

がん対策加速化プラン策定に向けた委員からの意見書まとめ

川本委員提出資料・・・P1

桜井委員提出資料・・・P2 ～

勢井委員提出資料・・・P19 ～

中川委員提出資料・・・P22

難波委員提出資料・・・P23 ～

西山委員提出資料・・・P25 ～

堀田委員提出資料・・・P27 ～

松村委員提出資料・・・P33 ～

馬上委員提出資料・・・P35 ～

山口委員提出資料・・・P37 ～

若尾委員提出資料・・・P45 ～

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 15 日

厚生労働大臣 塩崎恭久様

厚生労働省がん対策推進協議会長 門田守人様

一般社団法人全国がん患者団体連合会

理事長 天野 慎介

「がん対策加速化プラン」に関する要望書

平成 27 年 6 月 1 日に開催された厚生労働省「がんサミット」において、安倍晋三内閣総理大臣からの指示に基づき「がん対策加速化プラン」が策定されることが示され、塩崎恭久厚生労働大臣より同プランにおける「予防（予防の強化）」「治療・研究（難治性がん等の研究）」「共生（地域医療）」の 3 本の柱が示されました。

6 月 19 日に公開された国のがん対策推進基本計画に対する中間評価報告書では、基本計画に示された全体目標「75 歳未満年齢調整死亡率の 20%減少」の達成が難しいとの予測が出ており、同プランの策定にあたっては、基本計画の推進に資する検証と改善が求められるとともに、次期基本計画や今後のがん対策を見据えた取り組みが求められています。

全国がん患者団体連合会では加盟団体からの意見を取りまとめ、「避けられるがんを防ぐこと」「救える命を救うこと」そして「がんになっても安心して暮らせる社会となること」を求め、患者や家族の立場から以下の要望を提出いたします。

記

（がん対策加速化プランにおける「予防」について）**1. 従来より行われてきたがん検診受診率向上のための施策について、その効果について検証と改善を行うとともに、必要に応じて大きな転換を図ること**

がん検診受診率は上昇傾向にあるものの、未だ低い数値にとどまっています。検診の啓発にとどまらず、自治体での検診クーポン発行やいわゆるコール・リコールについて、受診対象者の視点に基づいた検証と改善を行うとともに、職域やかかりつけ医での受診勧奨、検診受診者への公的医療保険におけるインセンティブの付与などを検討してください。

2. がん検診の推進にあたって、科学的根拠に基づいた対策を実施するとともに、国はその実施について自治体に対して責任をもって指導を行うこと

がん検診受診のための指針に基づかないがん検診が、一部自治体で行われています。利益（死亡率減少効果）と不利益に関して科学的根拠に基づいた検討を継続して行い、胃内視鏡検査など利益が認められる検診は対策型検診に含めるとともに、検診精度の向上や利益が不十分と考えられる検診の中止については、国が責任をもって指導を行ってください。

3. がん予防の推進にあたって、科学的根拠に基づいた対策を実施するとともに、喫煙率の減少など根拠が明らかな対策については、国が責任をもって対策を実施すること

喫煙や受動喫煙は、がんを含む様々な疾病の原因や発症リスクです。基本計画や「たばこ規制枠組条約」にある一連のたばこ対策を、国と自治体は責任をもって実施してください。また、利益と不利益に関する科学的根拠に基づき、感染に起因するがんの対策、遺伝性・家族性腫瘍や特定の遺伝子変異陽性者への発症予防と社会的支援を行ってください。

(がん対策加速化プランにおける「治療・研究」について)

4. がん登録やその他のデータベースを活用して、科学的根拠に基づいた標準治療や支持療法の実施割合を高めるとともに、がん医療に関する情報公開と可視化を進めること

中間評価報告書では、主要ながんでも標準治療や支持療法の実施割合が高くありません。がん登録や QI（臨床指標）など国、学会等が有するデータを活用し、国と学会等は共同して標準的治療の実施割合を高める施策を行うとともに、地域や医療機関における患者数や治療成績などを明らかにし、医療の向上と患者が必要とする情報の公開を進めてください。

5. 身体的・精神的な痛みを軽減するための緩和ケアや支持療法を、全てのがん患者が受けられるようにするとともに、患者の意思決定を支えるサポートを充実させること

中間評価報告書では、4 割の患者が苦痛やつらさを適切に緩和されていません。苦痛のスクリーニング、精神的・全人的な痛みに対応する専門職やピアサポーターの配置、がん治療や緩和ケアに関わる学会間の連携を進めてください。また、セカンドオピニオンの体制整備、高齢者や認知症、看取り期の意思決定支援、グリーフケアを進めてください。

6. 小児がん、希少がん、難治がんを中心に、診療体制の構築と革新的な医薬品等の開発を推進するとともに、がん研究を推進するための基盤整備と患者参画を進めること

小児がん対策の中央機関や拠点病院と同様に、希少がんや難治がんも中央機関と診療ネットワークを構築してください。また、がん研究予算の重点的な確保、小児・希少・難治がんの医薬品開発や早期承認へのインセンティブの付与、病理医や CRC（臨床研究コーディネーター）等の人材育成、がん研究や臨床試験の情報公開と患者参画を進めてください。

(がん対策加速化プランにおける「共生」について)

7. 拠点病院を含む入院医療機関は、地域のかかりつけ医や在宅緩和ケアを提供できる診療所との連携を促進し、患者と家族の立場にたった情報提供と相談支援を行うこと

拠点病院から地域の医療機関、かかりつけ医や在宅医療への連携、クリティカルパスの整備が不十分であり、地域の医療体制にも格差があることから、患者はしばしば不本意な転院や療養を強いられています。患者を含む地域の関係者が顔の見える形で協議する場を設け、マップの公開等の情報提供、患者や家族と共に考える相談体制を整備してください。

8. がん患者の生活を支える諸制度について、患者と家族への情報提供や利用支援を行うとともに、患者と家族が利用しやすい制度変更を検討すること

がん患者の生活を支える諸制度があるにもかかわらず、多くの患者や家族がその存在を知らず、申請にも時間と負担を強いられています。患者と家族への情報提供と、医療機関やその他相談窓口等での支援を行うとともに、障害年金や介護保険のがん患者への迅速承認、傷病手当金の分割取得化、障害者手帳の症状に応じた適応拡大を検討してください。

9. 2人に1人ががんに罹患する日本において、「がんになっても安心して暮らせる社会」を構築するために、社会全体が関わる形でがん対策を推進すること

がん対策は社会のマルチステークホルダーの関与が必要です。患者体験調査の継続的な実施と公開、医療者と患者、教育や企業関係者が協働する学校や職場でのがん教育、医療機関や行政だけでなく企業や経済団体も関わる就労支援、企業や社会から支援を募るがん対策基金の創設などの諸施策を通じ、国民全体を巻き込んだがん対策を推進してください。

以上

「がん対策加速化プラン」に関する要望書

賛同団体一覧（一般社団法人全国がん患者団体連合会加盟団体）（団体名 50 音順）

特定非営利活動法人 AWA がん対策募金	理事長	勢井 啓介
一般社団法人 CSR プロジェクト	代表理事	桜井 なおみ
特定非営利活動法人 HOPE プロジェクト	理事長	桜井 なおみ
特定非営利活動法人 いきいき和歌山がんサポート	理事長	谷野 裕一
特定非営利活動法人 愛媛がんサポートおれんじの会	理事長	松本 陽子
神奈川県立がんセンター患者会「コスモス」	代表	緒方 真子
特定非営利活動法人 がんサポートかごしま	理事長	三好 綾
がん体験者の会とまへれ	代表	佐々木 佐久子
特定非営利活動法人 がんと共に生きる会	理事長	佐藤 愛子
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
がんを考える「ひいらぎの会」	代表世話人	鈴木 牧子
特定非営利活動法人 希望の会	理事長	森 哲也
特定非営利活動法人 キャンサーサポート	代表理事	宮部 治恵
一般社団法人 グループ・ネクサス・ジャパン	理事長	天野 慎介
一般社団法人 高知がん患者支援推進協議会	理事長	安岡 佑莉子
特定非営利活動法人 支えあう会「α」	理事長	五十嵐 昭子
特定非営利活動法人 周南いのちを考える会	代表	前川 育
精巣腫瘍患者友の会 J-TAG	共同代表	改發 厚・古谷 浩
奈良がんピアサポートなぎの会	会長	松浦 博子
奈良県のホスピスとがん医療をすすめる会	会長	浦嶋 偉晃
特定非営利活動法人 乳がん患者友の会きらら	理事長	中川 けい
特定非営利活動法人 ねむの樹	理事長	金井 弘子
特定非営利活動法人 パンキャンジャパン	理事長	眞島 喜幸
特定非営利活動法人 ブーゲンビリア	理事長	内田 絵子
特定非営利活動法人 ミーネット	理事長	花井 美紀
ゆうかぎの会（離島におけるがん患者支援を考える会）	会長	真栄里 隆代

（2015 年 9 月 15 日現在）

（※）一般社団法人全国がん患者団体連合会は、がん医療の向上と、がんになっても安心して暮らせる社会の構築に寄与することを目的とする、がん患者団体の連合体組織です。

平成27年9月17日

がん対策推進協議会会長 門田守人先生

厚生労働省健康局長 新村和哉様

厚生労働省健康局がん対策・健康増進課長 正林督章様

一般社団法人全国がん患者団体連合会 理事長 天野慎介様

がん対策推進協議会 患者委員

(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

1. がん予防

1) 遺伝子変異陽性者とその血縁者、家族歴の濃い家系における希望者への遺伝子検査、並びに、予防的治療(手術療法・薬物療法)に対する保険適用を要望します。

① 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

② 遺伝子変異陽性者に対する先手医療(手術・薬物療法)に対する公的保険適用

2) 遺伝子変異陽性患者とその血縁者が、診断による社会的不利益の回避や心理的不安の軽減を目的とした、患者・関係者の救援策を要望します。

① 遺伝情報保護や雇用差別の禁止を目的とした法整備(例:米国におけるGINA法)

② 民間保険加入を保障する消費者協定の締結(例:英国における Insurance Genetics Moratorium extended 協定)

③ 遺伝子カウンセラー養成、もしくは、看護師・薬剤師への遺伝カウンセリング研修の推進

3) 正確ながん検診受診率の把握、並びに、ニーズ調査、受診者に対するインセンティブ付与などの試行的実施を要望します。

・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」、並びに、ニーズ調査を実施し、科学的根拠に基づいた予防対策の検討を要望します。

・健診受診者に対する保険料(公・民)の軽減など、受診に対するインセンティブ付与について試行的に実施することを要望します。

2. 治療研究の推進

1) Global Alliance for Genomics and Health (GA4GH)、BRCA プロジェクトへの研究参加による Precision Medicine 研究(ゲノム治療・予防対策)の推進

- ・遺伝情報の収集、発症メカニズムの解明に基づく生活習慣指導、個別化検診、個別化治療の推進に向けた国際的ネットワークへの参加、情報収集と集約化、予算確保などの対策を講じることを要望します。

2) 科学的根拠に基づいた有効性と安全性が示された治療薬に対する薬事承認と保険適用

- ・いわゆるドラッグラグの解消は患者、家族の希望であり、願いです。地域、収入、知識などの「差」による「アクセス性」を基とした「いのちの差」が生じることのないよう、保険診療に基づく治療薬の早期承認を要望します。

3) Cancer Drug Fund(がん研究基金)の創設

- ・来年度からの患者申出療養制度の施行にあたり、申し出に至るまでの相談支援体制の整備、並びに、制度参加者に対する治療費の一部補助、CU 制度導入を目的とした Cancer Drug Fund の創設を要望します。
- ・基金の設立により、未承認薬、適応外薬のスムーズな保険収載への道づくりと、収入や罹患部位、居住地、情報などのアクセス性の違いによる医療格差が生じることのないよう対策を講じることを要望します。

4) メディカルエリアによる日本発創薬の実現促進

- ・①フェーズⅠ～Ⅱ専用施設、トランスレーショナル・リサーチ・センター、データベースセンター、小児がんセンターなどの研究施設、②緩和ケア病棟、③患者・家族向けの宿泊施設、④水際などを活用したヒーリングガーデン、⑤ベンチャー企業向けインキュベーション・オフィス棟、などが結集したジャパン・メディカル・エリア(候補例:築地市場跡地)を創出し、人材、研究、データの集約化による研究推進を要望します。
- ・国内に複数ある臨床研究グループで実施される類似の研究に対しては、AMED(国立研究開発法人日本医療研究開発機構)が研究コーディネイト、データの集約化などを支援し、日本の臨床研究をよりいっそう促進させることを要望します。
- ・有望な創薬シーズのパテント購入の推進などにより、国内創薬の推進を要望します。

5) AMED内への Patient Relation 部門の設置

- ・臨床試験の重要性や育薬に対する社会的認知を患者の手によって広めることを目的とした Patient Relation 部門をAMED内に設置、科学的根拠に基づいた臨床研究の推進、啓発を患者目線で提言できるリサーチ・アドボケートの養成を要望します。

6) 国際的な人材交流・病理医など人材育成の推進

- ・現状不足している病理医、腫瘍内科医、放射線医、医学統計家など専門医の育成、国際的な人材交流の推進による人材育成を要望します。

3. がんと共生

1) 治療と就労の調和を可能にする社会保障制度改革の検討

- ・治療や体調にあわせた柔軟な働き方ができるよう、傷病手当金制度の分割取得化について制度変更することを要望します(例: 累積で1年6か月分を5年間に分割取得が可能)。
- ・患者、家族が安心して寄り添うことができるよう、介護保険認定の迅速承認を要望します。
- ・後遺症や体力の低下を伴う「不可逆的な症状を有する患者」への障害者手帳の適用拡大を行い、働く意欲を応援する社会福祉制度の改変を要望します。

2) 相談支援センターにおけるサバイバーシップ・ケアの視点付加(含む、家族外来・遺族外来)

- ・問診調査時点より、就労を含めた患者の生活様式の収集を行い、これに応じた治療説明や服薬指導、アピアランス支援、就労・経済支援を行う他、妊孕性やセクシャリティ、遺伝、体重管理など、小児がん、AYA世代を含めたがん経験者の「罹患後の新しい生活習慣の再構築(社会的治療)」に向けた相談支援体制の強化を要望します。
- ・相談支援センターなどでの、家族、遺族ケアの実施についても積極的に取り組むことができる体制整備を要望します。
- ・多くのがん患者が拠点病院への来院以前にがん診断(がん告知)を受けている現状を鑑み、一般病院における PEACE プログラムや就労支援(離職予防)研修の実施を要望します。

3) 大人へのがん教育の推進による「がんスティグマ」の払拭

- ・内閣府における「がん対策に関する世論調査(平成 25 年 1 月)」では「国民の約 7 割が、がん治療と仕事の両立は困難」と言う結果となっている現状を鑑み、がんスティグマを払拭すべく、職場や地域における「大人のがん教育」を推進することを要望します。

4) World Cancer Survivors Day などと連携した統一行動日の設定

- ・個別部位単位での啓発ではなく、全部位を対象とした、がん予防やがん研究の推進、がん経験者の社会的課題の啓発を目的とした統一行動日を設定(例: World Cancer Survivors Day への参加など)、国民の「がん」に対する意識高揚を厚生労働省健康局が中心となって進めることを要望します。

5) 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

- ・患者満足度調査で調査困難となった項目について、引き続き調査実施に向けた検討、予算確保などの措置を講じる同時に、患者の声を活かした調査として継続実施を行うことを要望します。

以上

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

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頂きしますので、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、「Genentech 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。

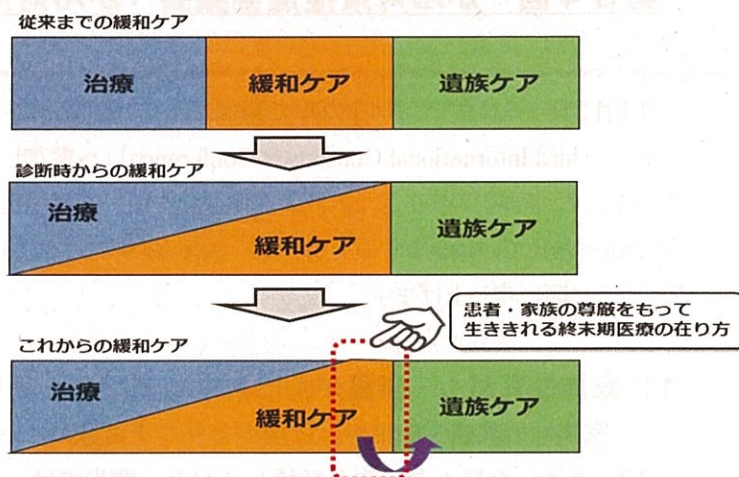
2. 終末期医療（エンド・オブ・ライフケア）のあり方検討会の発足（別紙2参照）

「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の大きさ）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（二重被保険者）、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顧慮願いたい。



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、就労コーディネイ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、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

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～

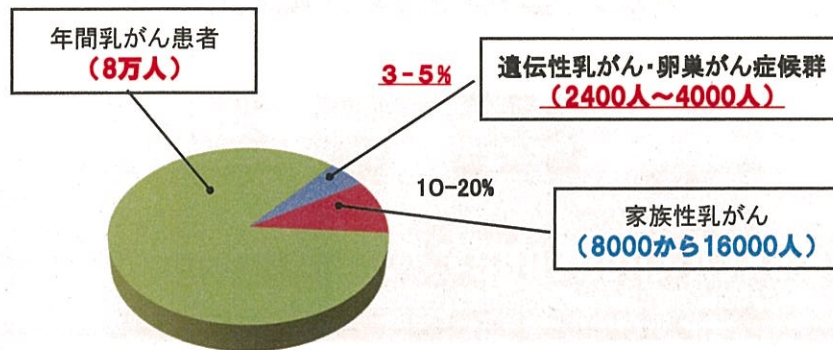


遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の特徴

- ・ 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。

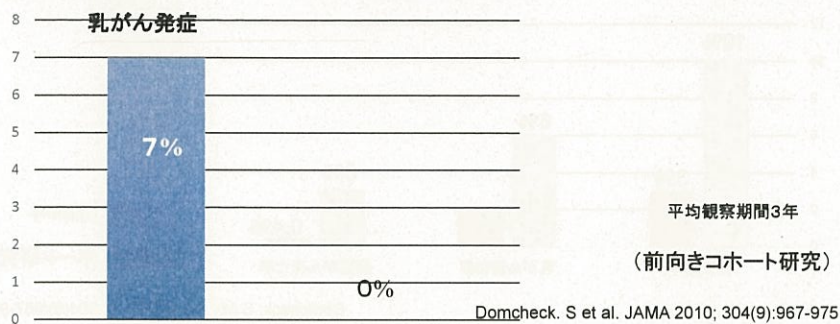
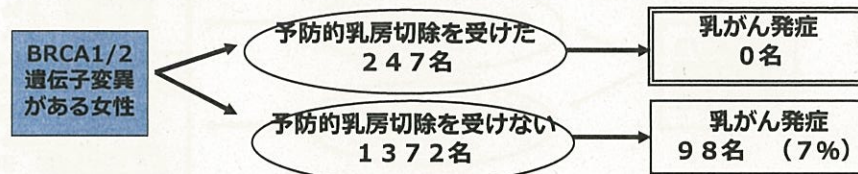


遺伝性乳がん、卵巣がんに対する欧米と日本の差

	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	・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	・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		

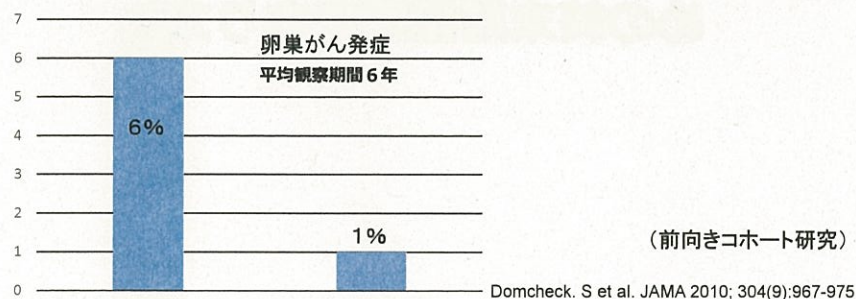
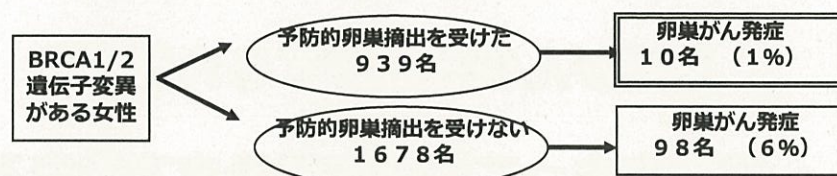
予防的乳房切除術 BRCA1 & BRCA2

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



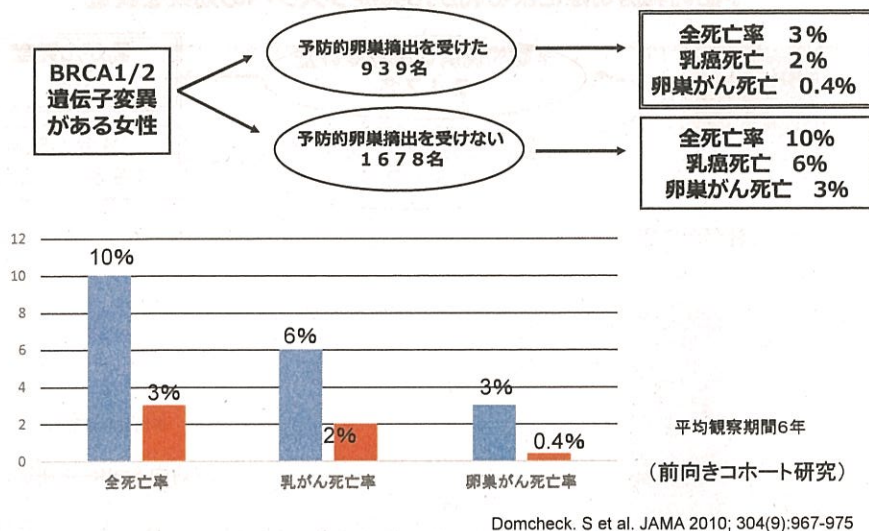
予防的卵巣卵管摘出術 BRCA1 & BRCA2

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



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～

事務連絡
平成22年4月30日

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等です。

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等です。

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対しては、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回を限度）
- ・退院・退所加算：100単位/月（入院期間が20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
- ・退院時共同加算 300点（入院中1回）
- ・急性期前後等退院調整加算 140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日老老第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周知について

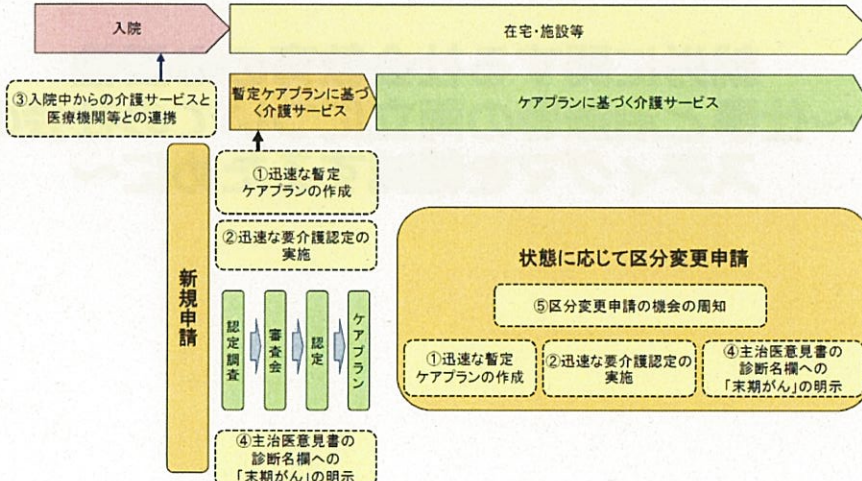
末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。

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。

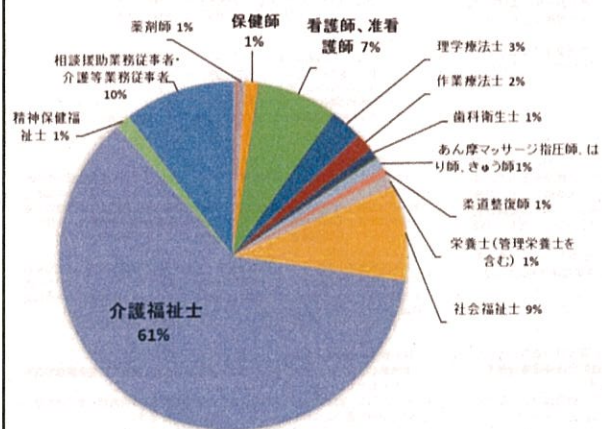
末期がん等の方への要介護認定等における対応について

- 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ります。
- 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周知等を行い、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。

末期がん等の方への要介護認定等（イメージ）



第17回ケアマネ試験 職種別合格者数と構成比率



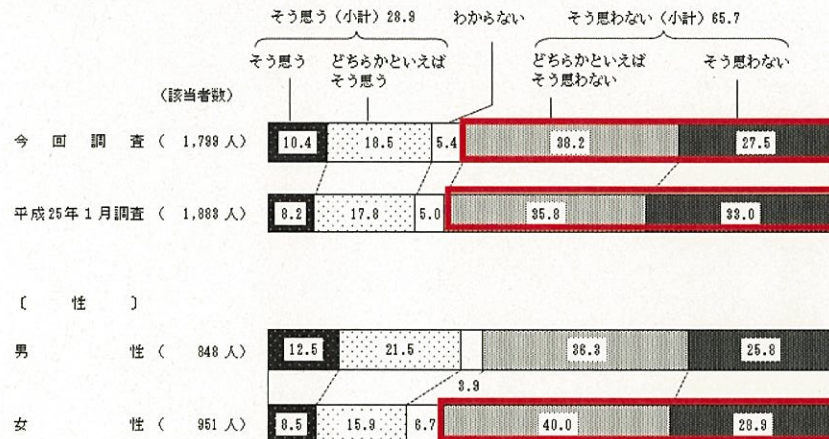
職 種	人 数	構成比率
医師	96	0.30%
歯科医師	68	0.20%
薬剤師	272	0.80%
保健師	462	1.40%
助産師	31	0.10%
看護師、准看護師	2,798	8.30%
理学療法士	1,156	3.40%
作業療法士	620	1.80%
視能訓練士	6	0.00%
義肢装具士	5	0.00%
歯科衛生士	289	0.90%
言語聴覚士	83	0.20%
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師	421	1.30%
柔道整復師	251	0.70%
栄養士(管理栄養士を含む)	483	1.40%
社会福祉士	3,292	9.80%
介護福祉士	23,164	69.10%
相談援助業務従事者・介護等業務従事者	526	1.60%
	3,871	11.50%

別紙3・桜井提出

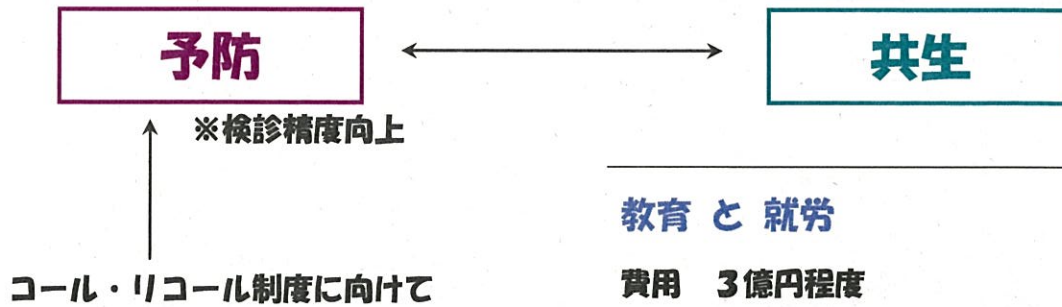
就労に関する社会教育の必要性
～仕事と治療等の両立についての社会の
スティグマを軽減するために～

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。



他人事から自分事へ ～心に響くメッセージを文字と言葉で～



がん検診
の通知

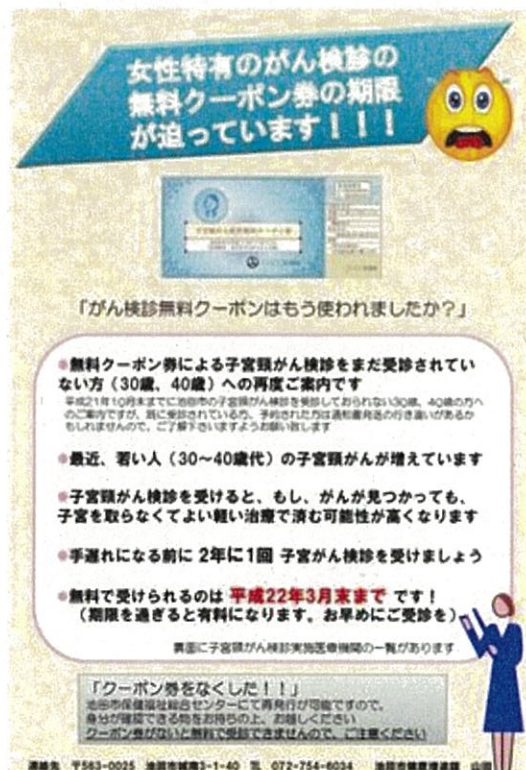
個人宛てにがん検診通知が
自治体から届く。

通常はここまで（コール）

再受診の通知（リコール）

費用 3.2億円程度

受診を推奨する再通知（はがき）



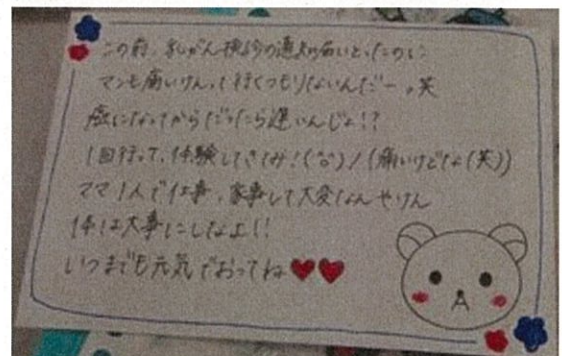
（大阪府池田市の例）

自ら進んで受診する後押し。

2010年から大学生・専門学校生を対象とした『がん検診率向上プロジェクト』を実施、2011年から小中学生・高校生（現在まで約1万6000人）を対象とした『出前講座』を実施している。

このプロジェクトは、若者から大切な家族や親しい方に宛てて、がん検診をすすめるメッセージカードを書いてもらい、親子間の関係向上と共に早期発見につなげようというものである。

出前講座においては、医師やがん体験者に講話をしていただき、がんは身近な病気であるということや検診の重要性を知ってもらい、大切な方はもちろん、生徒自身にも大人になった時に検診を受けてほしいと考えている。



学生が考えた
ロゴマーク



■出前講座スケジュール 現場見学を推奨します

10月6日(火) 15:40~16:30	富岡西高等学校 住所 徳島県阿南市富岡町小山18-3 会場 体育館 講師 乳がん患者友の会きらら 中川けい氏
11月13日(金) 14:05~14:50	池田高等学校 住所 徳島県三好市池田町ウエノ2834 会場 体育館または桜陵会館 講師 徳島県立三好病院 住友正幸氏
11月26日(木) 14:30~15:30	城北高等学校 住所 徳島市北田宮4丁目13番6号 会場 体育館 2階アリーナ 講師 独立行政法人徳島県鳴門病院 早瀬修氏
12月14日~17日の いずれか 9:30~11:10	吉野川高等学校 住所 徳島県吉野川市鴨島町喜来681-9 会場 格技場 講師 吉野川医療センター医師

主催 : NPO法人AWAがん対策募金、がん検診率向上プロジェクト

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

平成 27 年 9 月 17 日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様
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

「がん対策の加速化プラン」策定および
「がん対策基本法」改正に関する要望書

がん対策の加速化プランの策定およびがん対策基本法の改正に関して、予防に関すること、社会との共生に関わることを中心に、患者そして啓発活動を行う立場から以下の要望を提出いたします。

記

1. がん検診受診率向上のための施策の見直しと強化

がん検診受診率は上昇傾向にあるものの未だ目標数値に達していません。これに対し、各施策の成果に対する評価、分析等、科学的な検証が行われておらず改善のための施策が整っていない現状です。教育や啓発について効果の測定方法の検討や、自治体での検診クーポン、個別勧奨・再勧奨に対する検証と改善、職域における状況の把握や意識調査等、がん患者を含む国民に対して、効果や根拠の示せる施策と情報公開を行ってください。

2. マイナンバー制度の連動等検診情報の一元管理

若年層また女性は、ライフステージに応じて戸籍の移動や、学業・職業を理由に住居の変化が生じる機会が多い傾向にあるため、検診の状況が把握しづらい現状にあります。特に 20 歳から検診を推奨する子宮頸がんについては、転職先の健康保険組合や転居先の自治体に引継げるよう、マイナンバー制度との連携等統一のデータベースの管理をしてください。

3. 女性や若年性のがん対策の検証と改善

「救えるいのちを救う」「がんになっても安心して暮らせる社会」の目的を実現するためにも、現在、取り組みの浅い AYA 世代からの教育と、教育が行き届いていない世代への啓発が必要です。国で女性の労働力拡大と少子化解消に対する施策が行われるなか、女性特有のがん罹患率、死亡率は上昇しています。これを鑑みて、就労の具体的な保障をはじめ、例えばがんになっても子どもをもつ機会の平等を目的に、妊孕性担保のための経済的な救済や特別養子縁組の選択の支援等の新たな施策が必要です。

4. がん情報提供のあり方に関する検討会等の設置

がん予防や治療、療養に関する、信頼性や科学的根拠に乏しい、インターネット・報道・書籍等での発信、ならびに広告が多く存在し、患者のみならず社会の混乱と不利益を招いています。がん対策を強化し加速化するためには、より正確な情報の収集・提供とその活用が求められます。情報受信対象者の視点に基づき、これについての評価、検討の場を設置、その改善については、国が責任をもって指導・規制等を行ってください。

以上

平成 27 年 11 月 9 日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様
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

「がん対策の加速化プラン」に対する要望書

がん対策の加速化プランの策定に関して、患者そして啓発活動を行う立場から以下の要望を提出いたします。

記

<1. 予防について>

検診受診率向上および社会への啓発のための国民キャンペーンの実施

がんの予防的対策を加速化するためにも、社会のステークホルダーが一丸となって主体的に施策に参画することが必要です。そのため検診を促進する現トレードマークを活用しキャンペーン期間を設定、全国自治体・教育機関・企業に活動を募集し促すこと、その取り組みを厚生労働省として認定、表彰するなど、好事例の共有と推進を要望します。同時に「正確な受診率の把握」「正しい知識の普及、教育」を目指し、実態の把握と検証調査を求めます。

<2. 治療・研究について>

治療の均てん化を目指した実態調査およびガイドライン・評価制度の策定

治療の均てん化を目指し、がん対策基本計画 第4 分野別施策と個別目標（1. がん医療（取り組みべき施策）P8）に明記がある「学会や関連団体などは、がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うとともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。」に基づき、関連する学会（日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会）等と協力し、早急な実態調査とガイドライン、評価制度の策定を要望します。

<3. 共生について>

厚生労働省の推奨する情報の認定トレードマークの制定

がん予防や治療、療養に関する、信頼性や科学的根拠に乏しい、インターネット・報道・書籍等での情報発信に伴う患者の混乱、不利益の解消を目指し、患者に資する情報の在り方を調査、検討。国立がん研究センター等と協力し、厚生労働省として推奨する情報を認定するなど、取り組みを社会に公表する施策を求めます。

以上

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、よろしくお願いします。

<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ことが必要と考えます。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 特定健診時にご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

平成 27 年 11 月 20 日

がん対策推進協議会
会長 門田 守人 殿

全国がん（成人病）センター協議会
会長 堀田 知光



「がん対策加速化プラン」によるがん領域の専門医の育成に関する要望

「がん対策加速化プラン」では、がん対策推進基本計画が目指している「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）」の達成が困難である見通しに対して、がん死亡率の改善に直接的に寄与するがん医療の質を向上する対策が求められています。がん対策推進基本計画において、がん医療を専門的に行う医療従事者の育成が重点的に取り組むべき課題の一つに定められておりますが、がん領域の専門医の育成体制の充実、がん医療の質の向上につながる重要な施策であり、その整備はわが国の喫緊の課題といえます。

新たな専門医制度については、日本専門医機構や各関連学会が進めているところでございますが、新たな専門医制度におけるがん領域の専門医の育成に関して、適切な制度が整備されるかどうか先行きが見えていない状況です。

がん対策を加速化していくためには、がん領域の専門医を目指す者が、全国にある適切な病院で研修を行い、必須の専門的な知識や技術を習得する機会を持つことができる体制を整備することが不可欠です。

全国がん（成人病）センター協議会は、わが国のがん医療の向上を目指し昭和 48 年に設立された組織であり、がんの専門的な医療提供体制を整備し地域において中核的にがん診療を担っている 32 病院により構成されています。当協議会に所属する病院は、これまで多くのがん専門医を育成してきており、全国から広く人材を求め、毎年度約 300 名の後期研修医や専門領域の研修を修めた医師を輩出し、わが国のがん医療の提供体制の向上のために大きな役割を果たしてきました。

新たに整備される専門医制度においても、当協議会は引き続きがん領域の専門医を育成していくとともに、わが国のがん医療の推進に貢献していきたく考えております。

今回の「がん対策加速化プラン」の策定を機会に、がん患者を診療する専門医がより適切な環境で研修していくことができるようご理解とご支援をお願い申し上げます。

記

がん対策を進めていくためには、全国がん（成人病）センター協議会に加盟している施設等、がんについて専門的に取り扱っている病院が、これまでと同様に全国から広く人材を求め、引き続きわが国のがん医療を牽引するがん専門医を育成していくことが重要です。

がん領域の専門医を目指す医師が、地域や研修病院群に縛られることなく、今後も全国で必要な研修を受けることができるようご理解とご支援をお願い申し上げます。

以上

全国がん(成人病)センター協議会 加盟施設一覧

独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター
青森県立中央病院
岩手県立中央病院
地方独立行政法人宮城県立病院機構 宮城県立がんセンター
山形県立中央病院 山形県立がん・生活習慣病センター
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター
栃木県立がんセンター
群馬県立がんセンター
埼玉県立がんセンター
国立がん研究センター東病院
千葉県がんセンター
国立がん研究センター中央病院
公益財団法人がん研究会 有明病院
がん・感染症センター 都立駒込病院
地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター
新潟県立がんセンター新潟病院
富山県立中央病院
石川県立中央病院
福井県立病院
静岡県立静岡がんセンター
愛知県がんセンター
独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター
滋賀県立成人病センター
独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター
兵庫県立がんセンター
独立行政法人国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター
地方独立行政法人 山口県立病院機構 山口県立総合医療センター
独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター
地方独立行政法人 佐賀県医療センター好生館
大分県立病院

医学会発 第 23 号

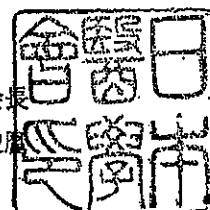
平成 26 年 5 月 16 日

一般社団法人 日本専門医機構

理事長 池田 康夫 殿

日本医学会会長

高久 史郎



日本医学会副会長

臨床部会運営委員会

がん領域に関する作業部会部会長

門田 守人

「がん領域に関する専門医制度」についての提言

厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」は、2013 年 4 月 22 日付けで専門医の認定などを行う第三者機関の設置と、総合診療医を基本領域の専門医に加えるという二つを柱とする報告書を取りまとめ、本邦の専門医制度の再構築へ向け大きな一歩が踏み出された。

しかしながら、同報告書には、がん診療に関する専門性や資格についての明確な言及はない。日本医学会では臨床部会運営委員会の中に「がん領域に関する作業部会」を設け、この問題を検討した。作業部会は下記の委員によって構成され、日本医学会副会長の門田守人を部会長とした。

日本医学会臨床部会運営委員会「がん領域に関する作業部会」委員（五十音順、◎部会長）

池田 康夫 早稲田大学理工学術院教授/日本専門医制評価・認定機構理事長

大江裕一郎 国立がん研究センター東病院副院長/日本臨床腫瘍学会理事長

西山 正彦 群馬大学医学系研究科教授/日本癌治療学会理事長

野田 哲生 がん研究会代表理事・常務理事・がん研究所所長/日本癌学会理事長

平岡 真寛 京都大学医学研究科教授/日本がん治療認定医機構理事長

◎門田 守人 がん研究会有明病院病院長/日本医学会副会長

日本医学会臨床部会運営委員会「がん領域に関する作業部会」は、2013 年 11 月 5 日、12 月 9 日、2014 年 3 月 10 日の計 3 回開催された。第 1 回の会合では「がん医療の在り方」をどう専門医制度に組み込むかについて協議した。第 2 回の会合では、腫瘍内科の専門医制度と、がんの共通基盤教育について協議した。第 3 回の会合では、がんの共通基盤教育、

がんの専門医制度の将来像とその具体化等について委員間で意見を交換し、本邦のがん医療のさらなる発展を期し、以下のような作業部会の報告書（提言）をまとめることとなった。

今後のがん領域に関する専門医制度につき、以下のことを日本専門医機構に提案したい。

- 1) 内科サブスペシャルティーに腫瘍内科を新たに加える。
- 2) がんを取り扱うすべてのスペシャルティー（基本領域）では、がんに関わる共通基盤の習得を必須とし、がん医療を理解し遂行するのに必須の基礎知識を習得することを目的とした、がん共通基盤の研修プログラムを導入する。
- 3) がんを取り扱うサブスペシャルティーの領域では、最新のがんに関わる共通的知識・技術を幅広く履修することを目的とした横断的な研修プログラムを導入する。
- 4) 上記がん共通基盤の研修プログラムは、日本がん治療認定医機構も討論に参加し、日本専門医機構がこれを構築する。

「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、知識の普及に触れられているが、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。

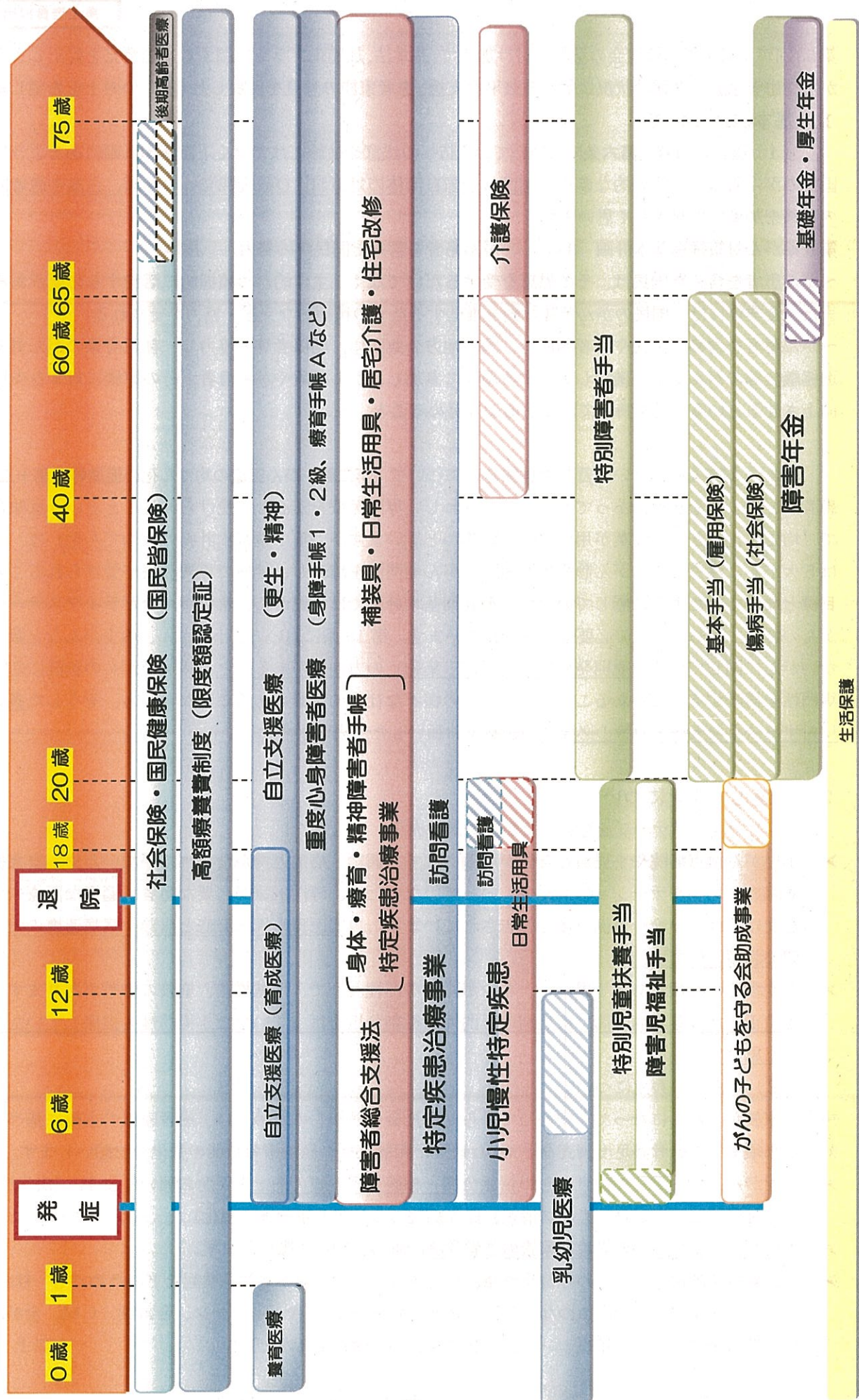
(2) がんとの共生について

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

【小児がんに関連する社会保障】



※ 患者さまの疾患・状態により利用可能な制度やその期間などが異なる場合があります。詳しくは医療相談窓口のソーシャルワーカーにご相談ください。

更新日：2014年9月25日

京都大学医学部附属病院 がん相談 高下裕子

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

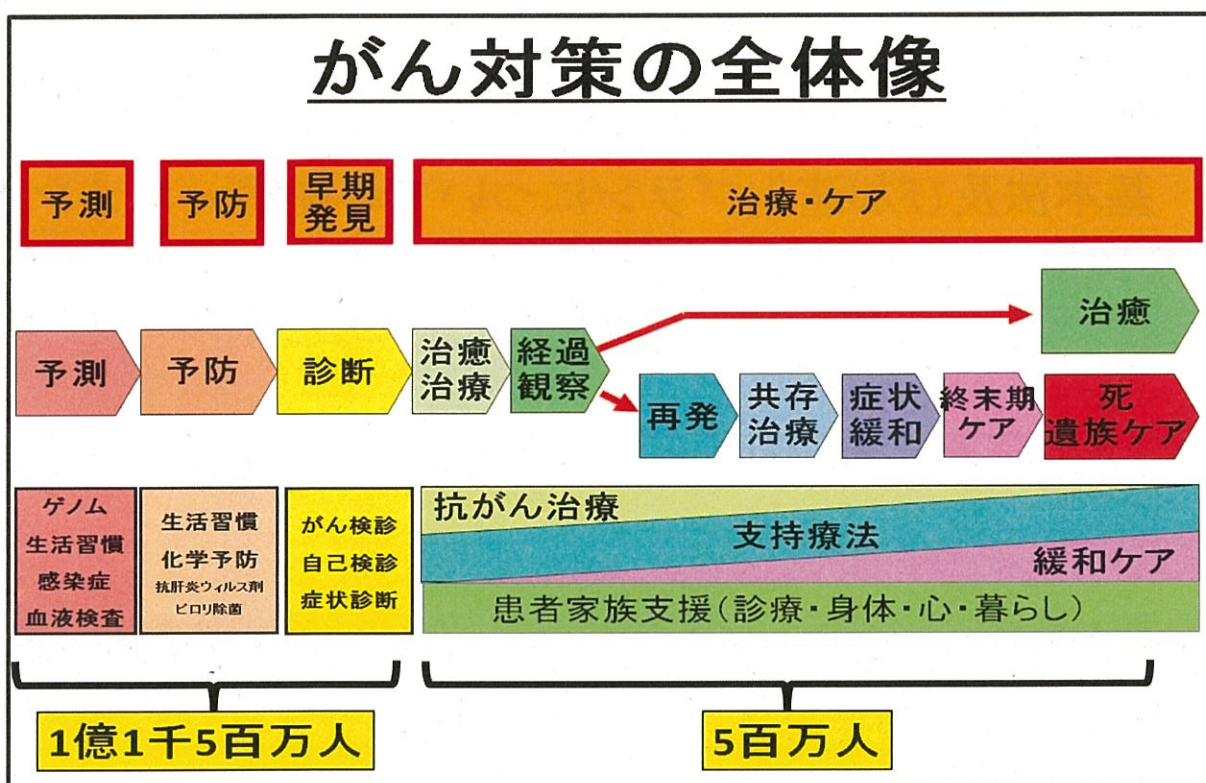
静岡がんセンター 山口 建

(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療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、治療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割を占める治療を目指す患者と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療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ら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ねばならない事項、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. 「がんとの共生（患者家族支援）」

- i. (推奨) がん対策基本法の趣旨から考えて、「がんとの共生」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カ年戦略」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)

2015年9月17日

がん対策推進協議会

会長 門田守人 様

がん対策推進協議会

委員 若尾直子

(特定非営利活動法人がんフォーラム山梨 理事長)

がん対策推進基本計画 2次後期及び加速化プランへの意見

がん対策基本法が施行され、当事者を含めた意見を入れて検討する中で10年を一つのスパンとしてがん対策の成果を計ってきています。第2次がん対策推進基本計画終了までに残された期間は2年弱。この計画の中間評価を受け、ラストスパートに拍車をかけたい想いは皆さん一緒だと思います。そこで、先に出された「第2次がん対策推進基本計画中間評価」結果から見た今後と、総理からの指示を受けた「がん対策加速化プラン」について、重点的に検討したい項目についての意見を申し上げますのでご検討ください。提出する意見は、第3次がん対策推進基本計画にもつながっております。

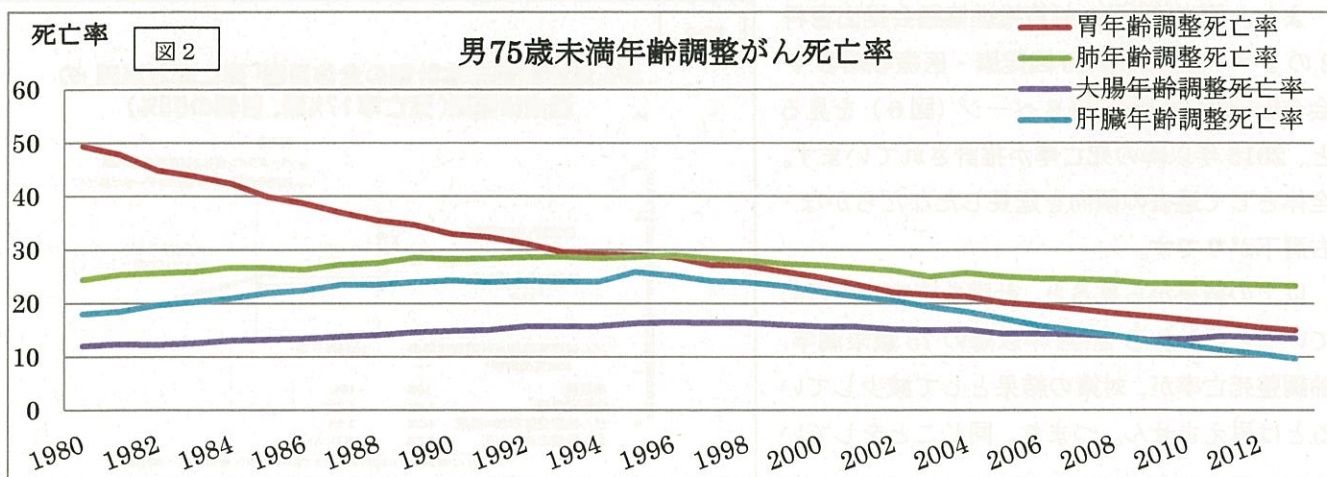
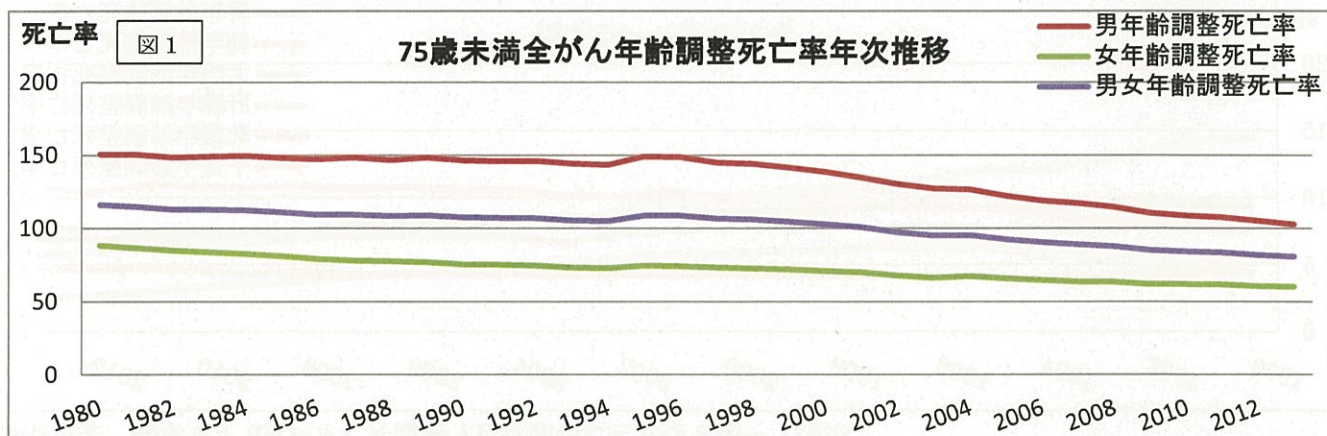
【概要】

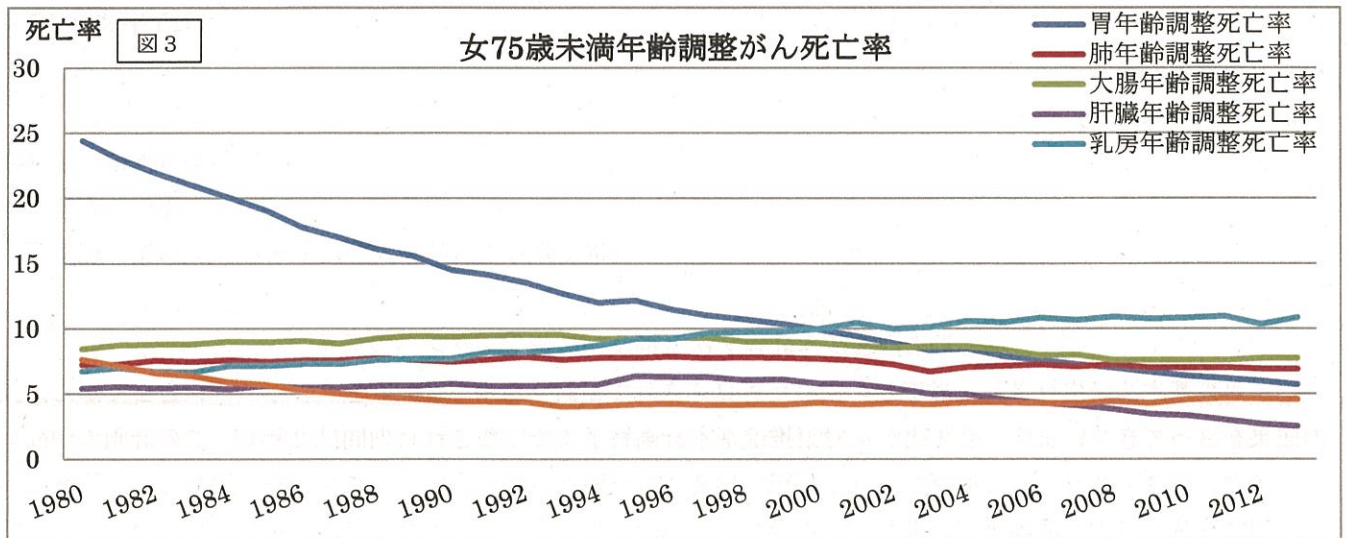
1. 予防・早期発見に対する対策の充実
2. がん医療、がん情報提供の充実と均てん化

【明細】

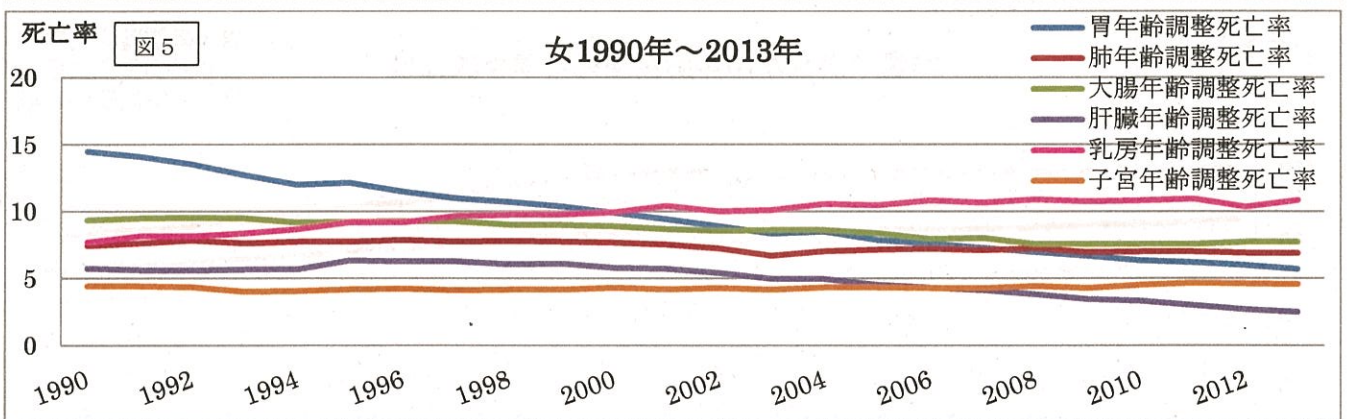
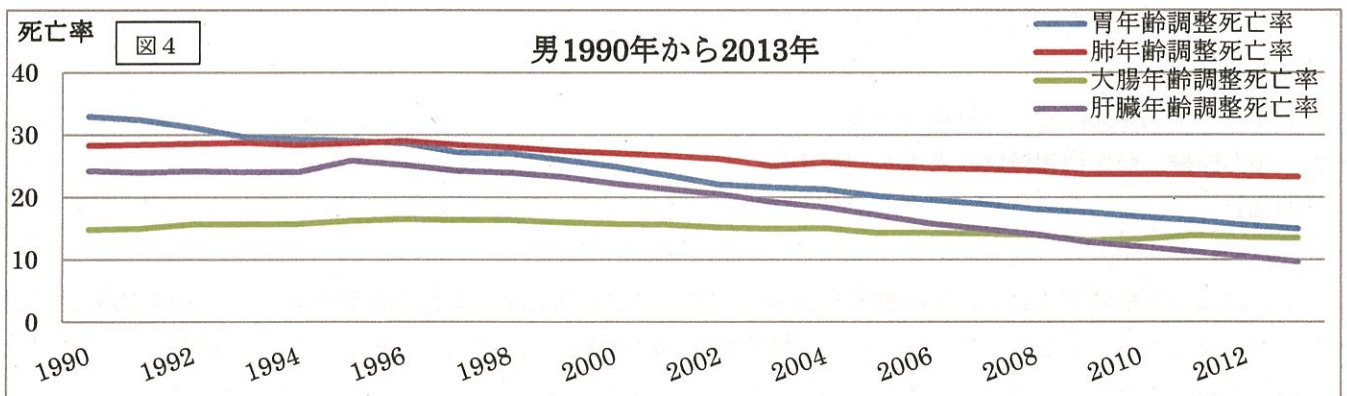
1. について

がんによる年齢調整死亡率の年次推移をみると、がんによる死亡率の変化が分かります。がんは1981年以来我が国の死因のトップとなっていますが、年齢調整をかけた死亡率は部位によっては医療の進展などにより大きく減少または徐々にではありますが下がっているものもあります。全体としては減少傾向にあります(図1・3)。





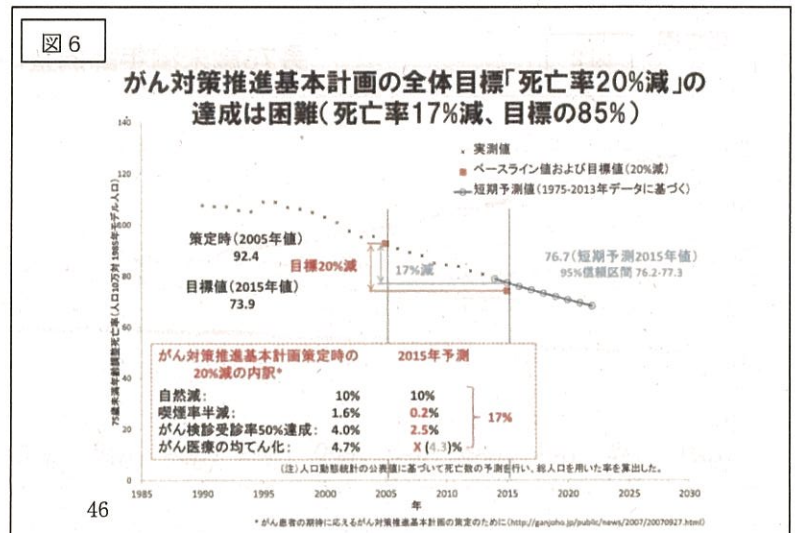
次に、がん対策推進基本計画策定時死亡率減少指標資料とされた1990年からの推移を見ます(図4・5)。



※図1～図5のグラフは国立がん研究センターHPより抜粋 若尾作成

また、第51回がん対策推進協議会提出資料2の2ページ及び第10回健康・医療戦略参与会堀田参与提出資料6ページ(図6)を見ると、2015年以降の死亡率が推計されています。全体として過去の傾向を延長したなだらかな右肩下がりです。

以上の結果から見ると、計画を策定し実行していると思われる2008年以降の75歳未満年齢調整死亡率が、対策の結果として減少しているとは思えません。つまり、同じことをしてい



ては、対策の効果が出ないということではないでしょうか。結果的には実効性のある対策にはなっていなかったように思えます。そこで、エビデンスのあるがん予防、早期発見事業の更なる推進を提案します。

まず、予防としてのタバコ対策です。この対策が進まない原因の一つに「たばこ事業法」の存在があると思います。タバコを我が国の税収の対象と考えるのではなく、薬機法の対象として厚生労働省の所管になるよう本協議会から提言等ができないでしょうか。「タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約」批准国としても胸を張れることとなります。次に原因のわかっているがんへの対策です。さまざまな課題がある事は承知していますが、原因が分かっているにもかかわらず死に率が増加していることは協議会委員として指摘せざるを得ません。女性委員として言わせていただくと、中間報告でも増加に対する対策が必要だと認識されている子宮頸がん（図7）対策は重点的に行う必要があると思います。特に、検診で見つけにくい「子宮頸部腺癌」に対する対策が望まれます。日本産科婦人科学会資料によると、「子宮頸部腺癌」の罹患が増えています（図8）。この事は、検診だけでは対策が不十分であることにつながります。

子宮頸がんは死亡率だけでなく、「女性の性と生殖に関わる健康/権利」に関わりますので、早急な方向性が示されるよう強く望みます。

さらに早期発見に対する対策も、がん検診受診率の低迷を見ると強化すべきポイントだと思います。これも今までの対策では効果が出ないことが示されています。掛け声や標語だけでなく、検診の効率を考慮に入れた対象年齢の設定（上限を含む）やがん発見の経緯が検診であるかどうかでインセンティブを与える等の対策を本協議会で検討・提案していただきたい。

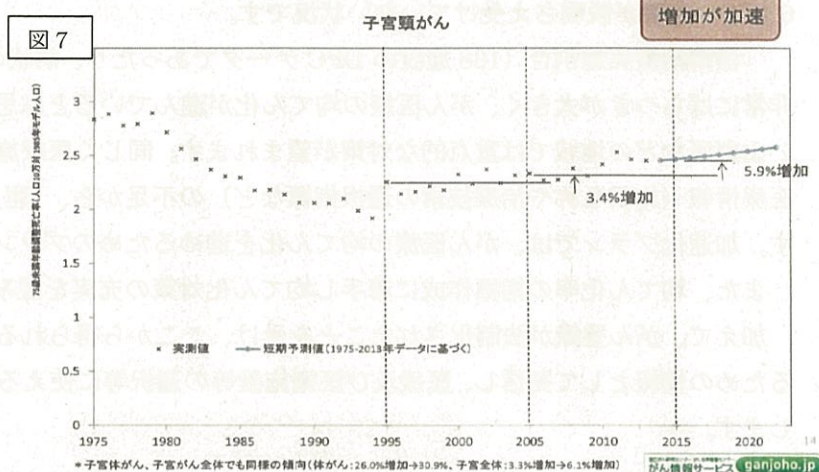
まとめとして、予防・早期発見へは3つの提案をいたします。

- I、たばこ事業法の廃案もしくは改正への提言
- II、原因が分かっているがんへの対策強化
- III、がん検診対象の再考とインセンティブ

2. について

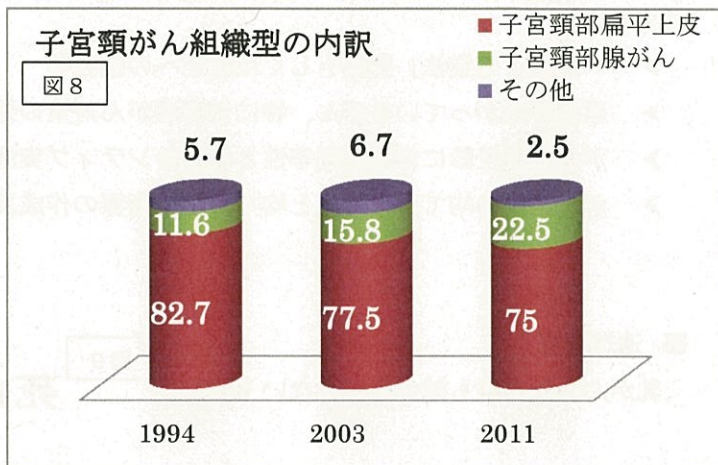
1. でお示した第51回がん対策推進協議会提出資料2の2ページ及び第10回健康・医療戦略参与会合堀田参与提出資料6ページ資料では、2005年ー2015年のがんによる年齢調整死亡率（75歳未満）は17%減と推定されています。その内訳は、自然減（自然減という言葉の定義自体を明確にする必要がある）10%、喫煙の減少で0.2%、がん検診受診率の向上で2.5%、がん医療による均てん化の寄与は4.3%と推定されています。しかし、がん医療の均てん化には診断や治療の進歩も含まれているとされており（これらの進歩は自然減の概念にも含まれる）、標準治療の実施などに代表される「がん医療の均てん化」が実際に死亡率の減少にどれほど寄与したかどうかは不明瞭です。近年は診断法の進歩による早期発見や分子標的薬の登場などの治療の進歩も著しく、5年

死亡率の変化率 子宮頸がん



子宮頸がん組織型の内訳

図8



相対生存率が上昇していることも知られています。これらの進歩はがん対策推進基本計画とは別の努力の賜物ともいえます。医学の進歩による寄与度が高いことが想定されるということは、誰もが最善の医療を受けられるという意味での「がん医療の均てん化」は推進されなかったとも言えるのではないのでしょうか。参考として、死亡率減少が加速化している肝臓がんは、がん対策によるものではありません。「均てん化」は、中間評価の指標でも取り上げた「セカンドオピニオンの説明状況」や「標準治療の実施割合」の他に、「多施設共同臨床研究状況や臨床試験実施状況」を追加し、地方であっても施設間競争の行われている地域と同じように情報収集と選択ができる環境整備が必要だと思います。残念ながら、今期の計画期間において、がん医療の均てん化が進み、がんによる死亡率の減少につながったという事実は確認できないだけでなく、「均てん化」自体の取り上げられ方にも偏りがあると言わずにいられません。

中間評価より

「セカンドオピニオンの説明を受けた患者の割合（患者体験調査の回収率 52.6%ではあるが）」は 40.3%で、6 割近い患者が説明さえ受けていない状況です。

「標準治療実施割合（168 施設の DPC データであったり、病状の均一化が図りにくいなど課題もあるが）」は非常にばらつきが大きく、がん医療の均てん化が進んでいるとは思えません。特に、医療施設等の選択肢が少ない山梨県などの地域では重点的な対策が望まれます。同じく医療施設間等での競争の少ない地方では、具体的な医療情報（施設名称や治療技術の選択指標など）の不足から、「運」が大きなウエートを占めているのが現状です。加速化プランでは、がん医療の均てん化を進めるためのプラン具体化を検討していきたい。

また、均てん化率の指標作成に着手し均てん化対策の充実を望みます。

加えて、がん登録が法制化されたことを受け、ここから得られるデータを、患者がより安心できる治療を受けるための情報として発信し、医療及び医療施設等の選択等に使えるよう環境整備を早急に進めることも提案いたします。

【まとめ】

- 「たばこ事業法」廃案もしくは改正への提言等
- 原因が分かっているがん、特に子宮頸がん対策の強化
- がん検診受診に対する効率性とインセンティブ実施への提言等
- がん医療の均てん化対策と均てん化率指標の作成及び患者のためのがん登録の情報提供加速化

■ 追加意見

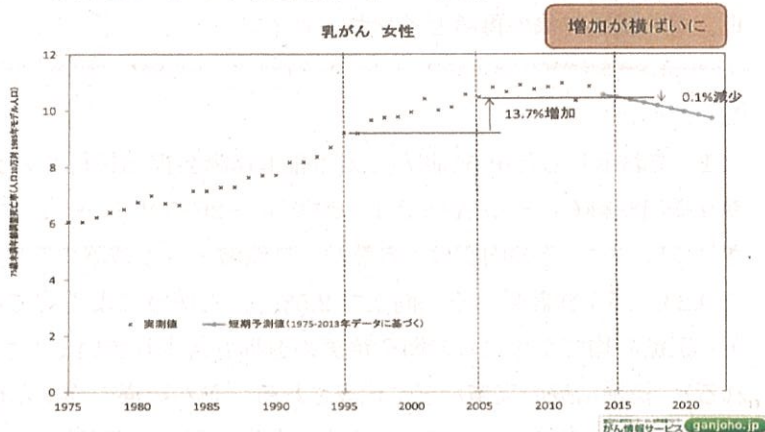
乳がんの死亡率も減少率が少ない（図9）。

EBM に基づいた研究や治療が盛んに行われ、海外での乳がん死亡率は下がっているのに、日本での死亡率が下がらない事には大きな課題があると思われます。医学の進展を上回る現状への対策は、生活習慣の改善等予防・早期発見でしょう。

この点も早急に解決すべきことを意見として付け加えます。

図9

死亡率の変化率 乳がん(女性)



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、がんとの共生

- 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