

ライフステージやがんの特性に応じたがん対策について(高齢者)【桜井】寄り添いあえる療養環境の整備と、総合内科専門医と連携した治療体制の整備

- ① 入院適用外や通院治療困難な、認知症などの精神疾患を併発する高齢がん患者の増加も、今後、想定されることから、早期からの認知症など精神疾患の拾い上げによる維持療法の推進、並びに急性期病院における認知症患者の療養・退院支援に関するマニュアルの整備を推進すること。
- ② がん拠点以外の病院でがん治療を受ける高齢がん患者も多いことから、高齢者がん患者の実状について調査を行い、総合内科専門医との連携など、地域の実状に応じたがん対策を検討する場を別途設けること。
- ③ 高齢者に対しては、QOLの観点から手術より放射線療法の活用が望ましい可能性もあり、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランによる放射線科医や腫瘍内科医の養成を継続すること。
- ④ 検診の対象部位、実施方法に応じた患者の利益、不利益を考慮し、上限年齢を設けるなどの対策を講じること。
- ⑤ 末期がんの名称変更(迅速な対応が必要ながん患者)、並びに、介護保険制度の利用促進と啓発により、介護者の負担軽減、並びに、介護離職の防止を図ること。

【馬上】患者本人と介護する家族の状況を鑑みた対策推進

- ① 高齢患者自身の総合的な状況把握(がんの診断、要介護・支援度、介護介入状況、がん以外の疾患、認知問題など)と共に介護する家族の状況(遠方、老老介護、経済状況など)の把握を適切に行い支援。
- ② 地域の医療機関・介護施設などの強力な連携(地域連携クリティカルパス、ケアマネージャー、訪問診療・訪問看護ステーションなど)により、患者と家族に治療・療養生活の選択肢(施設・在宅療養など)を提示し、拠点病院での高齢の患者・家族向け相談強化により、患者と家族の意志決定に沿った療養生活を支える。

【若尾】今後ますます増加する高齢者のがん対策に対する国の指針の重要性

- ① がん医療における高齢者の定義を明確にし、必要かつ十分な医療に行き着く体制の構築が必要
- ② がんの集団検診における上限年齢の設定