

第82回がん対策推進協議会

資料8

令和4年9月20日

「がん医療の充実」分野に係る がん対策推進基本計画の見直しについて

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

「がん医療の充実」分野

1. がん診療提供体制等の充実

- ① がん診療提供体制
- ② 治療法の充実
- ③ チーム医療の推進
- ④ 病理診断
- ⑤ 支持療法
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 妊孕性温存療法

2. 希少がん・難治性がん対策

3. 小児がん・AYA世代のがん対策

4. 高齢者がん対策

がん診療提供体制等の充実

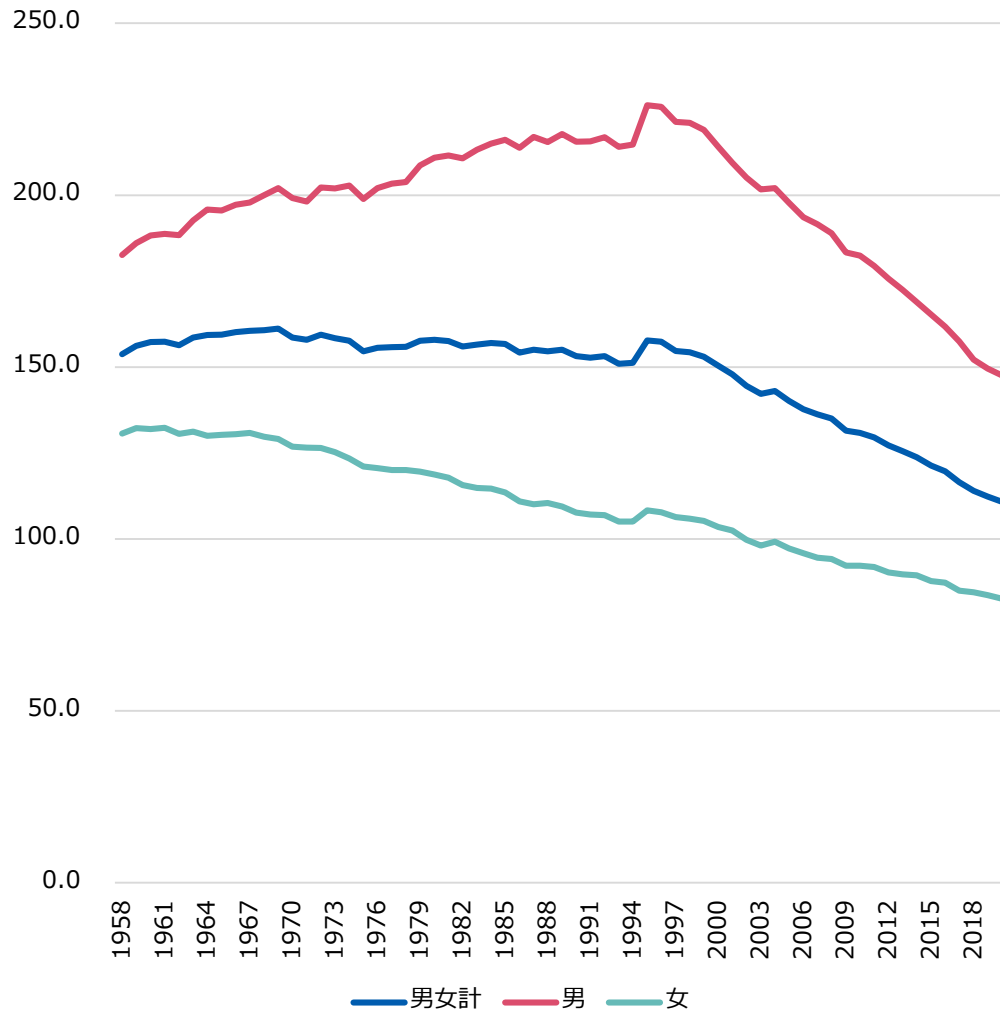
- ① がん診療提供体制
- ② 治療法の充実
- ③ チーム医療の推進
- ④ 病理診断
- ⑤ 支持療法
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ 妊孕性温存療法

(参考) がんの年齢調整死亡率の推移

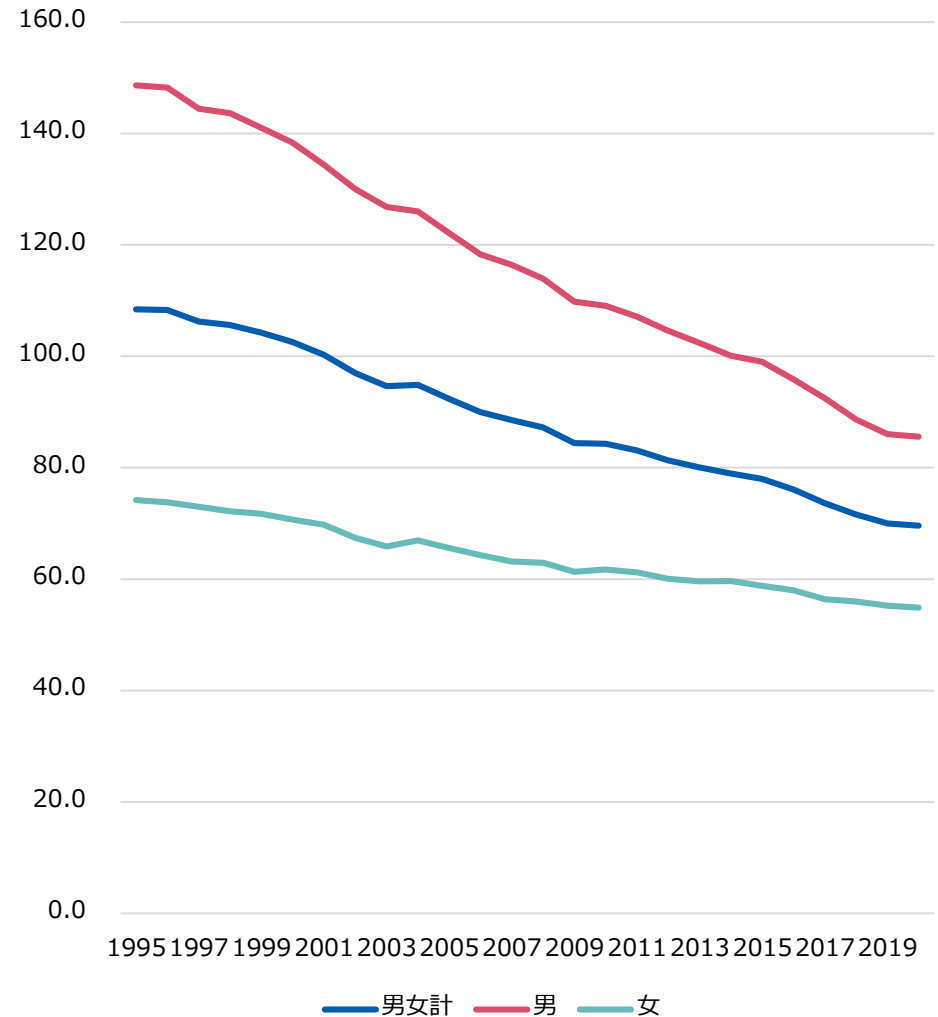
出典：令和2年度人口動態統計

第81回 がん対策推進協議会（令和4年9月5日）
資料10より抜粋

全年齢年齢調整死亡率



75歳未満のがんの年齢調整死亡率



がん診療連携拠点病院等のあゆみ

- 平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針
- 平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始（5施設）
- 平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書
 - 拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。
- 平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について（健康局長通知）
- 平成18年6月 がん対策基本法 成立
- 平成19年4月 がん対策基本法 施行
- 平成19年6月 がん対策推進基本計画（第1期）の閣議決定
- 平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について（健康局長通知）
- 平成24年6月 がん対策推進基本計画（第2期）の閣議決定
- 平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会
- 平成26年1月 がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知）
- 平成30年6月 がん対策推進基本計画（第3期）の閣議決定
- 平成30年7月 がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知）
- 令和4年8月 がん診療連携拠点病院等の整備について（健康局長通知） ※**現行の整備指針**
 - 全ての類型において、指定要件の充足状況が不十分であると判断された場合に、特例型として経過措置的に指定類型を見直すこととし、地域がん診療連携拠点病院（高度型）は廃止した。
 - 更なるがん医療提供体制の充実、特性に応じた診療提供体制の整備、都道府県協議会の機能強化などを中心に見直された。

今回の指定要件見直しのポイント

都道府県協議会の機能強化

- 希少がんや特殊な治療法についての役割分担
- 感染症のまん延や災害等におけるBCPに関する議論
- 都道府県内の診療機能および実績の収集・分析・評価・広報
- 診療従事者の育成および適正配置に向けた調整

更なるがん医療提供体制の充実

- がんリハビリテーションの体制整備
- 全ての診療従事者の緩和ケアへの対応能力の向上
- がん相談支援センターの周知に向けた取組

それぞれの特性に応じた診療提供体制

- 希少がん・難治がんに対する対応
- 小児・AYA世代のがん患者に対する対応
- 妊孕性温存療法のための体制整備
- 高齢者のがん患者に対する対応

指定に関する課題の整理

- 地域がん診療連携拠点病院（高度型）の廃止
- 医師数が300人以下医療圏における緩和要件の原則廃止
- 拠点病院等（特例型）の導入
- 要件未充足の際の対応についての整理

がん診療連携拠点病院等（令和4年8月 整備指針）

- 「都道府県がん診療連携拠点病院」「特定領域がん診療連携拠点病院」「地域がん診療病院」に特例型を新設する。
- 「地域がん診療連携拠点病院（高度型）」は廃止する。

〈がん診療連携拠点病院等の全体像〉

都道府県協議会の体制を強化

第14回がん診療連携拠点病院等のあり方に関する検討会
資料1より抜粋（2022.7.21）

国・厚生労働省

◆都道府県がん診療連携協議会（都道府県協議会）

都道府県がん診療連携拠点病院は都道府県協議会を設置し、都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行う。

都道府県がん診療連携拠点病院

- ・ 都道府県における中心
- ・ 都道府県下の拠点病院等のとりまとめ（研修実施、情報提供等）

都道府県がん診療連携拠点病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療連携拠点病院

- ・ がん医療圏に原則1か所整備
- ・ 専門的ながん医療の提供・連携体制の整備

地域がん診療連携拠点病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

特定領域がん診療連携拠点病院

- ・ 特定のがんについて都道府県で最も多くの患者を診療

特定領域がん診療連携拠点病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

地域がん診療病院

- ・ がん診療連携拠点病院のないがんの医療圏に1か所整備
- ・ グループ指定（隣接するがん診療連携拠点病院との連携）

地域がん診療病院（特例型）

指定要件を欠くなどの事態が発生した場合

◆都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会（国協議会）

国立がん研究センターと都道府県がん診療連携拠点病院が連携し、情報収集、共有、評価、広報を行う。

国立がん研究センター（2か所）

- ・ がん対策の中核的機関としてがん医療を牽引
- ・ 都道府県下のがん診療連携拠点病院等に対し、診療支援、情報提供、人材育成等の役割を担う
- ・ 我が国におけるがん診療等に関する情報を収集、分析、評価し、改善方策を検討した上で国に提言

2. 都道府県がん診療連携協議会のあり方について

見直しの論点

- 新型コロナウイルス感染症の流行に対して、がん診療体制についても大きな影響を受けたが、地域における連携が十分に機能できていれば、その影響を最小化できたのではないかとの指摘もある。
- 都道府県がん診療連携協議会（以下協議会とする。）が、十分に機能していない地域もあるとの意見もあり、各地域におけるがん対策を適切に推進していくために、協議会の機能を強化するようにはどうか。

方針

- 全てのがん診療連携拠点病院等には、協議会への積極的な参画を求めているかどうか。
- 協議会には、各都道府県の行政や患者団体などの関係団体にも積極的な関与を求めているかどうか。
- 都道府県がん診療連携拠点病院（以下都道府県拠点病院とする。）には、協議会における調整やとりまとめの機能を求めているかどうか。
- 協議会においては、がん対策基本法、がん対策推進基本計画、各都道府県のがん計画等の趣旨や内容を踏まえて、都道府県におけるがん対策を強力に推進する役割を求めているかどうか。
- また、適切な医療提供体制の整備に向けて、地域におけるがん診療に関連する人材育成や適正配置についても特定機能病院等を中心に議論を行うよう求めているかどうか。

都道府県協議会

- ・ 国のがん対策推進基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん計画等を強力に推進する役割を担う
- ・ 都道府県全体のがん医療の質の向上を担い、そのための議論・調整・広報等を行う
- ・ 特定機能病院等を中心とした高度ながん医療に関する人材育成、医師の適正配置における議論・調整を行う

地域がん診療病院

拠点病院と連携して各がん医療圏の
がん医療の質の向上を担う



地域がん診療連携拠点病院

各がん医療圏のがん医療の
質の向上を担う



特定機能病院
人材育成、
医師派遣 等

都道府県がん診療連携拠点病院

協議会を取りまとめ、都道府県全体のがん医
療の質の向上に関し中心的な役割を担う



グループ
指定

データ分
析、評価、
共有

連携協力
体制の推進

人材育成

人員配置

広報

B C P体制
構築

etc...

3. 全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

見直しの論点

- がん医療の質の均てん化の観点から、全ての拠点病院等において提供することが求められる項目がある一方で、全ての拠点病院等では対応が難しく、役割分担の明確化を図る必要がある項目が存在するとの指摘がある。
- 全ての拠点病院等で対応を行わない項目についても、役割分担の明確化と連携の推進によって、全ての患者が適切な医療に比較的容易にアクセスすることができるようにしていく必要がある。

3. 全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

方針

- 協議会において、各都道府県内の拠点病院等の役割分担を議論・整理し、その結果を共有するとともに、情報公開することで患者に適切な医療を提供できる体制を確保することを求めているかどうか。
- 全ての都道府県に配置するよりも国全体で一定数を整備することが望ましい分野においては、国立がん研究センターが関係学会等と連携して情報を集約し、それらの治療方法等を実施する医療機関について、公開することとしてはどうか。
- また、こういった項目がそれらに該当するかについて、例示を行うこととしてはどうか。

全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

国レベルで役割分担すべき項目

- 粒子線治療等の特殊な放射線治療
- 希少がんへの診療および連携体制
- 小児・ゲノム拠点（別途WGで検討）

都道府県レベルで役割分担すべき項目

- 緩和ケアセンター、緩和ケア病棟（ホスピス）、神経ブロックを含む総合的な疼痛緩和
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療
- 分野別に希少がんの対応を行う体制
- 小児がんの長期フォローアップの実施
- AYAがんの支援体制
- 妊よう性温存療法の実施（別途ネットワークの構築を要件化している）

すべての拠点病院で整備すべき項目

- 我が国に多いがんに対する集学的治療体制
- がん相談支援センター
- 役割分担すべき項目の対象となる者を、適切な医療機関につなげるための窓口、該当する患者への適切な情報提供
- 高齢者のがんに対する治療体制

9. BCP(事業継続計画)的な視点に基づく診療体制の確保について

方針(案)

- 感染症のまん延や災害等の状況におけるBCPの策定及び定期的な見直しについて、次回の指針改定において必須要件とすることを念頭に、今回の指針見直しにおいては全ての拠点病院等にとって「望ましい」要件として追加してはどうか。
- 都道府県協議会において、個々の拠点病院等だけでなく、都道府県やがんの医療圏といった単位でのがん診療のBCPについて議論することを、「望ましい」要件としてはどうか。

11. 診療従事者人員要件について

見直しの論点

- 診療従事者については、医療の質を担保することを目的とし、職種に応じて「常勤」「専従」「専任」の要件が定められている。
- 一部の医療圏においては、放射線医や病理医等の人材確保が難しく、拠点病院の指定の維持が難しい施設があるとの意見がある。
- 一方で、こうした人員要件が拠点病院における医療の質を担保しているという指摘もある。
- 「300人以下医療圏」において、診療従事者の緩和要件を2022年3月末までとして設けているところであるが、現時点において緩和要件を廃止すると相当数の拠点病院が要件を満たさなくなるところ、それらの要件についてどのようにすべきか。

方針

- 現時点においては、放射線医や病理医等が総数として不足しているのではなく、適正配置によって対応が可能と考えられるため、がん医療の質の維持の観点から、これらの医師を「常勤」として配置することを求めることとしてはどうか。
- 一方で、人材の確保に苦慮している拠点病院もあることから、関連学会等における人材育成や適正配置の取り組みを注視しつつ、どのような対応が可能か引き続き検討してはどうか。
- 「300人以下医療圏」においては、十分な期間を確保していたため、緩和要件を廃止に向け、要件を満たさない場合は地域がん診療病院等への移行を促す等の対応を行いつつ、地域における医療体制に大きな影響がある場合については、都道府県全体の医療体制の方針等を踏まえて必要最小限の緩和要件を設けることも可能としてはどうか。

今回の指定要件見直しのポイント

診療実績の評価

- がん遺伝子パネル検査の実施数、遺伝カウンセリング等の実施数、がん遺伝子パネル検査後の適切な治療法への到達数
- がんゲノム情報センターへの臨床情報登録実績

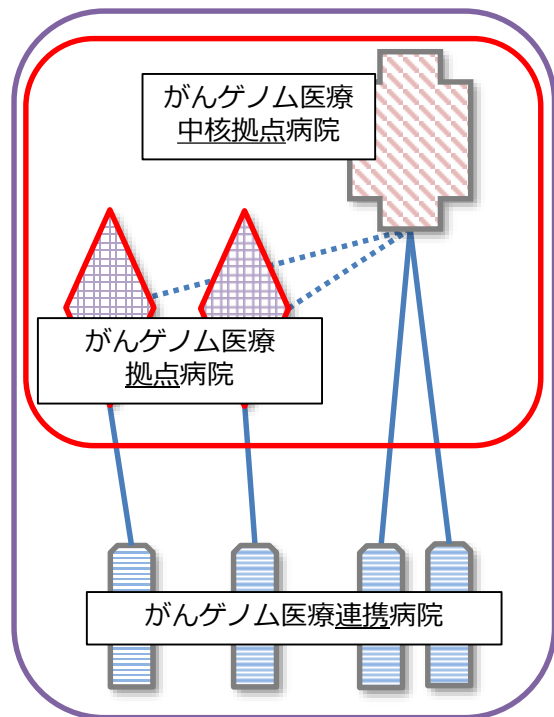
新たな技術や体制への対応

- リキッドバイオプシーに対応するための人員要件の追加
- 改訂が想定されるエキスパートパネルの実施要件を課長通知に変更
- 小児がん連携病院 類型1 - Aからの選定を可とする

指定に関する課題の整理

- がんゲノム医療中核拠点病院を全国10か所程度、がんゲノム医療拠点病院を全国30か所程度、意欲と能力のある医療機関の中から選定
- がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議の位置づけと役割を明確化

がんゲノム医療中核拠点病院等の全体像



がんゲノム中核拠点病院又は拠点病院が、がんゲノム医療連携病院を選定する。

	患者説明 検査	検体準備	シーケンス実施	エキスパートパネル	レポート作成	患者説明 結果	治療	研究開発 先進医療・治験	人材育成
	患者説明 検体準備	シーケ ンス実施	専門家 会議	レポー ト作成	患者説 明	治療	研究開 発	人材育 成	
中核 拠点	必須	外注可	必須	必須	必須	必須	必須	必須	
拠点	必須	外注可	必須	必須	必須	必須	連携	連携	
連携	必須	外注可	中核拠点あるい は拠点病院の会 議等に参加	必須	必須	必須	連携	連携	

がんゲノム医療中核拠点病院 : 人材育成、診療支援、治験・先進医療主導、研究開発を担い、がんゲノム医療を牽引する。

がんゲノム医療拠点病院 : がん遺伝子パネル検査の医学的解釈が自施設で完結できる医療機関。
医療提供体制については中核拠点病院と同等。人材育成、治験・先進医療等については連携病院と同等。

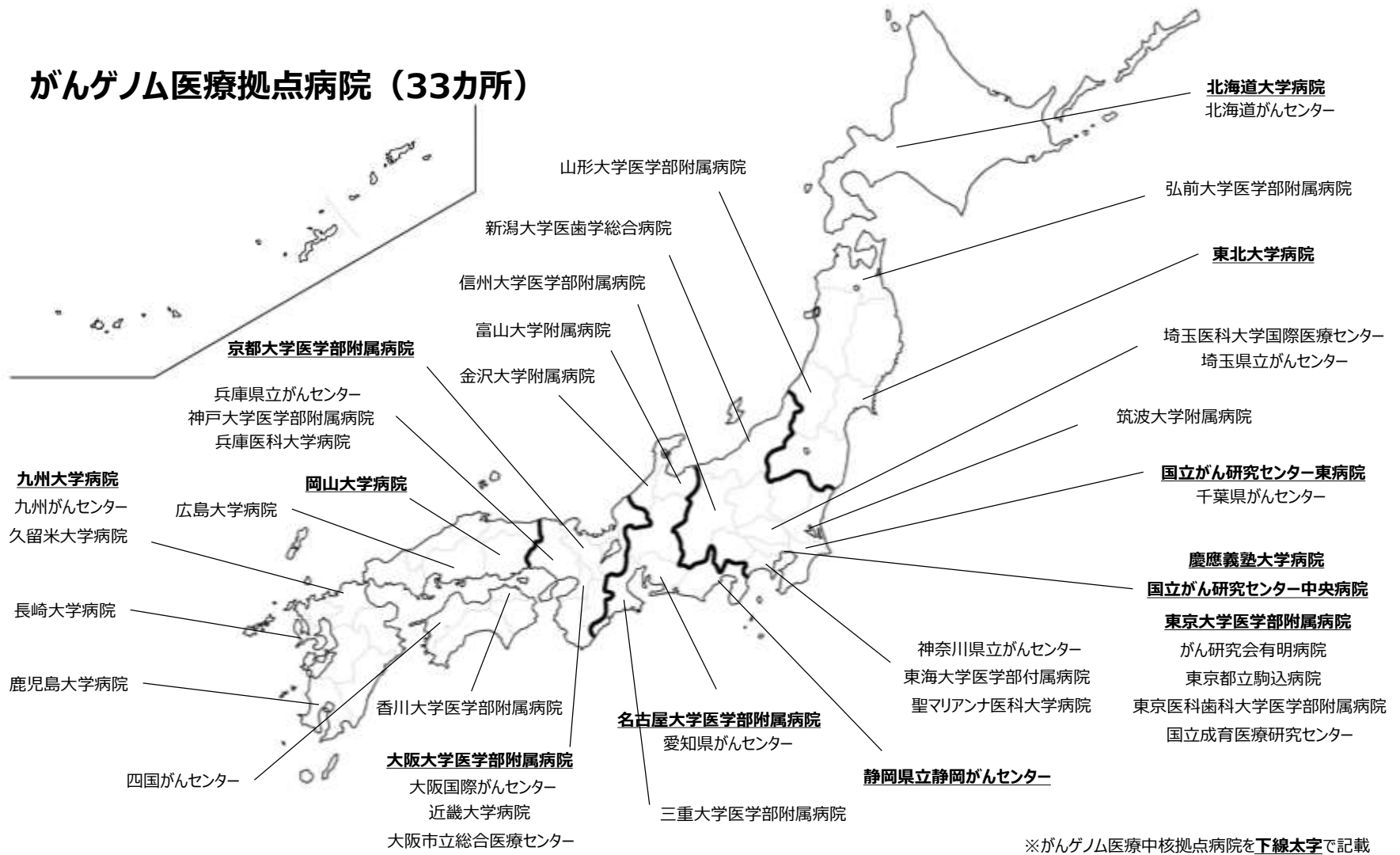
がんゲノム医療連携病院 : 中核拠点病院・拠点病院と連携してがん遺伝子パネル検査を実施する医療機関。

- がんゲノム医療提供体制においては、**中核拠点病院又は拠点病院**に連携病院が連携する。
- 人材育成、治験・先進医療などにおいては、**中核拠点病院**に拠点病院及び連携病院が連携する。

がんゲノム医療中核拠点病院等

令和4年5月1日時点

がんゲノム医療拠点病院（33カ所）



がんゲノム医療連携病院（188カ所）

がんのリハビリテーション研修（厚生労働省後援事業）

CAREER: Cancer Rehabilitation Educational program for Rehabilitation teams

がん患者・家族のQOL向上を目的に、がんによる障害への運動療法や生活機能低下への予防・改善等の基本的な知識と技術の習得、及びリハビリに関するチーム医療の実践を行う

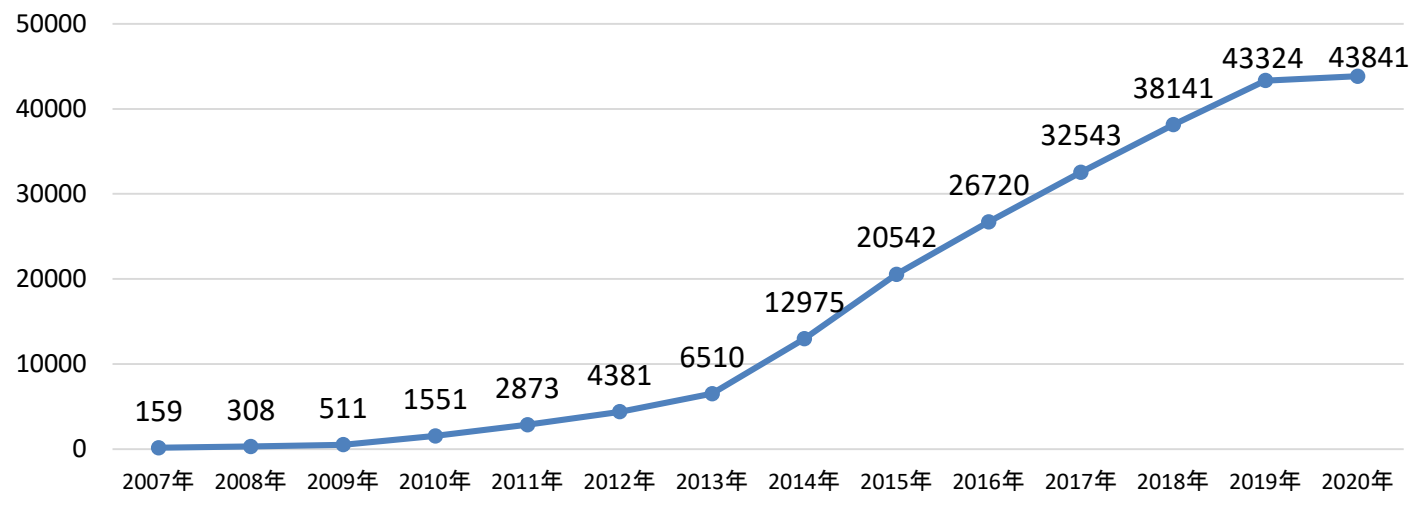
（平成19年～25年：厚生労働省委託事業、平成26年以降：厚生労働省後援事業）

研修事業の概要

- 1) リハビリテーション研修、フォローアップ研修、ファシリテーター研修の実施
- 2) 標準スライドの改訂
- 3) 地方研修のサイトビジット
- 4) 修了者の管理等

研修へは同一施設からチームで参加（医師1名、看護師1名、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のうち2名の合計4～6名程度）

がんのリハビリテーション研修修了者数



小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業（概要）

〈背景〉

- 若年者へのがん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することは、妊娠・出産を希望する患者にとって大きな課題である。妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することがあるが、**高額な自費診療となるため、特に若年のがん患者等にとって経済的負担**となっている。
- 一方で、妊孕性温存療法のうち、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、**有効性等のエビデンス集積が更に求められている**。
- 経済的支援に関しては、独自に妊孕性温存療法の経済的支援を行う自治体は増えてきているものの、**全国共通の課題**であり、自治体毎の補助の格差もあることから、**国による支援が求められていた**。



〈事業概要〉

- 妊孕性温存療法にかかる**費用負担の軽減を図りつつ**、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、**妊孕性温存療法の研究を促進**するための事業を令和3年度から開始した。
- 有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、**若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る**。



令和4年度予算
11億円
(都道府県事業の
国庫補助率1/2)

小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業（概要）

〈事業概要〉

○妊孕性温存療法にかかる**費用負担の軽減を図りつつ**、患者から臨床情報等を収集することで、妊孕性温存療法の有効性等のエビデンス創出や長期にかかる検体保存のガイドライン作成など、**妊孕性温存療法の研究を促進**するための事業である。

○有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、**若いがん患者等が希望をもって病気と闘い、将来子どもを持つことの希望を繋ぐ取り組みの全国展開を図る。**

表1：凍結保存ごとの助成上限額

対象治療	助成上限額／1回
① 胚（受精卵）凍結	35 万円
② 未受精卵凍結	20 万円
③ 卵巣組織凍結	40 万円
④ 精子凍結	2.5万円
⑤ 精子凍結（精巣内精子採取）	35 万円

表2：温存後生殖補助医療ごとの助成上限額

対象治療	助成上限額／1回
①で凍結した胚（受精卵）を用いた生殖補助医療	10 万円
②で凍結した未受精卵を用いた生殖補助医療	25 万円
③で凍結した卵巣組織再移植後の生殖補助医療	30 万円
④及び⑤で凍結した精子を用いた生殖補助医療	30 万円

課題（1）：

がん・生殖医療に係る情報提供と意思決定支援を行う医療従事者の人材育成

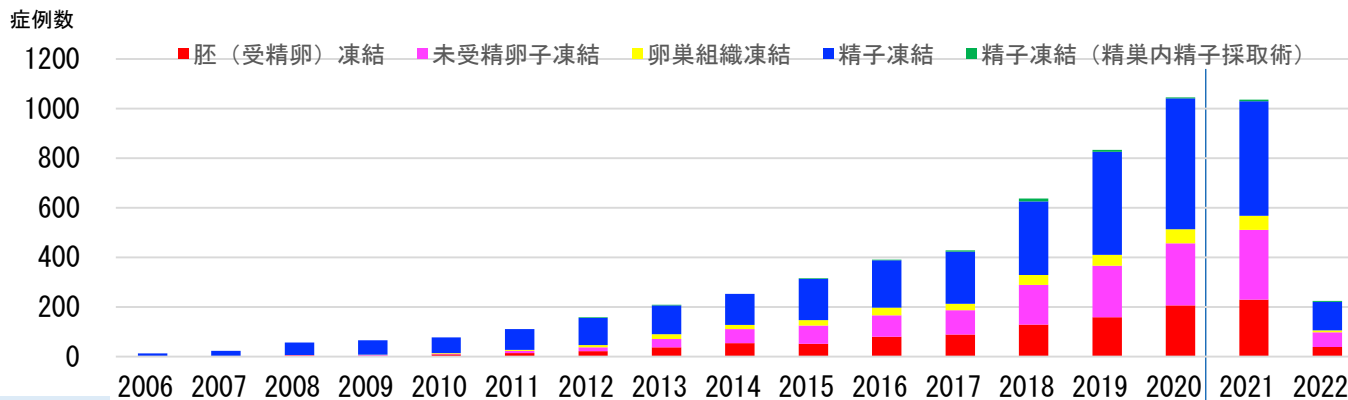
- ◆ **第3期がん対策推進基本計画中間評価報告においても、治療開始前に医師から治療による生殖機能への影響について説明を受けた患者の割合（40歳未満）は、成人52.0%（2018年度調査）、小児53.8%（2019年度調査）で「一定の周知はされていると評価できるものの、更なる改善が求められる」とされた。**
- ◆ がん・生殖医療は、がん治療により根絶してしまう可能性のある患者の生殖機能（妊孕能）を何らの手段で温存する医療（＝将来の選択肢を残す）であると同時に、将来子どもを授かる、授からないという選択肢を自身で選択できるよう情報提供を行う医療（＝意思決定支援）となる。がん患者にとって、がんの診断後の不安と恐怖の中、また将来が不確実である中で、将来の家族のカタチを想像することは困難である。
- ◆ がん・生殖医療においては、選択肢を自身で選択できる情報を治療開始前に丁寧に患者と家族に説明し、治療後も長期間にわたって心理社会的な配慮も含めた相談支援体制の継続が必須となる。

→ **がん診療施設におけるがん・生殖医療に関する情報提供の徹底と、患者の意思決定支援を行うことができる診療従事者の育成・配置が求められる**

課題（2）： 妊孕性温存療法に係るエビデンス創出

◆ 令和3年度開始の妊孕性温存療法研究促進事業を通じて患者から臨床情報等を収集している。安全性と有効性がより担保された妊孕性温存療法を患者に提供するため、当該事業の普及啓発に取り組み、エビデンス創出をさらに推進していく必要がある。

日本がん・生殖医療学会患者登録システム（JOFR）登録症例数（2006-2022）



登録症例数																	2021 2022		合計
年度	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022		
胚（受精卵）凍結	0	2	5	3	8	14	21	37	53	51	79	88	128	158	206	229	38	1120	
未受精卵子凍結	2	0	1	3	3	8	16	33	57	73	87	99	160	208	251	282	59	1342	
卵巣組織凍結	0	0	0	1	3	4	9	20	17	23	31	26	40	44	56	57	8	339	
精子凍結	10	20	50	58	63	85	110	116	125	166	191	210	298	416	528	461	115	3022	
精子凍結（精巣内精子採取術）	0	0	0	0	0	0	2	2	0	3	3	5	11	8	4	7	4	49	
	12	22	56	65	77	111	158	208	252	316	391	428	637	834	1045	1036	224	5872	

注：2021～2022年度の症例については、研究参加施設による症例登録の一部が遅れている可能性を排除できない。

→妊孕性温存療法研究促進事業
開始（2021年4月～）

「がんゲノム医療」に関する第3期中間評価について (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標と指標測定結果)

2011	がんゲノム医療中核拠点病院等の数 (現況報告書)	2022年度	2020年度	2019年度
		233 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：188	206 中核拠点病院：12 拠点病院：33 連携病院：161	167 中核拠点病院：11 拠点病院：34 連携病院：122
		2021年度	2020年度	2018年度
2012	がんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている都道府県数 (現況報告書)	47	47	47
2013	遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数 (現況報告書)	1,064	938	801
2014	遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者の数 (現況報告書)	624	542	437
2015	遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数 (現況報告書)	1,251	1,049	871
2016	薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数 (現況報告書)	743	725	687
2017	遺伝子パネル検査を受けた患者数 (現況報告書)	12,262	7,467	927
2018	遺伝カウンセリングを実施した患者数 (現況報告書)	18,854	11,562	7,373
2019	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数 (C-CAT進捗状況報告書)	16,090	10,549	4,336
2020	ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が必要な情報を取得できた割合 (患者体験調査)	2018年度 17.0%		

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。がんゲノム医療を一層推進していくために、遺伝子パネル検査結果に基づいて提示された治療薬を投与された患者数等、アウトカム評価の手法の検討や、関係する医療従事者の必要数を踏まえた人材育成、ゲノム医療に関する情報提供及び普及啓発について、引き続き、一層の取組が必要である。また、「全ゲノム解析等実行計画(第1版)」の着実な推進も必要である。

「がん医療提供体制」に関する第3期中間評価指標 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

2021 標準的治療の実施割合 (QI研究)	2017年	2016年
StageⅢと診断された大腸癌患者のうち、術後8週間以内に標準的化学療法が施行された割合	54.8%	54.1%
胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約StageⅡ、Ⅲ (pT1,pT3N0を除く) の進行癌と診断され6週以内に退院した患者のうちS-1 またはCapeOX による術後化学療法が施行された割合	66.9%	68.1%
StageⅠ～Ⅱの非小細胞肺癌と診断された患者のうち、外科治療又は定位放射線治療が実施された割合	88.8%	88.1%
StageⅡ、ⅢAの非小細胞肺癌と診断された患者のうち、プラチナ製剤を含む術後化学療法が行われた割合	40.2%	41.9%
乳房温存術を受けた70歳以下の患者のうち、術後全乳房照射が行われた割合	74.9%	76.6%
乳房切除術が行われた再発ハイリスクの患者のうち、術後照射が行われた割合	38.0%	40.1%
催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤が使用された割合	90.9%	86.0%
外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1か月以内に緩下剤の処方された割合	59.7%	61.0%

2022	がんの5年生存率 (がん登録・統計)		
	2013-2014年 診断例	2012-2013年 診断例	2010-2011年 診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	—	—	36.3%
小細胞肺癌	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺癌	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	—	—	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	—
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	—

2023	医療が進歩していることを実感している患者の割合 (患者体験調査)	2018年度 成人：75.6% (比較値：84.8%) 2019年度 小児71.7%	2014年度 80.1%
2024	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合 (患者体験調査)	2018年度 成人：81.4% (比較値：90.7%)	2014年度 成人：84.5%
2025	がん治療前にセカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合 (患者体験調査)	2018年度 成人：34.9%	2014年度 成人：40.3%
2026	がんの診断・治療全体の総合的評価 (患者体験調査)	2018年度 成人：7.9点 2019年度 小児：8.4点	
2027	診療ガイドラインの数 (EBM普及推進事業)	2021年度 385	2020年度 268
2028	患者用診療ガイドラインの数 (EBM普及推進事業普及推進事業)	2021年度 35	2020年度 28

「手術療法、放射線療法」に関する第3期中間評価指標 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(手術療法)

		2016年		2015年
2031	がんの鏡視下手術（保険診療に係るもの）の割合 （院内がん登録）	胃がん	48.9%[334施設] 参考値：47.1%[433施設]	-
		大腸がん	67.8% [334施設] 参考値：65.3% [433施設]	
		肺がん	86.4%[310施設] 参考値：81.9%[393施設]	
		前立腺がん	83.1%[299施設] 参考値：82.1%[379施設]	
2032	拠点病院等における5大がん患者の術後30日以内の死亡率 （院内がん登録）	胃がん	0.26%	0.26%
		大腸がん	0.35%	0.31%
		肺がん	0.33%	0.29%
		乳がん	0.02%	0.02%
		肝がん	0.6%	0.38%
		5大がん	0.25%	0.22%

(放射線療法)

2033	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院等の割合（現況報告書）	2019年度 70.6%	2018年度 65.9%	
2034	直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院等の割合（現況報告書）	2019年度 72.5%	2018年度 67.0%	
2035	I M R T 加算をとっている拠点病院等の割合（院内がん登録、現況報告書）	2019年度 57.8%	2018年度 52.2%	
2036	放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院等の割合（現況報告書）	2021年度 81.9%	2019年度 78.7%	2018年度 76.4%
2037	自施設で核医学治療を実施している拠点病院等の割合（院内がん登録）	2021年度 69.8%	2019年度 57.8%	2018年度 56.5%
2038	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外）（緩和ケア研修等事業）	2021年度 157,715人	2020年度 145,727人	2019年度 139,467人

「化学療法、免疫療法」に関する第3期中間評価指標 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(化学療法)

2039	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合 (現況報告書)	2019年度 28.9%		2018年度 30.0%	
2040	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合 (現況報告書)	2021年度 83.9%	2019年度 86.7%		2018年度 86.5%
2041	1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数 (現況報告書)	2021年度 2.08人	2019年度 1.90人		2018年度 1.90人

(免疫療法)

2042	臨床研究または先進医療の枠組みで免疫療法を実施している拠点病院等の割合 (現況報告書)	2021年度 35.5%	2019年度 35.8%	2018年度 42.6%		
2043	科学的根拠を有する免疫療法について国民が必要な情報を取得できている割合 (世論調査)	2019年 9.5%				

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。適切な評価のためには、更なる知見の集積やより適切な中間評価指標の設定が必要な項目も認められた。また、セカンドオピニオンに関する情報提供、患者用診療ガイドラインの整備、科学的根拠を有する免疫療法についての適切な普及啓発など、患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

「チーム医療の推進」に関する第3期中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標及び指標測定結果)

2051	専門チームを整備し、がん患者に関してコンサルテーションを行っている拠点病院等の割合 (現況報告書)	2021年度 100%	2019年度 100%	2018年度 100%
2052	緩和ケアチームを設置している一般病院の割合 (医療施設調査)	2020年 15.6%	2017年度 14.8%	2014年度 13.3%
2053	拠点病院等以外の病院で緩和ケアチームの新規介入患者数が年間50件以上の病院数 (厚労科研)	2018年度 215病院		
2054	がん診療を統括する診療部 (腫瘍センター等) が設置されている拠点病院等の割合 (現況報告書)	2021年度 51.0%	2019年度 51.4%	2018年度 47.8%
2055	主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合 (患者体験調査・小児患者体験調査)	2018年度 成人：48.8% 2019年度 小児：78.0%		
2056	1 拠点病院等あたりのカンサーボード開催数 (現況報告書)	2018年度 192.5回		2017年度 206.6回

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められているが、拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。特に拠点病院等以外の医療機関に対しては、人員や体制の確保など課題も多く、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、引き続き、拠点病院等における取組との連携も含め、どのような取組を進めていくべきか検討が必要である。

「病理診断」に関する第3期中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標及び指標測定結果)

2101	常勤の病理専門医が1名以上 配置されている拠点病院等の割合 (現況報告書)	2021年度 84.3%	2019年度 83.5%	2018年度 82.2%
------	---	-----------------	-----------------	-----------------

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を踏まえ、引き続き質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

「支持療法」に関する第3期中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標及び指標測定結果)

2071	拠点病院等において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合 (院内がん登録)	2016年		2015年		2072	支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合(厚労科研)			
		2016年	2015年	2016年	2015年		2018年度			
	高リスク催吐化学療法時 予防的制吐剤処方率	75.0%	75.5%				①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合	69.1%	70.7%	
	高リスク催吐化学療法時 予防的制吐剤処方率(リンパ腫を除外)	86.0%	85.9%				②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合	59.4%	59.1%	
	外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率	61.0%	61.7%				③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合	65.4%	66.7%	
							④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合	47.6%	48.8%	
2073	支持療法に関するガイドラインの数(EBM普及推進事業)				2021年度	20	2020年度	13		
2074	治療による副作用の見通しを持たせた患者の割合(患者体験調査・小児患者体験調査)				2018年度	成人: 61.9%	2019年度	小児: 69.2%		
2075	身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合(患者体験調査)				2018年度	成人: 46.5%				
2076	外見の変化に関する相談ができた患者の割合(患者体験調査・小児患者体験調査)				2018年度	成人: 28.3%	2019年度	小児: 51.8%		
2077	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合(現況報告書)				2021年度	56.1%	2019年度	51.6%	2018年度	49.9%
2078	ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合(現況報告書)				2021年度	90.3%	2019年度	89.2%	2018年度	86.3%

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

支持療法について、一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。一方で、治療による副作用の見通しが持て、身体的苦痛や外見の変化等があった際に医療スタッフに容易に相談できるような体制や、リンパ浮腫やストーマ管理などの専門的なケアが受けられる、外来も含めた体制の確保・充実に向けて、更なる取組が必要である。

「がんのリハビリテーション」に関する第3期中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標及び指標測定結果)

2061	リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院等の割合 (現況報告書)	2021年度 51.0%	2019年度 46.6%	2018年度 43.9%
2062	拠点病院等に通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合 (院内がん登録)	2016年度 30.7%		2012年度 19.7%
2063	がんリハビリテーション研修プログラムを修了した医療従事者の人数 (厚労科研)	2020年度 43,841人	2019年度 42,813人	2018年度 37630人

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られるが、リハビリテーションは患者の残された機能を最大限に活かす観点や、社会復帰の観点から重要なテーマである。拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められていることから、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」等での議論を踏まえ、引き続き検討及び対策の充実が必要である。

希少がん・難治性がん対策

患者に届く希少がん医療・支援の体制構築

課題

十分な経験を有する病理医が少ないため、病理診断が正確かつ迅速に行われない場合がある。

希少がんは症例数が少なく、標準治療の確立やガイドラインの策定が困難である。

希少がんの正しい知識を得にくく、希少がんを専門とする医師や医療機関の所在も明らかでない。

国立がん研究センターの希少がんホットラインで相談支援をしているが、十分に周知されていない。

治験情報が行きわたらず、治験実施者と患者でミスマッチが生じている。

希少がん対策の司令塔が明確になっていないため、対策が効果的に進まない。

対策

病理コンサルテーション体制を整備する。希少がん病理画像を収集し、診断支援システムを構築するとともに収集された画像で人材育成を実施する。

希少がん対策ワーキンググループにおいてネットワークを構築し、情報収集やガイドライン作成を行う。

国立がん研究センターのがん情報サービスにおいて、希少がんに関する情報をまとめ、提供する。

希少がんホットラインを「希少がん中央機関」の一部と位置づけ、拠点病院とのネットワークを整備する。

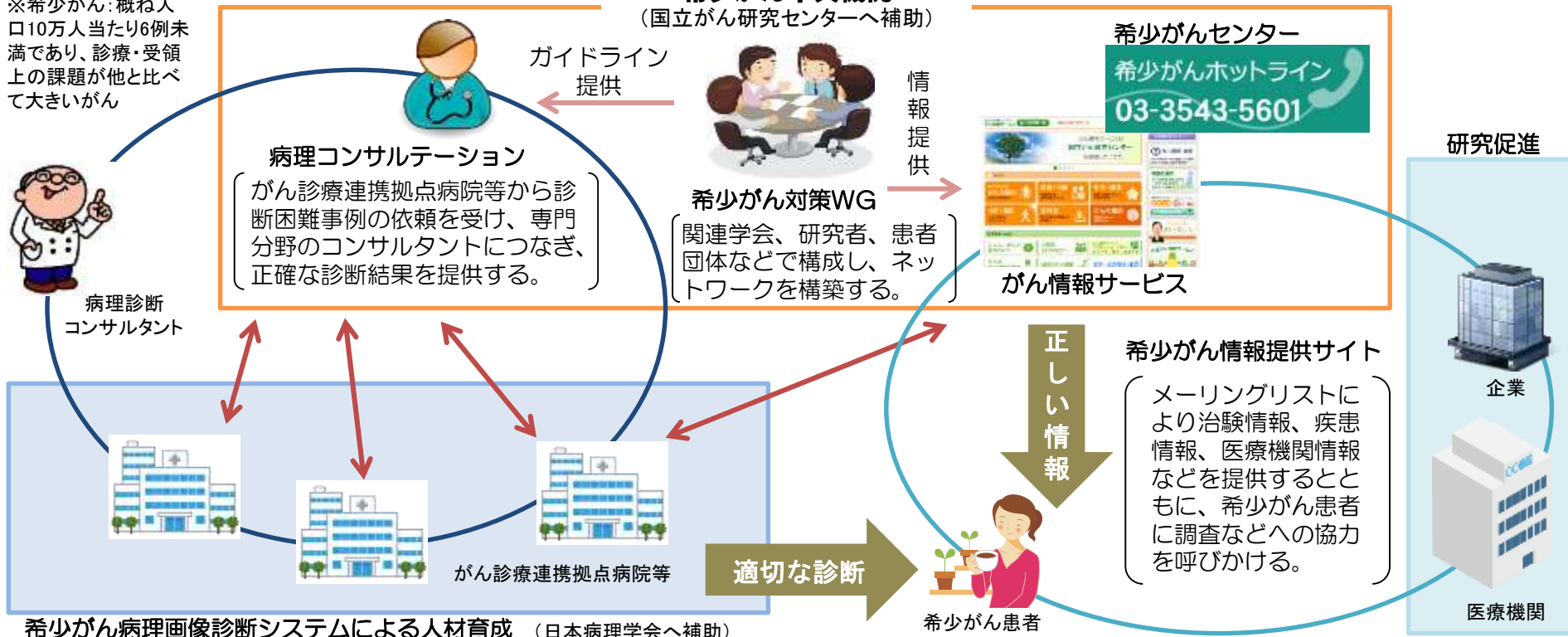
希少がん情報提供サイトを立ち上げ、メーリングリストにより治験情報などを提供する。

希少がん対策の司令塔機能を担う「希少がん中央機関」を整備する。

希少がん中央機関

(国立がん研究センターへ補助)

※希少がん:概ね人口10万人当たり6例未満であり、診療・受領上の課題が他と比べて大きいがん



「希少がん、難治性がん」に関する第3期中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標及び指標測定結果)

2081	希少がん情報公開専門施設における公開がん種数 (がん情報サービス)	2021年度 3種類	2018年度 2種類		
2082	希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間 (患者体験調査)	初診から診断	2週間未満	38.1%	42.1%
			2週間以上 1ヶ月未満	28.3%	28.4%
		診断から治療開始	2週間未満	31.2%	34.4%
			2週間以上 1ヶ月未満	41.1%	31.1%
2083	希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合 (患者体験調査)	80.0%			

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。また、希少がんの定義はゲノム医療等の成果によって変更が加えられる可能性が指摘されており、こうした状況も踏まえた対策の在り方やより適切に評価できる中間評価指標についても、次期基本計画において検討が必要である。

また、難治性がん対策について、第3期の基本計画においてはがん研究を推進することで取組を進めてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、次期基本計画において、どのような評価指標を用いることが可能か、検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

小児がん・

A Y A世代のがん対策

小児がん中央機関と拠点病院・連携病院の概要

アドバイザリー・ボード

小児がん中央機関

国立成育医療研究センター

- ◎相談支援の向上に関する体制整備
(小児及びAYA世代のがん)
- 情報提供(小児及びAYA世代のがん)
- ◎診断支援(放射線診断、病理診断等)
- ◎小児がんの登録体制の整備
- ◎人材育成(医師、看護師、心理士等)
- ◎小児がん拠点病院連絡協議会事務局

国立がん研究センター

- ◎情報提供(小児及びAYA世代のがん)
- 小児がんの登録体制の整備
(院内がん登録実施支援)
- 人材育成(がん専門相談員
基礎研修、院内がん登録実務者)

小児がん拠点病院連絡協議会

地域ブロック協議会

小児がん拠点病院

小児がん拠点病院

小児がん連携病院
(地域の小児がん診療)

小児がん連携病院
(特定のがん種等の診療)

小児がん連携病院
(長期フォローアップ)

小児がん拠点病院15か所、小児がん連携病院146か所(令和3年10月1日時点)

小児がん中央機関・拠点病院

(平成31年4月指定)

- ★ 小児がん中央機関
全国に2施設配置
- 小児がん拠点病院
全国に15施設配置



(※) 国立成育医療研究センターは中央機関かつ拠点病院

小児がん連携病院について

見直しの論点

○類型について

- 3つの類型による診療機能の分担が患者からみても不明確であるとの指摘がある。
- 一方で、それぞれの病院がどのような機能を持っているかについての一定の整理や情報共有のためのラベリングは必要ではないかとの意見もある。

○要件について

- 連携病院の指定を拠点病院が定めることにより、同じ類型の連携病院でも地域によって提供される診療の質が異なっている等、診療能力の格差が課題なのではないかとの意見がある。
- 一方で、地域の実情を踏まえると画一的な基準を設けることが必ずしも適切とは言えない可能性もあるのではないか。
- 小児拠点病院と連携病院が一体となって、どこに住んでいてもより質の高い医療を受けることができるために連携病院の指定要件についてどのように定めることがよいか。

方針

- 類型1については診療能力に応じて2段階に分類してはどうか。
- 連携をするためには、少なくともどの医療機関がどのような役割を担うのかについて、拠点病院と連携病院相互の理解は必須である。
- 患者がそのネットワークに乗るためにも、どの医療機関を受診したらよいかを明確化することが必要である。

今回の指定要件見直しのポイント

拠点病院・中央機関の 役割の明確化

- 拠点病院は地域ブロック内の小児がん診療体制整備を牽引する
- 中央機関は人材育成、研究開発、中央病理診断についても国内の体制整備を行う

適切な集約化に向けた 連携病院類型の見直し

- 連携病院について、年間新規症例数が20以上の施設を類型1-A、そうでない施設を類型1-Bと分類
- 連携病院での院内がん登録を要件化

長期フォローアップ 相談支援について

- 長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備・検討
- がん・生殖医療を含む小児・AYA世代の相談支援の強化

指定のあり方について

- 拠点病院については、コンペティションで優れた病院を指定する
- 連携病院については、指定要件を満たす施設の中から、地域ブロック協議会で議論し拠点病院が指定する

小児がん拠点病院等の全体像（令和4年8月 整備指針）

- 「小児がん中央機関」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- 「小児がん拠点病院」は、指定の検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が指定する。
- 「小児がん連携病院」は、地域ブロック協議会の意見を踏まえ、小児がん拠点病院が指定する。
（「類型1-A」「類型1-B」「類型2」「類型3」の4類型ある。）

第14回がん診療連携拠点病院等のあり方に関する検討会
（令和4年7月21日）
資料1より抜粋・一部改変

アドバイザリー・ボード（外部有識者等）

小児がん拠点病院連絡協議会

- ・ 医療及び質の向上を目指した協議
- ・ 各地域ブロックからの情報収集
- ・ 地域ブロックを超えた連携体制の整備

◆小児がん中央機関

日本における小児がん医療・支援の牽引

国立成育医療センター

- ◎相談支援に関する体制整備（小児及びAYA世代のがん）
- ◎情報提供（小児及びAYA世代のがん）
- ◎診断支援（放射線診断、病理診断等）
- ◎小児がんの登録体制の整備
- ◎人材育成の中心（医師、看護師、心理士等）
- ◎小児がん拠点病院連絡協議会事務局

国立がん研究センター

- ◎国民への情報提供（小児及びAYA世代のがん）
- ◎小児がんの登録体制の整備（院内がん登録実施支援）
- ◎人材育成の中心（相談員研修、院内がん登録実務者研修）
- ◎研究開発及び臨床研究の推進・支援



地域ブロック協議会

- ・ 全国7地域
- ・ 地域ブロック内の小児がん診療に係る連携体制の整備

◆小児がん拠点病院（15か所）

地域における小児がん医療・支援の中心

- ・ 難治、再発例を含む小児がんに対する集学的治療
- ・ 小児・AYA世代のライフステージに応じた相談支援
- ・ 人材育成
- ・ 臨床研究の推進

◆小児がん連携病院

地域の小児がん医療の集約を担う施設

類型1

標準治療が確立しているがん種について、拠点病院と同等程度の医療

1-A 一定以上の症例数等の要件を満たす施設

1-B 地域の小児がん診療を行う施設

類型2

集約すべき特定のがん種の診療や、限られた施設でのみ実施可能な治療

類型3

長期フォローアップを担う施設

8. 小児がんの長期フォローアップ

見直しの論点

- 小児がんの長期フォローアップについて、がん自体の再発・がん治療による身体的機能低下・アピアランスケアといった社会的支援等、多様な内容が考えられるが、それぞれの項目によって主に対応する医療機関を検討すべきとの指摘がある。
- 患者のライフステージに応じた切れ目のない診療、相談支援提供体制を整備する必要があるとの意見がある。
- 小児がんのサバイバーが長期フォローアップを目的として成人診療科を受診しても、フォロー終了とされ期待したケアを受けられない事態があるなど、患者側の視点からも受診すべき医療機関が明確でないとの指摘がある。
- 小児がんの長期フォローアップについて、成人の拠点病院等が果たすべき役割をどう考えるか。

方針

- 医療機関間の連携、情報共有体制についての整備に加え、支援の内容ごとに対応状況と連携先についての情報公開や、相談窓口の設置を必須としてはどうか。
- 協議会で、各拠点病院における役割分担を明確化し、連携体制、対応状況、好事例の収集について検討するよう求めているかどうか。
- 小児がん拠点病院等の整備指針WGでの議論内容も踏まえた要件の設定としてはどうか。
- 小児がんの長期フォローアップをどのように行うことが適切であるかについて、研究を推進してはどうか。

小児・AYA世代の長期フォローアップ体制整備事業

現状と課題

- 小児・AYA (Adolescent and Young Adult) 世代 (思春期世代と若年成人世代) のがんについては、晩期合併症 (※) に対処するために適切なタイミングでの告知やアドバイスが重要であること、小児がん患者・小児がん経験者は療養生活を通じた心の問題や就労・自立などの社会的問題を抱えていることから、多職種協働のトータルケアによる長期間のフォローアップが必要になる。
- 現在、全国15か所の小児がん拠点病院に長期フォローアップ外来が設けられているが、その体制は多様であり、対象患者、フォローの頻度、人員、支援内容等にバラツキが見られる。
- このため、「がん対策推進基本計画」(平成30年3月閣議決定)における個別目標として、国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進めることが掲げられている。

※晩期合併症・・・小児がんは、患者が発育途中であることなどから、成長や時間の経過に伴って、がんそのものからの影響や、薬物療法、放射線治療など治療の影響によって生じる合併症がみられる。これを「晩期合併症(晩期障害)」という。晩期合併症は、小児がん特有の現象である。

成長・発達への影響	身長伸び、骨格・筋・軟部組織、知能・認知力、心理的・社会的成熟、性的成熟
生殖機能への影響	妊娠可能か、子孫への影響
臓器機能への影響	心機能、呼吸機能、腎機能、内分泌機能、消化管機能、視力・聴力
二次がん(抗がん剤や放射線治療により別のがんが二次的に発生すること)	良性腫瘍、悪性腫瘍



出典：小児がん情報サービス(国立がん研究センター)

○ 小児がん拠点病院等で長期フォローアップを担当する多職種協働チームを育成するための研修プログラムや教材等を作成し、研修を実施する。

(一般社団法人 日本小児血液・がん学会への委託費)

「小児・A Y A世代のがん」に関する第3期中間評価について (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標及び指標測定結果)

2091	小児がん患者の3年生存率（院内がん登録）	2015年 86.7%	2014年 87.7%
2092	A Y A世代で発症したがん患者の3年生存率（院内がん登録）	2015年 87.8%	2014年 87.2%
2093	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合 (患者体験調査・小児患者体験調査)	成人（40歳未満）2018年 52.0%	
		小児2019年 53.8%	

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

小児がん、A Y A世代のがん、高齢者のがん対策は、第3期の基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びA Y A世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんとの共生のあり方に関する検討会」等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、がんの遺伝的素因や晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年度より、「小児・A Y A世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があるが、第3期の基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

4

高齢者のがん対策

ひと、くらし、みらいのために

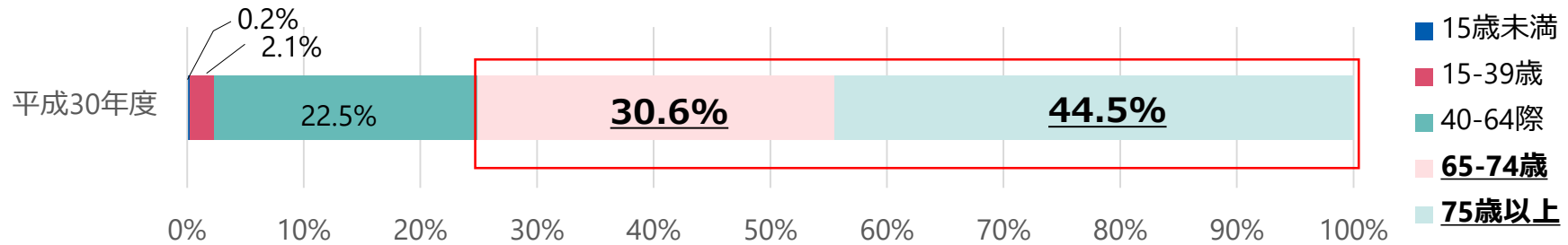


厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

高齢がん患者の状況

○ 年齢階級別罹患数の割合では、7割以上が65歳以上であり、がんの罹患と年齢には強い相関がある。

(表1) 年齢階級別罹患数の割合



(表2) 年齢階級別罹患率

【男性】

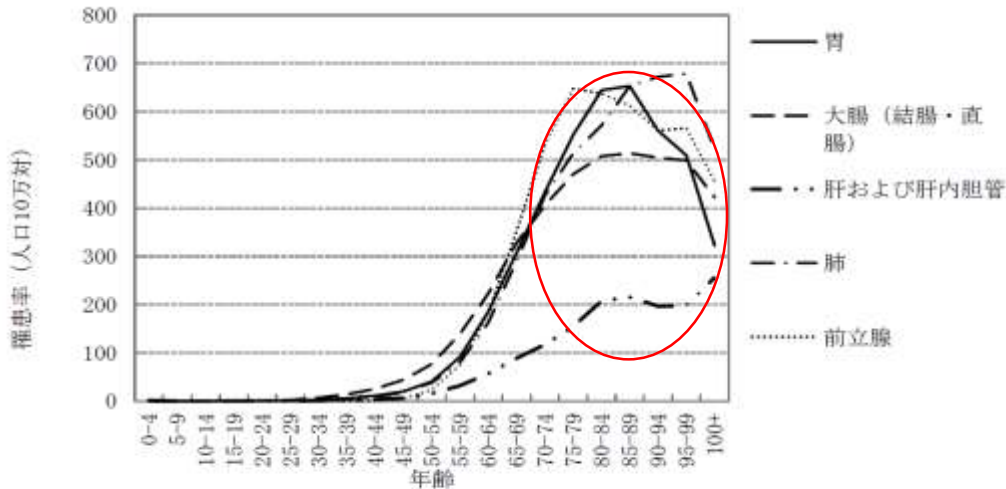


図5 年齢階級別罹患率（人口10万対）：上位5部位、男（上皮内がん除く）、2018年

Figure 5 Incidence rate (/100,000), by age-groups, Male (exclu. CIS) 2018

【女性】

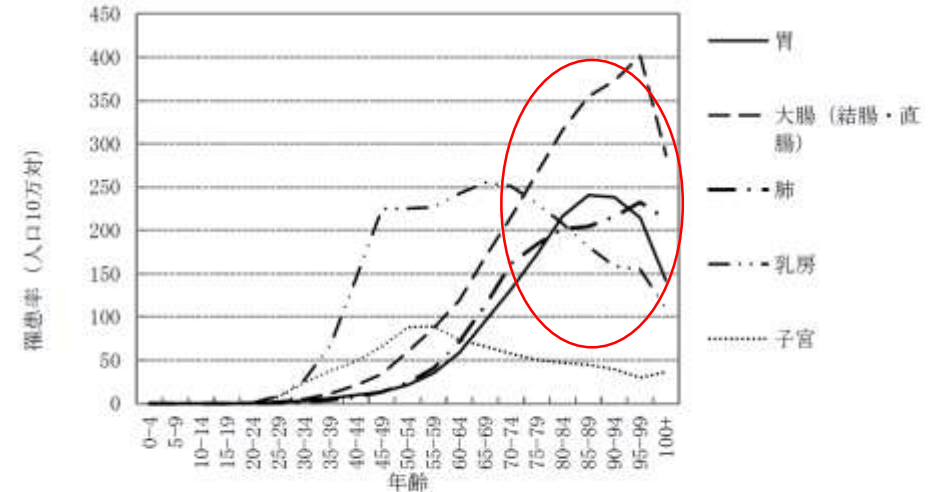


図6 年齢階級別罹患率（人口10万対）：上位5部位、女（上皮内がん除く）、2018年

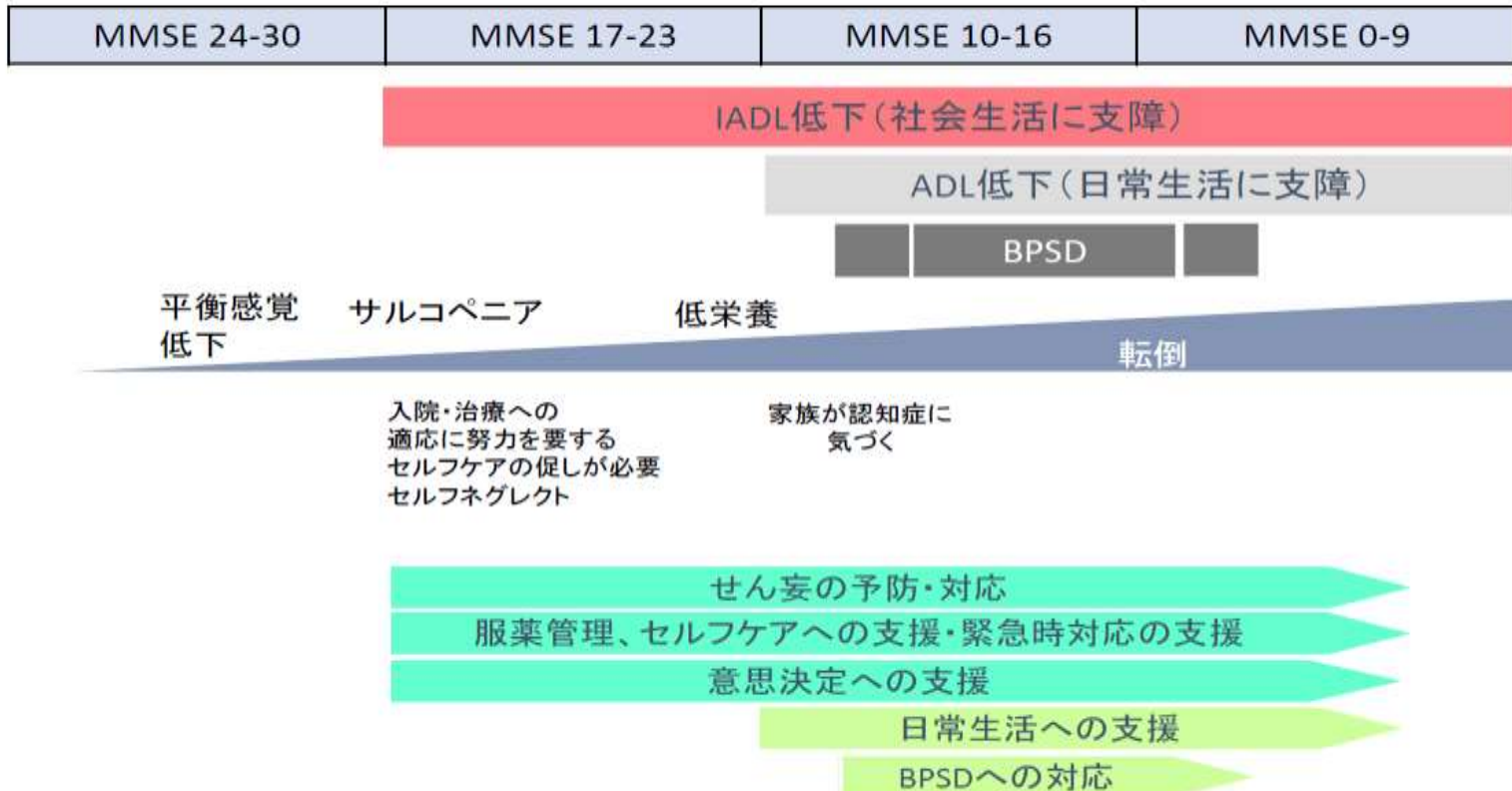
Figure 6 Incidence rate (/100,000), by age-groups, Female (exclu. CIS) 2018

高齢患者の特徴

- 認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす。
- 認知症の進行により日常生活における支援が必要となる。

認知機能とケア

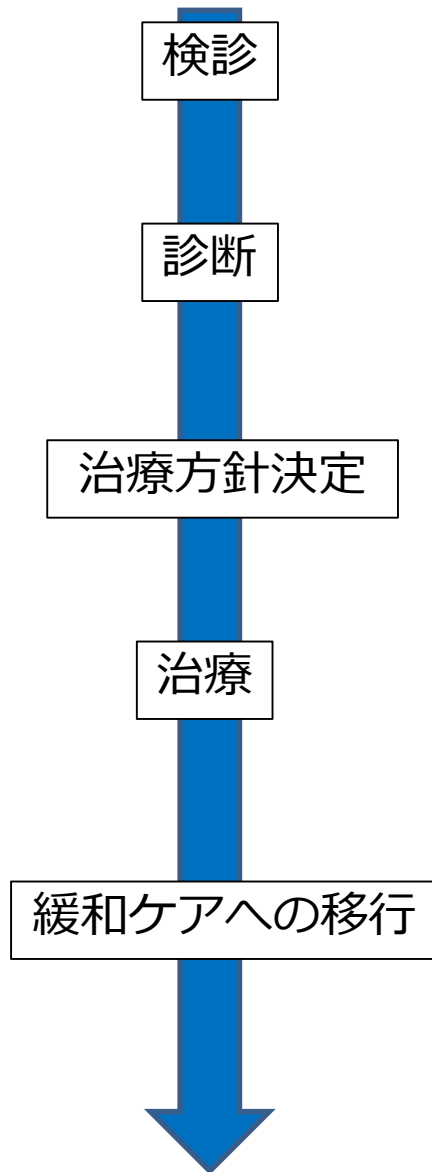
初期の段階から身体治療には影響を及ぼす



出典：小川朝生「あなたの患者さん、認知症かもしれません 急性期・一般病院におけるアセスメントからBPSD・せん妄予防、意思決定・退院支援まで」

高齢者とがん治療

出典：小川朝生「認知症への対応と意思決定支援」



受診

- ・ 進行してからの発見が多い
- ・ 治療アクセス
- ・ 情報提供が不十分の可能性

意思決定に関する課題

- ・ 不適切な意思決定がなされている危険
- ・ 不適切な治療の差し控え

治療適応の判定

- ・ 治療医の臨床経験に基づく個々の判断が中心
- ・ 系統立てたリスク評価が未確立

支持療法

- ・ 手術（せん妄の発症、身体機能の低下）
- ・ 薬物療法（せん妄の発症、内服管理、緊急時の安全）

療養場所の選定

- ・ 認知症のBPSD対応とがん治療・緩和支援療法を同時に提供できる施設が少ない
- ・ 緩和ケア病棟の受け入れを断られることがある
- ・ 家族への負荷増大

高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き

- 話しやすい場面で、わかりやすい言葉で選択肢を提供する
- リラックスできる環境で説明する
- 言葉以外のコミュニケーション、うなづくことや手振り、笑顔からも読み取る
- 友人や家族と一緒にいるときに話し合う
- 繰り返し確認する（時間をおいて確認する）
- 複数の人から尋ねる



(https://www.ncc.go.jp/jp/epoc/division/psycho_oncology/kashiwa/research_summary/050/020/index.html)

出典：厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」

全ての拠点病院等が対応すべき項目と、役割分担の上で連携を推進すべき項目

国レベルで役割分担すべき項目

- 粒子線治療等の特殊な放射線治療
- 希少がんへの診療および連携体制
- 小児・ゲノム拠点（別途WGで検討）

都道府県レベルで役割分担すべき項目

- 緩和ケアセンター、緩和ケア病棟（ホスピス）、神経ブロックを含む総合的な疼痛緩和
- 強度変調放射線療法や核医学治療等の高度な放射線治療
- 分野別に希少がんの対応を行う体制
- 小児がんの長期フォローアップの実施
- AYAがんの支援体制
- 妊よう性温存療法の実施（別途ネットワークの構築を要件化している）

すべての拠点病院で整備すべき項目

- 我が国に多いがんに対する集学的治療体制
- がん相談支援センター
- 役割分担すべき項目の対象となる者を、適切な医療機関につなげるための窓口、該当する患者への適切な情報提供
- **高齢者のがんに対する治療体制**

「高齢者のがん」に関する第3期中間評価について (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

小児がん、A Y A世代のがん、高齢者のがん対策は、第3期の基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びA Y A世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんとの共生のあり方に関する検討会」等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、がんの遺伝的素因や晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年度より、「小児・A Y A世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があるが、第3期の基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

「高齢者のがん対策」に関するこれまでの主なご意見

- 「高齢者のがん」について、中間評価を含め、前回までの協議会において以下のようなご意見があった。
 - ガイドライン作成に十分なエビデンスが難しい領域であり、リアルワールドデータ、ビッグデータを活用した研究を導入していくべきではないか。
 - どのように高齢者の方に意思表示してもらい、どのように治療してほしいか、うまく伝わっていないのではないかと感じており、高齢者にとって医療現場で一番大事なものはアドバンス・ケア・プランニング（ACP）ではないか。どういう治療をしてほしいのか、医療現場でしっかり把握して治療に臨めるような仕組みが必要ではないか。
 - 高齢者のがん対策について、フレイル、介護度、QOL等の評価に重きをおくべきではないか。
 - がん患者の平均年齢が高くなってきており、全国で、特に地方においてはこの傾向は強くなっていると思い、大変重要な課題である。
 - 高齢者のがんについて、例えば、AMEDの研究事業として複数の研究班があるものの、十分なエビデンスの創出には至っていない。ただ、こうした努力は続けていくべきである。
 - 高齢者のがん患者が増加しているが、看取りや疼痛コントロール等について、施設職員、医師、看護師等が対応するも、コントロールが難しい場合には、入院で看取るという場合もある。拠点病院等の緩和ケアに携わる医療従事者には、在宅だけでなく高齢者施設での対応もあることについて検討すべきではないか。