

第85回がん対策推進協議会

資料 2 - 5

令和4年11月11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

資料 2 - 5 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

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
全体)

その進捗が評価できる目標の設定とそれらの効果を測ることができる指標を共に検討するべき。これまでにないデータの蓄積にも踏み込んでほしい。その目標のあいまいさが本質をクリアにする利点があるではないか。ピアサポートなどは量と質、両方の担保が必要なので、数値目標は受講・育成された人数よりも、つながることができた人数で評価すべきと考える。細かすぎるのかもしれないが、『がんになったときに・・・』等のパンフを早期からの緩和ケアや精神的ケアのひとつとして患者へ配布した率など、複合的な効果を踏まえて掘りこんだ指標のほうがよいのではないかと考える。

本体)

- 検診の数を正確に把握するための施策に踏み込んでいただいたが、検診の精度管理と表裏一体なのでこのあたりをどう指標とするかを検討いただきたい。組織型検診、精度管理、正確な検診数はすべてリンクしてくるのでそのあたりを個別目標のところに入れてもらいたい。
- 標準的治療の海外との（ドラッグ）ラグについての表記がないが、あまり論点になっていないのか。難治性がん含めて、海外では標準治療となっているものの日本が第3相以降に入れていないことから認可されない例も多い。標準治療を残念ながら終わると医師から宣告されて、終末期ケアまでの間の戸惑い・医療不信などは根強い。働く世代だと体が動けるだけになおさら。増えるこうした人たちの施策で助けるのか（緩和ケア・社会連携の部分に一部表記があるが）。
- 就労支援のところのがん患者の実態調査に、離職理由として例に挙げられているのが、自分の気持ちに特化されているが、往々にして、『会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑がかかると思った』の“裏側”にある、自分ではなく、“周り”、会社のがんに対する偏見、思い込みによるものも大きい。後日、例を示させていただきたいが、企業側の実態の調査も必須であり、この部分に『（知識・認識不足による）企業内の問題も根強くある』と明記いただきたい。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

基本的には賛成。ポジティブな意味でこれまでのデータではなく、新しい指標を用いないとできないものがあり、相応の時間を要するものもあるのではないかと。ロジックモデルの個別案に対する検討の時間が必要。

石岡 千加史

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

- 「がん医療」分野に関する考え方に関して：「治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法等）」とあるが、引き続き記載することは同意するが、リハビリテーションや支持療法、さらには緩和ケアも治療である。「治療」の定義付けをこの際見直す必要があるだろう。
- 「希少がん」や「難治がん」の定義をある程度明確にする必要があると考える。「希少がん」や「難治がん」の対策は重要だが、従来の希少がんに加え、5大がんの中の希少分画（例えば非小細胞肺癌のCLIP1遺伝子融合例は全体の0.4%）を「希少がん」と最近学会等で呼称する場合が有りがん対策上、明確にした方がよい。「難治がん」はそもそも明確な定義がないので、ある程度範囲を定めた方がよいと考える（参考「希少がん・難治がん診療ハンドブック」南江堂2021年間刊行、石岡千加史監修、元雄良治編集）。

(続く)

資料 2 - 5 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

石岡 千加史

(続き)

- 「がんとの共生」には社会的問題に関する事を残し、この際、緩和ケアは治療として「がん医療」の分野に記載した方が分かりやすいと考える。3期の「ライフステージに応じた対策」の用語は一人歩きして、実質的な対策は十分行われなかったのではないか。この際、「ライフステージ」の定義やステージ毎の対策の例示をする必要があるだろう。
- 「これらを支える基盤の整備」の「分野横断的な事項」とは何を指すのか？デジタル化の推進こそ、健康日本21を参照するのが良いのではないか。

※以下、本文へのご意見

3ページ (9ページ冒頭も)

「患者本位」の用語はまだ続けるのか。「患者本位」は医療従事者に十分浸透したと考え、見出しからは外しても良いと考える。「患者本位の医療を展開する」との書きぶりは、以前は「患者本位ではなかった」反省を踏まえての書き方と理解するが、これを継続することは未だに「患者本位」が達成できていないことになる。そのような理解で良いか？予防、検診のところには「国民本位」と書かないのと同じレベルの記載が良いと考える。また、「患者本位」と言うスローガンを引き継ぐのは新しさに欠ける。「患者本位」はある程度達成できたとして、第4期は「人に優しい」などのスローガンに変更するのも1案であろう。

9ページ

「国や都道府県は、・・・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、都道府県協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」について、「検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」は是非残して欲しいが、多くの都道府県協議会は拠点病院の指定更新推薦の際に既存の枠組みにとらわれ、新しい改革には消極的な都道府県が少なくないと感じる。更に踏み込んだ記載があると都道府県協議会の審議に役立つ。例えば、「国や都道府県は、・・・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適宜見直し集約化を推進する。その際、国は、都道府県協議会等に対し、地域間格差や医療機関間格差など検討に必要なデータの提供などの技術的支援と指導を行う。」としてはどうか。

さらに、(個々に記載するのが適当か分からないが)都道府県協議会の委員には県外の専門性の高い委員を加えるように要件を加えるのが良いと考える。理由は、都道府県別の地域間格差が多く面で明らかであるから(罹患率、5年生存率、喫煙率、検診受診率、医療提供、人材育成など)。一向に格差が縮まらない理由の1つに、先進他県の情報や批評が生かされていない多くの協議会の現状があると考え。

10ページ

「各治療法」には、治療法の主体となる手術、放射線治療、がん薬物療法の項目を立てるのが良い。3期この部分の記載が弱まったので、人材不足や地域間格差や医療機関間格差の課題解決のためには、あらためて数行ずつ記載することが良いと考える。

また、10ページの緩和ケアの提供は「緩和医療」として「各治療法」に記載すべきであろう。医療従事者が行うべき事は、「がん医療の提供体制」の中に一括した方が理解しやすいと考える。

(続く)

資料 2 - 5 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

石岡 千加史

(続き)

11ページ

多職種によるチーム医療は以前から手術、化学療法や放射線治療で行われて来た。緩和ケアチームが取り分け注目され2~3期にも強調されてきたと思うが、がんゲノム医療など高度で新しい医療においてもチーム医療が必要でかつ現在不十分な状況にある。これまでの計画のように新たに推進すべき課題を強調するために、第4期では「緩和ケアチームを含む様々な専門チーム」を「がんゲノム医療提供チームを含む様々な専門チーム」にようにするのが良いと考える。

「一方で、拠点病院以外での医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない」のところは、その後の取り組むべき施策にある「・・・拠点病院と地域の医療機関との連携体制について議論を行う。」との記載との兼ね合いが不明確ではないか。「拠点病院以外での医療機関においては、・・・進んでいない」ので、設置を推進するのか、それが出来ないので「拠点病院と・・・連携体制について議論を行い」集約化するのかが不明確である。チーム医療は「患者家族への苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供する・・・」のが目的。質の高い医療提供のためのチーム医療は拠点病院では実現が不可能なものも少なくないはずである。

12ページ

がんのリハビリテーションは必要である。しかし、この項目だけ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの公的な職種の記載がある。医師、看護師、薬剤師などの資格と同じように国が認定する資格を記載することに異義はない。しかし、他の項目とのバランスを考慮するとやや記載が不十分では無いのか。新専門医制度がスタートした時期と重なる第4期は、この際、専門医の名称など学会認定の専門医療従事者も積極的に記載するのが良いと考える。例：放射線治療専門医、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師など。

15ページ

希少がん、難治がんの定義をより明確にすべき（これは資料2-1に関するコメントに記載）。

21ページ

緩和ケアの提供体制については、前述したように、各治療法に記載するのが良いと考える。緩和ケアの医療部分とそれ以外の部分を切り分けた方が良いと考える。医療従事者が取り組むべき（推進すべき）緩和医療と社会的な支援は分けた方が良いと考える。緩和ケア（医療）の目標設定にもその方が良いと思う。

23ページ

緩和ケア研修会も医療提供体制そのものであり、「各治療法」に新たに設ける「緩和ケア（医療）」の中に記載する方が良いと考える。

35ページ（と18~19ページ）

小児・AYA世代と高齢者のがん対策が「医療の提供」の中で（3）小児・AYA世代、（4）高齢者、（5）ライフステージ（①小児・AYA世代、②高齢者）とする項目立ては読む人にとって理解しにくいであろう。それぞれ1箇所にとめるのが良いと考える。例えば、（3）小児・AYA世代、（4）高齢者をのこり（5）ライフステージは削除して、（3）と（4）に「ライフステージ」の用語を説明しての記載にしてはどうか。さもないければ、（3）ライフステージ（小児・AYA世代）、（4）ライフステージ（高齢者）とするか。

(続く)

資料 2 - 5 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

石岡 千加史

(続き)
40ページ
人材育成について、「人員が不足し、さらに病院間、地域間格差の要因の1つ」とあるが、その例外の要因も記載すべき。「がん医療の現場を担う人員が不足しており、がん医療を担う人材育成の病院間、医療機関格差が患者（国民）に提供される医療の病院間、地域間格差の要因となっている」とより課題を明確にしてはどうか。この格差の現状に関連して、「各治療法」同様に外科医、放射線治療医、腫瘍内科医など主要な治療の担い手の不足を記載する必要があると考える（第83回協議会で石岡が資料で説明したデータがその根拠）。新しく記載される「関連学際領域」については何を指すか理解を容易にするため「腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学などのがん関連学際領域」のように具体例を付記してはどうか。

46ページ
デジタル化の推進に必要で重要な項目に「オンライン診療」の推進があるはず。集約化と均てん化に必要な「オンライン診療」の推進を記載して欲しい。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
基本的にはロジックモデルの導入に賛成である。指標については、十分吟味する必要があるが、健康日本21で「健康格差の縮小（・・都道府県格差の縮小）」があり、これを種々の指標に取り入れるのが良いと考える。具体例としては、「これらを支える基盤」の人材の育成に関して、石岡が過日この協議会で示したように格差は数値化が容易であり、客観的な指標として時系列で評価することが可能である。なお、アウトプット指標も「中間アウトプット」を入れてはどうか。

黒瀬 巖

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
目標・評価指標の設定について、提案に賛成。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
ロジックモデルの作成の考え方、指標の設定について賛成。

谷口 栄作

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
○評価指標に活用する統計データや調査結果等については、継続的な調査計画のもと、きちんとした評価が可能な調査であることが重要。また、患者や遺族に関する調査については、国が拠点病院等で治療した患者や遺族から直接回答を収集する仕組みを検討することが必要ではないか。

【資料 2 - 2】
○6ページ目 受診率向上対策について：「市町村及び検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど・・・」とあるが、このような従来の周知方法に加えて、SNSやマスメディアの活用など、必要な人に直接情報が届く新たな周知方法についても記載が必要ではないか。

(続く)

資料 2 - 5 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

(続き)

- 11ページ目 チーム医療の推進について：「都道府県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制について議論を行う」とある。適切な治療へのアクセス、相談対応、共生に向けた社会資源へのアクセスなどの確保の均てん化を図るために、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（医療圏など）での連携ネットワークの構築が必要ではないか。
- 20ページ目 高齢者のがん対策：高齢者のほか、知的障がい者や精神障がい者など意思決定が困難な患者への支援について、どこかに記載が必要ではないか。
- 42ページ目 がん教育及びがんに関する知識の普及啓発：学校教育だけでなく、生涯教育の観点においても記載が必要ではないか。

土岐 祐一郎

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

- 予防P5：受診率の個人単位での把握について、マイナンバーの活用などももう少し具体的に書いても良いのではないかと。
- 医療p9：均てん化から集約化に転換するためには、診療へのアクセスなどの地域格差の実態を都道府県に任せるのではなく、国として把握する必要があるのではないかと。
- 医療p16：希少がんと難治性がんは分けた方がよいのではないかと。難治性がんというカテゴリーは成立しにくくなっていると感じる。
- 医療p19：高齢者については年齢一律ではなくフレイルや機能評価を判断材料にして進めないと医療として適応の決定が困難である。
- 共生p26：情報提供は科学的根拠（ガイドラインや保険適応）と研究段階（治験や臨床研究）だけなのか？ p39にもあるように臨床研究の情報提供がまず第一であるが、標準治療の終了というのが、多くのがん難民を生んでいる現況を考えると、自費診療など少しでも可能性のある情報が欲しいという心理もよくわかる。非常に難しい問題である。
- 基盤p39：上記に関連するが、患者への臨床研究の情報の提供を拠点病院が行うのは困難ではないかと。国立がん研究センターか関連学会が行うべきであると思う。
- 基盤p40：人材育成については、がんプロや高度医療人育成など文部科学省との連携が行われており、今後も推進されると思う。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

- 基本：がん医療とは、「がんの治療」と「症状の緩和」に大別されると感じています。分野別アウトカムに加えることは可能か？
- 医療均てん化：分野別アウトカムに医療圏、都道府県を超えて治療を受けた患者の割合を患者体験調査で調べられないか？
- 医療各治療法：1-1鏡視下手術の割合は古すぎる指標ですので、ロボット支援手術を行っている施設の割合が良いと思います。

資料 2 - 5 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

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

- 「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。近年医薬品・医療機器などの開発が加速化しており、例えば、全ゲノム解析等においても速やかな患者還元が求められており、患者申出療養（受け皿試験）、がんゲノム中核・拠点病院を中心とした臨床試験、適応外使用などが「研究」的な要素は含みつつ、速やかな患者還元につながっている。実臨床と一体となった臨床ネットワーク基盤の構築の推進が一層必要であり、単に「研究開発」ではなく「医療実装」を同時に実施することが必要不可欠である。
- 医薬品・医療機器の開発、治験の推進に関する項目については、医療に還元されるべき事項であることから、「がん医療の提供」の分野に記述するべきではないか。ゲノム医療等の研究開発促進に資する取組が、研究にとどまらず、治験等の取組を通じて確実に臨床現場へ還元されるように、希少がん、小児がん、難治性がんに対する医療提供体制の中で議論されるべきではないか。
- 社会連携における地域の医療機関と拠点病院の連携については、がんの予防、診断初期（両立支援等）から、治療中の併診や支援、治療後のサバイバーシップ支援、長期フォローアップ、緩和ケアなど、経過に沿ってがん患者に関与していくことを示していくべきではないか。
- 緩和ケアを含むがん患者・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。
- 都道府県におけるがんの医療提供体制の均てん化と集約化の議論を進めていく上で、都道府県拠点病院連絡協議会の体制強化が必要ではないか。
- デジタル化の推進については、新型コロナウイルス感染症のような公衆衛生上の緊急事態に対応できるよう、がん検診や医療等の受療状況やがんの罹患数等について、リアルタイムで把握できる仕組みの構築が必要ではないか。
- 検診受診率の向上、がんに関する情報提供など、これらの目標値を達成するためのアプローチ（戦略）等に関して、「普及・実装科学」の必要性和強化・推進について触れてはどうか。設定された目標を実現するための「作業仮説」に基づき、「実証」を行い、その成果を国民の行動変容につなげる「実装科学の推進」は極めて重要と考える。
- 臨床研究基盤の整備・薬剤の開発において対象患者の絞り込みが進み、肺がんのような患者数が多い対象であっても、特定の遺伝子変異などを対象とするため少数のフラクションを前提とした開発体制の整備が不可欠ではないか。この際、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、治験や医師主導治験に参加しやすい環境を整えてはどうか。
- 企業開発が困難な場合にも、医師主導治験で開発するための公的予算・研究費の増額、公的な継続的実施基盤の整備が必要。特に受け皿試験については、治療手段がない患者にとっての最後の砦でもある重要な臨床試験であり、一層の拡充が必要ではないか。
- C-CATのがんゲノム情報レポジトリーは公的に管理された貴重なデータである。一層利活用が進むようにNDBをはじめとする医療介護データ等解析基盤等への連結について、がん登録とともに検討を進めてはどうか。

資料 2 - 5 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

樋口 麻衣子

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

(2)がんの2次予防

①受診率向上対策について

まずは実態が分からなければ対策がうてないため、国は、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出来る方法を推進するべく動いて頂きたいです。

③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとありますが、身体的、費用的負担もあることからまず効果があると見えてきてから導入されるべきではないでしょうか。

(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

効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備とは外来リハの概念も含まれるのでしょうか？治療は外来がメインになってきているため推進するためにも外来リハビリという単語を入れ、診療報酬を含めた体制について考えていただきたいです。

(2)希少がん及び難治性がん対策

○地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を進めるとありますが、希少がんに関しては地域により体制やリソースの差があります。拠点病院との連携ではなく地域だけでは解決せず中央機関との連携、コンサルテーションの仕組みが重要となると考えます。

○治療法の開発のための研究を引き続き推進するとありますが、希少がんなどは企業治験を行なうのが困難で研究自体を起こすことが難しいです。研究を行ないやすいように費用補助や実施機関へのインセンティブなどを通して研究の環境を支援していただきたいです。(小児がんの研究にも言えます)

(3)小児がん及びAYA世代のがん対策

地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方に係る検討を進めるとありますが、検討を進める以前に日本の患者の晩期合併症に関するデータがありません。まずは日本のデータを集め、それを基にヘルスケアプロバイダーや患者が活用出来るようなガイドラインやケアプランを整備し、医療者に対する研修を検証して患者への情報提供のあり方を考えていただきたいです。

(4)高齢者のがん対策

地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備とありますが、それだけではなく、その都度患者の心身の状況をスクリーニングしつつ家族を含めて状況を確認しながら治療を設定し、介護保険の利用実態を把握した上で必要ならば患者の状態に応じて地域包括とがん医療の連携を強化し生活を整えることが必要と考えます。

(続く)

資料 2 - 5 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

樋口 麻衣子

(続き)

(1)がんと診断された時からの緩和ケアの推進

①緩和ケアの提供について

診断時から一貫して行なわれる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、とありますが現在も診断時からの緩和ケア。ということが言われていると思います。しかし苦痛が取れていない現状があり、より発展させるために治療変更時、再発時、機能低下時など必要なタイミングでのスクリーニングと現状の評価を行なうことを取り入れていただきたいです。

(2)相談支援及び情報提供

①相談支援について

持続可能な相談支援体制のあり方等について検討とありますが、現在何かあったら相談支援センターへという体制になってきています。そのような体制にするからには現状以上の人数配置が必要と考えます。人材確保について言及して頂きたいです。

(4)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）

②アピアランスケアについて

医療従事者や地域の関係者等が正しい知識を身につけられるようとありますが、必要なのは地域の関係者ではなく、まずは患者が正しい知識や支援を得られることです。あくまでも患者主体です。患者は適切な情報が得られれば自分で対処できます。そのためにも、病院の医療者が知識を習得し患者に伝え心理的な支援を含めて関わりつつ必要な場所につなぐ仕組みが整うようにする必要があると考えます。

(5)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

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、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検討する。と有りますが、研究ではすでに在宅療養のニーズが多くあっても利用できない環境があります。現在地域により支援の差があるため、格差の是正を行なって頂きたいです。

久村 和穂

資料 2 - 2 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

○次期基本計画におけるロジックモデルの活用や基本計画の骨子等について特に異論はないが、計画（案）の3頁「全体目標及び分野別目標」について以下の2点を検討していただけたらと考える。

○3-4行目「様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、**誰もが**安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、」（*下線部を追加）としては如何か。「いつでも」（診断時から）、「どこでも」（地域格差の縮小）に加えて、「誰もが」と明記し、患者の経済・雇用状況、家族状況、障害の有無、年代・性別、文化的背景等に関係なく（患者特性による格差の縮小）、誰もが安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること、即ち、誰一人取り残さない（leave no one behind）、**包摂性・多様性**といった価値を全体目標の中で示すことができたなら良いのではないかと考える。同様に、3頁下から3行目「**全ての**がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、」と下線部を追加すると一貫性のある内容になると考える。

(続く)

資料 2 - 5 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

(続き)

- 下から4行目「医療・福祉・介護・産業保健・就労・**教育**支援分野等と連携し、効率的な保健・医療・福祉サービスの提供や、就労・**教育**支援等を行う仕組みを構築することで、」(*下線部を追加)としては如何か。次期がん対策において小児・AYA世代のがん対策として教育支援の充実は重要な個別施策の1つであり(35-36頁に記載)、就労と併せて教育支援も分野別目標の中で明記すべきと考える。
 - 計画(案)12-13頁「⑤支持療法の推進について」の後、または、15頁の最後に「緩和ケア(医療)の推進」に関する内容を含める必要がある。
 - 計画(案)33-34頁「④その他の社会的な問題について」では、がんに対する偏見の問題が主に記載されているが、本邦の多くのがん患者が困っていて支援を必要としている社会的問題の1つは**経済的問題**であるため1、関連する患者体験調査のデータ(例:問18.治療費負担のためにがん治療を変更・断念した人、問19.金銭的負担が原因で生活に影響があった人)を含めて記載し、個別目標・アウトカム指標を設定してはどうかと考える。また、東京都保健福祉局の調査2によれば、がん患者で傷病手当金を利用した者は31.5%、「知らなかったために利用せず」が39.5%という報告があり、可能であれば、将来的にがん患者にとって有用な社会保障制度(例:障害年金、介護保険)の捕捉率についても中間アウトカム指標として用いて、モニタリングしていけたらと良いのではないかと考える。
 - 計画(案)48頁:「**家族等**」「**がん患者やその家族等**」「**がん患者とその家族等**」と記載していただくと良いと考える。本邦では同性婚や夫婦別姓が公的に認められていないこともあり、様々な事情から患者の「家族」「遺族」にはなれない方がいる。実際に患者を生活面・心理面を実際に支えている方が必ずしも法律上の家族や血縁者ではなく、パートナー・友人・後見人である方も少なくないため、**患者にとって家族と同様に大切な人々への配慮**が必要と考える。今後は独居者、生涯独身の方、身寄りのない方も増加することも予想される。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省、平成30年3月改訂)では「**家族等**」という表現が使われており、次期基本計画でもこの表現に合わせると良いと考える。
1. Hisamura K, Matsushima E, Tsukayama S, Murakami S, Motoo Y. An exploratory study of social problems experienced by ambulatory cancer patients in Japan: Frequency and association with perceived need for help. *Psycho-Oncology* 27(7):1704-1710, 2018.
2. 東京都保健福祉局、「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書(平成26年5月)

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

- 次期基本計画におけるロジックモデル作成の基本的な考え方について特に異論はないが、ロジックが分かりづらい部分もある。例えば、資料2-4「患者本位で持続可能ながん医療の提供 3. がん医療提供体制等」の分野別アウトカムと最終アウトカムのロジックが分かりづらい。この分野の最終アウトカム指標は、死亡率・生存率だけではなく、「**患者本位**」の医療が提供されたかを評価する必要もあり、患者体験調査「問23. がんの診断・治療全般に関する総合的な評価の平均点」「問20-10. これまで受けた治療に納得している人」といった**患者報告アウトカム**(PRO)も含めるべきではないかと考える。ただし、このようなロジックの組み立てについては様々な考え方があるため、各分野についてしっかり議論して合意する必要があるだろう。
- がん罹患率、生存率、死亡率等については地域格差の評価指標として活用可能と考えられるため、地域別データの最高値と最低値のギャップを「がん医療の均てん化」に関する中間アウトカム指標として採用することを検討してはどうかと考える。

(続く)

資料 2 - 5 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>○「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」「地域共生社会の実現」を評価するにあたっては、格差縮小の視点を取り入れることを検討していただけたらと考える。中間・最終アウトカム指標として用いる患者体験調査のデータについて、性別・年代・地域・がん腫の他、所得・雇用状況・婚姻状況・教育歴等のサブグループ解析を行い、がん情報、緩和ケア、ピアサポートを含む心理社会的支援等が届きやすく、苦痛を抱えやすい集団を特定し対応することで、格差縮小に取り組むことも可能ではないかと考える。</p>
前田 留里	<p>資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について</p> <p>2. (1) がん医療提供体制等</p> <p>○ P10 感染性のまん延や災害等の状況下においても必要ながん医療ができるよう、「薬の安定供給」についても言及が必要ではないでしょうか。</p> <p>○ P10 標準治療が限られている希少がんや難治性がんについては初回治療から遺伝子パネル検査が保険で受けられるよう、ゲノム医療の活用を広げて頂きたい。</p> <p>○ P12-13 副作用後遺症対策として、容易に相談できるだけでなく他科（循環器等）の受診へつなげる連携や理解が必要。</p> <p>○ P14 妊孕性温存についての情報提供は「診断時等の早期」においてが重要で、対象年齢のすべての方へ拳児希望の確認や支援の説明ができる体制が必要。</p> <p>3.(5) ライフステージに応じたがん対策</p> <p>○ P35-36 AYA世代の終末期の支援制度について、自治体の実態把握を行い、地域差をなくすような文言にしていきたい。</p> <p>4.(2) 人材育成</p> <p>○ P40 専門的な研修の中にコミュニケーションスキル研修も一緒に入れるなど普及に努めていただきたい。</p>
松田 一夫	<p>資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について</p> <p>第 2 分野別施策と個別目標</p> <p>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～</p> <p>< (2) がんの 2 次予防（がん検診）について ></p> <p>本邦のがん検診は、受診率が低く、精検受診率も低いため、諸外国ほどの年齢調整死亡率減少を達成していない。一番の問題は、市区町村よりも多く行われている職域におけるがん検診に法的な根拠がないことである。そのため正確な受診率が不明で、職域でがん検診を受けられない人が少なからずいる。がん検診を受けにくい状況のままではナッジ理論も効力を発揮しないし、名簿管理がなされなければコール・リコールも効率よく行えない。</p> <p>がん検診の目的は死亡率減少であり、すべての国民が科学的根拠のあるがん検診を受けられなければならない。まず市区町村は、指針外検診を極力止める必要がある。職域におけるがん検診は義務ではないが、現にがん検診を行っている事業所においては、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に基づいて行うことが従業員の利益につながる。がん検診を行っていない事業所においては、従業員が市区町村のがん検診を受けるため特別休暇を与えて欲しい。</p> <p>(続く)</p>

資料 2 - 5 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

(続き)
将来的には、職域におけるがん検診を法的に規定し、マイナンバーと紐づけてすべての対象者を名簿管理する組織型検診organized screeningの導入が必要である。受診率の算定をいつまでも国民生活基礎調査に頼ってはいならない。
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～
(2) 相談支援及び情報提供
<② 情報提供について>
正しい情報は、がんとの共生のみならず、一次予防・二次予防、治療、就労支援においても、極めて重要である。がん患者や家族等がアクセスしやすい正しい情報の発信に努める必要がある。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
<がん検診に関して>
最終アウトカムであるがん死亡率減少を達成するために、がん検診は重要な位置を占める。しかしながら精検受診率等に関するデータソースは専ら地域におけるがん検診である。職域においても地域と同様に結果を収集する仕組みが必要である。受診率は国民生活基礎調査に依らず、プログラムデータとして示せる体制を構築したい。

谷島 雄一郎

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
【P4 目標・評価指標の設定について（案）】
第4期の全体目標には「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースに、「多様性とWell-being」をキーワードとしたメッセージを入れてはどうか。
ex.第3期全体目標「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」
↓
第 4 期全体目標案「がん患者を含めた国民すべてが、がんを知り、関わり、一人ひとりのWell-beingを実現する。」

【理由】第 4 期の概要は、第 3 期を基本的には踏襲しつつ、社会の変化と医学の進歩に合わせてアップデートするものと認識している。つまりは、「やるべきこと」と「やれるようになったこと」を、より効率的に、より高い精度で、より適切な指標に基づいて進めていくことであるが、本計画は全国民に関わることであるので、社会変化を捉え、より国民へ伝わりやすい表現で発信すべきである。そして、アップデートすべき社会の変化と医学の進歩の持つテーマは「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」であると考え。多様なリソースを最大限活かし、多様な環境に置かれる多様な患者の多様ながんに対応し、それぞれのWell-beingを支える。つまりは、均てん化、集約化、個別化、ネットワーク化、可視化、それらを適切な指標をもとにWell-beingの視点で最適化していく。ただ、患者一人一人と社会全体のWell-beingは異なることもある（ゲノム医療、高額医療、ドラッグロス・ドラッグラグ等は特に）。そこをどう最適化していくか。そのためにもPPIとDXを推進して議論し、具体的に進めていく必要がある。これらは内閣府が掲げる方向性と合致する第4期の特徴であり、社会全体へ発信していくべきメッセージではないかと考える。
(続く)

資料 2 - 5 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)

【P5 第 4 期がん対策推進基本計画の骨子（案）】

《 2. がん医療の提供部分について》

第 3 期にあった「ゲノム医療」が項目として無くなっているが、様々な分野で関わり言及はされているものの、まだ課題の多い黎明期であるため、**項目として外出し**した方が良いのではないかと。(資料 2 - 4 のロジックモデルには指標が考えられているので項目及び計画本文にもきちんと落とし込みが必要ではないか)

さらにゲノム医療は項目として独立させたうえで、その中で、「**遺伝子パネル検査の保険適用による検査タイミング、回数の最適化**」について言及し、一人でも多くの患者を、治験をはじめ、治療機会につなげることができるよう、指標を設けて推進いただきたい。

第 3 期にあった「医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組」が項目として無くなっているが、ドラッグラグの解消は進んできたものの、新たなドラッグロス等の問題が表面化してきており、かつ、現在苦しむ患者を治療機会につなげる最も重要な事項であるため、**「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」を項目化**してはどうか。

《 3. がんとの共生 (4) 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) について》

就労同様、就学支援も項目化してはどうか。

資料 2 - 2 第 4 期がん対策推進基本計画（案）本体への意見

(構成について) 第 3 期にあった、各治療法について言及する記載がない。資料 2 - 4 ロジックモデルの P4 「第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等〈各治療法〉」で示されているところを項目別に記載すべきではないか。

また、計画本体の P10 に「②各治療法」としてまとめるのであれば、資料 2 - 4 ロジックモデルの P4 資料 2 - 4 ロジックモデルの P4 「第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等〈各治療法〉」の箇所に、痛みをとる治療として、緩和治療が含まれるべきではないか。

P16 「(2) 希少がん及び難治性がん対策 (現状・課題)」に「(3) 小児がん及び A Y A 世代のがん対策」同様に、以下の項目を追記いただきたい。

「希少がん及び難治性がんは治療薬の候補が見つかったとしても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」

P17 「(2) 希少がん及び難治性がん対策 (取り組むべき施策)」に「(3) 小児がん及び A Y A 世代のがん対策」同様に、以下の項目を追記いただきたい。

「国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等及び関係学会等と連携した研究開発を推進する。」

P17 「(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、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」

(続く)

資料 2 - 5 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)

P18 「(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策(現状と課題)」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、診療の一部標準治療が確立していないがん種の集約化と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進めてきた。」

P19 「(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策(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、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域や個別の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方に関して経験者の実態調査に基づく対策を検討する。
「国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、国際共同治験への参加の促進も含め、小児がん中央機関、がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院等及び関係学会、企業、規制当局等と連携した研究開発を推進する。」

P22 「(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 ① 緩和ケアの提供について(取り組むべき施策)」において、以下下線部を追記いただきたい。
「国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、がん患者の身体的苦痛や、がん患者及びその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援をライフステージや個別の状況に応じて提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を推進する。」

P29 「(3) 社会連携に基づくがん対策(取り組むべき施策)」において、以下二重線部を削除してはどうか。→理由：セカンドオピニオンは都道府県内を意識すると選択肢が限定される。(特に希少がん、小児がん)
「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、都道府県内のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療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。」

P31 「(4) がん患者等の社会的な問題(サバイバーシップ支援) ① 就労支援について(取り組むべき施策)」において、現在手薄になっている、非正規雇用や自営業・フリーランスの方々への支援を進めることについても明記いただきたい。

P31 「(4) がん患者等の社会的な問題(サバイバーシップ支援) 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。

P34 「(4) がん患者等の社会的な問題(サバイバーシップ支援) ④ その他の社会的な問題について(現状・課題)」において、以下下線部を追記いただきたい。(医療費介護費用など支援の少ない20代30代および高齢者は経済的にも脆弱であることが知られているため)
「がん患者における社会的な問題として、ライフステージや離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題等が指摘されている。」

(続く)

資料 2 - 5 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)

P36 「(5) 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で過ごすことを希望している中、**小児がんの在宅医療の環境や質は地域格差が大きく、また、**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、その費用に対する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。」

P36 「(5) 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、**医教連携コーディネーター等を活用し**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**教育を必要とするすべての患者、きょうだい**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、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

「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構築できるよう、**小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院、地域の医療機関と連携をする体制を整備し、小児・AYA世代のがん経験者の医学的実態に応じたがん検診と、小児がん経験者の人間ドック提供体制の整備等を含め**医療・支援のあり方について検討する。

P36 「(5) 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、二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。

「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ピアサポーターの活用**について検討する**進める**。」

P44 「(4) がん登録の利活用の推進(取り組むべき施策)」において、「**がん登録情報を国民に開かれた情報として、医師・研究者の治療開発にも、患者の治療選択にも活かせる形での公開を検討する**」ことを追記いただきたい。

P46 「(6) デジタル化の推進(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。(小児においてはタブレット端末の長時間視聴に対する健康への影響が懸念され、また高齢者においてはオンライン利用が可能でない場合があり、情報弱者となりうるため)

「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、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その利活用の推進**とその影響や配慮**について検討する。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

《治療や施策が必要とする患者に確実に届くように》

状況並びに患者ニーズ(潜在的なものも含む)両方の観点から、それが必要とされる患者がどれだけいて、そこにどれだけちゃんと届いているかという視点を重視していただきたい。

(続く)

資料 2 - 5 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)
緩和ケアについて
どれだけの患者が、診断時から緩和ケアについて説明を受け、希望し、つながることができたのか。

資料 2 - 4 P3 3. がん医療提供体制等<医療提供体制の均てん化・集約化>
「がんゲノム医療」において、標準治療終了（終了見込み含む）の患者が、どれだけパネル検査を受けることができたのか。

《Well-being及びサバイバーシップの視点を組み込む》
生存率同様に、Well-being及びサバイバーシップ視点での指標を設け、その向上を目指してはどうか。
さらに、そのための調査方法及び、項目の作成に患者・患者家族の声（PPI）をより取り入れることとしてはどうか。

《その他検討が必要と考える項目》
資料 2 - 4 P4 4. がん医療提供体制等<各治療法>
「放射線療法」において、緩和的放射線療法についての項目あっても良いのではないか。
「免疫療法」において、科学的根拠に基づかない治療の減少についての評価が必要ではないか。
「病理診断」において、病理の誤りの減少や中央病理診断との連携についての指標が必要ではないか。

小児や希少がんをはじめ、治療開発に関してのロジックモデルも評価指標に加えるべきではないか。米国か欧州で承認され、日本未承認であるがん領域の医薬品については0を目指していただきたい。