

第84回がん対策推進協議会	参考資料 6
令和4年10月27日	

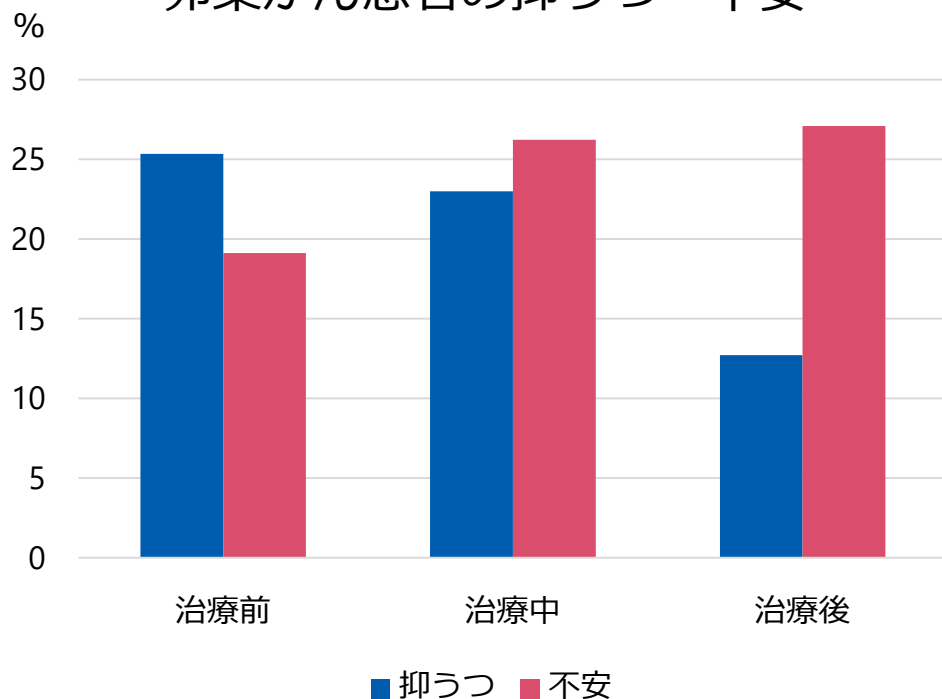
# 第4期がん対策推進基本計画に対する がんとの共生のあり方に関する検討会からの提言の参考資料

がんとの共生のあり方に関する検討会座長

西田 俊朗

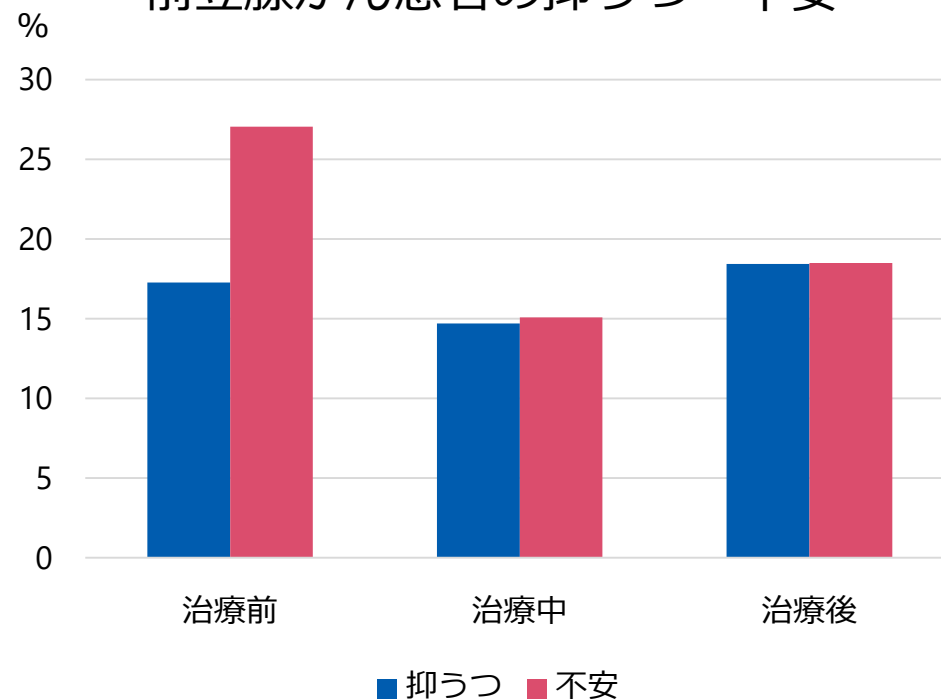
# サイバーの不安・抑うつ

## 卵巣がん患者の抑うつ・不安



卵巣がん患者の抑うつ・不安についての  
システマティックレビュー、メタアナリシス  
(Sam Watts et, al: BMJ Open, 2015)

## 前立腺がん患者の抑うつ・不安



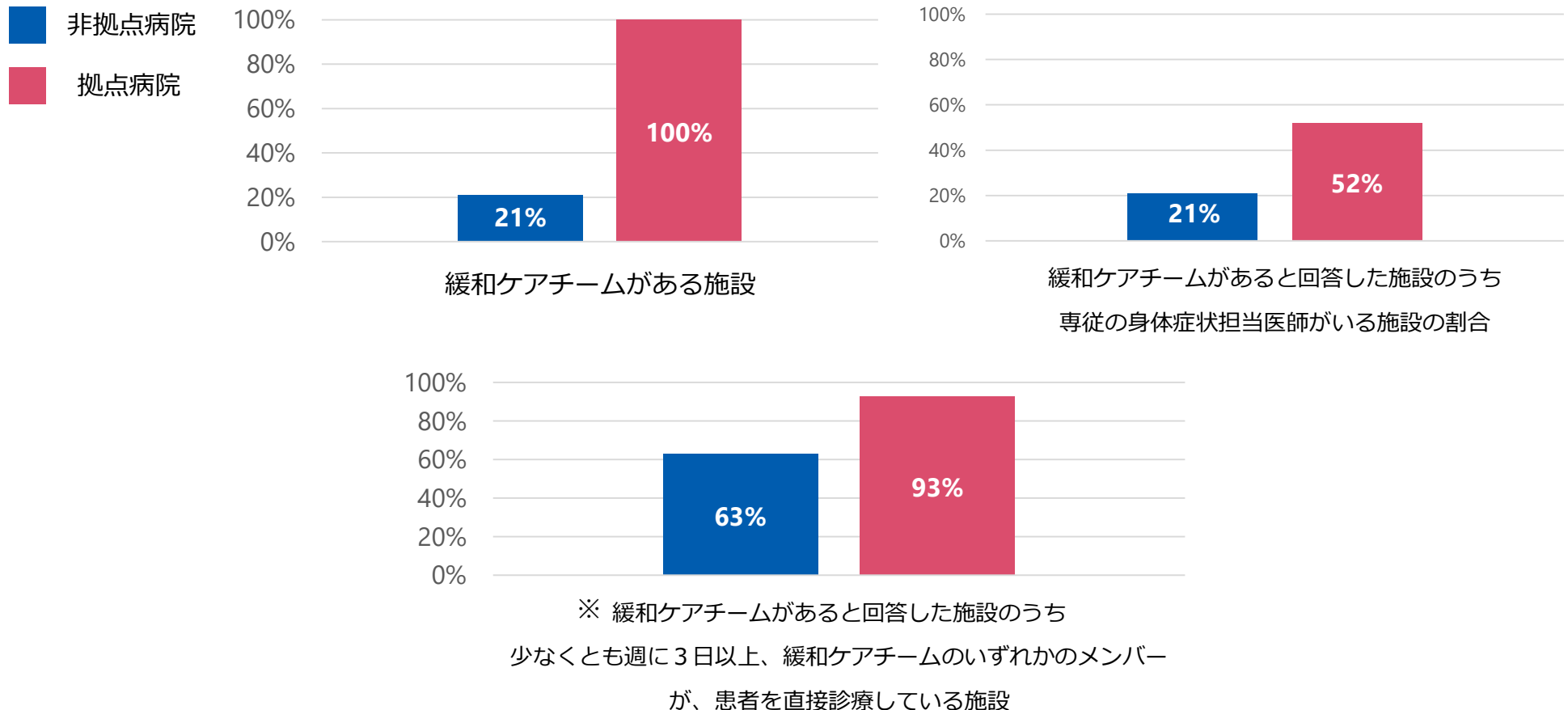
前立腺がん患者の抑うつ・不安についての  
システマティックレビュー、メタアナリシス  
(Sam Watts et, al: BMJ Open, 2014)

治療開始前の段階から、抑うつや不安などに対する心理的な支援が必要

# 拠点病院と非拠点病院における緩和ケアの提供における差

「全国の医療機関における緩和ケアの実施状況と医療従事者（医師・看護師）調査に基づくがん緩和ケアの推進に関する研究」（2017年-2019年度，厚生労働科学研究）

- 拠点病院434施設と、非拠点病院6911施設を対象に、がん診療や緩和ケア提供体制等に関する調査票を送付。
- 回答率は拠点病院 76%、非拠点病院 24%。（※の項目のみ回答率は拠点病院 83%、非拠点病院 21%）



# 症状に対する患者の訴えと医療従事者による評価の乖離

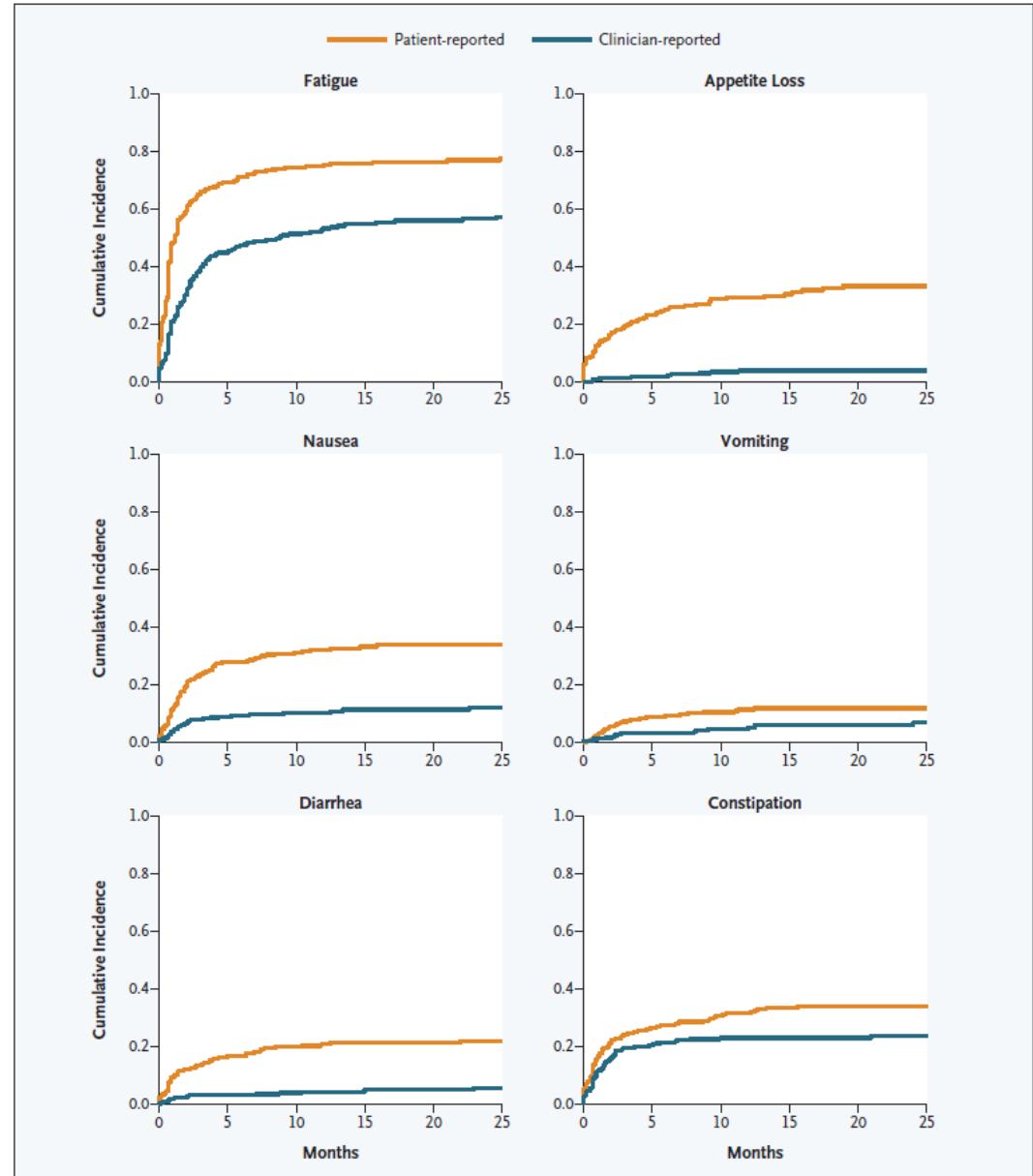
467人のがん患者について、

- 患者自身による症状の訴えと、
- 担当医や担当看護師による症状の評価を比較した研究。

患者自身による評価と比較して、  
医療従事者による評価は  
過小評価となることが報告された。



医療従事者が十分に実施していると思っ  
ていても、患者調査では不十分と  
評価される可能性がある。



## 第3期がん対策推進基本計画（実地調査にかかるとの事項）

- 3 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築  
 (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

### （現状・課題）

患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。  
 （中略）「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」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

### （取り組むべき施策）

- 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める

#### がん診療連携拠点病院等の指定要件

##### 6. PDCAサイクルの確保

(1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有したうえで、組織的な改善策を講じること。なお、その際には、Quality Indicatorの利用や、第三者による評価、拠点病院間の実地調査等を用いる等、工夫をすること。

(2) これらの実施状況につき都道府県拠点病院を中心に都道府県内のがん診療連携拠点病院、特定領域病院、地域がん診療病院において、情報共有と相互評価を行うとともに、地域に対してわかりやすく広報すること。

# 国・都道府県の実地調査、ピアレビュー、第三者評価について

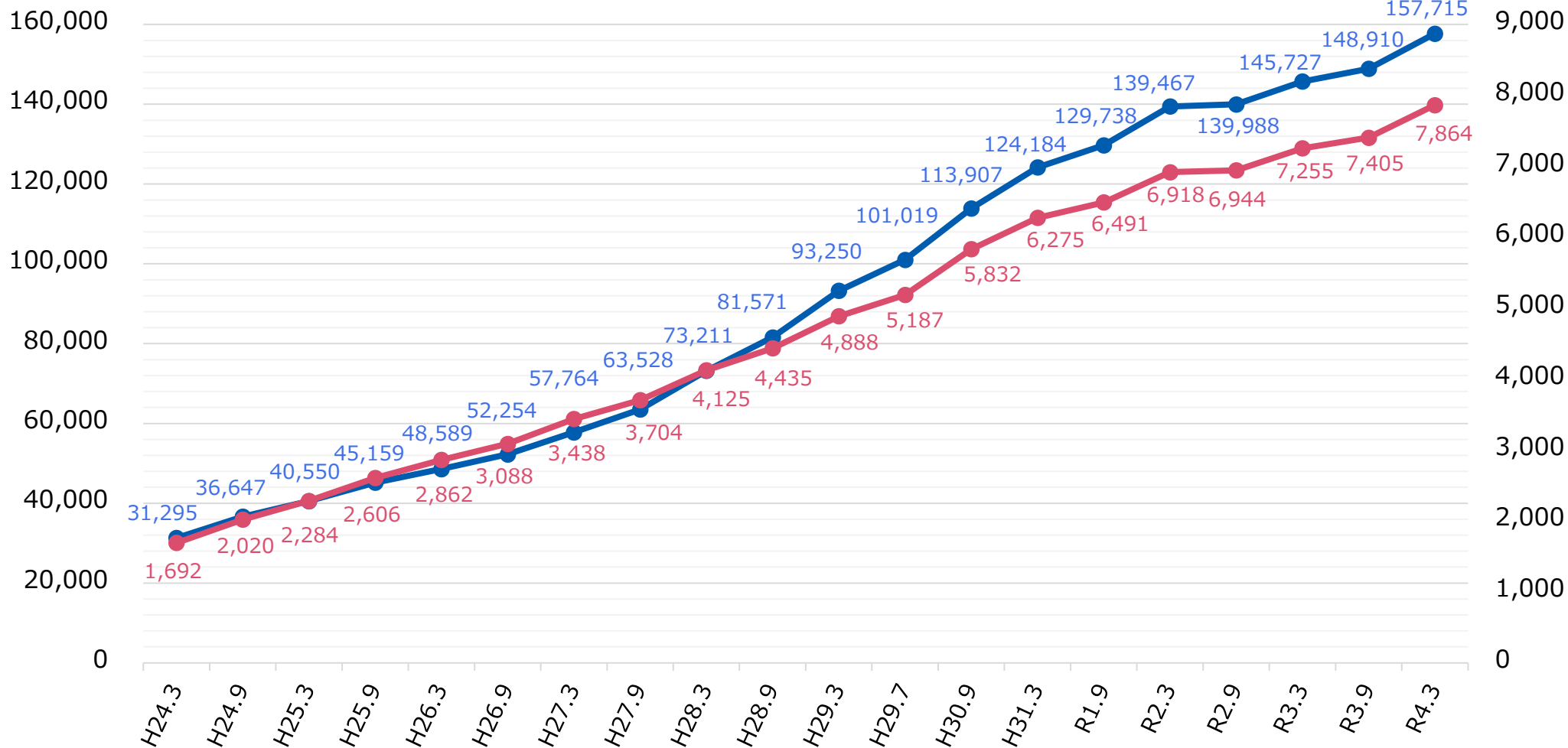
	国・都道府県の実地調査	ピアレビュー	第三者評価
利点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>整備指針への準拠等について、一定の判断・相談ができる</u></li> <li>• 都道府県や医療圏全体の状況を鑑みた課題解決につなげることができる</li> <li>• <u>調査から抽出された課題を国・都道府県のがん対策に活用できる</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>拠点病院同士で問題点を共有し、改善に繋げることができる</u></li> <li>• 評価者は他の拠点病院の医療者であり、拠点病院の状況に関する理解がある</li> <li>• ニーズに基づく評価を確保しやすい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 評価者の独立性が高い</li> <li>• 評価の方法や評価基準が一定であり、公開されている</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 調査の頻度が、都道府県毎に異なる</li> <li>• 拠点病院以外の実施が困難である可能性がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 評価方法が全て統一されているわけではない</li> <li>• コストは地域の状況によって異なる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 評価者の拠点病院に関する精通度が低い可能性がある</li> <li>• 評価の頻度が数年に一度である</li> <li>• 審査料がかかる（数百万円程度）</li> </ul>

# 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会」 開催回数と修了証書の交付枚数の推移（累積）

(累積交付枚数)

(累積開催回数)

● 累積交付枚数 ● 累積開催回数



第2期がん対策推進基本計画

第3期

# 難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

「がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」  
(国立がん研究センター中央病院 里見絵理子)

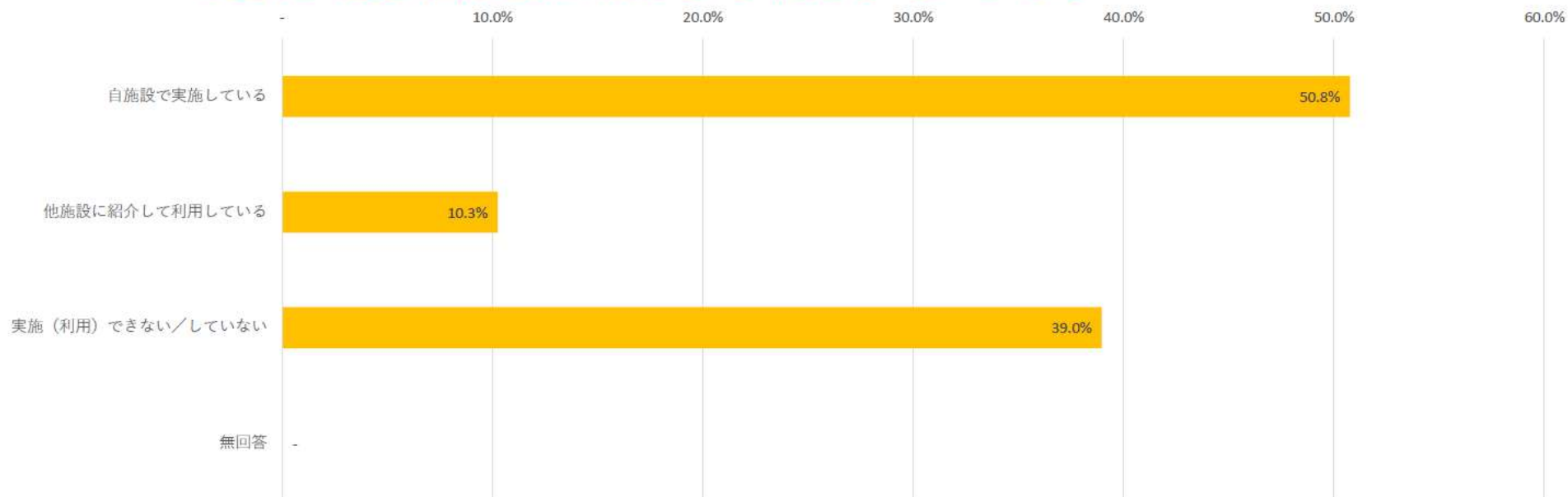
第4回がんの緩和ケアに係る部会 資料1・一部改変  
令和4年1月14日

## 拠点病院における腹腔神経叢ブロックの実施・利用状況

※難治性がん疼痛に対する治療の実態を明らかにするために、拠点病院、拠点病院以外の病院（地域がん診療病院を含む）、自宅療養支援診療所を対象に質問紙による調査を実施。

拠点病院において、腹腔神経叢ブロックを自施設で実施している割合は約半数にとどまる。

自施設において腓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を **実施または他施設で紹介して利用していますか。**





# 難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

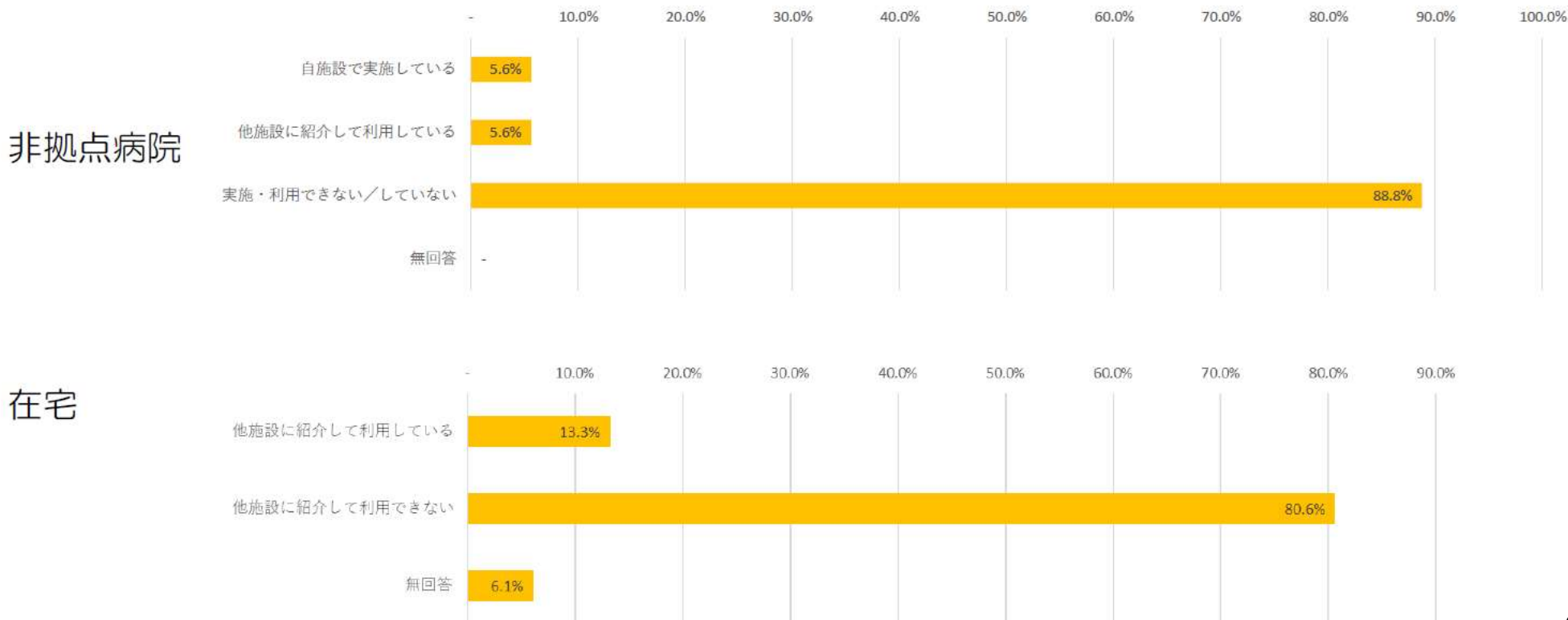
「がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」  
(国立がん研究センター中央病院 里見絵理子)

第4回がんの緩和ケアに係る部会 資料1  
令和4年1月14日

非拠点病院・在宅における腹腔神経叢ブロックの実施・利用状況

非拠点病院・在宅において、腹腔神経叢ブロックを自施設で実施、もしくは他施設で紹介して利用している医療機関は限定的である。

自施設において腓がんによる痛みに対する腹腔神経叢ブロック（または内臓神経ブロック）を **実施または他施設で紹介して利用していますか。**（在宅は紹介のみを質問）



# 難治性がん疼痛に関する施設対象全国調査

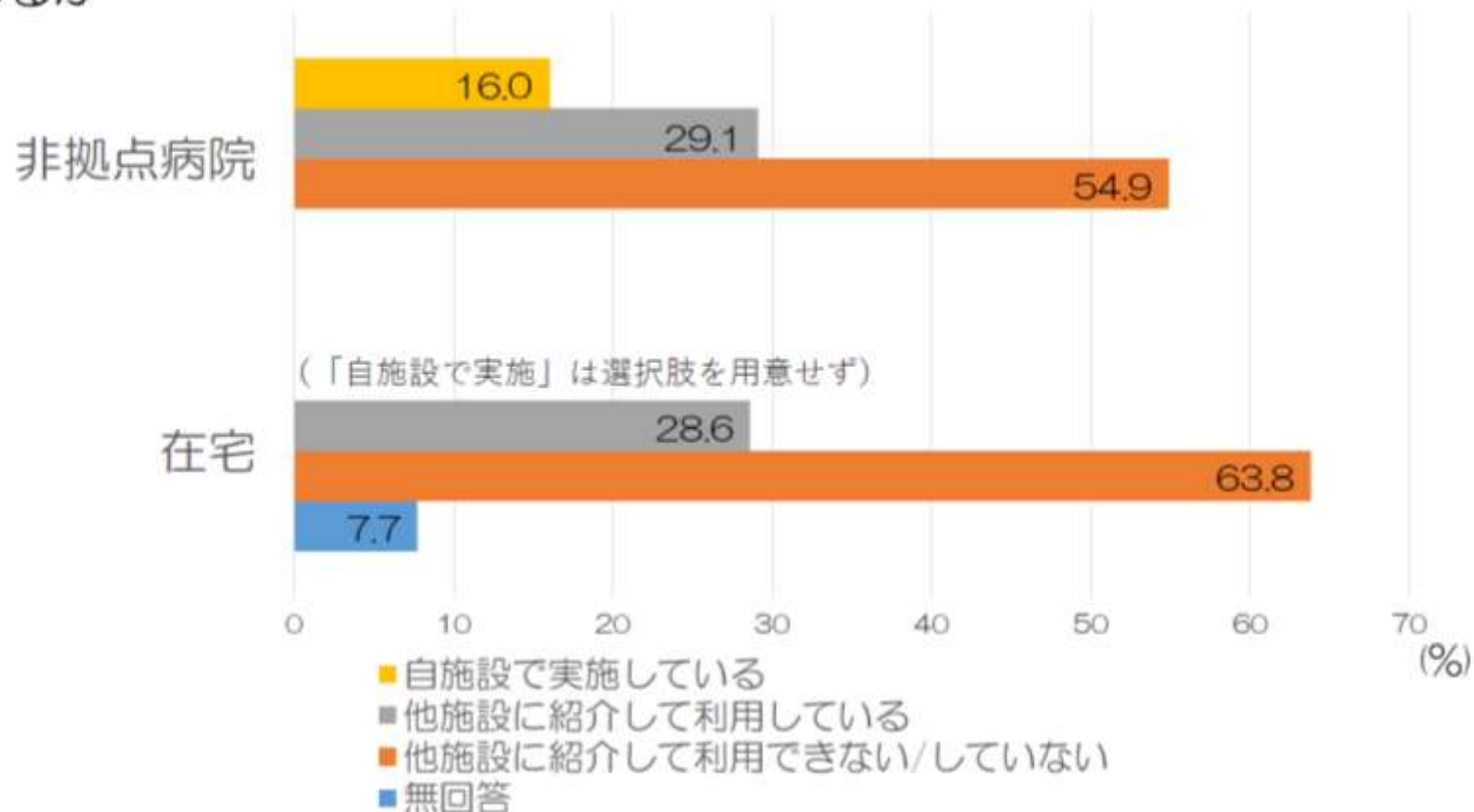
「がん患者の療養生活の最終段階における体系的な苦痛緩和法の構築に関する研究」  
(国立がん研究センター中央病院 里見絵理子)

第4回がんの緩和ケアに係る部会 資料1  
令和4年1月14日

非拠点病院・在宅における鎮痛を目的とした放射線治療の実施・利用状況

非拠点病院・在宅において、鎮痛を目的とした放射線治療を自施設で実施、もしくは他施設に紹介して利用している医療機関は限定的である。

自施設において鎮痛を目的とした放射線治療を実施 または 他施設に紹介して利用しているか

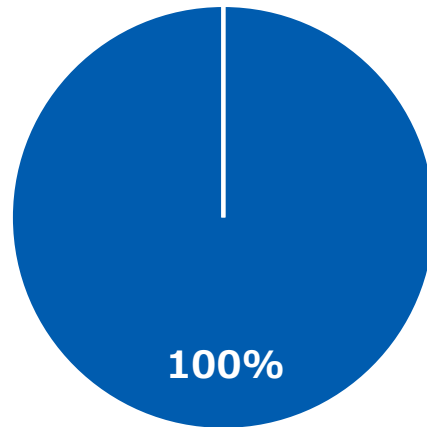


## 緩和ケア外来

緩和ケア外来の設定の有無、他施設でがん治療中もしくは治療していた患者の受入について  
(令和元年度現況報告書データより集計)

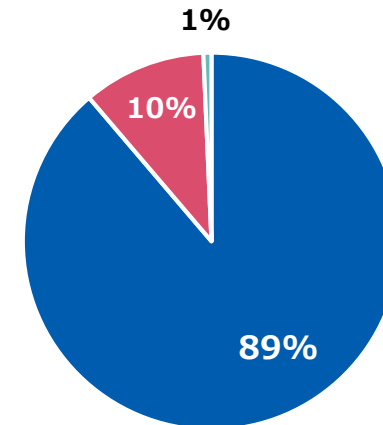
現況報告書によると、がん診療連携拠点病院等においては、全ての施設で緩和ケア外来の設定がされている。  
また多くの施設が、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者の受入を行っている、と回答している。

緩和ケア外来が設定されている



■ はい ■ いいえ

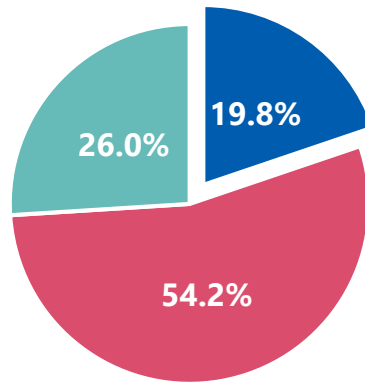
他施設でがん診療を受けている、  
または受けていた患者の受入



■ はい ■ いいえ ■ その他

# 初診時からのがん相談支援センターの活用（患者体験調査：2018年）

## がん診断後の就労への影響

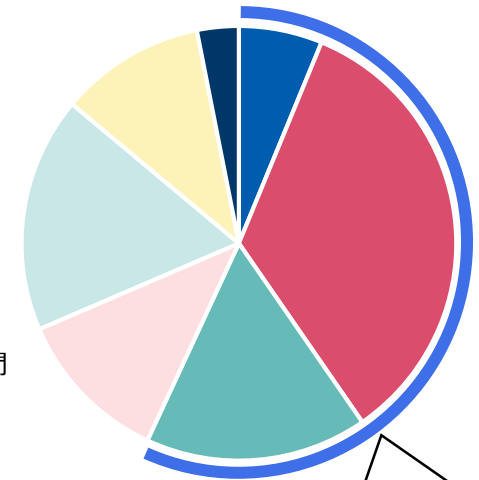


- 退職・廃業した
- 休職・休業はしたが、退職・廃業はしなかった
- その他

※分母は、診断時に収入のある仕事をしていただけると回答したがん患者

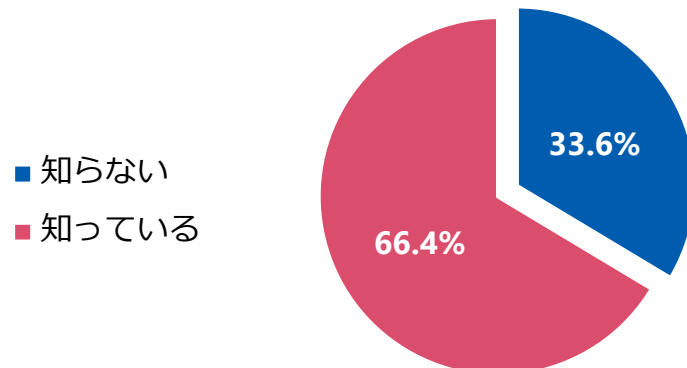
## 退職のタイミングについて

- 診断確定前
- がん診断直後
- 診断後、初回治療前
- 初回治療中
- 初回治療後、当初予定していた復職までの間
- 一度復職したのち
- その他



診断確定前から初回治療前までに退職・廃業した  
56.8%

## がん相談支援センターの認知度

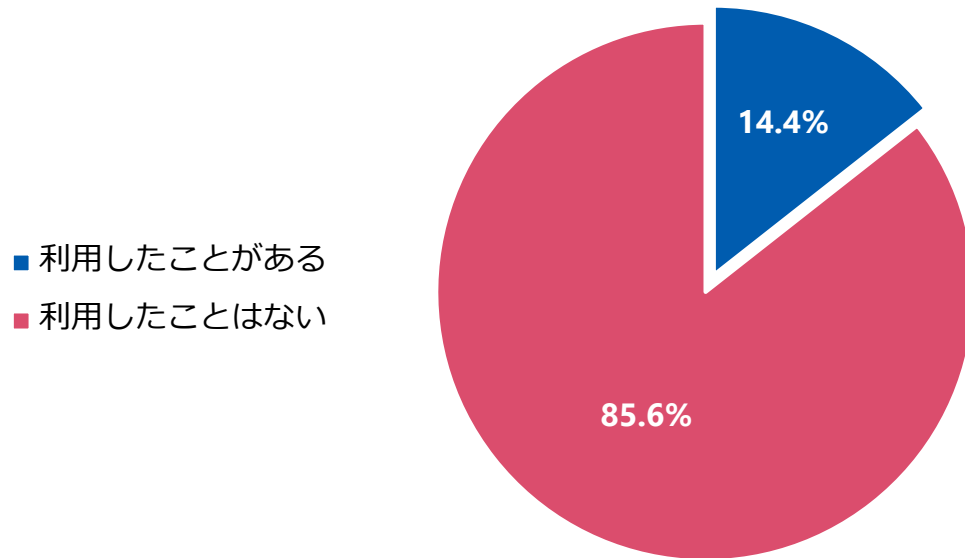


- 知らない
- 知っている

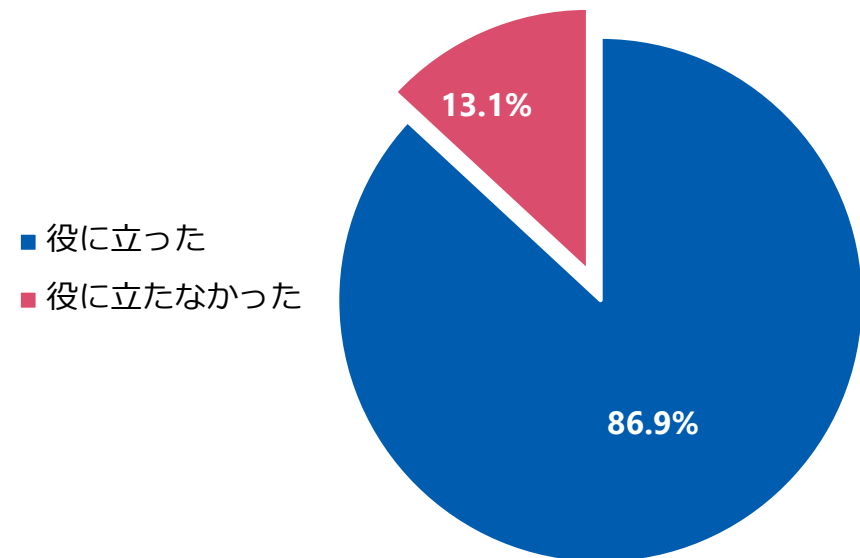
がん診断後に退職・廃業をしている患者が多数いる一方で、がん相談支援センターを知らない者も一定数おり、適切な相談支援が行われた上での判断であったかに疑問がある。

## 初診時からのがん相談支援センターの活用（患者体験調査：2018年）

相談支援センターの利用の有無について



相談支援センターが役に立った



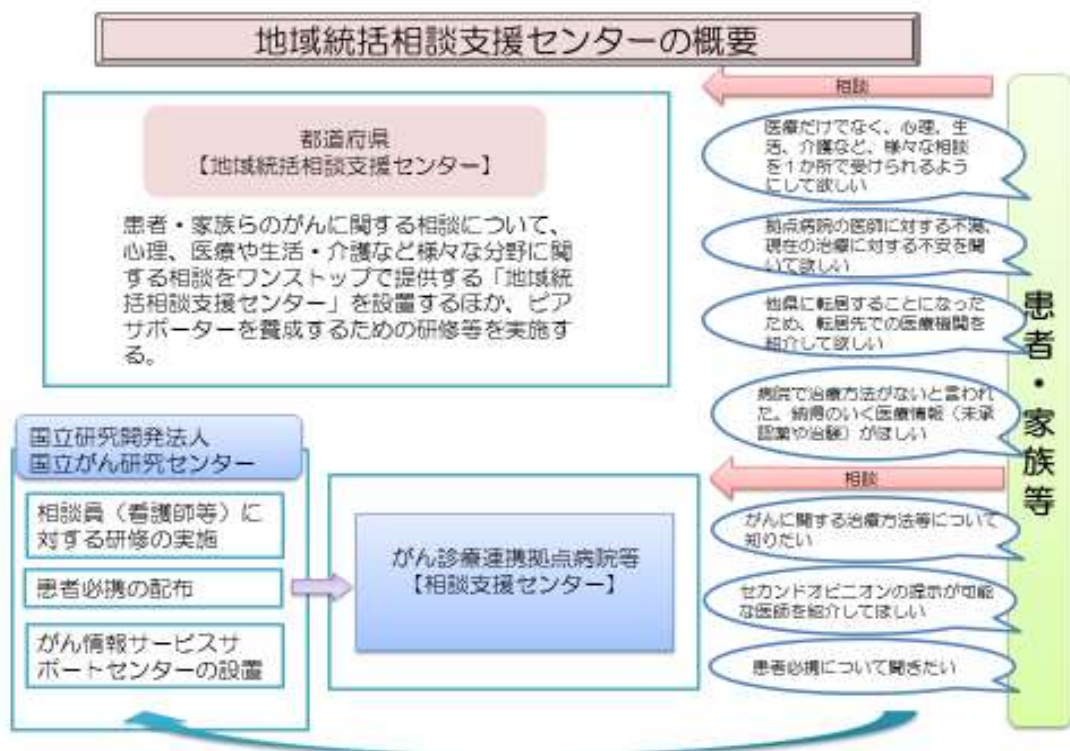
相談支援センターを利用したことがあるがん患者の割合は14.4%にとどまるが、そのうち役に立ったと回答した患者の割合は86.9%と高値であった。相談支援センターの有用性がうかがえ、利用の更なる推進が望まれる。

# 地域統括相談支援センターについて

患者・家族らのがんに関する相談について、心理、医療や生活・介護など様々な分野に関する相談をワンストップで提供する体制を支援するもの。

【補助先】 都道府県      【補助率】 1/2

【事業内容】 ピアサポーターなど様々な分野に関する相談に対応するための相談員の確保及びその研修、相談内容の分析、がん患者サロンの整備等



地域統括相談支援センター等で相談を受ける相談員（ピアサポーター）を養成するために必要なプログラム



厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業 ピアサポーター養成テキスト（日本サイコオンコロジー学会委託）

ホームページ : <http://www.peer-spt.org/>



# 地域統括相談支援センター設置状況について

## がん総合相談に携わる者に対する研修事業 都道府県調査（2022年）

- すでに設置されており、ピアサポートに関する業務も行っている。
- すでに設置されているが、ピアサポートに関する業務は行われていない。
- 地域統括相談支援センターと類似の組織がピアサポートに関する業務を行っている
- 設置する予定はない・未回答



### (5)\*地域統括相談支援センターを設置する予定はありますか。

	数	割合
■設置する予定はない・未回答	31	66.0%
■すでに設置されており、ピアサポートに関する業務も行っている。	10	21.3%
沖縄県	地域統括相談支援センター（琉球大学病院内）	
石川県	がん安心生活サポートハウス（石川県社会福祉会館）	
山梨県	がん患者サポートセンター	
富山県	がん総合相談支援センター	
千葉県	地域統括相談支援センター（千葉県がんセンター内）	
佐賀県	さん愛プラザ（佐賀県健康づくり財団）	
三重県	がん相談支援センター（三重県津庁舎）	
島根県	がん患者・家族サポートセンター（島根大学医学部附属病院内）	
北海道	地域統括相談支援センター（北海道がんセンター）	
宮城県	がん総合支援センター	
■すでに設置されているが、ピアサポートに関する業務は行われていない。	3	6.4%
京都府	がん総合相談支援センター	
高知県	がん相談センターこうち	
山口県	がん総合相談窓口（山口県看護協会）	
■地域統括相談支援センターと類似の組織がピアサポートに関する業務を行っている	3	6.4%
茨城県	ピアサポート相談窓口（県内10病院（がん診療拠点病院等））	
福島県	がん相談支援センター（各がん診療連携拠点病院等）	
山形県	がん総合相談支援センター（やまがた健康推進機構）	

総計 100.0%

# がん総合相談に携わる者に対する研修事業

## 1. これまでの取組と現状

※ピアサポート：がん患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族などを支援すること。

平成23～25年度に「がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業」を実施し、ピアサポーターの育成や患者サロン運営のための研修プログラムとテキストを作成。令和元年度から、都道府県からのピアサポーターの養成研修や活用方法等に関する相談対応を実施。

(ピアサポーター研修)

(がんサロン研修)



## 2. ピアサポートに関する指摘

「がん対策に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」（平成28年9月・総務省）

ピアサポート自体は、基本的ながん患者及びその家族の自主性や主体性を尊重すべきものであるが、それを重んじる余り、ピアサポート活動の普及が阻害されている側面もあるものと考えられる。

厚生労働省は、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進する観点から、患者団体や関係学会の意見を踏まえつつ、ピアサポート研修の開催指針の策定や研修プログラムの改訂を検討するなどにより、ピアサポートを更に普及させるための措置を講ずること。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理」（平成28年10月）

患者活動を更に推進するために、ピアサポートに関する研修を実施する等、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートや患者サロン等の取組を更に充実するよう努める必要がある。

## 3. 事業概要

患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラムを改訂するとともに、がん患者・経験者、がん診療連携拠点病院の医療従事者、都道府県担当者に対して、ピアサポートや患者サロンに関する研修を実施する。

(参考)

がん総合相談に携わる者に対する研修事業HP：<http://www.peer-spt.org/>

研修会案内HP：<http://www.peer-spt.org/annai/>



(一般社団法人 日本サイコオンコロジー学会へ委託)



# 「民間団体によるがん患者等の相談支援に関する実態調査」の結果

令和元年度厚生労働省委託 がん患者等に対する相談推進事業

目的：本調査は、がん患者の方等が、がんに関して気軽に相談できる窓口の整備等、NPO法人等による柔軟な相談支援のあり方について検討するための実態を把握するものである。なお、対象とする相談窓口は、「**各都道府県の所管で、営利を目的としない民間団体が開設している窓口**」を指す。

## 書面調査（団体）

調査対象：厚生労働省が都道府県がん対策担当を対象に実施した「地域において民間団体が開設しているがん相談窓口調査」（2019年2月）で、都道府県より報告された団体（349団体）のうち、①「相談窓口」「電話相談」の実施、②「その他」で相談窓口に関する記載のあった計105団体。

調査方法：郵送調査

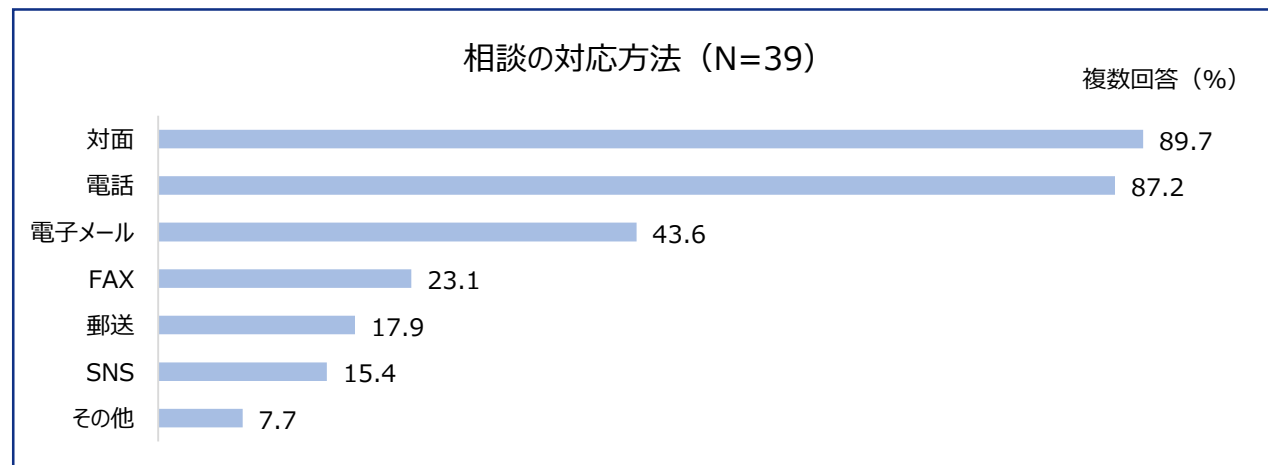
調査期間：2019年9月20日～10月15日

回収数：45団体 回収率：42.9%

## ● 運営主体

運営主体	団体数	割合
患者会	24	53.3%
患者支援団体	16	35.6%
その他	4	8.9%
不明	1	2.2%
総計	45	100.0%

## ● 相談の対応方法



# 「民間団体によるがん患者等の相談支援に関する実態調査」の結果

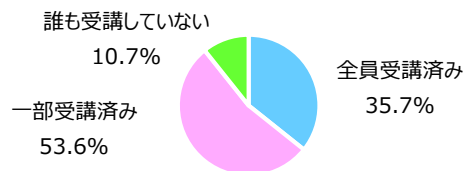
令和元年度厚生労働省委託 がん患者等に対する相談推進事業

## ● 相談員の職種

	配置総数		1団体当たりの配置 (人)	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
ピアサポーター	25	326	0.7	9.6
ボランティア	8	79	0.2	2.3
社会福祉士・精神保健福祉士	9	1	0.3	0.0
看護師	18	37	0.5	1.1
保健師	3	11	0.1	0.3
臨床心理士・公認心理士	1	2	0.0	0.1
リハビリ専門職	0	1	0.0	0.0
医師	4	4	0.1	0.1
社会保険労務士	11	2	0.3	0.1
ファイナンシャルプランナー	1	1	0.0	0.0
キャリアコンサルタント	2	1	0.1	0.0
事務職	3	14	0.1	0.4
その他	5	11	0.1	0.3
総計	90	490	2.6	14.4

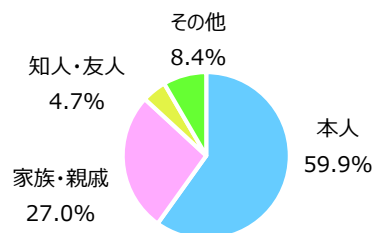
## ● ピアサポーター養成研修の受講歴

ピアサポーター養成研修受講歴 (N=28)

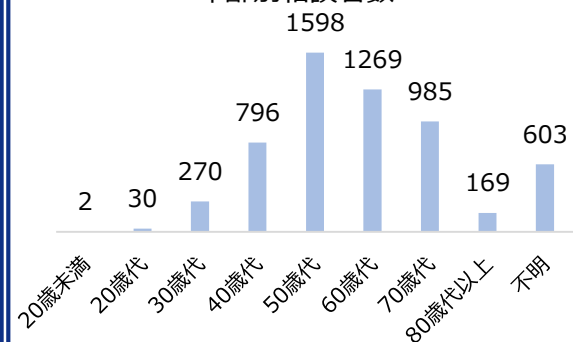


## ● 利用者の傾向

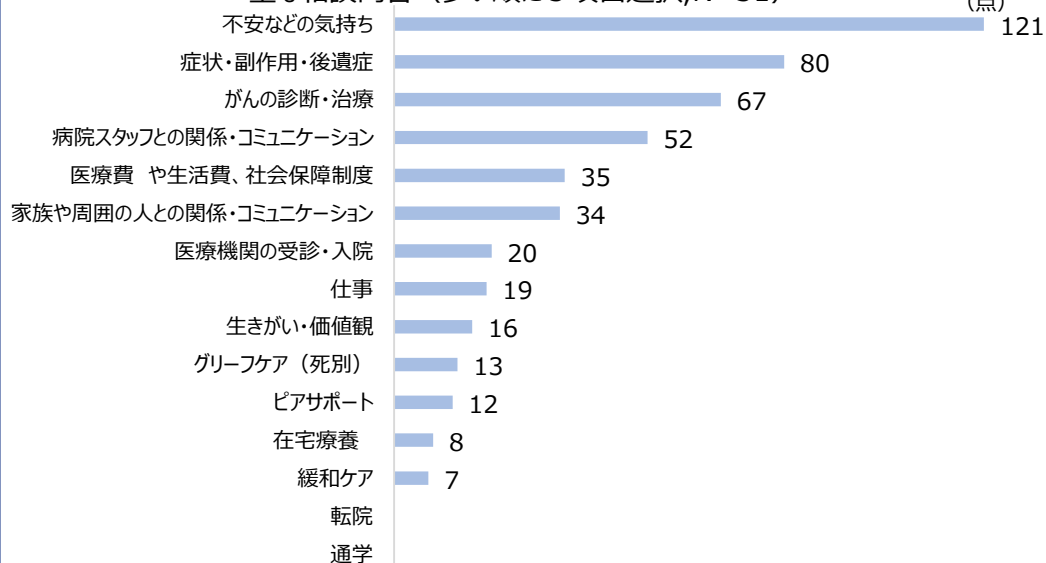
利用者と患者との関係 (N=13,002)



年齢別相談者数

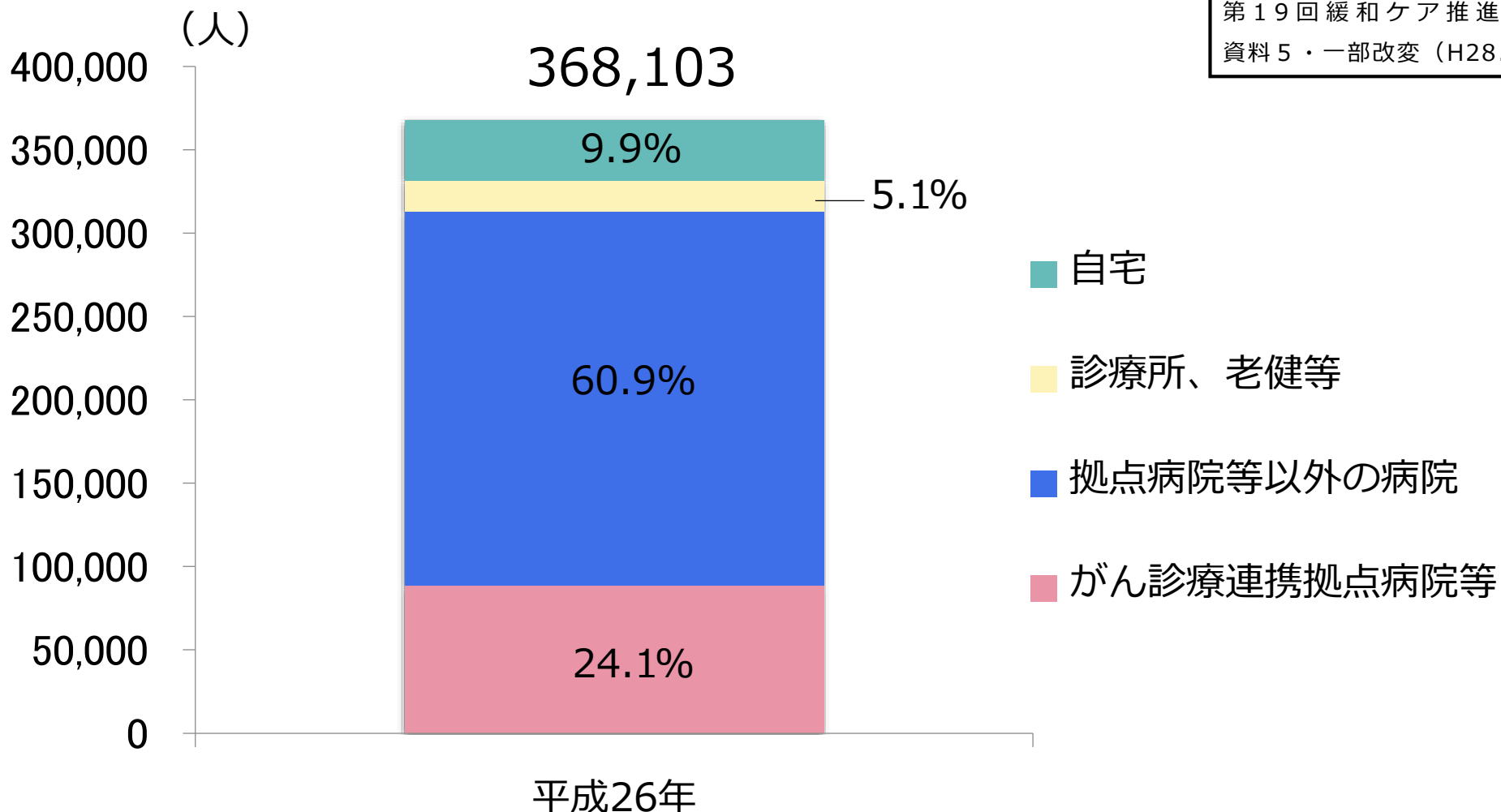


主な相談内容 (多い順に5項目選択, N=31)



# がん患者はどこで看取られているか

第19回緩和ケア推進検討会  
資料5・一部改変（H28.3.16）



約4分の3のがん患者は拠点病院等以外の場所で看取られている。

# 治療と仕事の両立支援の促進

- 労働人口の3人に1人が、何らかの病気を抱えながら働いている。
- 病気を理由に退職せざるを得ない方々や、仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど、治療と仕事の両立が困難な場合も少なくない。
- 事業場において、治療が必要な労働者が、業務によって疾病を増悪させることがないように、適切な就業上の措置や治療に対する配慮が適切に行われるような支援が必要である。
- 「働き方改革実行計画」では、① 企業における意識改革と受入れ体制の整備、② 主治医、企業・産業医、両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築の2つを軸に、治療と仕事の両立を図ることとしている。
  - \* 両立支援コーディネーター：労働者の依頼を受けて、労働者に寄り添いながら相談支援を実施し、労働者、主治医、企業・産業医の連携をサポートする者。
- 具体的には、省内各局や各種関係機関と連携して以下の取組を推進している。

## ➤ ガイドライン・マニュアルの作成・周知啓発

- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」  
事業場において、反復・継続して治療が必要となる疾患に対して両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、具体的な取組方法や留意事項等をまとめたガイドライン ※ 平成28年2月公表
- 「企業・医療機関連携マニュアル」  
企業と医療機関の連携を促進するため、疾患別に、治療方法や症状の特徴等、両立支援に当たっての留意事項等を示した、疾患別サポートマニュアル（がん、脳卒中、肝疾患、難病、心疾患、糖尿病）

## ➤ 地域両立支援推進チームの設置と運営

各都道府県労働局を事務局として、自治体、医療機関、支援機関等との連携した取組を推進

## ➤ 広報活動

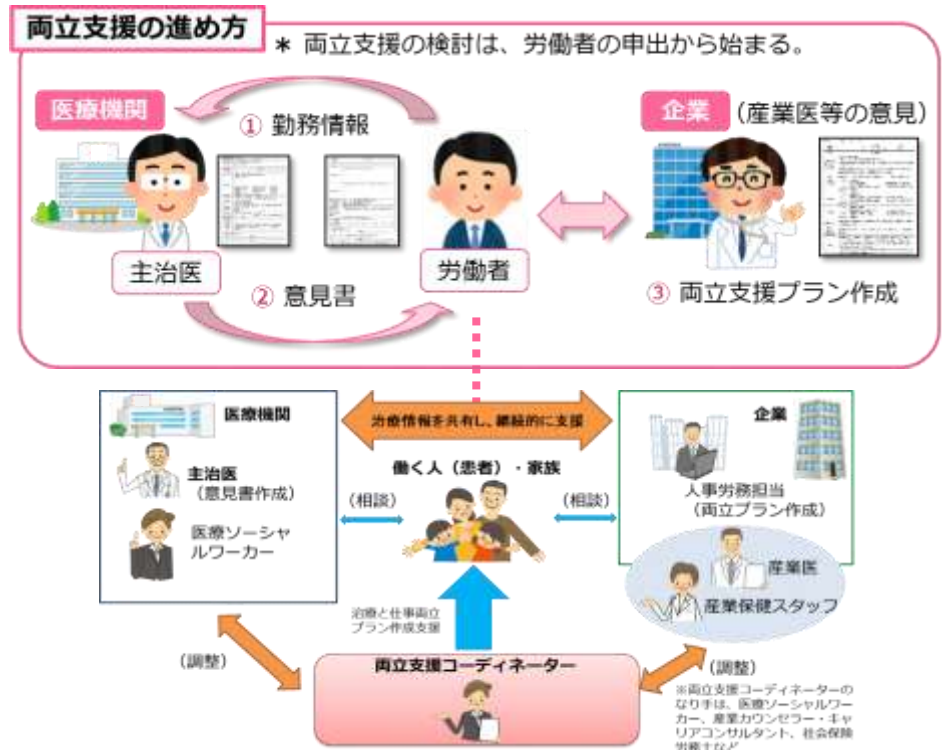
シンポジウム・セミナーの開催、ポータルサイト「治療と仕事の両立支援ナビ」による情報発信等

## ➤ 労働者健康安全機構・都道府県産業保健総合センター等の支援

- 両立支援コーディネーターの養成、助成金
- 相談支援等

## ➤ 診療報酬の順次改定（療養・就労両立支援指導料）

平成30年度新設 対象疾患：がん  
令和2年度対象疾患追加：脳卒中・肝疾患・指定難病  
令和4年度対象疾患追加：糖尿病・心疾患・若年性認知症



(資料出所) 厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課作成資料

# がん患者の就労に関する総合支援事業

## 趣旨

- 平成27年度の厚生労働省研究班による調査では、がんと診断され、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに退職した者が4割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけたと思った」「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」等といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっているため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要となっている。
- 平成25年度より、拠点病院等のがん相談支援センターに、就労に関する専門家（社労士等）を週1日で配置した。また、がん患者が安心して仕事の継続や復職に臨めるように、平成30年度～令和元年度に「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」を実施し、一定の効果がみられた。
- このような状況を踏まえ、令和2年度より、就労に関する専門家の配置に追加して、主治医と会社の連携の橋渡し役となり、患者に寄り添って積極的な介入を行う両立支援コーディネーターを週4日で配置することにより、がん患者に対する切れ目のないフォローを実現するとともに、個々のがん患者ごとの治療、生活、勤務状況等を総合的にまとめた「治療と仕事両立プラン」の作成等の両立支援を実施している。

## 多様な相談ニーズ

### 就労（就業継続、復職等）

- 早期のニーズ把握と介入による望まない離職の予防
- 勤務時間の短縮等、治療や生活に応じた勤務形態の調整
- 治療、仕事、生活への漠然とした不安の軽減  
→患者の相談支援及び主治医や企業・産業医との調整の支援が必要
- 事業者による不当解雇等の不利益に対する支援
- 休職や社会保障に関する支援 等

※「がん患者等の仕事と治療の両立支援モデル事業」の効果の例  
(平成30年度～令和元年度の2ヶ年で実施)

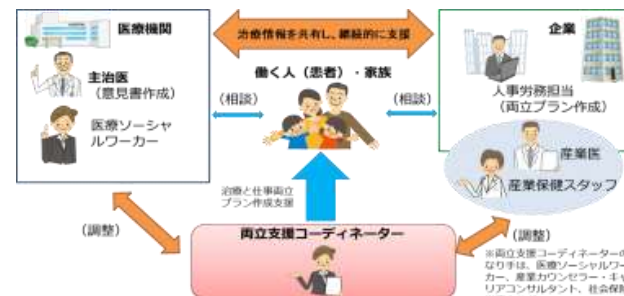
- ・医療従事者への啓発：コンサルテーションや介入依頼の増加
- ・お役立ちノート（両立プラン）の活用：職場との対話に「役立った」
- ・患者向けツール作成、セミナーの開催：就労への準備性の向上



## がん診療連携拠点病院における支援体制

### がん患者の就労に関する総合支援事業（平成25年度～）

- (1) 拠点病院等に就労の専門家（社労士等）を配置し、相談等に対応する。【平成25年度～】
  - (2) 拠点病院等に両立支援コーディネーターの研修を受講した相談支援員を配置し、がん患者の診断時からニーズの把握と、継続的に適切な両立支援を行う。【令和2年度～】
- ※（1）もしくは（2）のいずれかの事業を実施する。



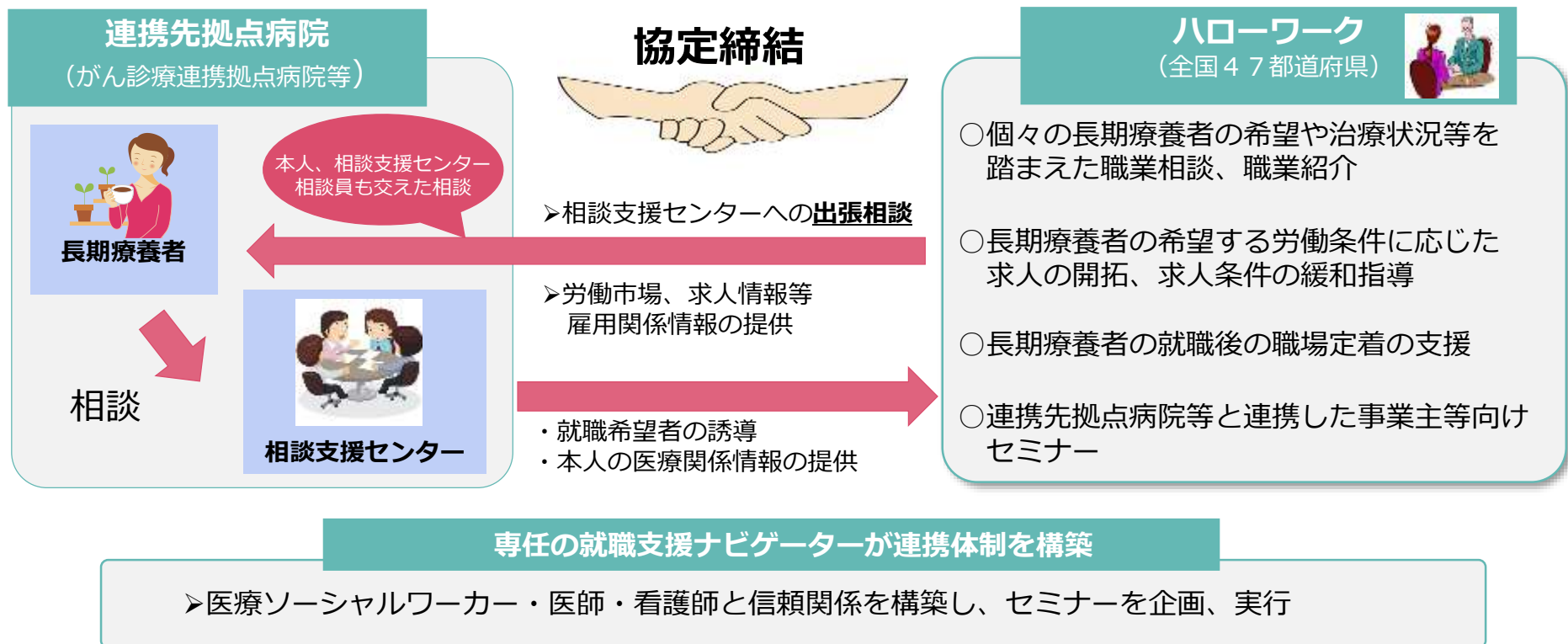


# 長期療養者就職支援事業

## 1 事業の概要

- がん患者の5年後の生存率が向上している状況の中、がんの疾病により長期にわたる治療等を受けながら再就職を希望する者に対する就職支援を推進することが社会的課題となっている。（がんの他、肝炎、糖尿病のような長期間の療養を必要とする者も含む）
  - 支援策として、
    - ・ ハローワークでの職業相談
    - ・ がん診療連携拠点病院などへの出張相談
    - ・ 院内のがん相談支援センターと治療状況等を共有しながら、院内での職業相談・職業紹介を実施。
- 令和3年度  
就職者数：3,992人
- ※就職支援ナビゲーター（専門相談員）：134名

## 2 スキーム・実施主体等



# 自殺総合対策大綱（概要）

## 第1 自殺総合対策の基本理念

誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す

- 自殺対策は、社会における「生きることの阻害要因」を減らし、「生きることの促進要因」を増やすことを通じて、社会全体の自殺リスクを低下させる

阻害要因：過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立等  
促進要因：自己肯定感、信頼できる人間関係、危機回避能力等

## 第2 自殺の現状と自殺総合対策における基本認識

- 自殺は、その多くが追い込まれた末の死である
- 年間自殺者数は減少傾向にあるが、非常事態はまだまだ続いている
- 地域レベルの実践的な取組をPDCAサイクルを通じて推進する

## 第3 自殺総合対策の基本方針

1. 生きることの包括的な支援として推進する
2. 関連施策との有機的な連携を強化して総合的に取り組む
3. 対応の段階に応じてレベルごとの対策を効果的に連動させる
4. 実践と啓発を両輪として推進する
5. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する

## 第4 自殺総合対策における当面の重点施策

1. 地域レベルの実践的な取組への支援を強化する
2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
3. 自殺総合対策の推進に資する調査研究等を推進する
4. 自殺対策に係る人材の確保、養成及び資質の向上を図る
5. 心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する
6. 適切な精神保健医療福祉サービスを受けられるようにする
7. 社会全体の自殺リスクを低下させる
8. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ
9. 遺された人への支援を充実する
10. 民間団体との連携を強化する
11. 子ども・若者の自殺対策を更に推進する
12. 勤務問題による自殺対策を更に推進する

「がん患者について、必要に応じ、専門的、精神心理的なケアにつなぐことができるよう、がん相談支援センターを中心とした体制の構築と周知を行う。」

## 第5 自殺対策の数値目標

- 先進諸国の現在の水準まで減少させることを目指し、平成38年までに、自殺死亡率を平成27年と比べて30%以上減少（平成27年18.5 ⇒ 13.0以下）

(WHO:仏15.1(2013)、米13.4(2014)、独12.6(2014)、加11.3(2012)、英7.5(2013)、伊7.2(2012))

## 第6 推進体制等

1. 国における推進体制
2. 地域における計画的な自殺対策の推進
3. 施策の評価及び管理
4. 大綱の見直し

# AYA世代がん患者のアンメットニーズ

第1回小児・AYA世代のがん医療・支援のあり方に関する検討会 清水参考人  
提出資料(2017.12.1)・一部改変

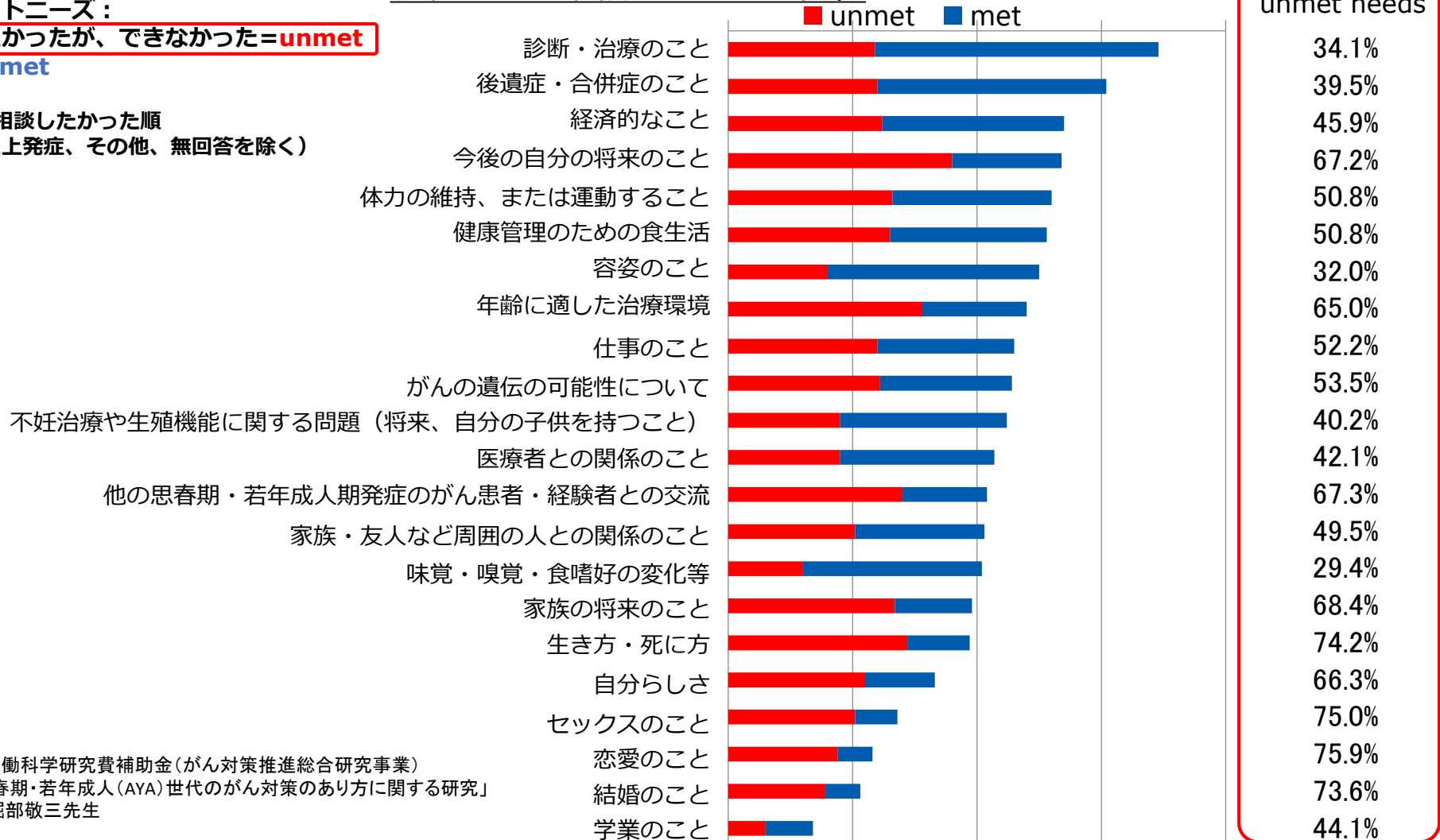
- 15歳以上で発症したAYA世代にあるがん患者は、治療中に様々な不安や悩み等を持っているが、医療機関で「相談したかったが、できなかった」と回答した人が少なくない。

## アンメットニーズ:

相談したかったが、できなかった=**unmet**  
できた=**met**

治療中に相談したかった順  
(15歳以上発症、その他、無回答を除く)

以下のことを相談したかった (%)





# 高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する、遠隔教育（メディアを利用して行う授業）の要件緩和について

## 高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する、遠隔教育（メディアを利用して行う授業）の要件緩和について



文部科学省

### 新時代の学びを支える先端技術活用推進方策（最終まとめ）（令和元年6月）

#### 【取り組むべき施策】

高等学校段階の病気療養中等の生徒に対する遠隔教育の要件（**受信側の教員の配置要件**や**単位修得数等の上限**）を緩和。

### 遠隔教育（メディアを利用して行う授業※）の要件・留意事項

#### ● 対面による授業の実施

教科・科目等の特質に応じ、対面により行う授業を相当の時間数行うこと。

（27年告示第92号）

#### ● 単位修得数等の上限

全課程の修了要件として修得すべき**74単位のうち、36単位を超えないもの**とすること。

※特別支援学校高等部において、修了要件が異なる場合は、その1/2未満までを上限とすること。

（学校教育法施行規則第96条第2項、第135条第2項）

#### ● 受信側の教員配置

原則として当該高等学校等の教員を配置（当該教科の免許保有者以外でも可）

（27年施行通知）

#### ● 配信側の教員配置

高等学校教諭等の身分を有する当該教科の免許保有者

（27年施行通知）

### 病気療養中等の生徒に対する特例

#### ● 単位修得数等の上限の緩和

令和2年4月、学校教育法施行規則改正

病気療養中等の生徒の教育機会を確保する観点から、**上限を超える単位修得等を認める。**

※訪問教育において、メディアを利用して行う授業を実施する場合も上限を超える単位修得数等を認める。

#### ● 受信側の教員の配置要件の緩和

令和元年11月通知

**受信側の病室等に当該高等学校等の教員を配置することは必ずしも要しない。**ただし、以下の点に留意すること。

- ◆ 当該高等学校等と保護者が連携・協力し、当該生徒の状態等を踏まえ、**体調の管理や緊急時に適切な対応を行うことができる体制を整えること。**
- ◆ **配信側の教員は、受信側の病室等で当該対応を行う者と連携・協力し、当該生徒の日々の様子及び体調の変化を確認すること。**



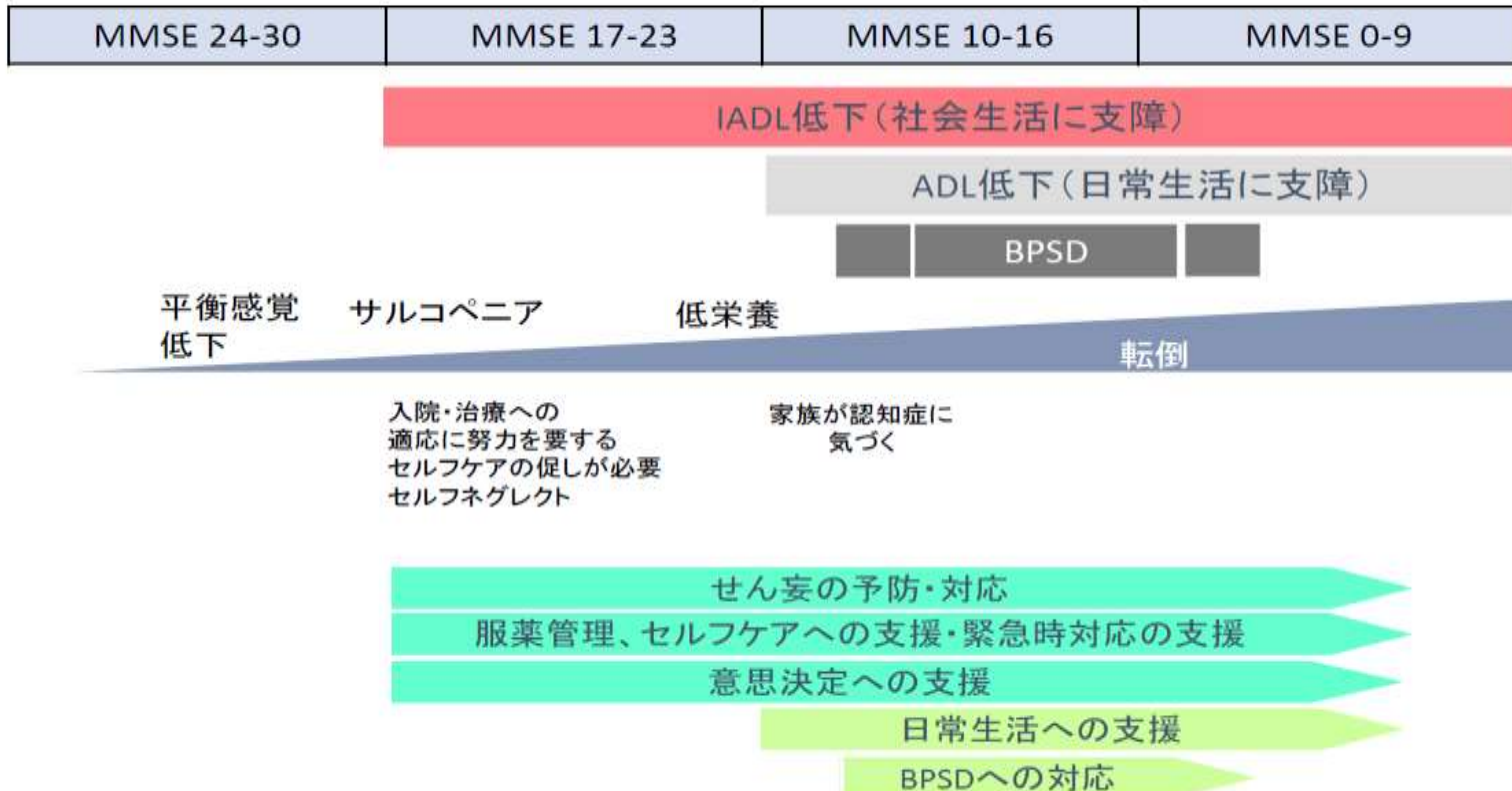
※メディアを利用して行う授業：同時双方向型（学校から離れた空間へ、インターネット等のメディアを利用して、リアルタイムで授業配信を行うとともに、質疑応答等の双方向のやりとりを行うことが可能な方式）の授業であって、対面により行う授業に相当する教育効果を有すると認めたもの。

# 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

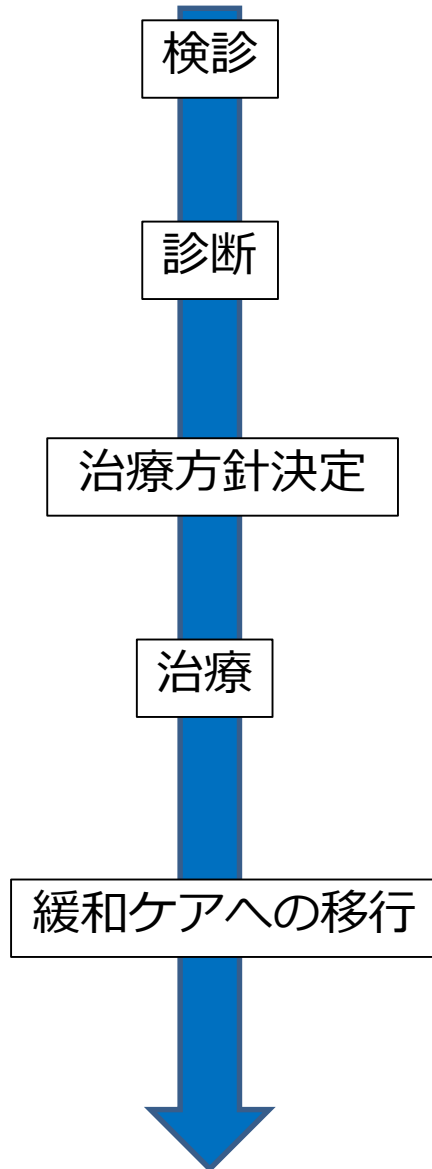
初期の段階から身体治療には影響を及ぼす



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・緩和支持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](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」

- 「がんとの共生」分野の中間評価



# 「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
3011	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018年度 32.8%		
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 44.6%	2014年度 42.6%	
3013	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 38.0%	2014年度 38.5%	
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018年度 30.8%		
3015	療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 40.4%(痛み) 47.2%(からだの苦痛)		
3016	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018年度 42.3%		
3017	緩和ケア研修修了者数（医師・医師以外）	2021年度 157,715人	2020年度 145,727人	2019年度 139,467人
3018	国民の緩和ケアに関する認識	2019年度 52.2%		2016年度 56.1%
3019	国民の医療用麻薬に関する認識	2019年度 48.3%		2016年度 52.7%

## （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）

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生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、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

## 「相談支援及び情報提供」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
		2018年度	2019年度	2014年度
3021	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	76.3%		67.4%
3022	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	2018年度 成人：48.7% (補正值：57.6%) 2019年度 小児：39.7%		2014年度 成人：37.1%
3023	がん相談支援センター/相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合	2018年度 成人：66.4% 2019年度 小児：66.4%		2014年度 成人：56.0%
3024	ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合	2018年度27.3%		
3025	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた者の割合	2021年度 71.0%	2019年度 71.6%	2018年度 71.1%
3026	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	2021年度 93コンテンツを 更新	2019年度 更新なし	2018年度 8コンテンツ (音声) を更新

### (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て、患者と家族への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められている。「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。また、ピア・サポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

# 「社会連携に基づくがん対策・がん患者支援」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値	
		2019年度	2018年度
3031	1拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	5.5回	5.0回
3032	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	34.9%	40.3%
3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018年度 78.8%	
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018年度 47.7%	

## （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）

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。



# 「がん患者等の就労を含めた社会的な問題」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
3041	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	2018年度 39.5%		
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	2018年度 82.3%		
3043	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	2018年度 56.8%		
3044	ハローワークと連携した就職支援を行っている拠点病院等の数	2021年度 257病	2019年度 216病	2018年度 158病
3045	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	2021年度 29,528件	2019年度 29,070件	2018年度 22,497件
3046	治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合	2018年度 36.1%		
3047	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	2018年度 65.0% (比較値：70.8%)	2014年度 68.3%	
3048	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合	2018年度 成人：28.3% 2019年度 小児：51.8%		
3049	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	成人(40歳未満)	2018年度 52.0%	2014年度 48.2%
		小児	2019年度 53.8%	
3050	がん患者の自殺数	2016年度(1～6月)	144人	
		2016年度(1～12月)	449人	
		2017年度(1～12月)	439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)

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供をはじめとして、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が求められる。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケアや生殖機能への影響に関する説明、がん患者の自殺など、社会的な問題について、「がんと共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

# 「ライフステージに応じたがん対策」に関する中間評価

項目番号	中間評価指標	数値		
		2021年度 100%	2019年度 100%	2018年度 100%
3051	小児がん拠点病院のうち院内学級体制・宿泊施設を整備している施設の割合(※1)			
3052	治療開始前に、教育支援等について、医療従事者から説明を受けたがん患者・家族の割合	2019年度 68.1%		
3053	治療中に、学校・教育関係者から、治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合	2019年度 76.6%		
3054	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	2018年度 成人：48.7% (比較値57.6%) 2019年度小児：39.7%	2014年度 成人：37.1%	

## (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・AYA世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第3期の基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

- **がんとの共生のあり方に関する検討会における  
議論の整理**

# がんとの共生のあり方に関する検討会における相談支援に関する議論の整理

## がん専門相談員の育成と相談支援の質の向上に向けた取組（第1回）

- 相談内容は多様化し、がん相談員には、個別のニーズに対応するための面接技術や新たな情報・知識の習得等が求められており、継続的な研修体制が必要である。
- 施設の特性や院内体制、地域資源によって、相談件数やニーズは異なり、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲と、対応力に応じた集約化や役割分担が必要ではないか。
- 遠隔でも対応できる体制は、非常に重要である。

## 地域における相談支援（第1回）

- がんを経験し、さまざまな状況を乗り越えてきたピア・サポーターによる支援は重要であり、各都道府県で、養成や普及について継続的に取り組む必要がある。同時に、質を担保するために、養成研修の実施（委託事業により作成された資材の活用）、受講後の登録、専門職との協働、マッチングの仕組みも求められる。
- 実施主体は、地域統括相談支援センターに限らず、地域の事情に応じて、他の既存資源も活用することが現実的ではないか。患者団体、自治体、拠点病院等が協働していくことが重要である。
- 委託事業では、養成研修の資材の作成・改善等にあたり、がん相談支援センターや好事例とされる地域統括相談支援センター等にもフィードバックしながら進めることが必要である。
- ピアサポーターの養成やサロン運営のための研修プログラムとテキストが作成されたが、都道府県の取組に十分活用されておらず、研修内容にばらつきがあることやフォローアップ体制、活動の場が整備が十分ではない。クオリティーの担保やピアサポーター自身を守るということでも、研修を受けていることが重要ではないか。

# がんとの共生のあり方に関する検討会における緩和ケアに関する議論の整理

## 緩和ケアにおける苦痛のスクリーニング（第2回）

- 苦痛を抱えた患者を見つけるために、2010年より拠点病院の指定要件として、苦痛のスクリーニングが追加されている。一方で、現場の医療従事者の負担が増えることや、スクリーニング結果を専門的な緩和ケアに結び付けることが困難であることが指摘されており、全体の取り組みの見直しが必要である。
- 適切な相談や苦痛の緩和に結びつけられることや、つなげた医療スタッフも成果が得られるような方法を改めて考え直すことが必要ではないか。
- 時間の経過や病状の進行により患者のニーズはその時々で変わってくる。そのため患者が医療者に自分の意思を伝えられることが重要であり、その機会の確保が必要である。

## 緩和ケアにおける人材育成（第2回）

- 基本的な緩和ケアの知識を身に着けるための緩和ケア研修会は、e-learningを導入することで、受講修了者は増加し10万人を超えている。一方で、その後の情報や技能を維持・向上するための継続研修が不十分であり、国や都道府県がその仕組みを構築する必要がある。
- 総合的にチームとして考える上でも、医師等ではなく、構成員を明確にしてはどうか。また多職種も含めたチームで行う研修も必要である。

## 緩和ケアの提供体制（拠点病院と地域の緩和ケア）（第2回）

- 地域包括ケアのネットワークにおいて緩和ケアは、がんに関する専門的な対応を必要とするため、地域内の関係者の連携体制を構築し、がん治療病院と在宅側とのネットワークの構築を促していく役割を担うことを目的として、地域緩和ケア連携調整員を育成している。
- 市町村ごとに地域連携、研修会等様々である中、その活動は、地域ごと病院ごとのスタンスでよいのではないか。地域包括ケアの中で、がんの連携においては、地域緩和ケア連携調整員が工夫し、アイデア、各郡・市・医師会等とすりあわせて、関係者をつないでいく事務的な役割が求められている。
- 高度な緩和ケアと地域包括ケアで扱う緩和ケアを分け、地域に様々な方を派遣して、地域包括ケアシステムにある方々を指導できるようになればと思う。
- 医療・介護連携において、地域で行われる会議等に参加し、体制整備について提案を行うなど、医療・介護のつながりの中で緩和ケアに関する方策を検討する必要がある。



# がんとの共生のあり方に関する検討会における がん患者等の就労を含めた社会的問題に関する議論の整理

## がん患者・経験者の治療と仕事の両立支援の更なる推進について（第3回）

### ○拠点病院の取組について

- ・ 体力低下を理由に就労継続を断念せざるを得ない方が一定数いる。リハビリ等も含めた就労支援の介入効果に関するエビデンスづくりとプログラムの検討が必要ではないか。

### ○企業の取組について

- ・ 雇用側に両立支援に対する理解を促し、従業員全体へ制度の情報提供を行う等の仕組みが求められる。
- ・ 中小規模を含む企業が両立支援に取り組めるよう、健康経営優良法人認定制度の活用等インセンティブをつける、好事例を共有することが必要。それによって、患者（労働者）側も企業に相談しやすくなる。

### ○施策の整理・改善の必要性について

- ・ 拠点病院と就労専門家の協働体制、企業に対する制度等は拡充されつつあるが、患者（労働者）や企業等に十分届いておらず、積極的に広報すべきである。
- ・ 産業保健総合支援センターは、企業に出向き支援できる強みがあるが利用率が低い。国による人材確保と質の担保、ノウハウの共有を図りつつ、ハローワーク事業のような全国展開が求められる。他事業との整合性も必要。
- ・ 両立支援コーディネーター研修は、企業側にもさらに受講を促すべき。同時に、養成された人の配置状況や活躍の広がりを可視化することも必要ではないか。

## アピアランスケアの提供体制について（第3回）

- ・ 入院中や、外来の化学療法室等において、相談に対応できる体制は重要である。
- ・ がん診療連携拠点病院等でアピアランスケアに関する研修を受けた者の配置が望まれる。
- ・ アピアランスケアの研修を受けた者が、病院内でアピアランスケアの重要性等を周知する取組ができると良い。

## 自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について（第4回）

- ・ ゲートキーパーや医療従事者が知識、自覚をもち、タイミングを逸することなく介入ができることが必要。
- ・ 医療従事者だけでなく家族・親族・周りの人たちも含めてゲートキーパーになるシステム構築が必要である。
- ・ ハイリスクの方たちに関しては、専門的な方に紹介するのがベストであり、多くの方で見守る対策が必要。
- ・ どの時期に、どのような注意をすればいいのか、データをもとにしたエビデンスが出せれば良い。

# がんとの共生のあり方に関する検討会における ライフステージにおけるがん対策に関する議論の整理

## 小児・AYA世代にあるがん患者とその家族への支援体制の整備について（第5回）

- 診断時に必要な情報を得られる仕組みや診療の場面から相談支援に関わる体制が必要である。
- 家族が仕事や働き方を変えた方が一定数おり、家族や親への支援体制が必要である。
- 移行期支援について、がん診療連携拠点病院等が受け皿となる体制や地域の診療所などの医療従事者の協力を得て支えていき、地域連携で捉えていくことが必要である。
- キャリーオーバーの問題として捉え、小児の診療科と大人の診療科のバトンをつなぐことが重要である。そのため、小児病院と大学病院が一緒に診療を行っている医療機関などが好事例や課題を明確化していく必要がある。

## 義務教育終了後におけるがん患者の教育支援について（第5回）

- がん診療連携拠点病院等において、ICTを活用した教育支援等における実態の把握が必要ではないか。
- 医療機関と学校の更なる連携体制の整備や在宅療養中に教育を受けることができる体制が必要である。

## 高齢がん患者の支援について（第5回）

- 高齢者にとって、適切ながん医療とQOLを踏まえて考えていく必要性がある。
- 医療・介護についてデータを取り、施策につなげていく必要がある。
- 医療従事者や介護従事者が連携して、患者や家族を支援できる療養生活を支えるためのネットワークが必要である。