

### 第 17 回がん検診のあり方に関する検討会における主な議論

#### 【職域におけるがん検診受診率および精密検査受診率について】

- 女性のがんである、乳がんおよび子宮頸がんは、胃がん、肺がん、大腸がんに比べ被保険者の検診受診率が低い。
- 一方で、被保険者の乳がんおよび子宮頸がんの検診受診率について、胃がん、肺がん、大腸がんと比べて必ずしも低くないとの見解もある。
- 被保険者において、精密検査受診率が、がん検診だけでなく、それ以外の疾病疑いの精密検査受診率も低いのが問題。

#### 【市区町村検診と職域検診との関係について】

- 被扶養者は被保険者に比べがん検診受診率が低いが、被扶養者の中には市区町村で受診しているケースがあり、その場合、健保組合では把握できない。
- がん検診の実施主体は保険者もしくは、市区町村いずれかにすべき。
- 職域検診は、必ずしも住所で登録されていないので、市区町村の受診率と比較するのは難しい。
- 職域と市区町村のがん検診の受診機会を融通できる体制が必要。

#### 【精度管理と目標値について】

- 精密検査受診率は、精度管理に属するものであることから、目標値設定に関しては、「検診受診率のみならず、精密検査受診率等精度管理に関する目標値を設定する」とすべき。
- 上記と同様、職域においても、「検診受診率のみならず、精密検査受診率等精度管理に関する目標値を設定する。」とすべき。
- 職域についても精度管理を確認するべき。

#### 【データの利用について】

- がん検診データの連結管理可能な体制の構築および法制化を検討してはどうか。
- 検診機関のデータフォーマットが統一されておらず、正確な実態把握には、このフォーマットの統一や電子化が必要ではないか。
- 日本医師会では、検診会社と突き合わせのできる健康診断の標準フォーマットを作成しており、こうしたことも利用してはどうか。

#### 【その他】

- 女性のがん検診は、受けられる医療機関が限られていることが問題。
- 健康保険組合の調査結果だけで、職域がん検診一般の議論をすべきではない。
- 健康度を維持する問題と併せて、費用対効果の問題も考慮すべき。
- 職域において、最低限必要な検査項目や方法を担保するガイドラインを作成すべき。



## 第5回、第6回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 議論の概要

## 【総論】

## ○ 現状

- これまではがん医療の均てん化のため、各二次医療圏に必要な医療を提供するかを重視し、がん診療連携拠点病院等（以下、「拠点病院」という。）の整備を推進してきた。

## ○ 今後推進すべき取り組み

- ゲノム医療等、高度な医療を実施するには教育、人的資源等が必要であり、人材育成を推進すると共に、今後のがん診療提供体制においては選択、集中、機能分担、医療機器の適正配置等を考慮すべきである。

## 【がんのゲノム医療】

## ○ 現状

- Foundation Medicine という会社でがんのゲノム医療の診断サービスが行われており、FDA 承認薬、または臨床試験が行われている薬剤のターゲット遺伝子に関しては診断が行われ、情報が患者、医師に提供されている。また、Memorial Sloan Kettering Cancer Center、MAYO CLINIC といった規模の大きな病院において、遺伝子診断サービスの開始や、知財の獲得に向けた取り組みがなされている。
- 英国では国が Genomics England という会社を設立し、10万人のゲノムを解析し、がんや難病の治療に役立てる取り組みを開始している。

## ○ 主な意見

- 現在、海外の診断サービスに検査を依頼している場合もあり、知財が流出している可能性も考えられるため、我が国においてもゲノム情報を用いて治療介入するゲノム医療を早急に開始して、日本の知財を確保すべきである。
- 米国の臨床検査ラボの品質保証基準である CLIA (Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988) や、臨床検査ラボの国際規格「ISO15189」、米国病理学会 (CAP: College of American Pathologists) の施設審査基準認定等の国際基準または、日本の基準を定め、これらの基準に準拠した検査室で検査を行うべきである。
- 検査結果の提供については一律の手順を策定し、その手順に基づいて患者に渡すべきである。
- ゲノム情報に基づきがん治療を選択する場合には、ゲノム情報と医学の両者に精通した医師、研究者、ゲノム情報解析の産業界に携わる人材の協働が必要である。

- 検査結果に基づくゲノム情報を検査機関から医療機関、研究室等に渡す際には、ゲノム情報の専門家、臨床医、病理医、遺伝カウンセラー等により構成されるエキスパートパネルで情報内容を精査したうえで、その情報を提供すべきである。
- 家族性腫瘍、遺伝性腫瘍などの原因遺伝子は、原因の遺伝子によって発がんリスクが大きく異なるものの、患者への情報提供については一律の基準が定まっていないため、遺伝カウンセリングの体制整備が必要である。
- ゲノム医療を行う施設では、認定遺伝カウンセラー（182名：2015年12月現在/日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）および臨床遺伝専門医（1269名：2016年5月1日現在/日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会）のネットワークを施設内に作り、グループでの遺伝カウンセリング体制を整備することが必要である。
- 多数の認定遺伝カウンセラーはがんを専門としていないため、がん医療に習熟した遺伝カウンセラーを育成するシステムが必要である。また、患者に説明を行う看護師、臨床試験コーディネーター（CRC: Clinical Research Coordinator）、相談支援に携わる者への教育も検討すべきである。並びに、日本家族性腫瘍学会指定の家族性腫瘍コーディネーター、家族性腫瘍カウンセラー等の制度についても今後のあり方について議論すべきである。
- ゲノム医療や個別化医療を推進する上で、特に希少がん、難治がん、小児がん対策に役立てられることを重点的に検討すべきである。

#### ○ 今後推進すべき取り組み

- ゲノムに関する検査結果の取り扱いや、ゲノム情報を患者に説明するための、一律の基準を策定することが必要である。
- がんのゲノム医療を推進するために、現行の認定制度との関係性を検討しながら、がん医療に習熟した遺伝カウンセラーの教育、並びに看護師、CRC、相談支援に携わる者に対して必要な教育を行い、人材を育成する必要がある。
- 希少がん、難治がん、小児がん等を含めたがんの個別化医療、研究、医療現場に還元できるような一元的なデータベースを構築する必要がある。

#### 【がん医療に関する情報提供】

##### ○ 現状

- 拠点病院等の現況報告に基づき作成したデータベースや、院内がん登録のデータを、国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス（以下、「がん情報サービス」という。）で情報公開している。
- 診療実績等の項目において登録の件数1件以上10件以下の情報は1～10件と表示している。
- がん情報サービスサポートセンターにおいて、施設別がん登録検索システムを使用し、電話での問い合わせに対応している。
- 都道府県がん診療連携拠点病院（以下、「都道府県拠点病院」という。）のがん

相談支援センターの相談支援に携わる者と院内がん登録の実務を担う者は、いずれも国立がん研究センターでの研修を受講して頂き、患者に適切な情報が提供出来るよう施設別がん登録検索システムを習得することとしている。

#### ○ 主な意見

- 診療実績等について、1件以上10件以下の数値も公開すべきである。
- 患者が説明を受ける際、相談員や看護師等が同席し、説明後に適切な情報を提供する仕組みを構築すべきである。

※現在の指針に以下の要件はあり

#### Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

##### 1 診療体制

##### (1) 診療機能 ⑤緩和ケアの提供体制

イ iii 医師から診断結果や症状を説明する際は、以下の体制を整備すること。

- a 看護師や医療心理に携わる者等の同席を基本とすること。ただし、患者とその家族等の希望に応じて同席者を調整すること。

- 後々には標準治療でない臨床試験や治験の情報を整理し、情報の質を一定程度保つ仕組みを構築した上で、患者に提供することも検討すべきである。また、臨床試験や治験に関する情報は、医療従事者が患者に分かりやすく説明を行うべきである。
- 全国がん登録のデータ等が活用される際には、拠点病院以外の医療機関についても、一定数の症例が集まっている場合には情報公開することを検討すべきである。

#### ○ 今後推進すべき取り組み

- 院内がん登録等の既存のデータを利活用することで、より正確な情報を公開すべきである。また、情報提供する内容については、詳細な情報にも速やかにアクセスできるような工夫をする必要がある。

#### 【がんの放射線治療】

#### ○ 現状

- がん病巣のみを正確に照射できる強度変調放射線治療 (IMRT : Intensity-modulated radiotherapy) や、治療効果の高い粒子線治療が増加傾向であるが、拠点病院とそれ以外の施設の高精度治療における診療の質の差や機器の整備状況について地域格差がある。
- 緩和ケアに必要な技術の一つである、緩和的放射線照射件数が増えていない。
- 拠点病院では一定程度高精度放射線治療の体制が整備されているが、治療計画を担う人材が非常に不足している。
- 粒子線治療に関しては、一部のがん種で保険収載され、現在全症例登録が行われている。保険収載されているもの以外のがん種では既存治療と比較検証中である。
- 核医学治療 (RI : Radioisotope 内用療法等) の病床数については年々減少傾向

にある。一方、高齢化に伴ってRI内用療法を必要とする甲状腺癌患者は増加している。

- 全国でRI病床が不足しているため、甲状腺癌患者の待機期間は平均5.2ヶ月と長く、待機中に病期が進行するリスクが高まっている。
- ドイツでは緊急被ばく医療も兼ねたRI治療病室が充実している。
- RI病床は都道府県拠点病院において49施設中22施設、全国のがんセンターにおいても15施設中5施設という整備状況であり、入院治療施設がない県も存在する等、地域ごとの格差が大きい。
- 神経内分泌腫瘍に対するソマトスタチン受容体イメージング診断製剤は欧米から遅れつつ平成27年に承認されたが、国内ではルテチウム標識治療製剤を用いたRI内用療法を実施できないために多くの患者は海外渡航して治療を受けている。
- 前立腺癌に対する塩化ラジウムを用いたアルファ線RI内用療法が平成28年5月に保険承認される等他にも新たな治療製剤の開発が進んでいる。

#### ○ 主な意見

- 高精度放射線治療についてはIMRTを優先して普及させるべきである。
- 放射線治療のデータベースを構築、分析し、エビデンス構築を行いつつ、手術、化学療法に関する学会と連携しながら、今後のがんに対する標準治療を決定すべきである。
- 全国で甲状腺癌のRI内用療法へのアクセスの地域差や長期の待機時間をなくすために、都道府県拠点病院を中心に病床を整備する必要がある。

#### ○ 今後推進すべき取り組み

- 放射線治療計画を担う人材の育成と配置や、僻地や離島においても放射線治療を提供できるような体制について、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の内容も含め検討が必要である。
- 緩和的放射線照射については、欧米の件数を参考にすると、より多くの患者に実施する余地があると考えられ、普及について必要な施策を検討すべきである。
- RI内用療法については、現在整備中の大型施設の状況を鑑みながら、拠点病院における整備のあり方について検討が必要である。

#### 【その他】

##### ○ 現状

- 一般社団法人日本癌治療学会では認定がん医療ネットワークナビゲーターの育成を行っており、患者に医療資源の情報を提供する人材の研修を開始している。
- がん診療連携拠点病院の指定要件の1つとして設置されているがん相談支援センターの業務として就労支援があり、現在、この活動を共有するための指標策定を行っている。

## 第1回、第2回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 議論の概要

## 【緩和ケア提供体制】

## ○ 現状

- これまでは緩和ケアの均てん化のため、がん診療連携拠点病院（以下、「拠点病院」という。）を中心に、緩和ケアセンター等の整備を推進してきた。
- 拠点病院以外で治療を受けているがん患者は約4割いる。
- 病床数の多い病院で緩和ケア関連の診療報酬算定回数が多い傾向がみられる。
- 約4分の3のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られている。
- 身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる。
- がん患者の苦痛は多面的であり、全人的に捉えなければならない。そのため、多職種連携が必要とされる。

## ○ 主な意見

- 緩和ケア外来、緩和ケア病棟の利用率が低い（10-15%程度）というアンケート調査もある。こうした中、今後どのように専門的な緩和ケアにつなぐかの検討が必要ではないか。
- 緩和ケアチームの評価（自己評価も含む）やチームに依頼されない理由の検証が必要ではないか。
- 緩和ケアチームのアウトリーチに際しては、派遣する側の経営的、経済的な問題や個人情報の問題、責任の所在、地域におけるチーム活動の標準化、システム化が十分でないなどの課題があるのではないか。
- 緩和ケア診療加算を算定できていない中小病院や地方病院（常勤精神科医の不在等）の緩和ケアチームをどのように育成していくか、共同診療の促進等の検討が必要ではないか。
- 緩和ケアセンターの現状把握が重要で、運営における課題や効果等の分析が必要ではないか。
- 緩和ケアセンターの設置要件の再評価が必要ではないか。
- 患者が専門的な緩和ケアにつながらない理由として、①主治医と患者の間で緩和ケアの話題が出ないこと、②主治医から緩和ケアチームに紹介されないこと等が挙げられる。こうした中、今後、主治医と患者の間で話題が出せるような仕組み作り、また、緩和ケアチームが主治医から信頼を得るための技量をいかに持つかの検討が必要ではないか。
- 拠点病院の緩和ケアの質を上げるためには、緩和ケアチームにいかにつなげるかが重要である。つながらない現状においては、研修会だけでなく、具体的につながる仕組みを検討することが必要ではないか。

- 拠点病院の緩和ケアについて、現行の緩和ケア研修会を通じて、主治医等に、緩和ケアの知識が広がった段階である。次の段階として、拠点病院の緩和ケアの質をどのように上げていくか、検討が必要ではないか。
- 拠点病院以外の中小病院における緩和ケア提供の実態や患者のニーズを把握する必要があるのではないか。
- 緩和ケアチームと地域のかかりつけ医との連携を進めることも重要である。そのためには、地域の医師会等の協力が不可欠である。

## 【すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを身につけるための方策】

### 1 緩和ケア研修会受講率向上について

#### ○ 現状

- 拠点病院においては、がん診療において、がん患者の主治医や担当医となる者の9割以上の受講修了を実行上の目標としているが、平成27年9月時点で、受講率は48.1%である。
- 大学病院等の医師数の多い病院や総合病院では、受講率が低い傾向がある。また、病院長の受講が済んでいる病院は、受講率が高い傾向がある。
- 都道府県別の受講率は、明らかな地域による偏りはみられないが、70%以上の県もあるものの、40%未満の府県もある。

#### ○ 主な意見

- 現行の研修会の受講率が低い理由の検証が必要ではないか（臨床業務への負荷が大きい等）。
- 受講率向上に向けての方策として、初期臨床研修の2年間で全ての研修医が受講修了するのがよいのではないか。
- 初期臨床研修の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことが重要ではないか。また、卒前教育に盛り込んでいくことが今後必要ではないか。
- 受講率について都道府県で差があるのは、各都道府県における緩和ケア研修会の企画者や行政担当者の熱意で変わってきているのではないか。今後、いかにして行政の協力を得るか検討が必要ではないか。
- 診療所の医師が受講しやすいように、単位型の研修形式に変更することが必要ではないか。
- 研修会のアウトカムは、受講修了者数や受講率だけでなく、患者が緩和ケア外来・緩和ケア病棟・在宅緩和ケア等を利用した割合や痛みの治療効果等を出していく必要があるのではないか。そのための調査等が必要ではないか。

### 2 研修内容について

#### ○ 現状

- 「がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技



術を習得する」ことが基本計画の目標として掲げられていることを踏まえ、がん診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修を実施してきた。

#### ○ 主な意見

- 研修会の目標設定（何を变えるために何をするのか）を改めて検討する必要があるのではないか。
- 研修会を受けただけでは、（特に在宅医の）行動変容を起こすことは難しく、現行の研修会とは違う形のものが必要ではないか。臨床の場に即した形での研修がより効果的ではないか。
- がん緩和ケアに特化しない研修会プログラムの作成も重要。症状緩和だけではなく、特に緩和ケア概論、全人的な苦痛の評価、コミュニケーション、地域連携、アドバンスケアプランニングという内容をがん以外の診療を行っている医療従事者に対しても実施できる効果的な研修を組み立てることが重要ではないか。
- 研修形式として、基本的な緩和ケアの研修会を立ち上げ、全ての診療科医師が共通して受けられるようなものとがん、循環器のように専門的なものに分けていくのはどうか。
- 研修会の内容として、まずは、がんや循環器疾患等に共通する緩和ケアの概論やチーム医療のようなものに絞りこんで実施し、次のステップで、各論として、チームや多職種が参加できるような研修会でフォローアップしていくのはどうか。
- 研修会の内容として、治療医から緩和ケアチーム、緩和ケア外来等の専門的な緩和ケアや既存の医療資源に「つなぐ」ことについて追加すべきではないか。
- 研修会の内容として、苦痛、痛みだけでなく、生き方の相談や希望する療養場所につなぐことや意思決定支援について盛り込む必要があるのではないか。
- 研修会の教育対象や診療の場面・状況の違いによる目標の設定を行うなど、研修内容の検討が必要ではないか。
- 地域の医師も希望者だけが参加するのでは限界がある。地域で緩和ケアを担う医師は、拠点病院等の医師と一緒に研修会を受講することにより、地域連携、チーム作りにもつながるのではないか。

### 3 研修対象について

#### ○ 現状

- がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会は、がん診療に携わる医師・歯科医師を対象に実施しているが、その他の医療従事者の参加は妨げていない。
- 現行の研修会には、医師以外の職種も受講しており、全受講者のうち約4割が医師以外の職種と推測される。
- 緩和ケア研修は、現行の研修会のような基本的な緩和ケアに関する研修会と国立がん研究センターの緩和ケアチーム研修会のような専門的な緩和ケアに関する

る研修会が実施されている。

#### ○ 主な意見

- 研修会の対象は、基本は医師とし、多職種はある一定の割合（例えば50%まで）に留めておき、また、多職種には、ファシリテーターとして入ってもらうことがよいのではないか。
- 医師の行動変容をもたらすためには、医師だけで完結する研修会ではなく、多職種が共に受講できる体制にするか、あるいはファシリテーターや講師として参加してもらうことが必要ではないか。
- 医師を対象とした基本的な緩和ケア研修と、チームで参加し、チームビルディングを学ぶような研修を並行して実施する必要があるのではないか。
- 緩和ケアの質を上げるためには、緩和ケアチームの質の向上が必要である。そのため、チームで研修を受けることをさらに強化することが必要ではないか。
- 多職種の緩和ケア研修については、国立がん研究センターが実施している緩和ケアチーム研修会や各関連団体が実施しているそれぞれの職種を対象とした研修会を引継ぎ受講してもらうのはどうか。
- 地域の薬剤師も今後さらに高度な知識を習得する必要があり、研修を受けられるよう門戸を広げておくことが必要ではないか。
- 緩和ケアの卒前教育が重要であり、そのためには、モデルコアカリキュラムや国家試験の出題基準、臨床研修到達目標等も見直しが必要ではないか。その際、チーム連携という内容も盛り込む必要があるのではないか。

#### 4 推進すべき取り組みの方向性について

- 緩和ケア研修会の評価指標については受講修了者数や受講率のみならず、いかに患者が専門的な緩和ケアにつながったか等、到達目標を明確化する。
- 緩和ケア研修会の内容については、痛み等の症状緩和に加え、緩和ケア概論や専門的な緩和ケアへのつなぎ方、意思決定支援等を組み込み、対象を問わず効果的な研修となるよう見直しを行う。
- 緩和ケア研修会の実施形式を拠点病院の指定要件として義務付ける等、全ての医師が受講できるよう見直しを行う。
- 医師への研修と並行して、多職種（看護師、薬剤師、社会福祉士等）によるチーム活動を強化するような研修・教育のあり方を検討する。

#### 【循環器疾患に対する緩和ケア】

##### ○ 現状

- 中小病院や診療所のように地域に近い医療機関の場合、がん以外の患者の割合も多いと推計される。
- 緩和ケアの対象患者は特定の疾病に限定されるものではなく、がんに並び循環

器疾患の患者も緩和ケアを必要としている。

○ 主な意見

- ・ がんも慢性心不全も死ぬという共通点はあるが、がんと異なり、慢性心不全と診断されても患者は死を意識しない。患者や医療従事者の考え方が「がん」とは異なることを認識して検討する必要があるのではないか。
- ・ 医療費抑制の観点から、入院しないような介入を慢性期から行う必要があるのではないか。
- ・ 心不全末期の症状緩和、特に呼吸困難に対する医療用麻薬の保険適応拡大も必要ではないか。
- ・ 緩和ケアチームへの依頼は、身体症状の緩和やメンタルサポート、治療方針の意思決定支援等であり、がんと似ている。
- ・ がん以外という意味では、慢性心不全以外も対象になるのではないか。
- ・ 循環器疾患の研修内容は、がん緩和ケアの内容を参考に作成するのがよいのではないか。
- ・ 循環器内科医を対象とした研修会にするのか検討が必要ではないか。
- ・ 循環器疾患の研修内容は、疾患の経過ががんと異なることを考慮して、整理して検討することが必要ではないか。
- ・ 循環器領域の緩和ケアを考える上で、循環器疾患の患者は入退院を繰り返すため、地域と基幹病院等の連携やチーム医療が重要であり、研修会を通じて連携の枠組み作りが重要ではないか。

【その他】

○ 主な意見

- ・ 家族等の介護する者に対しても寄り添える環境づくりが必要ではないか。
- ・ 患者が自宅に帰れる環境づくりのために、介護認定等の制度についての議論が必要ではないか。介護認定に関する通知後の変化についての検証はどのようになっているのか。
- ・ 既にある制度をどのように利用していくか、ソーシャルサポートの観点から言うと、相談支援機能の活用が必要ではないか。
- ・ 普及啓発用ポスターや研修修了者用バッジの使用状況の把握が必要ではないか。
- ・ (介護保険と関連して) 小児がん患者や40歳未満のがん患者等、介護保険の非適用者の支援についても議論が必要ではないか。
- ・ 治療医から専門的な緩和ケアに「つなぐ」ために、既存の医療資源として、相談支援機能をうまく活用できないか。
- ・ 「患者のための薬局ビジョン」の中で、かかりつけ薬局として、健康サポート機能、さらに高度な薬学的管理・指導等の機能を備えることを目指しており、今後、緩和ケアにおいても有効に活用することが必要ではないか。



## 第 58 回がん対策推進協議会での主な御意見

## 【がん研究】

- 希少がん、難治性がんに関し、臨床的なネットワークを使いながら医療へ導出する研究を推進すべきではないか。

## 【小児がん】

## ○医療提供体制に関する御意見

- 集約化される医療機関が全ての要件を満たす必要はなく、個々のがん種に応じた集約化の体制を構築すべきではないか。
- 小児がん・希少がん・AYA世代のがんを連続した診療体制を整備すべきではないか。
- 個々のがん種に対する小児がん拠点病院等の専門性について情報を提供した上で連携することが必要ではないか。
- 地方でも診断可能な体制を構築すべきではないか。
- かかりつけ医に対する啓発、地域の病院・診療所と小児がん医療に携わる病院との連携が必要ではないか。
- 小児がんで保険収載された陽子線治療などの医療機器を効率的に利用できる環境を整備すべきではないか。
- ゲノム医療、新薬開発、長期フォローアップ等において、国立がん研究センターと国立成育医療研究センターの役割分担と連携を進めるべきではないか。
- 国立がん研究センターの希少がんWGと小児がん対策が連携すべきではないか。
- 小児がん拠点病院が都道府県がん診療連携拠点病院や自治体との連携を明確にすべきではないか。
- 小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等との連携を進めるべきではないか。

## ○小児がん患者の療養環境に関する御意見

- 小児がん患者・経験者の教育環境を整備すべきではないか。
- 病弱児を対象とした特別支援学校を拡充すべきではないか。
- 後遺症と合併症の状況把握とその対策を講ずるべきではないか。
- 自立支援のため、障害者の認定を拡充すべきではないか。
- 高校生の入院中・療養中の学習支援や学校単位の認定、退院後の療養生活における学校・地域での受入体制の整備などの小児がん患者の就学・

復学支援の制度化が必要ではないか。

- 緩和ケアに関する特別な配慮が必要ではないか。

#### ○長期フォローアップに関する御意見

- 拠点病院のネットワークの他、長期フォローアップのガイドラインに基づいたフォローを行うべきではないか。
- フォローアップ体制の充実、治療研究の推進、情報提供・相談の充実を進めるべきではないか。
- 長期に渡るフォローアップ（後遺症、合併症、保育、教育、就労、自立）を整備すべきではないか。
- 病歴のデータを確実に長期フォローアップに繋げる体制を構築すべきではないか。

#### ○研究、治療開発に関する意見

- 小児がんにおけるゲノム医療の進展に伴う遺伝子解析や個別化医療を推進すべきではないか。
- 新しい標準的治療の確立や開発研究については、集約化の制度をうまく活用すべきではないか。
- 集約されているデータを共有し、そのデータをどのように展開していくかについても考えていくべきではないか。

#### ○情報提供、相談支援に関する意見

- 病院ごとに扱っている症例数を公開すべきではないか。
- 医療・教育・就労・福祉全般に渡り対応可能な総合相談員が必要ではないか。
- 患者、家族へのわかりやすい情報公開のため、情報を整理し統合すべきではないか。
- 「希少がんホットライン」（国立がん研究センター）と相談員（全国の小児がん拠点病院）とが連携を図り、小児がん・希少がんとも、全国的な対応を行うべきではないか。

#### ○その他

- 小児がん中央機関は、医療費の負担、医療費以外（交通費など）の負担、子供の世話のための辞職による収入減等の、家庭での悩みや負担を調査、把握すべきではないか。
- 電子カルテ等のヘルスデータを集約して、小児がん拠点病院等の複数の

医療機関で利用する等のインフラを整備すべきではないか。

- 早期発見に向けた対策が必要ではないか。

#### 【がん患者の就労を含めた社会的な問題】

##### ○就労支援に関する御意見

- 治療開始前に離職した方のほとんどが非正規雇用の女性であり、労働者派遣法等を改正すべきではないか。
- 医療者への負担についても考慮した上で、平日夜間の放射線治療の対応を整備すべきではないか。
- 就労支援は患者と企業の双方で協力していくことが必要であるが、全く関心のない企業もあり、企業に対する効果的な啓発や支援を考えていくべきではないか。
- 再就職についてはハローワークへの紹介を進める一方で、離職防止、仕事と治療の両立支援については、医療機関や相談支援センターが積極的に対応するなどの仕分けをすべき。
- 現行の事業について、再就職率等だけではなく、サバイバーシップの視点から、満足して仕事を得ているか、また、どういう生きがいをもって仕事をしていくのか等について、検証すべきではないか。
- 両立支援ガイドラインの広め方について検討すべきではないか。ハローワーク職員の研修や産業保健センターなどの現存のリソースの活用を拡大していくべきではないか。
- がんの診断早期の離職への対応として、拠点病院だけではなく検診機関やプライマリーケアの医療機関と連携した啓発をおこなうべきではないか。
- 企業の就労支援の取組について、好事例を表彰する制度を創設すべきではないか。
- 病院が行うべき就労支援として、副作用管理の観点から支持療法の徹底及び研究、患者力を高めるインフォームドコンセントの実施、また支持療法の徹底のためのアピランス支援センターや生活情報センターの設置を行うべきではないか。
- 「時間単位でも取得可能な分割型の傷病手当金制度」「がん患者さんに対する助成金の交付」「子育て支援並みの社会保険料の負担の軽減」等の患者の就労支援に資する関連法制度を整備すべきではないか。
- 配偶者、家族の就労支援のため、介護保険制度を含めての法制度を改正すべきではないか。
- 就業支援機能をもつ地域統括がん相談支援センターの設置を進めるべき

ではないか。

- 事業者職場環境の整備等、がん患者に対する支援・職場環境の改善を求めるべきではないか。
- 就労支援の観点からの大人へのがん教育を行うべきではないか。
- 障害者雇用に向けた法整備が必要ではないか。

#### ○その他

- 高齢者のがん医療については、各学会にしっかりしたエビデンスを求め、指針の作成を依頼する必要があるのではないか。
- 高額薬剤については、学会等との協力の下、厳格な使用基準を明確にするとともに、有効性判定のためのバイオマーカーを明確にする等の取組を行うべきではないか。
- 患者の生活や経済面における社会的な支援の議論を進めるべきではないか。
- 生殖医療に関しては、無秩序に広がることを防ぐことを検討しつつ、患者の利益を守ることを前提において、適正なものであるか、患者の意見も考慮すべきではないか。
- 看護師がコーディネーター役を果たせるような人材育成と外来看護機能を強化すべきではないか。
- 相談支援のアルゴリズム化、患者教室、ピアサポート養成プログラムの更新を行うべきではないか。
- 交通費助成、居住地による医療格差が生じないようにするための助成、患者申出療養制度における費用負担を解消するための基金を創設すべきではないか。
- 大人へのがん教育やサバイバーシップ研究を推進すべきではないか。
- がん患者の生殖機能の保存、生活の質の維持・向上に対する経済的な支援と相談窓口を設置すべきではないか。
- 遺伝子変異陽性者に対する社会的不利益から擁護するための検討を進めるべきではないか。
- 科学的根拠に基づいた医療情報の発信を担保するため、各学会による情報発信の認定ロゴマークの配布、国立がん研究センターによるがん情報サイトに注意喚起情報の発表や医療広告ガイドラインによる規制内容の再考・規制強化を行うべきではないか。