

第86回がん対策推進協議会

資料4

令和4年11月30日

第4期がん対策推進基本計画（案）について 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

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	<p>『誰もが正しくがんを知り、“つなげる つながる”がん医療で自分らしく生きられる社会へ』</p> <p>※つなげる・・・情報の均てん化と格差の是正 治療につなげる 自分らしく生きられるよう医療・制度など数々の支援に切れ目なくつなげる 医療の研究・進歩にもつなげる</p> <p>*つながる・・・患者・市民参画の推進 検診等予防含めて自分ごと化してもらうために「大人のがん教育」含めてつながることそして、患者自身も医療に患者支援につながるように促す意味を込めている。制度も準備しているのにつなげられない人がいる。これも課題。自発的な流れを患者本位という言葉から離れ、上から目線に見えずに、理解しやすく難しくもなく、自然にキーワードして溶け込んでもらいたく『つなげる つながる』をキーワードにしてはどうかと提案したい。</p>
石岡 千加史	<p>全体目表：</p> <p>案1：国民全てが満足できる（する）がん医療と社会基盤を構築する。</p> <p>案2：国民全てが満足できるがん医療と社会基盤を国が構築する。</p> <p>意見</p> <p>「国民全て」：格差是正、誰もが、多様性、社会的・文化的背景の違い等の条件を包括する。</p> <p>「満足する」：いつでも、どこでも、切れ目ない、自分らしく等の条件を包括できる。</p> <p>キャッチコピーは短い方が良い。</p> <p>構築する責任はあくまで「国」であり、患者や市民では無い。この基本計画は「国の責任で策定した」との覚悟も示せる。</p> <p>分野別目標を含め第4期計画案の目次構成について→別紙に意見を記しました。</p>
小原 眞知子	<p>全体目標に関しては、「自分らしく生きられる社会」</p> <p>全体目標に関しては、概ね賛成です。「自分らしく生きられる社会」に関しては前回のご意見のあったように「ウェルビーイング (well-being) を実現できる社会」にしてはどうか。ウェルビーイングに関しては、1946年のWHO憲章前文にも登場して以来、WHOの様々な領域で用いられている。また、SDGsのゴール3の「Good Health and Well-being」が示されており、健康と密接に関連していることがわかります。日本語では、「安寧」「良好な状態」「福利」などと訳されています。ウェルビーイングは肉体的、精神的、社会的すべてにおいて満たされた状態を指すことから、今回の第4期全体の概要からも、この文言若しくは日本語でわかりやすくした文言を入れることを提案します。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
黒瀬 巖	P3の3.について、「地域社会で生活していく中で、環境を整備する。国と地方自治体、がん患者を、、、」とありますが、関係学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等の他に、「地域のかかりつけ医機能と多職種連携・地域包括ケアシステムなどを支援する医師会など医療関係団体」を加えた方が良いと考えます。
土岐 祐一郎	<p>P3：2. 医療の提供のところが、記載が他の分野に比べて少なく、診療体制の話が大半をしめている。「がん医療の質の向上」に含まれるのかもしれないが、ゲノム医療、免疫療法など最新の癌治療を促進することを個別目標にすべきではないか？また、癌そのものの治療ではない緩和ケア・支持療法など身体的精神的苦痛を医療介入により改善することも目標の一つであると感じる。</p> <p>P3：医療の提供に「持続可能」という文言を入れたことは素晴らしいが、国民の多くは増大する医療費のことを心配しており、持続可能というとまず医療費の問題を想起する。しかしながら実際の本文には経済的観点からの記載は乏しく、持続可能が何を指しているのかわかりにくいと感じる。</p>
中釜 斉	全体目標の「・・・、納得できるがん医療を受けられ、・・・」の部分は「・・・、納得できるがん医療に参加し、・・・」としてはどうか。がん医療は患者・家族、医療者、行政など様々な主体がそれぞれの立場から関わり創りあげるものとして考える必要がある。
久村 和穂	<p>全体目標について 全体目標（案）は、がん対策の主旨を国民に分かりやすく伝えることができるよう、簡潔な文章にすると更に良いものになると思われるが、資料2、4頁に記載された全ての要素を含めることは非常に難しい。第3期の全体目標はシンプルな文で分かりやすいが、「がんの克服を目指す」という部分について、がんの根治治療・治癒を目指すという印象を受けてしまう人も少なくないのではないかと考える。「がんの克服」の意味するところは、がんの治癒だけではなく、がんやがん治療による心身の苦痛の克服やがんによる偏見・不利益や様々な格差（例：地域格差、健康格差、情報格差、経済格差）の克服、すなわち、「がんとの共生＝がんを負けない社会をつくる」ことも意味していることが、より明確に伝わるように改訂したらどうかと考える。例えば、「全ての国民が正しくがんを知り、がんの撲滅（または、征圧）とがんによる苦痛（・格差）の克服を目指す」、あるいは、「全ての国民が正しくがんを知り、がんを負けない社会をつくる」など、多くの人に分かりやすく簡潔な文章にする方が良いのではないかと考える。</p> <p>分野別目標について 1のがん予防に関する文章の3行目「全ての国民が利用しやすい検診体制を構築し、」（*下線部を追記）とし、障害の有無、性別・年代、雇用・経済状況、文化的背景等に関係なくすべての国民が、がん検診が受けられるよう環境整備を一層推進すること＝「誰も取り残さないがん検診」を目指すことを強調してはどうかと考える。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
松田 一夫	<p>資料 1 P3 第 1 全体目標と分野別目標 1行目 がん患者を含めたすべての国民が、がんの克服を目指し、 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ～がんを知り、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～ 上から 3 行目 すべての国民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を構築し、・・・</p> <p>資料 2 P2 「誰もが」を明記して、がん対策のあらゆる分野において、誰一人取り残さないという視点は極めて重要であり、第4期計画の肝である。 P4 全体目標 誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん検診・がん医療・支援を受けられ・・・</p>
谷島 雄一郎	<p>「誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん医療を受けられ、多様な人がそれぞれの幸せを実現できる社会を、全ての国民でつくりあげる。」としてはどうか。 （理由・背景）前回協議会で申し上げた通り、健康日本21のビジョンにもある「格差を是正し、誰一人取り残さない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」が次代のキーワードであり、本計画においても発信すべきメッセージであると考えている。 「自分らしく生きる」は、Well-beingの形のひとつに過ぎず、一部では個性や才能による格差を助長し、生きづらさを感じる人もいる表現であるとの声もある。よって「自分らしく生きられる社会」よりも、より包括的かつ多様性を意識した「多様な人がそれぞれの幸せを実現できる社会」の方が相応しいのではないかと考える。</p> <p>ロジックモデルについて ロジックモデルは第3期計画との大きな違いであり、国民すべてが計画を具体的にイメージし、進めていく上で重要な役割を果たすものと捉えている。よって項目、指標、用いるデータソース等、本当にこれで適切なのか、十分な議論が必要ではないかと考える。 ロジックモデルは、今後、第4期基本計画策定後も議論しアップデートしていくものなのか。それとも、基本計画と共に今年度中に個別の項目や指標、用いるデータソースも確定させるものなのか。また、がん対策推進協議会だけでなく、関連する様々な検討会・ワーキンググループでも議論されているのか。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

石岡委員
別紙

★石岡の目次の修正案：現在の案の目次立ては第 3 期引き継いでいる。第 85 回で意見を述べたように、国民に広く「新しくなった」と印象づける見出しにすべきと考える。第 3 期の見出しは第 2 期から改善されており、現在も基本骨格はそのまま良いと考えるが、計画内容を十分考慮した上で用語を少し変更し、目を引くように工夫してはどうか。赤字=削除、青字=挿入、イタリック体=修正意見

目次

はじめに	1
第 1 全体目標と分野別目標	3
1. 疫学（科学）的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	3
<p>（修正意見：がん予防やがん検診はそもそも「科学的」。しかし、いかがわしい予防法や検診が横行しないようにとの意図で付けた用語だったと思う。「科学的根拠に基づく」は専門家が良く使用する「evidence-based（科学的）根拠に基づく」のことであるが、国民には「疫学に基づく」（科学の中の疫学的データが根拠なので）や「科学に基づく science-based」のほうが馴染みやすい（理解しやすい）。第 4 期はより簡潔に「疫学に基づく」または「科学に基づく」ではどうか。）</p>	
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	3
<p>（修正意見：医療は元々患者中心。患者をないがしろにする医療が横行しているとの懸念から第 3 期にはそうなっていたが、すでに患者本位は定着した。敢えて患者本位と書かなくて良いのでは。加えて、「患者本位」は英語で patient-centered。PubMed 検索によれば、海外では patient-centered care として医療の一部として使われることが多く、医療全体を「patient-centered」と考えるのは必ずしも一般的では無いようである。また、第 4 期は新しいキャッチコピーとして「持続可能な」を入れるので併記はくどい。第 3 期では「患者本位」の意味するところの説明が見当たらないこともあり、第 4 期では下記の様に 2 の③に記載してはどうか。）</p>	
3. がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	3
<p>（修正意見：1 と 2 は「がん」が入るが、3 には無い。大項目なので「がん患者」と特定した方が良いと考える。）</p>	
第 2 分野別施策と個別目標	5
1. 疫学（科学）的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	5
(1) がんの 1 次予防	5
① 生活習慣について	5
② 感染症対策について	7
(2) がんの 2 次予防（がん検診）	10
① 受診率向上対策について	10
② がん検診の精度管理等について	11
③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について	12
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	15
(1) がん医療提供体制等	15
① 医療提供体制の均てん化・集約化について	15
② がんゲノム医療について	16
③ 治療法の質向上と格差是正	
ア. 手術療法、放射線療法、薬物療法および免疫療法	
イ. 緩和ケア	

- ウ. 支持療法
- エ. がんリハビリテーション
- オ.（妊孕性温存療法）
- カ. チーム医療

④患者本位のがん医療	
④手術療法・放射線療法・薬物療法について	16
④チーム医療の推進について	19
④がんのリハビリテーションについて	19
④支持療法の推進について	20
④がんと診断された時からの緩和ケアの推進	21
④妊孕性温存療法について	25

（修正意見：手術療法等の各治療法について、記載内容は質向上と格差是正に関する事なので「治療法の質向上と格差是正」としてはどうか。治療法に関しては一括し、新たに項目立てするのが分かりやすい。第 3 期の「術療法、放射線療法、薬物療法および免疫療法」に関連する記載があるので復活。緩和ケア、支持療法、チーム医療はこの順番で中に。「患者本位のがん医療」について新たにどのようなことを指すのか具体的に記載してはどうか。）

(2) 希少がん及び難治性がん対策	27
妊孕性温存療法はここが良いか？	

（修正意見：「難治がん」が一般的（がん情報サービスも）。「希少がん」は希少性がんとしないと同様に難治性がんとしにくい方がすっきりする。）

(3) 小児がん及び AYA 世代のがん対策	29
(修正意見：「小児のがん対策、AYA 世代のがん対策、高齢者のがん対策」との意図。現状だと、「小児がんのがん対策」と言う意味になる。)	
(4) 高齢者のがん対策	31
(5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装	32

3. がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	33
-----------------------------	----

(1) 相談支援及び情報提供	33
①相談支援について	33
②情報提供について	35

（修正意見：「・・・について」と引きされている事項とされていない事項が混在。「・・・について」はこの際、全て削除するのはどうか。別案は全てに「・・・について」を付ける。）

(2) 社会連携に基づくがん対策	37
(3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）	39
①就労支援について	39
②アピアランスケアについて	41
③がん診断後の自殺対策について	42
④その他の社会的な問題について	42
(4) ライフステージに応じたがん対策	45
① 小児・AYA 世代について	45
② 働く世代（就労世代）について	
③ 高齢者について	46

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

石岡委員
別紙

(修正意見：第 85 回に「働く世代」にも焦点を当てるべきとの意見が合ったので。)

4. がん対策に必要な~~それら~~を支える基盤の整備.....48

(修正意見：「これら」は何を指すか不明確。また、「基盤」はそもそも「支える」ものなので「支える基盤」は冗長。)

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進.....48
- (2) 人材育成の強化.....50
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発.....52
- (4) がん登録の利活用の推進.....54
- (5) 患者・市民参画の推進.....55
- (6) デジタル化の推進.....56

第 3 国を上げてがん対策を~~総合的~~か→計画的に推進するために必要な事項... 57

(修正意見：「計画的」には「総合的」も含まれるはず。以下の項目は国の施策に都道府県と国民が協力し国も財政措置を強化するとの意味があるので、この際「国を上げて」のほうが「総合的」よりインパクトがあると考える)

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化57
- 2. 都道府県による計画の策定.....57
- 3. がん患者を含めた国民の努力58
- 4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....58
- 5. 目標の達成状況の把握.....59
- 6. 基本計画の見直し.....59

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	やはり『遺伝』についての表記がないが、何か理由があるのか？遺伝という言葉を入れることで悪影響が懸念されるのであればそのように書いたうえでどう伝えるかを研究するような表記を加えられないか。遺伝性とわかっていても治療法や予防が確立していない部分もあるが、遺伝性がんはもはや無視していい人数ではない。このあたりも正しく伝えることが今後の制度整備の設計などの礎にもなるのではないかと思う。
石岡 千加史	<p>4頁「・・・喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・・・塩蔵食品の過剰摂取・・・」 →「・・・喫煙（受動喫煙を含む）、飲酒、低身体活動、肥満・・・塩蔵食品・・・」 （因子を併記しているが、一部だけ量的なものを記載するのはバランスが悪い。5頁に過剰量摂取の解説があるので、ここは「過剰」は削除するのが妥当であろう）</p> <p>4頁「・・・喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんの・・・」 →「・・・喫煙は、種々のがんの・・・」 （記載は正しいが、国民に喫煙＝肺がんと思われぬように。別案として「肺がん、食道がん、胃がん、乳がん、膵がんなど・・・」</p> <p>8頁 【個別目表】は未記載。事前説明では他の政策（健康日本21等）との摺り合わせを行うとのことであるが、本協議会が主体的に妥当と考える目標を先に議論しておくべきであろう。</p>
小原 眞知子	<p>病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制整備をがん相談支援センターが窓口になり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備することが、取り組むべき施策に入っているが、拠点病院の多くの患者には予防の視点も必要であるが、主に診断・治療のニーズが高いと思います。がんの予防に関する情報を国民全体に周知するためには、拠点病院だけではなく、幅広く拠点病院以外においても情報提供できる体制整備の推進を図る必要があると考えますので、そのような文言の追記をご検討いただきたいと思います。</p> <p>がん検診受診率に関しては、目標値が50%から、第4期では60%へ、さらに精密検査受診率が90%という数値になっています。今後6年間のロジックモデル全体に関連することから、その目標値の妥当性を明示する必要があると思います。他の施策との整合性から提示しているのであれば、注にその内容を記述し、国民に分かりやすく示す必要があると思います。</p>
黒瀬 巖	がんの二次予防P10及び精度管理P11～12に関して、職域検診の受診率向上や精密検査受診率など精度管理向上には、産業医及び地域の産業保健センターの関与と協力が欠かせないと考えます。

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷口 栄作	<p>○P10 受診率向上対策について、取り組むべき施策の 1 段落目に「がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する」とあるが、マイナンバーを活用し、対象者にピンポイントでプッシュ型の受診勧奨ができるような仕組みづくりを検討していただきたい。（P56 デジタル化の推進とも関連）また、そのような仕組みをもって、マイナンバーが自身の健康管理に役立つという事例を国民に周知していただきたい。</p> <p>〈がん予防〉 〈がん医療〉 3 分野に関連すること 〈がんとの共生〉</p> <p>○都道府県がん診療連携協議会が中心となった都道府県の連携ネットワークの構築に加え、より住民に近い立場での連携体制として、地域がん診療連携拠点病院が中心となった地域での連携ネットワークの構築が必要と考えることから、がん相談支援センターのある拠点病院等を中心に、地域の中核病院や医師会、保健所等と連携し、二次医療圏の予防・医療・共生について情報提供や意見交換ができる場が必要ではないか。また、拠点病院等のない二次医療圏については、都道府県拠点病院が参加することとしてはどうか。</p>
土岐 祐一郎	<p>P10：検診受診率の評価の対象を69歳までにしているのは何故か？胃癌大腸癌は高齢になるに従い罹患率は上昇する。70歳以上の受診率も非常に気になる。</p>
松田 一夫	<p>（2）がんの2次予防（がん検診）</p> <p>① 受診率向上対策について P10 （現状・課題）の3段落目 国民生活基礎調査によるがん検診受診率は、いずれの検診においても・・・</p> <p>P10 （現状・課題）の4段落目 職域におけるがん検診には法的な根拠がなく、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いるものであり、・・・。 また、職域でがん検診を受けられない者も少なくない。</p> <p>（取り組むべき施策）</p> <p>1 段落目 国は、がん検診受診率を国民生活基礎調査に代わって、より正確かつ精緻に、またマイナンバーの活用等によって個人単位で把握することができるよう検討する。</p> <p>2 段落目 受診しやすい環境整備など、すべての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に努める。</p> <p>（続く）</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
<p>松田 一夫</p>	<p>(続き)</p> <p>P13 (取り組むべき施策) の 1 段落目 国は、我が国における組織型検診の構築に向け、地域・職域を問わずすべての国民が科学的根拠のあるがん検診を受けられる体制の整備とともに、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。</p> <p>ロジックモデルについて、がん検診の中間アウトカムを評価するためのデータソースである国民生活基礎調査や地域保健・健康増進事業報告は、最終アウトカムを評価するためのデータソースである人口動態統計やがん登録に比べて網羅性や正確性に欠ける。既存のデータソースを利用する第4期計画では仕方ないが、次期計画に向けて国民生活基礎調査や地域保健・健康増進事業報告に代わる新たなデータソースの構築が必要である。</p>
<p>谷島 雄一郎</p>	<p>P8～9「② 感染症対策について (取り組むべき施策)」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、令和4(2022)年4月に再開したHPVワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、HPVワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進する。また、令和5(2023)年4月の9価HPVワクチンの定期接種の開始に向けた準備を進る。<u>め、積極的な勧奨を差し控えた世代や、HPVワクチンの接種対象である若い世代への正確な情報提供を推進する。</u>」 (理由・背景：小児がん経験者からは、寛かいを維持し日常を過ごせているのに、ワクチンの副作用で障害をかかえてしまったらとの恐怖が強く、キャッチアップ接種に消極的との話も聞く。健常者若者も同様に副作用の不安が根強くある。そうした世代は今、大学生や社会に出たばかりの環境下で、がん教育やHPVワクチンの正しい情報に触れる機会が無い。「がん対策推進企業等連携事業(がん対策推進企業アクション)」では届かない環境への、更なる啓発が必要と考える)</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	<p>がんと診断されたときからの緩和ケアの推進の項目は評価。緩和ケア=終末期ケアという言葉のイメージを変えてもらえるような取り組みを望む。「終末期ケアに限らず」と一文添えてほしい。そのほか実態の研究、意思決定など治療が終了した患者について書き加えられた表記には具体的な検討を望める表記で同意。</p>
石岡 千加史	<p>16頁「国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした取組を引き続き推進するとともに、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠の収集に引き続き取り組む。」 →「国は、がんゲノム医療を一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした取組を引き続き推進する。また、関連学会等と連携し保険適用となった（がん遺伝子パネル）検査を普及させる（または・・・検査の普及に努める）。」（保険診療で行われているがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）の実施要件は「科学的根拠に基づき」実施される体制が条件になっているので敢えて記載する必要は無いと考えた。）</p> <p>27頁 希少がん・難治性がん →「難治がん」が一般的（国の「がん情報サービス」も「難治がん」）。「希少がん」は希少性がんとしないうと同様に難治性がんとしないう方がすっきりする。 →また、希少がんに注釈を付けたように、難治がんにも注釈を付けるのが良い。</p>
小原 眞知子	<p>緩和ケアの提供に関して、報告書の中には、(p21)には社会的苦痛の文言がありますが、分野別アウトカムの中には、身体的苦痛、精神心理的な苦痛を抱く患者さんの減少となっています。社会的苦痛も、身体・精神心理的側面と切り離すことができないものであり、それぞれの側面が影響して発生するものです。ここに社会的苦痛に関するものを提示して頂けると、報告書と連動するかと思います。例えば、(3002)、(3003)をアウトカム指標として設定するか、新たに調査を加えるなどで提示して頂くことを提案します。</p> <p>チーム医療に関しての課題は拠点病院以外の医療機関の専門チームの設置が課題であるとされています。それに関連した取り組むべき施策は、都道府県がん診療連携協議会での拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の議論を行うとされていますが、「議論」にとどまらず、連携体制整備を推進することまで踏み込んだ記述を提案します。</p> <p>高齢者のがん対策に関する個別目標には、多職種連携の強化とあるが、それだけではなく、高齢者の場合、患者の望んだ場所で適切な医療とは、在宅療養を鑑みると地域の保健医療機関の連携も必要になるので、地域の医療機関・多職種連携の強化することを記載する必要があると思います。</p> <p>高齢者がん対策については、がんの罹患率は高齢になれば高くなることや、高齢者は一般的に65歳以上であるが、年齢の幅が広く、ADL、認知機能、フレイルの状況など多様であります。アウトカムの指標として、現在示されている遺族調査は患者のご家族からの調査であることから、今後患者体験調査の中で65歳以上の方の項目を設定・調査しデータソースに加える必要があるのではないかと思います。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
木澤 義之	<p>p.15 がん医療提供体制等 ①医療提供体制の均てん化・集約化について (取り組むべき施策)</p> <p>国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、当該施設における経年的な比較、および他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。 →加筆しました。経年的なデータがあるとより良いと感じました。</p> <p>緩和ケアについて 診断時の衝撃への対応をすべての医療者が行い、かつ人員配置、外来機能の改善をするという点を盛り込み、「診断を伝える時から患者の気持ちに配慮した適切なコミュニケーションをとることができるようなトレーニングを積む機会を得られるような取り組みを検討する。しかしながらそれでも受けてしまうこれらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対してすべての医療者が初期対応を行うことができ」とすることを提案致します。 専門的な疼痛治療とするとがん以外の疼痛も入ってしまい、また苦痛は痛みだけではないので、包括的な苦痛を対象とした緩和ケアの実施体制の整備が必要なため「拠点病院等は、地域におけるがん診療や在宅ケアに携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、難治性がん疼痛を含めた苦痛に対する専門的な緩和ケアに係る普及啓発及び実施体制の整備を進める。」とすることを提案します。</p>
黒瀬 巖	<p>※がんと共生へのご意見も含む 緩和ケアP21～、社会連携に基づくがん対策P37～38、及びライフステージに応じたがん対策P45～47のためには、地域の実情に合わせた決めの細かい医療提供体制が必要です。個々の(取り組むべき施策)等には「在宅ケアを含めた地域における緩和ケア提供体制」、「地域包括ケアシステムの仕組み、、、」「地域の医療機関やかかりつけ医、、、」の重要性を指摘いただいております。 これらがうまく働くためには関係者個々の育成と関係者間の密な連携が欠かせません。 その点に関して、P50～の人材育成の強化でも「地域の”がん診療や緩和ケアなど医療提供体制を担う全ての人材の適切な育成と向上を、がん拠点病院、地域の医師会が中心となって行っていく」という視点を明記していただくと幸いです。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
茂松 直之	<p>新しい画像誘導放射線治療の推進 これまでのCTによる画像誘導放射線治療では腫瘍及び近接臓器の位置・形状の変化を照射直前および照射中に検知して、即時に再計画することは困難であった。これを可能にするMR画像誘導即時適応放射線治療（MR guided online adaptive radiotherapy, MRgOART）が海外で普及しつつある。これまで生存期間中央値が18か月程度であった膵がんに対して MRgOARTを適用した初期の連続症例30名の治療成績が報告されたが、治療開始後22か月における全生存率が70%程度で、グレード3以上の消化管有害事象は0件であった。今後の切除不能進行性膵がんの標準治療になる可能性がある。 一方、わが国では、MR画像誘導放射線治療装置の導入が遅れており、診療報酬を含めた検討が必要である。</p> <p>放射線治療専門医の不足 がん患者の高齢化により、低侵襲ながん治療である放射線治療への需要増加が予測される。更には、強度変調放射線治療や定位放射線治療、粒子線治療の保険適用拡大から、放射線治療適応患者の増加も見込まれる。一方、全国のがん診療拠点病院（454施設）に勤務する放射線治療専門医の令和3年度総計は821名であり、常勤0名（83施設:18.2%）、常勤1名（177施設:39.0%）と半数以上の施設で1名以下の配置で放射線治療が実施されている。放射線治療専門医1名以下での診療体制では安全性、恒常性、信頼性等の面で明らかに脆弱であり、今後の放射線治療専門医の増加が必要とされていると考える。</p> <p>医学物理面の充実 高精度放射線治療では、先進的な科学技術が数多く応用されている。これを病院で安定的に提供するために、医療と科学技術の双方に対して十分な知見を有する「医学物理士」の活躍が極めて重要である。欧米では理工学部出身の研究者が病院で医学物理士として雇用され、高精度放射線治療およびその技術開発を行っているが、日本では診療放射線技師が従来の多忙な技師業務と兼務するのが一般的である。このような医学物理体制の遅れは、国民が世界最新の治療を容易に享受することを阻んでおり、また本邦発信の技術開発が乏しいことから、外資の高額な放射線治療装置を導入し続ける必要があり、国益を損なう状況が続いている。医学物理士の教育と雇用を拡充し、医師の働き方改革・タスクシフトと連携した新体制を構築することが急務である。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
土岐 祐一郎	<p>P21：緩和ケアは医療という側面と共生という側面と両方がある。今回、医療に移動したことに対して十分な議論が必要である。小児・AYAと高齢者が医療と共生の両方に位置づけられたのに対し、どのような違いがあるのか不明確だと感じる。</p> <p>P22：国による緩和ケアの実地調査や実態調査などの記載が混在しており、やや理解しづらい。</p> <p>P25：妊孕性は国策として推進を始めたところであるが、基本的には小児・AYAに含めるべきでないか？また、妊孕性温存は医療行為であるがその本質は社会生活の維持の一部であり共生に含めるべきではないか？</p> <p>P31：高齢者への医療介入に関してガイドラインに任せるだけで具体性にかける。高齢者への医療介入は、第一に、高齢者の機能評価をして標準的治療に適さない集団を見極める、第二にその集団に対して標準治療に代わる治療を提案する、第三にその集団にフレイル対策を行い、状態を改善させて標準治療等の適切な治療を提供する、であるが、第三の視点が欠けている。支持療法やリハビリの多くは高齢者の治療の忍容性の向上を目的にするものであるため、その点を強調すべきである。</p> <p>ロジックモデルについて 医療（均てん化、集約化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直接的な集約化の指標を中間アウトカムに入れることはできないか？（例）大腸癌手術を年間100件以上行っている施設の割合、 ・1-5：がんゲノム医療のアウトプット指標が中核拠点ではなく、連携まで含めた病院数とした方が良い。患者がアクセスできる病院数が増えないと意味がない。 <p>医療（各治療法）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1-1：内視鏡手術は今や殆どの病院で行われている。ロボット支援手術を実施している病院数の方が適切である。 ・2-1：癌の手術で30日以内は殆ど存在しない、安全な医療が提供できていることを示すには90日以内死亡率の方がよい。もしくは術後在院日数は安全性の指標になるが、国民には長いのか短いのかイメージしにくいという弱点もある ・2-2：術前化学療法が増えているので「診断から手術までの日数」は不適切である。ステージ0、1に絞れば「診断から手術までの日数」はタイムリーな医療の提供と言えるかもしれない。それが医療の質を反映するとは思えない。 ・手術に関して：医療の質に関係するとしたら、「施設の手術成績（5年生存率）もしくは手術数をHPに公表している割合」、「外保連試案技術難易度DEの手術の実施割合」などが手術の質に関係するのではないか？

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村 和穂	<p>(1) がん医療提供体制等、⑤がんのリハビリテーションについて (取り組むべき施策) について「入院に加え外来や在宅においても」(20頁最終行)と追記しては如何か。在宅で療養されている患者さんが、訪問リハビリを受けられるようになると、療養生活の質に良い影響を与えるだけではなく、ご家族の介護負担の軽減にもつながる。拠点病院を退院した患者さんが自宅でも継続的にリハビリが受けられる体制を整えることは、スムーズな療養の場の移行という意味でも重要である。また、緩和ケア・終末期ケアにおいても、リハビリは重要な役割を果たしている。がんリハビリテーション研修会の受講者を、在宅医療や訪問リハビリ事業所のスタッフにも広げていく取り組みも含めて、がんリハビリテーションを一層推進していくと良いと考える。</p>
前田 留里	<p><支持療法の推進について> OP21専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合は、令和3(2021)年度で56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%となっており、いずれも増加しているが、リンパ浮腫は半数強にとどまり、他施設からの患者受け入れはさらに少ない。対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施など、適切な診療体制の整備が求められる。 (取り組むべき施策) P21国は、患者が、治療に伴う副作用や後遺症への見通しを持ち・・・としていただきたい。</p> <p>ロジックモデルについて <支持療法の推進> リンパ浮腫研修の受講者数や外来設置数ではリンパ浮腫の患者にどれだけ治療に繋がったか測れない。リンパ節を郭清した患者数の把握と治療に結びついた数をレセプトから抽出し、リンパ浮腫の原因となる治療(手術や放射線等)の見直しと支援の状況を明らかにしていただきたい。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	<p>P16「②手術療法・放射線療法・薬物療法について（取り組むべき施策）」において、「ガイドラインの更なる充実と随時改定を進める」旨を記載いただきたい。特に患者にとって道標の少ない希少がんにおいてはどこに繋がればいいのかという相談先の明確化と、どう治療を進めるのかのガイドラインの充実が重要である。</p> <p>よってP28「（2）希少がん及び難治性がん対策（取り組むべき施策）」においても、下線部を追記いただきたい。 「国及び都道府県は、患者及びその家族等への情報提供の更なる推進のため、すべてのがん種について、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供と相談支援体制の構築、ガイドラインの作成を推進する」</p> <p>さらに、個別目標、またはロジックモデルにおいても、ガイドラインの充実を測る指標（絶対数またはがん種に対する作成率等）を取り入れることを検討してはどうか。</p> <p>また、P27「（2）希少がん及び難治性がん対策（現状・課題）」において、「希少がんについて、国は、平成 30（2018）年に国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置づけ、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげる対策を講じている。」と記載されているが、すべての患者がどこに繋がればいいのかわかるようにするべく、ロジックモデルにがん情報サービスで公開している専門病院とがん種の数を入れていただきたい。</p> <p>P16「2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供（1）がん医療提供体制等 ④がんのリハビリテーションについて（取り組むべき施策）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来地域の外来や在宅においても、効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備を推進する。」 （理由・背景：病院内でのリハビリテーションの目的は、「日常生活が送れる」所までである。学校での生活上、仕事上での動作でリハビリが必要な場合は、地域でのリハビリテーション施設、もしくは、小児の場合、地域にフォローしてもらえる施設は少ない。小児以外の患者特に高齢者は地域や在宅のリハビリが重要である。効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の推進をお願いしたい）</p> <p>（続く）</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	<p>(続き)</p> <p>P29 「(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策(現状・課題)」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。 「国は、小児がん患者とその家族等が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化集約化と役割分担を小児がん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の中で進めてきた。」 (理由・背景：小児がん拠点病院への集約率は小児がん患者全体の35%程度で、まだまだ少なく、「一部集約化を進めてきた」という表現では、元々そこを目指してきたように取れるため適切ではない。参考 小児がん拠点病院連絡協議会資料 https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/child/liaison_council/20200626/pdf/shiryo1_2.pdf)</p> <p>P30下線部を追記いただきたい。「国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、治験の実施(国際共同治験への参加を含む。)を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業、審査機関等と連携した研究開発を推進する。」 (質問：文頭の「国は」にはPMDAも含まれますか)</p> <p>P30【個別目標】に以下下線部を追記いただきたい。 「小児がん患者及びAYA世代のがん患者やその家族等が、適切な情報が得られ、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに小児がん領域での研究開発を進める。 (理由・背景：小児・AYAがんにおいて、地域に拠点病院があるにも関わらず、中央とのたらい回しにあい、未だに適切な治療に繋がれないケースが患者コミュニティより聞かれる)</p> <p>ロジックモデルについて #10 がん医療<希少がん、難治性がん対策の推進> 治療開発とガイドライン作成の進捗が測れるような指標を入れていただきたい。(例えばガイドラインの数やがん種に対する作成率、適切な改定がなされているか等) #11 がん医療<小児がん・AYA世代のがん対策の推進> 「治験実施(国際共同治験への参加含む)を促進する方策検討、研究開発推進」の項目が希少がんにも欲しい。</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	<p>追記いただいた内容を評価。そのうえで非正規フリーランスなど働き方も多様化していることからP36下段 国は、就労支援の更なる充実に向けて、さまざまな就労形態におけるがん患者の離職と就労の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する を追記。さらに産保センターは要と言えるが両立実現に伴う課題の多くが患者よりも周りの無理解と誤解であることから官民合わせて支援していくことが肝要。P36下段。国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業における支援体制等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センターや民間団体等の活用や助成金等に支援、普及啓発について検討する。</p> <p>P49中段。国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービス や拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者や患者を取り巻く家族や市民が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。P50上段 事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんや仕事との両立・がんとの共生に関する正しい知識を得ることができるよう努める。【個別目標】国民ががんを正しく理解し、がん予防や早期発見・治療の重要性を認識するとともに、がんとともに生きるために必要な知識を得ることを目指す かどうか。</p> <p>ロジックモデル 「高齢者」 がん医療の実態把握が入っていることを評価。どのように家族や本人が意思決定したのか、意思決定するための材料を提示するためには●●のような状況のとき、●●のような決定をした人がどれくらいいて、●●のような決定をした人が●●いる、など【その内容・項目】が網羅されていてほしい。決して、個別の状況を踏まえた対応をした拠点病院の数では測れないと思うのだからいかか？ 「相談支援・情報提供」 がん患者はがんに対して正しい認識を持てること、とあるが、患者だけに限るのが正解かどうか。 「社会連携」 ピアサポーターの認知度向上だけ若干ここにあるのが違和感。社会連携とはいえるけれども次のアウトカムとつながりづらい気がするがどうか。ここでも量も質も問われるべきだがこの指標でよいのか。「相談支援・情報提供」にも表記あるのでまとめてよいのか。むしろ、「社会連携」の文脈だと、相談できるべき医療従事者・在宅コーディネーター・ソーシャルワーカーなどへのつながりのほうが妥当か。</p>
小原 眞知子	<p>その他の社会的な問題に「経済的課題の把握と利用可能な施策についての周知や課題解決に向けた施策の検討」を個別施策に加えて頂けたことは評価できます。アウトプット指標は、都道府県がん診療連携拠点病院51箇所などのがん相談支援センターで経済的課題の相談件数など、相談内容がまとめられていると思うので、それらの情報を収集し分析することでデータソースとして活用できないかと考えます。ここから紐づく中間アウトカムが示されていないので、現在示されている項目以外に別途項目を立てる必要があると考えます。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

木澤 義之

p.30 (1) 相談支援及び情報提供 ①相談支援について
(取り組むべき施策)

拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、**地方公共団体および関連団体と共に**、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。
→ (加筆) 自施設に通院していない患者の対応については地域ぐるみで取り組まないと混乱を生む可能性があるためこのように加筆しました。

p.34 (2) 社会連携に基づくがん対策
(取り組むべき施策)

拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、**緩和ケア及び訪問診療・訪問看護等へのアクセスに関する情報提供のあり方**について検討する。
→ (加筆修正) より具体的な記載が望ましいと考え加筆しました。

拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、訪問看護ステーションや介護施設・薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、**拠点病院等を中心として地域包括ケアシステムを活用した施設間の連携・調整を担う者の育成**に、引き続き取り組む。
→ (加筆修正) 地域包括ケアとの協働を意識したほうが良いと考えて加筆しました

P.42 ①小児・AYA世代について
(取り組むべき施策)

国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの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、関係省庁と連携して検討する。
→ (意見です) 特に病院入院中の小児がん患者への専門的緩和ケアの充実が重要と思っています。在宅の支援はリソースが増えてきており後は質の問題になってきていますが、入院中の患者については緩和ケアチーム登録データからも小児患者への介入件数はここ10年変化がないことが課題と感じています(この5年間で年間のコンサルテーション件数は400件程度と変わらず、終末期に痛みのある小児がん患者の20%に介入しているに過ぎません。Yotani N, et al. J Pain Symptom Manage 2018;56:582-587)。まずは実態調査を、施策として今後の提供体制の整備を考えていく必要があると思っています。

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
齋藤 朋子	<p>身体的苦痛だけでなく、社会的・精神的苦痛を受けることがないように、がん医療の分野だけでなく、がんとの共生の分野についても引き続き、「緩和ケア、支持療法、ピアランスケア、相談支援センター」について記載いただきたい。医療者を含めた多職種で、さらには地域で連携して、患者とその家族に情報が提供されることが望ましい。</p>
久村 和穂	<p>(1) 相談支援及び情報提供 ①相談支援について (取り組むべき施策) 30頁、下から4行目「国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築について検討する。」とあるが、ここは「国は、拠点病院等と地域統括相談支援センター、民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築を推進する。」(*下線部は追加・改訂部分)として既存の公的機関のリソースと民間団体等を含めた相談支援ネットワーク化の推進について明記しても良いのではないか。前文中の「多様化・複雑化する相談支援ニーズへの対応」や「持続可能な相談支援体制」を整備するためには、業務内容が広範かつ人員が限られる相談支援センターのみでは限界があり、他の社会資源との連携強化は不可欠と考える。また、直後の文章(患者団体、社会的人材リソース)と次段落の文(相談員からピア・サポーターにつなげる仕組み)の中で、具体的な連携体制の整備について検討すると述べているので、連携体制を構築していくという方向性は明らかであり、重要な施策と考える。</p> <p>(2) 社会連携に基づくがん対策について 今後、高齢世帯や独居のがん患者・がんサバイバーの増加が予想されることから、がん患者が地域社会の中で尊厳を持って安心して暮らすためには、医療連携(医療機関や医療者間の連携)に加えて、医療以外の日常生活・社会生活に関わる分野(例：介護・福祉事業者、行政機関窓口、配食サービスや安否確認サービスを行う事業者、法律専門家・社会保険労務士)や地域住民の理解・協力を含めた社会連携の整備や充実が一層必要となる。このセクションでは、緩和ケアの医療以外の部分(例：心理社会的ケア、遺族ケア)を含めて、社会連携や社会的支援の重要性をより明確に伝えられたら良いのではないか。がんに罹患したことで、あるいは、がん治療を生活圏外の医療機関で受けることで、患者やその家族等が強い孤独感を抱いたり、社会的に孤立することがないような地域社会を作ることは、がん患者の自殺予防にもつながり得ると考える。</p> <p>上記の考えを施策として文章に表現するのは大変難しいが、一つの案として、(取り組むべき施策)の2段落目、「拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。」という部分について、「拠点病院等は、当該地域の実情に合わせて地域包括ケアシステムに関与し(あるいは、「地域包括ケアシステムとの連携(統合?)を図り)」、「地域包括支援センター、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応と共に、がん医療・緩和ケアに関する知識や医療提供体制、相談支援センターやピア・サポーターなどの社会資源を含めて、地域の医療介護福祉関係者との情報の共有に取り組む。」(*下線部を修正・追加)など、もう一步踏み込んだ内容を盛り込むことを検討としては如何だろうか。地域包括支援センターは地域包括ケアシステムの要となる機関であり、地域の介護福祉・生活支援・住まい等に関わる情報を把握しており、資料4、12頁の「#14共生<社会連携>」の中間アウトカム指標には、「ピア・サポーターの認知度」が含まれている。</p> <p>(続く)</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村 和穂	<p>(続き)</p> <p>また、令和4年8月1日厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」10頁、Ⅱ 地域がん連携拠点病院の指定要件について 2診療体制 (1) 診療機能 ④地域連携の推進体制 キ「当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年 1 回以上設けること。」という内容と整合性のある書き方が適切かもしれない。実際のところ、がん医療やがん患者とあまり接点のない介護福祉従事者は、がん医療や緩和ケアに関する知識や地域のリソースに関する活用方法を知る機会が殆どなく、その結果としてがん患者・サバイバーやその家族等が必要としている情報や支援が行き届いていないのが現状ではないかと考える。</p> <p>上記の内容に合わせて「個別目標」を「地域における医療機関や介護福祉関係者等との連携や、医療従事者と患者・家族等とのコミュニケーションにより、患者・家族等がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療や緩和ケア、心理社会的支援を受けることができることを目指す。」（*下線部を改訂・追加）としてはどうか。</p> <p>「社会連携に基づくがん対策」という見出しを、例えば「患者の療養生活を支える社会連携（あるいは、社会支援体制、社会支援ネットワーク）の整備」など、より分かりやすい文言を用いることも含めて検討しては如何かと考える。</p>
前田 留里	<p>P36 その原因は、職場における体制整備や理解の不足が根強くあるとの指摘がある。</p> <p>→その原因は、<u>治療開始前に病院医療スタッフからの説明が足りていないことで患者に支援が繋がらないことや、医学的な問題の指摘がある。</u>ではないか。</p> <p>しくみや窓口はあるが必要としている人がそこに繋がっていない。確実に（100%）繋がる仕組みを作ることこそ必要。就労支援の中心は「患者」。「患者からの申し出で両立はスタートする」ため、就労支援に携わる者への施策や企業教育より、がんと診断された患者への早期の情報提供やエンパワーメント支援を優先すべき重点施策にしていきたい。</p> <p>また、医学的要素（薬物療法による影響など）も離職の原因になっているため、医療者の支援がさらに必要。</p> <p>具体的には、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①患者全員にアセスメントシートで懸念や不安をキャッチし確実に専門職へ繋げるシステム作り（診断時にひとりぼっちにさせない）。 ②中小企業への経済的支援（治療と仕事の両立支援助成金は2022年11月9日公表でストップになっています） ③企業教育は、非正規雇用者や扶養家族などの健康格差の是正や受動喫煙の防止に取り組むなど、企業内で誰も取りこぼさないがん対策、両立支援を検討して頂きたい。 <p>なお、医療機関でのアセスメントシートに仕事のほか、痛み、アピアランスケア、妊孕性、心の不安など一度に聞き取れば（治療のタイミングごとに）、必要とする専門職に必要な時に確実に繋がられ、緩和ケアやサバイバーシップのそれぞれの問題にも同時に支援が届くのではないかと。</p> <p>(続く)</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
前田 留里	<p>(続き)</p> <p>ロジックモデルについて # 13共生<相談支援・情報提供> 1-4 病院と連携している患者団体の数では、連携せずとも登録しているだけで好きな数を言える。連携を取っているということは、年に1回以上の会議の機会を設けていることや、患者会へ案内した人数の報告など実情が測れる指標の検討していただきたい。</p> <p># 15共生<サバイバーシップ> 2-3「治療開始前に就労継続について説明を受けたがん患者の割合」を上げるためのアウトプット指標になっていない。1-2相談支援センターの相談件数を測るだけでは意味がない。アクションに向けて「医療者調査」で患者に就労継続の説明をしたかの調査をし、それを上げる施策にしていかなければ結果が変わっていかない。</p> <p># 16共生<ライフステージ> ①小児、AYA世代について 2-1、2-2、2-3など、「話があった」「制度を利用した」「支援を受けた」と、患者家族が「満足のいく学びや復学ができたか」は違うと思う。3-2就学の継続についての事実だけでなく、その状態を患者家族が希望したものか、満足しているのかを測って、満足度を高める施策にしてほしい。 また、3-1家族の支援として、親の就労支援や経済的困難などを調査もし、少しでも改善に繋げていただきたい。</p> <p>②高齢者 2-7家族の介護の経済的負担の原因にもなる、介護保険の利用率の調査（40～64歳、65歳以上）をしていただきたい。</p>
松田 一夫	<p>(1) 相談支援及び情報提供 P31 情報提供について 下から5行目 国は、すべての国民に対して、がんの原因、がん検診、治療法、治療および共生に必要な緩和ケア、受けられる支援に関して情報提供に努める必要がある。がん患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供のあり方について検討する。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
森内 みね子	<p>(4) ライフステージに応じたがん対策</p> <p>①小児・AYA世代について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (P46) (取り組むべき施策 4段落目の2行目) 「在宅療養環境等の体制整備」の例示として、「<u>看護小規模多機能型居宅介護への医療保険の適用等</u>」と追記いただきたい。 <p>若年層のがん患者は、訪問看護による居宅での支援を受けることはできるが、介護保険サービスである看護小規模多機能型居宅介護(看多機)の「通い」「泊まり」のサービスを利用することができない。重度な状態にある人のケアニーズは、世代を問わず共通している。訪問看護同様、医療保険でも介護保険でも看多機を利用できるよう、制度面での対応が求められる。</p> <p>②高齢者について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (P47) (取り組むべき施策 1段落目の2行目) 「在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等」と追記いただきたい。 <p>特に人生の最終段階に、在宅での療養を支えるために訪問看護が果たす役割は大きい。地域の資源のひとつとして訪問看護をより有効に活用していただくためにも、明記してほしい。</p> <p>【個別目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (P47) 【個別目標】について、高齢のがん患者だけでなく、小児・AYA世代に対しても「<u>療養環境への支援</u>」の記載を追記いただきたい。
谷島 雄一郎	<p>P39～41 「(3) がん患者等の社会的な問題への対策(サバイバーシップ支援) ① 就労支援について」において、非正規雇用、及び非正規雇用や自営業・フリーランスの方々への支援が抜け落ちている。(取り組むべき施策)のところに「非正規や自営、フリーランスを含む」と加えるか、せめて(現状・課題)のところでここに対する対応が未だなされていないことを記載し、今後の検討へ進めていただきたい。「格差を是正し、誰一人取り残さない」社会を目指すうえで、国民への強いメッセージとなると考える。(コロナ禍では非正規や自営、フリーランスへの支援が薄いことに対し政府への批判があった)</p> <p>P40、41 「①就労支援について(取り組むべき施策)」において、助成金等の支援策について、自治体先行事例について検証し、アップデートを加えて取り入れることの検討についても言及いただきたい。</p> <p>P45、46 「(4) ライフステージに応じたがん対策 ①小児・AYA世代について(現状・課題)」において、以下下線部を追記いただきたい。</p> <p>「また、小児期にがん罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。また、就労の困難に加えて小児慢性特定疾病医療費助成制度が20歳で途切れることによる、経済的負担が課題となっている。」</p> <p>(続く)</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

谷島 雄一郎

(続き)

P46 「(4) ライフステージに応じたがん対策 ①小児・AYA世代について(現状・課題)」において、以下下線部を追記いただきたい。

「さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、**小児・AYA世代の在宅医療の環境整備が求められている**。AYA世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者及び家族の身体的・精神的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体や民間団体等も複数存在しているが、その実態については明らかではない。」

(理由・背景：小児においてはホスピスの整備が非常に遅れている。小児のホスピスケアは、成人の医療的ケアを含むホスピスケアと異なり、遊んだり、毎日の日常を家族と共に過ごしなが、終末期においても成長できる在宅や地域での環境が必要である。病院内ではない、独立した小児ホスピスは日本には2つしかなく、民間団体が民間資金や地方自治体の支援により設立運営している。AYA世代においては、介護保険が受けられず、在宅支援が非常に手薄である。)

P46 「(4) ライフステージに応じたがん対策①小児・AYA世代について(取り組むべき施策)」において、**以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。**

「国は、教育支援の充実に向けて、**各地方公共団体の取り組みなどを参考に**、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に**教育を必要とする患者とその家族が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備**を行う。また、情報技術(ICT)を活用した遠隔教育について、**健康への影響も含めた課題等**を明らかにするため、実態把握を行う。」

(理由・背景：ICTを活用した遠隔教育が進むことは非常に有難い。ただその裏側で、視力の低下等も指摘されているため、接触時間等、平行して検討を進める必要がある。)

「国は、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、地域の事情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制や**検査体制等、のまた、その経済的負担に関する相談支援も含めた**医療・支援のあり方について検討する。」

(厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究よりhttps://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20EA1022-sokatsu.pdf)

「国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備**及び民間団体の活用**について、関係省庁と連携して検討する。」

(続く)

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	<p>(続き)</p> <p>P47【個別目標】「小児・AYA世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ、移行期等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。」 (理由・背景) 長期フォローアップの中でも特に小児科から成人科への移行が現在課題となっている。成人科の医師にとって、小児がんは超希少疾患であり、情報が極端に少ない。研修の強化などが必要。</p> <p>ロジックモデルについて #17 共生<サバイバーシップ> 就労について。中小企業での指標として例えば産業保健支援センターの利用実績や助成金の活用数等を活用することで、より実態が見えてくるのではないかと。</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	患者体験調査へのデータ依存が大きいのでどのような形でこれを実現させるのか、次世代型の患者体験調査のやり方方法を計画の中に書き加えておく必要があるのではないか。（患者市民参画のロジックのもと）
石岡 千加史	<p>32頁 「国は、最先端医療迅速評価制度、患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的な根拠に基づき、引き続き推進する。」 →「国は、医薬品医療機器法等に基づき、がん研究の成果の実装を推進する。がん研究者等は成果の速やかな実装を目指し患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用する。」 （「患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用」するのは国？研究開発者？後者と考えると修正案を提示した。）</p> <p>52頁 子どもに、「遺伝性がんも含めた・・・」 →「遺伝性腫瘍（しゅよう）も含めた・・・」 （一般社団法人日本遺伝性腫瘍学会は、一般の方向けに「遺伝性腫瘍」という用語を使用しています。）</p> <p>53頁 「国民ががん予防や早期発見の重要性を認識する・・・」 →「国民ががん予防やがん検診による早期発見の重要性を認識する・・・」 （この基本計画ではがん予防とがん検診がセット。）</p>
木澤 義之	<p>・緩和ケアを担う人材が全体的に不足しています。特に医師の不足により拠点病院を中心とした緩和ケア体制構築に支障がでており喫緊の課題となっています。また、大学によっては緩和ケアの専門家を養成する材が不足していることも大きな課題です。以上より計画に緩和ケア専門家の人材育成に関する記載を追加すべきではないかと考えます。</p> <p>・また、実際の育成にあたっては、「どの程度の育成が必要か」を把握した上で、具体的な方略を考えるべきだと考えます。</p> <p>・また、全ての医療従事者が緩和ケアに関する基本的な能力を習得するために、大学等医療機関と地域の病院が人事連携することにより、緩和ケアに関する学部教育および初期教育に力を入れ、すべての医療者が緩和ケアを当たり前提供できる体制の構築について検討する必要があると考えます。</p>
黒瀬 巖	<p>P50、51 がんゲノム医療は今後極めて期待される分野ですが、その適切な普及のためには「必要とする誰もが、必要な時に受けられる」ことが必要です。一方で、わが国では少子超高齢社会で“担い手”も減少する中、負担と給付の問題は避けて通れません。コストの効率化の視点を踏まえたがんゲノム医療の発展普及のための政策を期待しています。</p> <p>（続く）</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
黒瀬 巖	<p>(続き)</p> <p>P52、53 またこういった医療の進歩により、生活習慣と発癌だけではなく遺伝的要因による発癌の病態がより詳細にわかってくるものと期待しますが、一方で、「遺伝性がん」という言葉が一人歩きしてしまう危険性も否定できません。「遺伝性がん」について多くの国民に正しく理解していただけるよう、丁寧な説明を広く行っていくことが肝要と考えます。</p> <p>P56 オンライン診療については、「関連学会及び日本医師会の意見を参考に、信頼性を基本とする患者にとって本当に安心安全なオンライン診療を検討する。」という姿勢を明確に示していただきたいと思えます。</p>
谷口 栄作	<p>○P.52 がん教育について、取り組むべき施策の2段落目に「教育委員会及び衛生主管部局が連携して～」とあるが、学校教育だけでなく社会教育もここに含まれているのでしょうか？</p>
中釜 斉	<p>「第2分野別施策と個別目標 2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供」において、「(5) 新規医薬品・医療機器及び医療技術の速やかな医療実装・患者還元」の項目追加が必要ではないか。例えば、ゲノム医療は研究開発を行いながら、並行して治療に薬事承認薬以外のものも活用しながら、患者還元を同時に行っている状況である。臨床研究開発基盤を強化・拡大し、国内外の新薬の導入や適応拡大等を速やかに治験・医師主導治験を実施することにより、一刻も早く最新の治療を患者に届けるよう医療実装に繋げる必要がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (p56) 下線部の追記をしてはどうか。 「また、国は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、オンライン診療・治験や地方公共団体や医療機関における会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。」 患者負担の軽減の観点から、オンラインでの外来フォローアップや治験参加の同意についてe-コンセントを活用するなど質を確保しつつ、治験や医師主導治験に参加しやすい環境を整えていくことが重要である。 <p>(p56) 下線部の追記をしてはどうか。 「国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、PHRの推進、現況報告書のオンライン化、レセプトやがん登録情報等を活用したがん対策の評価、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化と即時性の高い利活用の推進について検討する。」</p> <p>(続く)</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
中釜 齊	<p>(続き) がん検診 (p.12) に記載された、レセプトやがん登録情報等を用いた分析は、がん対策全般に実施されるべきである。また、新型コロナウイルス感染症への対応では、がん検診やがん医療等の状況をリアルタイムで把握し、速やかな対策立案が必要であることが明らかとなった。次期計画期間では、即時性の高いデータ収集を図るとともに、現在収集可能なデータの収集方法についても改めて検討する必要があるのではないか。</p>
前田 留里	<p>○薬剤の安定供給や新たなドラッグラグの解消について。 近年、海外で生産されているがん治療薬などの供給がストップするなど不安定になる事例や、海外で承認され日本未承認の薬品数が急激に増えていることについてその現状と要因の調査を進め、新たなドラッグラグの解消に向けた必要な施策を追加してください。</p> <p>P52 子どもに、<u>遺伝性がんも含めた</u> については慎重な記載が必要で、入れるなら「<u>ゲノム医療も含めた</u>」にしてはどうか。伝え方によって血縁者にがん患者がいる子どもが不安になったり、不当な差別や偏見につながることは避けなければならない。地域差やさまざまな外部講師、教育者が関わることから、子どもの発達段階や学習レベル、教育者の理解度を踏まえて内容を慎重に検討し、安易な伝え方にならないよう記載を。</p> <p>(6) デジタル化の推進 利便性と精度の向上、格差の是正のために推進して頂きたい。 紹介状やCDの持参や郵送など医療側にとっても患者にとっても負担であり、電子カルテ間やオンラインでのやり取りができると不要な検査の重複を避け治療歴の共有化などメリットなど多い。また、AIやロボット手術などの技術を導入して手技による見落としや技術の差、遠隔診断などで地域差を埋めてほしい。セキュリティや機器の親和性など課題はあると思うが、格差是正にデジタル化は有効。また、薬局や保険者などデータの利活用が広がることで、データで不当な扱いにならない文言も必要。</p> <p>ロジックモデルについて # 19基盤 <がん研究の推進> 1-1がん研究のさらなる充実に向けた戦略の見直しのためには、「何が問題」で、「どこに格差があるのか」の調査が欠かせない。患者体験調査だけではなく「医療者の意識調査」も重要ではないか。 第4期は誰も取り残さないというテーマから、どんなところに格差があるのかをさまざまな分野で調査し、それを是正するために動いていかないといけない。</p>

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について

事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

谷島 雄一郎

（前回の協議会で＜がん医療＞において、4期案から個別項目ではなくなった、治療法に乏しく、新たな治療機会へつながることを望んでいる患者にとって最も重要な「ゲノム医療」と「新たな医薬品・医療機器の早期開発・アクセス改善・承認し、いち早く患者につなげるための取組」を再度項目化して欲しいと要望した。）

4期案ではP48、49「4. これらを支える基盤の整備（1）がん研究の推進」の категорияに、「ゲノム医療」や「医薬品・医療機器等の開発」を持ってくるのであれば、（現状・課題）に、「新たなドラッグラグの発生（ドラッグロス）」について、また、（取り組むべき施策）には「世界に後れをとることのない医薬品・治療の開発」を明記いただきたい。高い効果があるにもかかわらず、日本にいるから受けられない治療があってはならない。医学の進歩に希望を託し、一日一日を懸命に生き抜く患者を明日につなぐための取組みを確実に進めて欲しい。

P48、49「4. これらを支える基盤の整備（1）がん研究の推進」において、以下下線部を追記いただきたい。

（取り組むべき施策）「国は、患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を、より活用できるよう制度の改善の検討も視野に入れがん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進する。」

（理由・背景：現状の患者申出療養制度では患者に有効な薬が届いていない。小児がんでは申出すら2～3例で、制度はあっても実用的ではない現状がある。）

P52「（3）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発（現状・課題）」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。

「子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、遺伝性がん遺伝子についての基礎的な内容も含めた正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。」

（理由・背景：いきなり遺伝性がんの話では伝え方によっては、差別や根拠のない不安をおおることにつながりかねない。発達段階に合わせた遺伝子についての基礎的な知識習得が先にあるべきである。）

（続く）

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	<p>(続き)</p> <p>P53【個別目標】に下線部を追記いただきたい。 「国民ががん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、多種多様ながんを正しく理解することを目指す。」 (理由・背景：遺伝性でもない、生活習慣病でもない、予防できない小児がんについても触れるべきである。現行のがん教育は、成人がんに対する啓発傾向である。また予防に主軸の教育内容は、子どもたちには小児がんのメカニズムに対して、親がたばこを吸っていたから、妊娠中お酒を飲んだから、などの偏見にもなりかねない。小中学どの世代の教材にも科学的差異の啓発が重要である。)</p> <p>ロジックモデルについて #19 基盤<がん研究の推進> 中間アウトカム2-2~4において、日本発でない治験等の数も指標にいれていただきたい。例えば新規適応薬数や、国際共同治験への参加数等。 #21基盤<がん教育・知識> 1-5のアウトプット指標はがん対策推進企業アクション参加企業数でいいのか。参加率が4,500社/1,780,000社で0.25%とかなり低く、有効な指標となり得ないのではないか。 #23 基盤<患者・市民参画推進> がん患者等の参加についての記載はあるが、それ以外の多様な市民の参画に関しても施策や指標が必要ではないか。</p>

- 1.全体目標と分野別目標
- 2.がん予防
- 3.がん医療
- 4.がんとの共生
- 5.基盤の整備
- 6.必要な事項

資料 4 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	P55 患者本位→患者参加型 というわかりやすい表現はどうか。後段のロジックモデルのところの〈自分ごと化〉にもつながる。