

第83回がん対策推進協議会

資料 1 - 2

令和4年10月13日

「がん医療の充実」分野に関して 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	<p>医師不足、担い手不足、地方との格差が懸念されることから、『均てん化』は外せない。一方で拠点病院等の役割分担を踏まえて集約させるのには同意できる。しかしながら、患者さんが物理的な理由で拠点病院にたどり着かないことで新たな治療や治験、勧められるべき医療が受けられないことにつながるかが懸念。乳がんであれば個人クリニックも多いわけだが、（具体的には病院を移動しないとエンハーツが受けられない現状など）医療機関の連携のより一層の整備が必須。がんゲノム医療に関しては、患者の立場としては『たどりつけないこと』が課題。一層推進するのであれば、より簡便に早期から選択ができるようにすべき。このままではたどりついても治療に結び付かないことが多い印象がぬぐいきれず、さらに地域格差も広がるばかり。妊孕性温存に関しては主治医の情報提供とその意思決定のための人材育成と環境の整備が重要。どのくらいの人かどのような選択をして、その結果どうだったのか、という意思決定を助けるための『リアルベースのデータの蓄積』が必要。</p> <p>小児・AYA・希少がんに関しては治療成果含めて中央で結果を共有、その共有をもとに地域を超えた連携をしていくことで個々の体験する『症例』を増やしていくことがより早く治療に結びつく。どの問題にも結びつくが、これらのデータベースとしてデジタル化、ビックデータを活用し、日本全国どこにいてもどういう結果でどうなっているということが共有されるようになることが（個人情報保護の上で）日本人のデータとなり、次の誰かの治療に結びつくのではないかと。</p> <p>高齢者のがんに関しては『エンドポイント』が見えないという話があった。人によってどういった治療をして、どういう道を選ぶかは異なる。認知症や介護の度合いなどによってもその治療の判断は異なる。結局決断するのは患者本人であり、家族である。難しい治療のエビデンスも蓄積しながら、これら意思決定をする人が納得できるような『事実ベース』の統計資料が開示され、だれもが触れられるところにあることが必要。絶対的にデータベース化が必須。在宅の緩和ケアを含む終末期ケアの地域格差が大きい。治療しながら最期の場所を探し、結果、なかなかたどりつけないでいる人もいる。ニーズが増えるであろう適切な『終末期の場所』の整備も一方で大事であると考えます。</p>
大井 賢一	<p>○「がん医療の充実」分野への「緩和ケア」組み込みについて要検討 第81回協議会の際に、山口参考人から「緩和ケア」について、医療者の提供する医療の一環であることから「緩和ケア」を「がん医療の充実」分野に組み込むべきではないかとの発言があったと記憶するが、シームレスながん医療、また緩和ケアにおける骨転移に対する放射線照射等を考えると、一体化した検討を求める。</p> <p>○「高齢者のがん対策」に関し前立腺がん患者の増加を踏まえ核医学診療について要検討 第3期において「核医学」が明記されたが、今後の高齢化と相まった前立腺がん患者の増加を踏まえ、介護の問題等も視野に入れて、後遺症の少ない治療選択、骨転移のある去勢抵抗性前立腺がんに対する塩化ラジウム223の適用においても、作用機序からして骨転移当初からの利用は可能。また国民皆保険制度の維持を前提とするならば、長期ホルモン療法による薬剤費増大との兼ね合いをみて、核医学診療の積極的導入の検討を求める。</p> <p>(続く)</p>

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
大井 賢一	<p>(続き)</p> <p>○「がん医療に関する正しい情報」について要検討 憲法第13条に規定されている幸福追求権から導かれる患者の自己決定権において、2002年の最高裁判決で患者家族へのがん告知は「医師の義務」とされ、2006年にがん対策基本法が成立、2007年の第5次医療法改正において第1条の4として「インフォームド・コンセント条項」が加わった。今日の情報社会において薬機法第66～68条に規定される広告規制により、がんは特に患者が得られる情報が制限されている。米国では1971年にNational Cancer Actが成立、1972年のCanterbury事件判決で前立腺がんの代替治療の説明における説明範囲に関し、1960年のNatanson事件判決の「合理的医師基準」から変更し「合理的患者基準」を採用、1990年に「患者自己決定権法 (Patient Self-Determination Act)」が成立。「がん医療に関する正しい情報」を提供するために情報社会に適合させる視点での検討を求める。</p> <p>○小児がん患者の「長期フォローアップ」について要検討 小児がん患者が将来、就職や民間保険の加入において不利益が生じないように、また国民皆保険の負担軽減のために、大賀委員の発言にあったように、期間を定めて「治癒」とする、定めた期間を超えて再発や転移した場合は新たに患者として治療を開始する新たな仕組みの検討を求める。</p> <p>○小児がん領域における「ドラッグラグ」解消について要検討 米国では2017年に「小児のための治療法および公平化促進のための研究法 (Research to Accelerate Cure and Equity (RACE) for Children Act)」が制定され、がん治療薬を開発する企業に対し小児用の薬の開発を義務付けている。小児における薬剤開発には成人と異なる障壁があり、将来において日本を支える人材の生命を守る視点から米国のような取り組みを参考に検討を求める。</p> <p>○「妊孕性温存療法」等についてライフステージ全体で要検討 小児がん治療においても親権者による代諾のもと治療が行われ、将来の妊孕性に関わることは予想される。ライフステージ全体での検討を求める。また憲法第26条に教育を受ける権利が規定されている。小児がん患者はもちろん他の疾患や障がい者も同様で、子ども家庭庁での議論かもしれないが「子ども」という枠組みでの検討ないし記載を求める。それとは別に診療体制において「小児がん」の継続的な検討を行う部会等の設置を求める。</p>

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
木澤 義之	<ul style="list-style-type: none"> ○本内容に、がん患者の終末期医療についての記載がないことについて大変残念に感じています。治療中から、及び早期からの緩和ケアの充実と同時に、終末期ケアについて（特に人生の最終段階の意思決定や、緩和ケア病棟や在宅医療に関することを含めて）記載することが望ましいのではないかと考えます。 ○同様に、地域包括ケアの視点に立って、地域包括ケアとがん医療がどのように連携、協働していくかについても記載が必要ではないかと考えました。 ○P6,リハビリテーションについて：外来でのリハビリテーションや緩和ケア病棟を始め、緩和ケア期のリハビリテーションは患者のQOL向上に大きく資するものであり、特に重点的に扱っていただければと思います。（外来では保険算定できず、緩和ケア病棟も包括内のため実施できない施設が多いです） ○P10 AYA世代のがん対策についてですが、特に小児慢性特定疾病医療費助成制度が切れる18歳以上で、かつ介護保険サービスの適応にならない40歳未満までの年齢の方々は、制度のはざまに入っているため支援が届きにくい状況が続いています。自治体の中には独自で支援が届けられるところもありますが、その均てん化のために、好事例の横展開を含めて国としての制度整備が必要と考えますがいかがでしょうか。
谷口 栄作	<ul style="list-style-type: none"> ○がん治療により定期予防接種で獲得した免疫機能が失われた小児・AYA世代の患者に対し、現在自己負担となっている予防接種の再接種費用を保険適用にする等の支援ができないか。 ○希少がん及び難治性がんについて、患者が中央機関へアクセスできるよう、都道府県や地域でのネットワーク構築・参画を指定要件にしてはどうか。 （例：地域がん診療連携拠点病院は地域の一般の病院・診療所とネットワーク構築、都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県内の地域がん診療連携拠点病院等とネットワーク構築） ○人材育成だけでなく、適正配置も重要。医師の配置については、都道府県がん診療連携拠点病院（大学病院が多いのではない）が、県内の拠点病院体制をサポートするような役割を担えないか。 ○高齢者のがん対策に関連して、意思決定が難しい障がい者（精神障がい者を含む）の意思決定支援、治療継続支援などの課題についても議論が必要ではないか。
土岐 祐一郎	<ul style="list-style-type: none"> ○P4：医療圏ごとの格差を明らかにする必要があると感じる。その結果により、均てん化には限界があることを認識し、一部の医療については集約化+連携化に進むべきであろう。何を均てん化し何を集約化するかを検討する必要がある。 ○P5：ドラッグラグを埋め、患者の治療選択を増やすために、手続の簡略化などにより、患者申出療養や評価療養を一層促進すべきではないか？ ○P6：薬剤の副作用や手術の合併症、後遺症について、患者への情報提供がまだ不十分であると感じる。患者が諦めている、もしくは副作用と認識していない場合も多いのではないか？ ○P9：難治がん、希少がん、小児がんについては、遺伝子パネル検査などがンゲノム医療を治療初期から取り入れるべきである。 ○P11：高齢がん患者については、介護支援の認定のように、がんと診断される前から高齢者機能評価を行い、治療方針決定の参考とする。

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
中釜 齊	<ul style="list-style-type: none"> ○ がんゲノム、小児、希少がんなど各種拠点病院との連携ができるように、都道府県拠点病院が地域における相談窓口となり、各都道府県のがん診療連携協議会において各地域における連携体制を確認しておくこととしてはどうか。 <ul style="list-style-type: none"> ・希少がんについては診断・治療の質を確保するため、希少がん中央機関等は病理診断に限定せず、診療・情報提供、治療開発などを含め、集約化と連携を進めていく必要があるのではないか。 ・小児がん領域における「ドラッグラグ」解消に向けて、米国における「優先審査バウチャー」などの海外の取り組みを参考にし、国内企業も積極的に小児がんの薬剤開発を行えるような具体的な推進方策を打ち出す必要があるのではないか。 ・小児がん治療薬を含む特に希少ながん種に対する薬剤開発において、欧米で一定の安全性と有効性情報が得られている薬剤などについては、「施設限定の条件付き承認」などによる限定的な承認を行い、これらの施設において安全性情報・有効性情報を収集しながら使用し、正式な承認へと進めるなどの制度を検討しても良いのではないか。 ・診療ガイドラインの普及・実装を促進するため、関連学会等の協力を得て、標準的治療の実施割合（QI研究）や実装科学研究などを発展させていくべきではないか。 ・地域医療構想の実現に向けた制度改革が進む中、がん診療連携拠点病院のあり方や地域の医療機関との連携についても、それぞれの地域の実情を踏まえた検討を進める必要があるのではないか。
樋口 麻衣子	<ul style="list-style-type: none"> ○新型コロナウイルスの拡大時に緩和ケア病棟が閉鎖され利用できない地域、それに伴い在宅看取りが増えたために往診の受け入れが難しくなった地域があった。患者が望む場所で看取りを行えない事態も生じたため、感染症や災害などの有事の際に必要ながん診療を提供できるように都道府県の中での役割を決め、少しでも患者への影響が少なくなるよう連携体制を整備することを今のうちから進めていただきたい。 ○医療機関の中でも科学的根拠に乏しい治療法や支持療法を行っている実態があり、院内の倫理審査を通過している場合もある。医療者の中でも科学的根拠や倫理的な妥当性に関する知識は十分とは言えず、判断出来るとも限らない。まずは医療者が知る機会を持ち情報提供や普及啓発に繋げる必要がある。また、そのような情報を提供している媒体やサイトに関して幅広く患者の目に触れることができるため、適切に規制していく環境が必要と考える。 ○リハビリテーションの推進は引き続き必要と考えるが、現在外来でのリハビリテーションに関して診療報酬上の加算が得られないことで体制の整備が進んでいない。がん治療は手術直前まで外来で診療され、手術後は早期に退院する。また、化学療法は外来で行われることも多く、外来で体力低下やケモブレインなどの症状が起きていることも多い。治療を少しでも安全に長く遂行し、治療しながら社会生活に支障がないように支援するために、外来でのリハビリテーションの体制確保について検討していただきたい。 ○高齢者のがん医療について、現在は高齢者機能評価後に治療をどのようにマネジメントしていけばよいのか指針がなく、治療は治療医の個々の判断で行なわれていることが多いが、その結果どのような経過を辿っているのか現状が把握できていない。実態を把握し、高齢者のがん医療に関して治療効果とQOLへの影響、意思決定支援を含めたガイドラインの策定と臨床での応用が必要と考える。 <p>(続く)</p>

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
樋口 麻衣子	<p>(続き)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長期生存が可能となり、小児がん・AYA世代のがんにおいて晩期合併症や二次がんのリスクが明らかとなってきたが、経験者の中でもどのように経過を追えば良いのか情報が伝わっていない。罹患後十数年経てから発症することもあり、病院だけではなくかかりつけ医との連携も重要になってくるが、どの場所なら対応が可能なのか各地域で整理されていない状態である。診療の体制を整えた上で各都道府県の中で対応可能な病院や医院を選定し、繋ぐことが出来る窓口を設定して頂きたい。 ○第3期の計画の中では難治性がんの定義が無く評価指標が設定できていなかった。疾患により、または疾患の中でもサブタイプにより難治性の場合もある。対策を講じるためにも定義を設定し確かな診断のためにAI等も利用しその診断の精度を上げる、その疾患や遺伝子、病理などにターゲットをしばって治療開発につなげるなど、重点的な取り組みを計画していただきたい。 ○希少がんや小児がんなどにおいて、地域の病院ではいまだに情報が届かず、専門で関わる人が少ないために適正な治療や治験に繋がっていない患者もいる。中央や拠点の専門家の目が入るような仕組み、どの地域にいてもオンラインでセカンドオピニオンができる体制、ここに相談すれば必要な情報に繋がるように采配してもらえるというような窓口を整備して頂きたい。 ○小児がんにおいては、海外と比較しドラッグラグが生じている現状がある。小児がんは希少がんが多くゲノム医療も関わってくるが、候補薬があっても保険診療下で使用できず、小児用量が決まっていないため患者申出療養制度の使用ができない。現在日本の臨床試験が圧倒的に少なくなっているが、患者数の少ない小児がんにおいて企業で開発することは難しいことも多く、打開するには医師主導の治験が必要となる。治験を実施するための環境整備(予算、インセンティブの検討など)に国をあげた支援を検討して頂きたい。
前田 留里	<ul style="list-style-type: none"> ○チーム医療についての情報が早期から患者に届くよう、連携のさらなる強化と、セカンドオピニオンや妊孕性、両立支援など初診時に医療者から相談員につながるよう情報提供を望みます。 ○支持療法のさらなる充実に向けて、目に見えにくい副作用（倦怠感、認知機能障害、リンパ浮腫等）の実態把握も進め、ケアに繋げる施策を検討していただきたい。また、がんの治療成績の向上に伴う寿命の改善で、一部ではがんの再発よりも心血管疾患をはじめとするその他の病気により死亡することが問題となっているため、腫瘍循環器という新しい診療分野についても連携や推進をしていただきたい。 ○リハビリテーション研修修了者が実践に繋がる体制を整備し、若年者は早期の社会復帰に向けて、高齢者は体力の低下を防ぐため、どの患者も早期から受けられるように。 <p>(続く)</p>

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
前田 留里	<p>(続き)</p> <p>○希少がんについては地域の診療実態調査を行い、希少がんセンターへの情報の集約化と地域を結ぶネットワークの構築を、難治がんについては必要な評価指標を検討し、生存率アップに向けた対策（好事例の検証やAIの普及等）を検討いただきたい。また治療法の少ない希少がん、難治がんの患者には、初回治療から遺伝子パネル検査が保険で受けられるよう検討を。</p> <p>○小児、AYA世代のがんについても地域の診療実態調査を行い、情報の集約化やネットワークの構築で治療成績の更なる向上とドラッグラグの問題に取り組み、長期フォローアップのためのサバイバーシップケアプランの作成の検討を。また就学については学校ごと（校長の判断）で配慮が違い、転校や退学を余儀なくされる場合もあり、治療により元の居場所が失われるという二重の苦しみとならないよう、省をまたいでの支援や配慮を検討いただきたい。AYA世代については、在宅療養支援制度を全国に広めるための施策を。</p>
松田 一夫	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診療提供体制について <ul style="list-style-type: none"> ・均てん化に加えて、集約化も重要と思う。 ・ただし地理的格差、経済格差によって適切ながん医療が受けられない状況をなくす努力が必要である。 2. 各治療法の充実について <p>現在の日本のがん診療体制に問題がないかどうか、諸外国との対比を含めて検討が必要である。</p> 3. 希少がん・小児がん・AYA世代のがん対策について <p>症例数は多くなくとも、極めて重要な課題であることを今まで以上に認識すべきである。</p> 4. 難治性がんについて <p>膀胱癌を始めとする難治性がん対策は極めて重要。</p> <p>ただし、いつまでも難治性がんと呼ばれないようにするため、診断・治療法の開発が急務である。</p> 5. 高齢者のがんについて <ul style="list-style-type: none"> ・高齢になると、がんの罹患が多くなる半面、基礎疾患や合併症の併発によって適切な治療ができないことも少なくない。 ・現行の5つのがん検診では、「積極的に受診勧奨すべき年齢」を69歳以下とした。決して70歳以上の元気な高齢者の受診機会を奪うものではないが、とりわけ80歳以上の高齢者に受診勧奨する際には、要精検となったら精検が可能か、がんと診断されたら治療可能かどうかを十分に吟味する必要がある。 ・高齢者の身体状況を十分に考慮せずにやみくもに受診勧奨することは、厳に慎まなければならない。

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名

谷島 雄一郎

事前意見

【希少がん・難治性がん対策】

○診療実態の正確な把握と情報の公開

各医療機関における希少がんのがん種ごとの診療実態を把握し、患者が容易にアクセスできる情報として整備、公開を進めていただきたい。患者が医療機関の選択の参考にすることで、患者側の動きとしても、おのずと集約化が生まれる状況をつくっていくことが必要である。（現状では、希少がんに関しての詳細ながんの種類別の治療実績は、一部のがん種で一部の医療機関のものしかわからない）

○専門家と治療内容に関する情報の整理と可視化

そのがん種の専門家がどこにいて、どんな治療が受けられるのかが、誰にでもわかるようにしていただきたい。また希少がんにおいては、医療機関の実績以上に、そのがん種の専門家である個人の医師が拠り所となっている場合が多い。よって、がん種ごとの専門家の情報を、患者が容易にアクセスでき、十分な専門性、経験のある医師につながれる形で整備することが必要ではないか。それが主治医の異動時の対応や、医療機関同士のシームレスな連携にもつながると考える。

○オンラインの活用やアプリケーションの開発等、DXの推進

治療方針や病理診断のセカンドオピニオン等でオンラインを有効活用することで、患者は住む地域や体調によらず、専門家及び専門性の高い医療機関へのアクセスが容易となり、地域間及び医療機関間における差の是正につながると考える。

○遺伝子パネル検査の保険適用による検査タイミング、回数の最適化

治療法が乏しく予後が不良とされる、希少がん及び難治性がんにおいては、標準治療終了（見込み含む）を待たない、初期段階からの遺伝子パネル検査実施をお願いしたい。治療終了見込みになってからの検査では手遅れになる。また、新たな病変に変異が考えられる場合や、パネル検査ごとの特性を鑑み、複数回の検査における保険適用を検討し、治験をはじめ、できるだけ多くの治療機会とつながれる状況をつくっていただきたい。

○情報公開、拠点整備、DXが有機的に機能するネットワーク形成と患者サポートの充実

情報が公開されても、それがどう意味を持ち、自身はどう動くべきか、突然がん罹患を告げられ、混乱の中にいる患者は判断が難しい。またオンラインセカンドオピニオン等、新たな取り組みが行われていても、診断を受け間もない患者が自発的に利用するにはハードルが高い。正確な情報をもとに伴走してくれる存在が必要である。がん相談支援センター、希少がんセンター、中央、地域が役割分担し、患者を適切にサポートする体制の構築をお願いしたい。

（続く）

資料 1 - 2 「がん医療の充実」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	<p>(続き)</p> <p>【小児がん・AYA世代のがん対策】</p> <p>○長期フォローアップのための新たな仕組みの検討</p> <p>小児がん・AYA世代のがん経験者は、時間の経過とともに病院から離れていき、気になることがあってもどこに相談していいか悩む場合が多い。従来のような医療機関を通じた小児がん拠点病院の長期フォローアップ外来の紹介だけでなく、SNSやアプリ等を利用した、若者がアクセスしやすい仕組みの検討が必要ではないか。</p>