、実態に基づいた支援が必要。また就労意志があっても働けない小児がん経験者の障害や合併症の状況を鑑みた就労・自立支援プログラムの開発が望まれる。

(5) ライフステージに応じたサバイバーシップ支援(重点的に取り組む分野)として

① 小児・AYA(思春期・若年性)世代

(長期フォローアップ体制の確立)・推計13万人にもおよぶ小児がん経験者の実態把握研究が必要、後遺症、合併症のケア、成人科への橋渡し(移行期医療)など、治療後長期にわたって再発、合併症、障害対策を盛り込んだフォローアップスケジュールを作成し、患者家族がスムーズにフォローアップを行っていけるよう専門性のある科や看護師、小児、AYA世代の研修を受けた総合的相談員などが治療中、治療後も検査や相談にあたる。長期フォローに必要な情報提供を確立する。

(心理、妊孕性)・子どもの心理ケア専門の臨床心理士の育成小児慢性特定疾病自立支援事業との連携、患者家族の心理サポート、ピアサポート研修の強化と連携が必要。特に思春期若年性は自殺が多いことから、心理面での対策が望まれる。治療に伴う生殖機能への影響など、実態把握とともに、世代に応じた問題などについて

治療前に正確な情報提供を行い、必要に応じて適切な専門施設に紹介する。

(教育)(現状)改正がん対策基本法21条の「治療と学習の両立」にて初めて小児がん患者他の治療と学習の両立が規定された。

(方向性)院内学級(高等部)の確立、復学・復園支援、就園・就学支援の一層の充実、通院時院内学級学習(出席扱い)、教育現場と病院との連携により、治療中、治療後も適切な学習が行える環境整備を推進する。

4. これらを支える基盤の整備

(1) がん研究(課題)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(加速化プランより)など医療効率化に関する研究や、患者や家族の実態把握を行い、QOLの向上やなどに資する社会学的研究および政策的研究の推進も望まれている。

(2) 人材育成(課題)遺伝カウンセラーの人材育成が急務

(3) がん教育(今後)小児がん患者だけでなく、治癒率の向上によって小児がん経験者も増加し、難病であるこどもや、親ががんになった子どもも少なくないのが現状を鑑み、そういった背景をもつ子どもたちへの配慮とともに「がんの予防・知識の習得」と「がん患者・経験者との共生」という2つの視点からプログラムを構築し、進めていくことが重要

(4) がん登録(今後)・がん登録をはじめとしたビッグデータの活用・解析による治療法と治療成績の解析と費用対効果の検証と研究促進と医療効率化の実現

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

5. ロードアップの作成 死亡率の減少の目標パーセンテージをいれる

以上

2017年4月19日

第3期がん対策推進基本計画叩き台についての修正案

静岡がんセンター 山口 建

1. 「支持療法」について

支持療法の定義については、国立がん研究センター、がん情報サービスの定義が一般に用いられています。そこで、脚注、本文に定義を明確化すべきと考えます。

(I) 議論のための叩き台、16ページ、脚注

(修正) 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療、ケア。

(II) 議論のための叩き台 22ページ、本文

(現状・課題) : 冒頭で定義

(修正) 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療、ケアを指す。

2. 支持療法の記載箇所

支持療法は、手術、放射線、薬物療法の一環として、すべての診療科が実施するがん診療全般に関わる言葉であり、チーム医療が必須な療法でもあります。従って、チーム医療の前に支持療法を記載し、手術、放射線、薬物、支持療法について、チーム医療が大切という書きぶりが適切です。これに対して、希少がん・難治がん、病理、リハビリは、一ないしは少数の診療科が対応するもので、特にそれを強化するという意味合いなので、チーム医療の後ろに特出しする書きぶりが望ましいと思います。

3. 一次予防、タバコ対策（議論のための叩き台、2ページ）

未成年の喫煙に、小・中・高における教育強化を合わせた文案が望ましいと思います。

(現状) 未成年は未成年喫煙防止法によって喫煙を禁じられている。しかし、実態は10～20%の喫煙者が存在する。未成年時からの喫煙による健康被害は、著しく大きいため、一部の都道府県では補導件数を数値目標として未成年喫煙防止に取り組んでいる。

(方針、対策) 小・中・高におけるがん教育において、未成年者の喫煙は法律によって禁止されており、補導の対象になることなどを積極的に伝えていく。

4. 放射線治療（議論のための叩き台、17～18ページ）

放射線治療現場の実態に合わせて重要項目を記載してください。

(修正) IMRTの診療体制強化及びそれに伴う医学物理士の養成（62ページの記載では弱い）

5. 希少がん・難治がん対策（議論のための叩き台、25ページ）

1) 希少がん患者のための中核的な役割を担う機関の整備

小児がん拠点と希少がん診療拠点機関についての棲み分けを記載する必要があります。

資料4：議論のためのたたき台への意見

若尾直子

【たばこ対策】

P5 11行目を以下の文章に変える

状況を踏まえつつ、新たにタバコを吸う人を出さないための対策を講ずる。

P7 21行目を以下の文章に変える

及び新たな喫煙者を出さないことを目標とする。

【がん検診】

P10 2～5行目を以下の文章に変える

これらの状況を踏まえ、関連学会等との連携のもと、都道府県はエビデンスに基づくがん検診の推奨を基本としつつ市町村と連携して生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の充実を図り、住民本位の柔軟ながん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取り組みを検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん検診を基本とし実施及び精度管理向上に取り組む。

P11 19～21行目を以下の文章に変える

種において50%とすることを目標とする。受診率に関しては、同一の基準で比較できるよう、数字の根拠を明確にし、出典もとを統一する。なお、目標値については、平成28(2016)年度に実施された「国民生活基礎調査」の結果を踏まえ必要な見直しを行う。

【薬物療法】

P19 27～29行目を以下の文章に変える

新規薬剤に関する情報やバイオマーカー（ゲノム情報）を活用した適切な薬物療法を提供するために、専門的な医師や薬剤師、がん相談支援センター等の連携により、医療機関内で適切な説明を行うための体制整備や人材育成に努める。

P20 21行目を以下の文章に変える

のあり方を検討する。そのためにも高精度バイオマーカーの研究開発を推進していく。

【チーム医療】

P21 24～25行目を以下の文章に変える

1人1人の患者に必要な治療やケアをそれぞれの専門的な立場から議論し、患者が必要とする連携体制を整備する。

【小児がん・AYA世代のがん】

P26 (6) 病理診断のまえに、(6)として「小児がん、AYA世代のがんについて」を入れる。

(具体的な内容は専門科及び事務局に任せる)

(6)の病理診断以降はナンバリングを(7)からに繰り下げる

【病理診断】

P27 4～5行目を以下の文章に変える

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、病理診断のセカンドオピニオン等環境整備を行う。

【緩和ケア】

P34 31～32行目を以下の文章に変える

苦痛を定期的に確認し、患者等とのコミュニケーションの充実を図りつつ迅速に対処するなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を引き続き整備し強化する。

若尾委員提出資料

【就労支援】

P52 3～4行目を以下の文章に変える

国は、3年以内に医療機関向けに企業等との現実的に利用可能な連携のためのマニュアルを作成し、普及を開始する。

【がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項】

P67 8行目を以下のように変える

な施策を講ずる。

P67 25～26行目を以下の文章に変える

みならず、普及啓発や就労支援、地域連携等を積極的に行うことなど信頼関係と連携の強化を記載する必要がある。