

第84回がん対策推進協議会

資料9

令和4年10月27日

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9 「がんとの共生」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

早期からの緩和ケアは共生部分だけではなく、がん医療の充実の分野にも記載がないと進まないと思う。拠点病院だけでは届かない問題で、地域のクリニックなどからもアクセスしやすい構造まで踏み込んでほしい。がんになった瞬間の心理的なものが一番の課題。

そして、他院への転院や在宅への移行など終末期の個々の経過が明らかではなく、生きていける期間が長いからこそその大事な側面。緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数も4.2%の施設で0件とのショックな数字、年間新規症例数も少ない、という数字と、患者の悩みの多さからは実態と運用が乖離している。拠点病院だけに患者がいるのではない。拠点病院と地域のクリニックの連携について、もっと議論検討されるべき。さらに緩和ケアの一部である、終末期医療の受け皿についての記述が社会連携のところだけに入っている理由は？また、検討だけにとどまっている表記が多く、具体的に数値目標を掲げにくいまともになっているのはなぜか？

相談支援・情報へのアクセスが不十分なのは、ひとえに最初の診断の段階でのインフォメーションの問題。フローにならないのか。ピア・サポーターの質の向上とそれを支える組織を助け、さらにそれが職業として認められるべき段階にも来ているのではないか。一方で個別化された悩み・治療の悩みを支援できる、拠点病院だけではない両立支援する専門員等の配置などを検討研究してもらいたい。行くのがおっくう、行くと自分ががんであることを知られるので行けないという声もあることからオンラインなどでのサービスの拡充も求められる。そうした取り組みを行う（正しい）団体への援助も必須か。

また、その社会とのつながりには欠かせないピアランスケアに関しては治療の段階での予防効果に関する研究やウィッグや補整などへの市町村単位でもいいので一層の個人への助成推奨もしていただきたい。

高齢者にかかる中間指標の設定はどうするのか。医療と介護の連携、終末期の受け皿など、どの世代にわたっても必須で、在宅緩和ケアなどにもつながるのにこのままだとまた患者が途方に暮れる。

がんとの共生の中で、表現が今回不足しているのはボリュームゾーンである【働く世代（就労世代）】（AYA/小児の方々の連携としてつながる世代でもあるはず）。定年延長で第5期になるころにはかなりの対象者数になるゾーン。診断後の産業医の活用などに数値目標・指標を設けるなどその変化が目に見える形にしてほしい。がん治療前に退職した割合が56.8%ということからも患者自身の「思い込み」と職場に蔓延る「思い込み」がその理由と患者サイドは感じる部分が多い。就労世代のニーズが書かれていないので早急に調査報告をしたい。「がんとの共生」の分野にも【職場・家庭等での正しいがんへの理解】という表現を組み入れていただきたい。

大井 賢一

●「相談支援及び情報提供」分野について
全国のがん診療連携拠点病院等のがん相談支援センターは設置されている。その認知の向上とあるが、院内で設置されている場所や院内での開設状況について実態を把握することを求める。また、がん相談支援センターはがん診療連携拠点病院等の設置要件となっていることから質問件数に拘ってしまうため、実態としての質問内容を精査することを求める。

(続く)

資料9 「がんとの共生」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> <ul style="list-style-type: none"> ●「サバイバーシップ支援」分野について 国民皆保険制度における有限な医療資源の中で何事も終身で支援し続けられるものはなく、小児がんにおける長期フォローアップの検討同様に社会生活における不利益とならないよう、段階的な出口戦略の検討を求める。 ●「社会連携」分野について セカンドオピニオンに関して保険診療における「診療情報提供料Ⅱ」に該当するが、実質的な相談件数の実態を把握することを求める。「診療情報提供料Ⅱ」の請求件数がプラトー状態になっていると記憶するが、その場合、社会的需要は満たされていると推察できる。一方、セカンドオピニオンの実施には、複数の大学医学部附属病院が所在する東京都では患者さんが視点の異なる意見を聞くことが容易であるものの、東京都以外では所在する大学医学部附属病院が一つないし少数のためセカンドオピニオンにおいて異なる意見を求めることが難しく、患者さんお住いの都道府県以外にセカンドオピニオンを求めることが多いと聞く。そうした実態を把握し、地域格差の是正に向けた取り組みを求める。 ●「ライフステージに応じたがん対策」分野について 小児・AYA世代、就労、妊孕性、高齢者など個別に対策として検討されている課題が「ライフステージに応じたがん対策」において再掲されており、重複している。小児・AYA世代、就労、妊孕性、高齢者におけるがんとの関わりは、それぞれのライフステージ特有の課題となることから、「ライフステージに応じたがん対策」として、そのすべてを対策に取りまとめることを求める。
小原 眞知子	<p>1.拠点病院以外の医療機関における緩和ケアの具体的体制整備の推進 拠点病院での看取りは全体の2割程度が示されており（i）看取りまで対応できる仕組みには、拠点病院に加え、拠点病院以外の緩和ケアの充実が求められています。そのため緩和ケアの専門家による連携で体制の検討のみではなく、拠点病院以外の医療機関でも、診断時から一貫して経時的に緩和ケアが提供される具体的システムの整備を希望します。</p> <p>2.地域の医療・介護・福祉機関の連携に向けた専門的支援体制の具体的方策の推進 緩和ケアは、医療機関のみではなく、特に在宅で療養・生活する患者には、医療だけではなく、福祉・介護サービス等の活用が必要になることから、院内がん相談支援センター、緩和ケアセンターから、院外の地域がん医療・介護・福祉機関を含めた専門的支援体制の構築に向けた具体的方策（各機関の役割の明確化、地域関係機関の支援フローやガイドライン作成）の検討を希望します。</p> <p>(続く)</p>

資料 9 「がんとの共生」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

小原 眞知子

(続き)

3.がん相談支援相談センターの持続可能な支援体制構築を見据えた実態調査の実施

今回のがん診療連携拠点病院等の整備指針の改定において、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備するとの記載に伴い、周知の効果性は向上すると見込まれると思われれます。一方、「持続可能な支援体制」を推進するために、国としてがん支援相談センターの実態調査を行い、相談の質と量の確保からエビデンスに基づく適切な人員配置などを含めた体制整備の検討を希望します。

4.がん相談支援センターの活用促進のための取組み

中間報告では相談室の認知度と実際の利用者数との乖離があったことから、相談ニーズのある患者・家族に対して、院内相談室の周知のみではなく、相談ニーズのある方が確実に相談室を活用できるよう院内フローを含めた具体的アクションや方策の検討を行い、患者・家族が適時・適切に質の高い相談サービスを利用できる体制整備を希望します。

5.がん患者の社会的苦痛に関する実態把握と支援策の充実

がん患者の身体・精神的苦痛に加え、経済的課題を含めた社会的苦痛に対する実態調査を患者体験調査等に加えて頂き、がん相談支援を含む支援策に反映できるようにすること、さらに次の中間評価の指標として明示して頂くことを希望します。

6.がん患者の家族に対する支援策検討のための実態調査の実施

がん患者を支援する家族もまた、一人一人が尊厳を持って自分の人生を送る権利を有します。患者の療養を支える家族のQOLの維持向上のための支援策が必要です。既存の遺族調査に加えて、今を生きるがん患者の家族に対する生活上の困りごとに関する実態調査を行い、必要な支援策を講じることを希望します。

7.自殺の危険性の高い患者の早期発見と院内外の精神科医療との連携促進・強化

拠点病院であっても、精神科病棟のない医療機関があることや、また精神科医が不在の医療機関においては、自殺の危険性の高い人を発見しても、適切な精神科医療につなげることが困難な現状があります。このように、精神科医のいない医療機関、若しくは精神科病棟のない医療機関が、地域の精神科医療機関と連携協働できる体制作りの検討を行い、自殺予防の更なる推進を希望します。

(続く)

資料 9 「がんとの共生」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
小原 眞知子	<p>(続き)</p> <p>8.小児期から成人期への円滑な移行期医療と発達段階に応じた生活支援の推進 小児がんの子どもが成人後も適切な医療を受けられているとは限らず、途中で医療機関との関係が切れてしまうことや、小児診療からスムーズに成人診療に移行できない実態があります。また、就学、進学、就職、結婚、妊娠、出産など様々なライフステージにおいて生活課題を抱える（ii）こともすでに多くの研究から明らかになっています（iii）。このような移行期に対しての医療を含む包括的支援体制の整備を希望します。</p> <p>i（H4年8月開催 第6回 がんの緩和ケアに係る部会 厚生労働省人口動態統計、がん診療連携拠点病院現況報告のデータに基づいてがん・疾病対策課で作成） ii 武井優子・尾形明子・小澤美和(2013)「小児がん経験者の病気のとらえ方の特徴と退院後の生活における困難との関連」『行動療法研究』39(1),23-33. iii 石田也寸志(2018)「小児がん経験者の長期フォローアップに関する問題点」『日本小児血液・がん学会雑誌』55(2),141-147.</p>
黒瀬 巖	<p>P7「緩和ケア分野」の見直しの検討の視点 「がんとの共生」分野のみならず「がん医療の充実」分野でも緩和ケアの提供等に係る記載を加えることについて、緩和ケアについて多面的に捉えることも大切であるため基本的に賛成します。その中で、治療と緩和ケアのシームレスな対応が重要と考えますので、両分野で全く別個にということではなく横断的な取り組みを考慮いただきたいと思います。</p> <p>同ページの「拠点病院を中心に地域の実情に応じた取り組み」という記載がありますが、その実現には地域包括ケアを参考とした在宅医療機関や自治体等も取り込んだ「がん患者のための地域医療（介護）多職種連携システム」のような仕組み作りを推奨してはいかがでしょうか？</p> <p>P21「相談支援及び情報提供」分野の見直しの検討の視点 正しい情報提供の観点から、必ずしも科学的根拠に基づいているとは言えないインターネット等を通じた情報提供に対する注意喚起が記されていますが、これに異論はありません。ただし、正しい情報が提供されたとしても、アクセスの問題や、それを十分に理解できなかつたり、間違った理解をしてしまうなどの問題があります。従って、正しい情報を提供するだけでなく、それを共有しながら正しい理解に導くためのかかりつけ医や地域の相談員との関わりについての視点も必要と考えます。</p> <p>(続く)</p>

資料 9 「がんとの共生」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
黒瀬 巖	<p>(続き)</p> <p>P27「社会連携」、P37「サバイバーシップ支援」及びP44「ライフステージに応じたがん対策」分野の見直しの検討の視点 地域の関係者間の連携体制構築や、サバイバーの健康管理・再発等へのフォローアップ体制において、その実現には前述のように 地域包括ケアを参考とした在宅医療機関や自治体等も取り込んだ「がん患者のための地域医療（介護）多職種連携システム」のよ うな仕組み作りを推奨してはいかがでしょうか？</p> <p>また「サバイバーシップ支援」分野について、産業医との連携、ハローワークや産保センターの活用などを提言していただきあり がとうございます。特に小規模事業所や中小企業の場合、就労と両立支援においては経営者・事業主並びに周囲の就業者の理解が 欠かせない場合もありますので、本人への支援だけではなく（個人情報の問題で難しいこともありますが）企業側関係者への啓発 活動をより充実いただけますようお願いしたいと思います。</p> <p>P43「高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である」について賛成です。高校生の教育保障（学 習保障と心のサポート等の充実含む）、ICTの活用と環境整備、医療と教育の連携コーディネーターの配置も重要と考えます。</p>
谷口 栄作	<p>【緩和ケア】</p> <p>○患者体験調査や遺族調査については、その評価が病院に伝わると改善につなげやすいと考えます。一方で、質問項目を細かくし すぎると、誰が書いたのかわかるなどの恐れがあることからあるがままのご回答をいただかず、正確性が失われる心配もありま す。少なくとも、都道府県等の評価ができるような仕組みにしたほうが良いと考えます。</p> <p>【相談支援及び情報提供】</p> <p>○持続可能な相談支援体制については、がん相談支援センターやがん専門相談員だけでなく、ピアサポーターや各専門機関などの 相談支援に係る社会資源を含めたネットワークを構築し、地域社会が一体となって患者家族を支えることが重要。</p> <p>【社会連携】</p> <p>○都道府県がん診療連携協議会については、比較的大きな病院が参加しているため、地域がん診療連携拠点病院等を中心とした地 域単位で小さな病院や診療所を含めたネットワークをつくり、さらに都道府県がん診療連携協議会との連携ができるとよいと考 えます。</p> <p>○上記のようなネットワークに、相談支援、情報の均てん化、両立支援などのネットワークを関係づけることで、患者さんに必要 な支援がスムーズに提供できる体制が出来上がることを期待したい。</p> <p>【サバイバーシップ支援】</p> <p>○アピアランスケアについて、研修会修了者がどこの病院にいるか、わかりやすい周知が必要ではないか。</p> <p>○自殺対策に関するガイドラインの普及啓発をどのような場（研修）で行うか、整理が必要ではないか。</p> <p>(続く)</p>

資料9 「がんとの共生」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
谷口 栄作	<p>(続き)</p> <p>【ライフステージに応じたがん対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○教育支援充実のためには、医療従事者と教育関係者は“連携に努める”のではなく“連携しなければならない”と考え、医療側と教育側の双方において体制整備や課題等の実態把握を進める必要がある。 ○高齢がん患者への支援について、介護者との連携は必須である。
土岐 祐一郎	<ul style="list-style-type: none"> ○P 8：拠点病院以外での緩和ケア・終末期医療の地域での実態や課題把握等は誰が行うのか？各医療圏の拠点病院が行うのか？ ○P21：科学的根拠に基づいていない情報をどのように検出し、どのように注意喚起するのか？方法が見えにくい。 ○P28：セカンドオピニオンは都道府県をまたいで受診することが多い。学会等の情報を活用した方が良いのではないのか？ ○P39：自殺に関しては抑うつを延長なので抑うつのスクリーニングを積極的に進めるべきではないのか？また、癌の進行度と抑うつは関係すると思われる。早期癌でも抑うつになる人は的確な情報提供で改善できるのではないのか？ ○P46：高齢がんサバイバーについては、栄養、フレイル、二次がん検診などかかりつけ医との連携が期待される。
中釜 斉	<ul style="list-style-type: none"> ○緩和ケアの推進について拠点病院等以外に外来等における充実が提案されているが、緩和ケアの提供は医療機関内だけではなく、在宅や施設においても重要であるため、その充実についても明記してはどうか。 ○がん患者・経験者の長期フォローアップや高齢がん患者の支援等において、拠点病院と地域の医療・介護施設等の一層の連携強化が求められる。医療・介護の提供体制においては、拠点病院完結型から連携強化型、さらには地域完結型を含め、地域や疾患の特性を考慮したレジリエントながん診療提供体制の構築を進めるべきではないか。 ○がん患者の自殺対策について、がん患者やその遺族への対応に加え、自殺した患者を担当していた医療関係者についても、関係学会とも協力し、病院内での相談先や専門的なケアについて対応が推進されるようにする必要があるのではないのか。 ○相談支援及び情報提供について、医療機関等からの提供とともに、同じ疾患の患者体験を有し、がんの悩み・苦しみに共感できる患者会の役割は大きくなっている。がん患者・家族が自らの悩みや心身の痛みを共有できる様々な機会・場についての検討が必要ではないか。 <p>(続く)</p>

資料 9 「がんとの共生」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	<p>(続き)</p> <p>○メディアが多様化し、情報があふれている現代において、患者国民が必要な情報を受け取るためには、正しい情報の普及に努めるだけでなく、情報の受け手を意識した取組も必要ではないか。例えば、拠点病院のがん専門相談員やピアサポートに携わる者の他、患者の相談支援に携わる人材が多様化していることを踏まえ、これらの人材とも連携して、患者・国民の情報リテラシーを高める取組を進めてはどうか。</p>
樋口 麻衣子	<p>○AYA世代のがんの医療と支援に関する要望書を提出させていただき、・AYA世代支援チームの質を担保し、ニーズのある患者を確実に相談支援につなぐ取組の推進 ・AYA世代の医療や終末期の在宅療養における費用助成に関わる地域格差を是正する施策の推進 ・AYA世代のがん経験者の包括的な健康管理とサバイバーシップケアに関わる体制の構築 ・AYA世代のピアサポーターの確保とピアサポート活動の継続を支援する対策の推進 について要望致します</p> <p>○緩和ケア研修を終了した修了者の伸びは著しいが、患者体験調査で身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合はほとんど変化が見られていない。研修内容を臨床で実践できているか確認出来る機会を作り、その知識を維持出来るようフォローアップ研修を検討していただきたい。</p> <p>○がんに関する相談に関して相談支援センターの役割がますます大きくなってきている。しかし、病院として役割について理解され人材を手厚く配置し、多様化複雑化する支援のニーズに合わせて学ぶ機会を支援されているとは言えず、機能が強化されるような体制を構築していただきたい。</p> <p>○ピアサポート育成事業に関して、都道府県によって活用の仕方や内容に差が見られている。育成した人数で評価されることがあるため、一定の質を担保できるよう利用する資材や研修の内容を吟味し統一する必要があると考える。</p> <p>○在宅や拠点病院以外の病院で亡くなる患者さんも半数以上を占めており、終末期の緩和ケアの均てん化のためにも、地域でも対応できる人材を育成し、拠点病院の緩和ケアセンターなどが中心となって地域の関連機関と連携をとり、気軽にコンサルテーション出来る環境や日頃から事例を共有できるような体制作りが必要である。</p> <p>(続く)</p>

資料9 「がんとの共生」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"> ○在宅や拠点病院以外の病院で亡くなる患者さんも半数以上を占めており、終末期の緩和ケアの均てん化のためにも、地域でも対応できる人材を育成し、拠点病院の緩和ケアセンターなどが中心となって地域の関連機関と連携をとり、気軽にコンサルテーション出来る環境や日頃から事例を共有できるような体制作りが必要である。 ○コロナ禍もあり、高等学校段階の療養中におけるICTを活用した遠隔教育の体制が進んだが、単位を認定するかは各校長の裁量によるという実態がある。前例がないために進級が認められなかったという生徒もいるため、基準を設けて本人の学びを評価し進学をサポートして頂きたい。 ○心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合は32.8%とまだ低い状況である。自分自身の状況を振り返り、患者自身の状況を見える化するためにも、毎回でなくても診断時、治療変更時、再発時、機能低下がみられた時、治療中止時など変化があるタイミングでは身体症状や心理状態に加えて時に仕事、経済、生殖やアピアランス支援や自殺予防の側面を含めたスクリーニングを行ない、必要時は緩和ケア外来や関連部門につなぐような体制作りが必要ではないか。 ○アピアランスケアは、美容の側面だけの問題ではなく社会・心理的な支援が必要となる。その人に合った方策を見出し、必要な支援先に繋げられるようまずはアピアランスケアに関する研修を受けた医療者が窓口となり対応して頂きたい。 ○遺族調査では約30%の遺族が最近1カ月で悲嘆の症状を訴えているとある。日本における遺族に対するグリーフケア体制は、通常の訪問や診療の合間をぬって各施設が自主的に行なっているのが現状である。持続可能な活動となるように、診療報酬などを含めた体制を整えて頂きたい。
久村 和穂	<p>1. 緩和ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ○がん医療や緩和ケアに精通する専門・認定看護師の養成は重要であるが、専門・認定資格を有しない一般の看護師の方が、患者さんやご家族、患者さんにとって大切な方々（例：パートナー）等をケアする機会は圧倒的に多いと思います。がん診療連携拠点病院はもとより非拠点病院を含めて一般看護師が緩和ケアや苦痛のアセスメントに関する基本的知識・技能を習得しておくことは非常に重要であり、緩和ケア研修会の受講を一層奨励すべきと考えます。 <p>(続く)</p>

資料9 「がんとの共生」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

久村 和穂

事前意見

(続き)

2. 相談支援および情報提供について

○がん患者・サバイバーおよびその家族・遺族等の医療や生活に関わる困りごとや悩みは多様化・複雑化しています。相談支援センターの業務量の増加、業務内容が専門化する中でも相談支援の質を担保するためには、がん診療連携拠点病院は**相談支援センターのスタッフ増員**に加えて、**がん相談支援に関わる地域のネットワーク作り**が必要と考えます。拠点病院は医療・介護関連施設との地域連携だけでなく、地域の実情に応じて地域統括相談支援センター、患者会・患者支援団体、福祉・保健・法律・教育関係機関等のそれぞれの機能・人材等の特性を活かしたがん相談支援のネットワーク化を進めていくことが、相談内容の多様化・複雑化に対応し、かつ、相談支援の質と持続可能な相談支援体制を保持するために重要と考えます。

3. 社会連携について

○がん患者が最期まで望んだ場所で過ごすためには、地域の医療・介護関係機関の連携だけでは困難な問題があり、**行政機関による協力・連携が不可欠**と考えます。特に身寄りのない独居がん患者が最期まで在宅療養を希望し、在宅医療・介護従事者からの協力が得られるにも関わらず、公営住宅の場合、当該自治体から最終段階で入院を求められるケースもあります（公営住宅で亡くなった場合、死亡届の届出人は家屋管理人である自治体の長となるが、その協力が得られないため）。また、身寄りのない患者の場合、ADLが低下して介護施設への入所を希望したとしても、家族や身元引受人・保証人、成年後見人（がん患者は最期まで認知機能が保たれることが少なくないため、成年後見制度の対象者に該当しない場合も多い）がいないと介護施設への入所を断られるケースもあります。

○このような**身寄りのない独居がん患者の看取り**にあたっては、死後事務（死亡届等の手続きを含む）、ご遺体の管理・埋葬、土日・時間外の行政機関の対応、医療費・介護料等支払い、親族・相続人調査等について終末期ケアを担う医療介護従事者と行政機関との事前の協議が必要であり、行政機関、地域包括支援センター、必要に応じて葬儀業者・墓地管理者等との連携・協力が不可欠です。今後は身寄りがないとしても、高齢・遠方等の事情のために親族から協力が得られないがん患者は増加することも予想されます。がん診療連携拠点病院は、当該がん医療圏の行政担当者を含めて関係する医療機関・介護関連施設等と協働し、がん患者の緩和ケア・終末期ケアの提供体制の現状や困難事例・課題を共有し、関係機関との連携の在り方について協議する必要があると考えます。

4. サバイバーシップ支援（外見ケア）について

○石川県内で実施した調査では、ウィッグ購入費の中央値は80,000円（資料4最終頁-1では38,000円）であり、外見ケアに関する情報や社会資源の地域格差についてあらためて認識いたしました。まずは、がん治療施設において**医療従事者による適切な外見ケアおよび情報提供**が行われることは極めて重要と考えます。

(続く)

資料9 「がんとの共生」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
久村 和穂	<p>(続き)</p> <p>○治療終了後も継続して外見の悩みを抱えながら生活しているがんサバイバーも少なくありません。治療終了後は日常生活上の悩みを医療従事者に直接相談できるような機会も減るため、サバイバーの外見変化について、身近な相談相手となる地域の美容業関係者に対する外見ケアの研修機会の提供も重要と考えます。美容業従事者の中には、がんサバイバーへのサービス提供について不安を抱き躊躇している者も少なくありません。サバイバーが孤独に外見変化に向き合わず、安心して社会生活を送るためには、外見ケアについて地域の医療従事者と美容業従事者が協働していくことも今後益々重要になると考えます。</p>
前田 留里	<p>【緩和ケア】</p> <p>○診断時の全員に、アセスメントと情報提供、治療時のモニタリング、終末期のフォローアップといずれの時期においても必要な方に緩和ケアが受けられる環境整備をしていただきたい。また拠点病院以外の地域の病院でも緩和ケアの実態把握を行い、緩和ケアにつながれるよう取り組んで頂きたい。また患者には痛みを我慢しなくよいことの情報提供も。</p> <p>【相談支援及び情報提供】</p> <p>○患者会活動への理解と支援、医療者との協働ができるよう地域統括相談支援センターの全国的な充実を期待しています。</p> <p>【社会連携】</p> <p>○セカンドオピニオンは診断時から受ける権利があることを伝えられ、また各病院ではオンラインでの相談を可能とし、低料金で受けられる工夫もしてほしい。都道府県がん診療連携協議会での地域の患者会の参画も必要。</p> <p>【サバイバーシップ支援】</p> <p>○相談支援員は両立支援コーディネーターを必須とし、フォロー研修が受けられる体制を。 ○両立支援コーディネーターの活動状況の把握を。 ○両立支援の助成金については、中小企業の支援を手厚くするなど支援を。 ○自殺対策については、公認心理師などによる医療スタッフの心のケアなどもできるように。</p> <p>【ライフステージに応じたがん対策】</p> <p>○高齢者が普段から高齢者機能評価を受けられる環境を作ってはどうか。たとえば、後期高齢者の自治体健診に高齢者機能評価（簡易的なものでもよいので）を追加することで、がん治療を受ける際の目安にするだけでなく、治療の影響でのフレイルの変化などデータを活用できるのではないかと。 ○40～64歳の介護保険の利用率の調査を。</p> <p>(続く)</p>

資料 9 「がんと共生」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>○小児がんの教育について、第3期がん対策推進基本計画中間評価では、医療従事者からの説明や教育関係者からの支援は約7割があったとの回答ですが、満足度や役に立ったか、希望する学びや復学が出来たかどうかなどが重要ではないか。子どもにとっての学校や友人は世界の中心といっても過言ではないほど大切なもの。受験生や学力の差、求める学びを考慮し、本人が希望する学び、復学ができたかの検証とさらなる支援が必要。</p> <p>○AYA世代の長期フォローアップは、当事者が気軽にアクセスしやすいよう、オンライン診察やチャットでの相談など、AYAの特性に合った支援が必要ではないか。</p>
松田 一夫	<p>1. 緩和ケアについて 身体的・精神心理的苦痛を抱える患者の割合が減っていないことから、緩和ケアが十分に機能しているとは言えないと思う。緩和ケアは、がんと診断された時点から開始すべきとされている。がんの診断は約半数ががん診療拠点病院以外でなされていること、がんに係る自殺もがんと診断されてから短期間に起こっていることを考えれば、緩和ケアが拠点病院以外においても広く行われなければならない。そのためには、拠点病院以外の医療従事者をも対象として、広く、緩和ケア研修を行うべきである。また、がん患者および国民全体に対しても、「がんと診断された時点から精神的苦痛を減らすことが重要である」こと、何処に相談すればよいかを、啓発することが重要と考える。</p> <p>2. 相談支援及び情報提供について 対面や電話に加えて、インターネットによる24時間対応の相談体制を整備する必要がある。また回答はできるだけ速やかにして欲しい。チャットによる相談も有用と思う。情報提供においてもインターネットをもっと活用する必要がある。がん患者や家族が、求める正しい情報に速やかにたどり着けるよう、NHS等のHPも参考にしてワンストップの情報提供に努めて欲しい。</p> <p>3. 社会連携について 多職種連携によってがん患者を支える必要があるが、とりわけ“かかりつけ医”の関わりが重要と思う。</p> <p>4. サバイバーシップ支援について 治療と仕事の両立支援に関しては、『がんと診断されても仕事を続けられること、すぐに仕事を辞めてはいけない』ことを国民に広く啓発し、困ったら何処に相談すればよいかを周知することが重要である。アピアランスに関しても、公的な支援等に関する情報にすぐにたどり着けるようにして欲しい。</p> <p>(続く)</p>

資料9 「がんとの共生」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
松田 一夫	<p>(続き)</p> <p>5. ライフステージに応じたがん対策について 個々の状況に応じた多様なニーズがあるため、がん患者や患者団体・学会等からの様々な意見・要望を踏まえて対策を講ずる必要がある。高齢がん患者においては、身体機能・認知機能評価に加えて、家族や社会の支援の状況を踏まえて治療法を決定することが重要とされる。社会的支援は高齢がん患者のみならず、あらゆる年齢層のがん治療において重要であり、その体制整備に努めることが必要である。</p>
谷島 雄一郎	<p>【緩和ケア】</p> <p>緩和ケアを知っていても知らなくても、必要とするすべての患者に適切に届くことが重要である。(「アピアランスケア」も同様) P7に記載されている通り、まさに「診断時から適切な緩和ケアが提供される提供体制」が望まれている。国民の緩和ケアに関する認識向上のための普及啓発や質の向上はもちろんだが、最も大切なのは、必要としているすべての患者に、適切に届くかどうかである。患者からは、緩和ケアの有効性を知り、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和を希望しながらも、上手くつなげられないケースも聞かれる。「知らないから、つなげられない」「知っていても、つなげられない」ではなく、「知らなくても知っていても、つながれる」ことが必要である。よって緩和ケアにおいては以下2点をご提案したい。サバイバーシップ支援の項目で言及されているアピアランスケアについても同様であるし、自殺に関する課題解決にもつながると考える。</p> <p>①緩和ケアに患者が自動的につながれるような仕組みの検討 診断と同時に、患者が自動的に緩和ケアを知り、つながる仕組み・ルール作りを行うことで、主治医と患者、及び、主治医と緩和ケアチームの間にある壁を、取り払っていただきたい。 また地域間格差を是正し、今苦しんでいる患者に届けるためにもP23にある地域緩和ケア等ネットワーク構築は加速した推進が必要である。</p> <p>②緩和ケアが必要とされる患者を取りこぼさないためのスクリーニングと、適切なタイミングで、適切に患者に届いているかどうかの評価を、より高い精度で実施してはどうか 診断時から治療ステージ、終末期等、要所要所、適切なタイミングでスクリーニングを行い、その評価を、患者体験調査、遺族調査、現況報告書等でより高い精度で実施。確実に患者に届く状況と、その確認を進めていただきたい。</p> <p>【相談支援及び情報提供】</p> <p>○がん相談支援センターへの適切な体制の構築と予算の確保 がん相談支援センターの重要度と役割は増える一方である。仕事の質も量も増加し続ける状況下で、それに対応できる人材の確保・育成と体制の構築に必要な予算を検討いただきたい。</p> <p>(続く)</p>

資料9 「がんとの共生」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

(続き)

○希少がんセンターにおいても相談支援センターの充実を図る

P12～14にあるように、支援センターのアップデートと研鑽には大変感謝申し上げたい。P10でがん相談支援センター、同様にP11で小児がん拠点病院の相談支援センターについて記載されているように、今後全国でネットワーク化されていく希少がんセンターでも同じように相談支援部門を配置して支えていただきたい。

【社会連携】

○希少がん、難治性がん、小児がんに関しては特に、情報公開、拠点整備、相談支援等の充実とともに、それらが有機的に機能する医療連携を大きく進めていただきたい

情報公開、拠点整備、相談支援の充実やDX等はいくまでツールであり、特に情報提供と集約化が必要な、希少がん、難治性がん、小児がんにおいては、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、患者に確実に情報を届け、最適な治療につなげ、適切にサポートする医療連携が不可欠である。

【サバイバーシップ支援】

○患者の経済的課題について明らかにし、具体的解決策についての検討を進める

P39最下段にあるように、がん患者・経験者、その家族等の生活の質を向上させるために、経済的な課題等を明らかにし、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について、引き続き検討していただきたい。3期の基本計画の就労では傷病手当金の分割支給が可能になった。今後については、継続した治療による医療費や医学の進歩に伴う高額な治療が生活を圧迫すること等、経済的課題について継続して議論し、具体的解決策に結び付けることが必要である。

○アピアランスケアについては、先述の緩和ケア同様、認知度や質の向上と同時に、緩和ケアを知っていても知らなくても、適切に必要とするすべての患者に届く仕組みを構築いただきたい

【ライフステージに応じたがん対策】

○AYA世代の在宅療養支援制度の策定

P46の最初にあるように、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の充実に向けて、課題等について実態把握と、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備については喫緊で対応すべきと考える。

40歳未満であるAYA世代は介護保険が使えず、自宅で療養する際に、介護用ベッドや訪問介護サービスを利用しようとする、自己負担が高額になる。いくつかの自治体でAYA世代のがん患者の支援策として小児・AYA世代が在宅療養をする際の費用を助成する制度はあるものの、まだまだ数は少なく地域間格差が生まれている。財源や国と自治体の分担等、難しい課題もあるが、今苦しんでいる患者にフォーカスし、誰がいつどうするかについて、具体的に議論していくべきではないか。AYA世代のがん患者が金銭的な理由で、在宅療養をあきらめなくても済むような環境を整えていただきたい。

(続く)

資料9 「がんとの共生」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

(続き)

○AYA世代のピアサポート特有の課題に対応できる医療者サポートグループの必要性（相談支援及び情報提供の項目にも関連）
AYA世代は患者も相談内容も多種多様な上、ピアサポーター側もライフステージの変化の激しい当事者であるため、安定及び持続可能なピアサポートの提供が難しい。AYA世代のピアサポート特有の課題やニーズに対応でき、ピアサポーターのサポートと成長を促せる、受け皿としての医療者によるサポートグループが必要ではないか。

以下、主に小児がん関連意見

○P46に記載されている、小児の緩和ケア、在宅療養環境は、特に患者及び関係者の精神面のケアも含めて対策が喫緊の課題である。実態把握を早急に行い、地域格差の無い支援体制の強化をお願いしたい。検討するという文言にとどまらず、支援をすぐに強化していただきたい。

○P45「教育支援充実の観点から、医療従事者と教育関係者との連携に務めるとともに」とあるがここに「医教連携コーディネーター」という表現を明確に入れていただきたい。

○P45「長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討する」とあるが、具体的に何を検討するのか明確にしていただきたい。検討だけでなく、一分一秒でも早く患者や患者家族に支援届けることを意識したアクションをお願いしたい。

○小児がん拠点病院の集約化・均てん化の目的は治療成績の向上であるはず。よって、成人になる小児がんサバイバーが増えるのだから、当然移行期支援を並行して進めるべきであったはず。検討にとどまらず、早急に実施いただきたい。

○小児（15歳まで）・AYAの中でも若年AYA世代（高校生から大学生世代）は、思春期であることや、就労や大学受験などライフステージの大きな節目のため特化した支援が必要ではないか。

○小児がん支援においては、治療・療養中の患児患者に加えて、家族への支援という観点も必要である。よって「きょうだいも含めた家族支援」という文言を入れていただきたい。特に小児がん治療中の親は若年（20歳代、30歳代）であることが多い。