

# 第23回 がん対策推進協議会 座席表

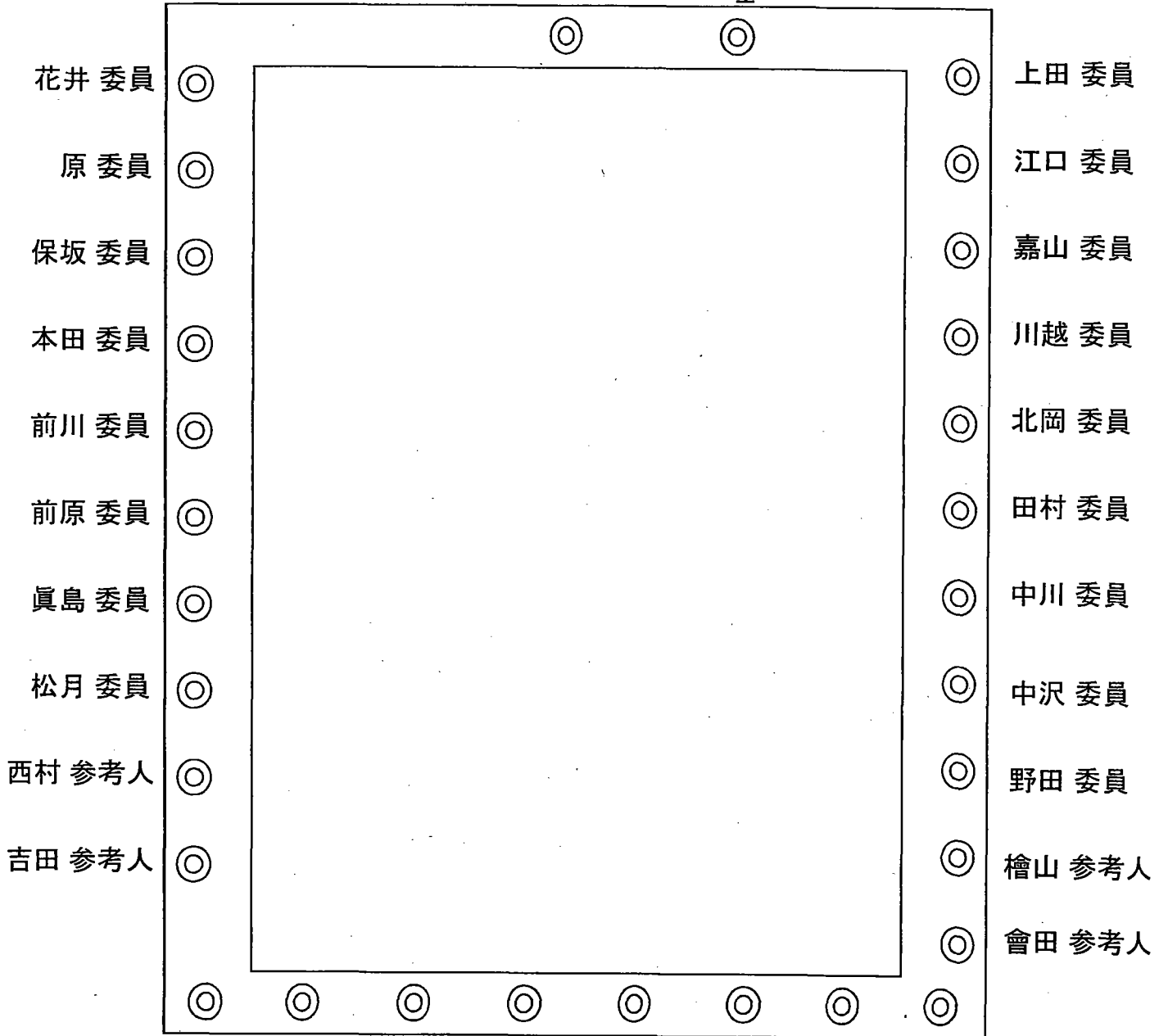
日時：平成23年8月25日(木)16:00~19:00

場所：厚生労働省 12階 専用第15・16会議室(東京都千代田区霞が関1-2-2)

速記

門田 会長

天野 会長代理



経済産業省  
 医療・福祉機器  
 産業室長  
 事務局  
 がん対策推進室長  
 健康局長  
 大臣官房審議官  
 (がん対策担当)  
 文部科学省  
 医学教育課長  
 文部科学省  
 先端医科学研究  
 企画官  
 文部科学省  
 学校健康教育課長

出入口

事務局

(傍聴席)

# 第23回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成23年8月25日（木）

16:00～19:00

場 所：厚生労働省専用第15・16会議室（12階）

## 議 事 次 第

### 1 開 会

### 2 議 題

- (1) 今後のがん対策推進協議会の進め方について
- (2) 平成24年度予算要求に係る意見書について（報告）
- (3) がん患者に対する支援や情報提供の今後のあり方等に関する意見について（報告）
- (4) 各専門委員会からの報告
  - ・小児がん専門委員会
  - ・緩和ケア専門委員会
- (5) がん教育に関する意見について（まとめ）
- (6) その他

### 3 意見聴取

- ・がんの手術に関すること
- ・放射線療法に関すること

### 【資 料】

- 資料1 がん対策推進協議会委員名簿
- 資料2 今後のがん対策推進協議会の進め方について(案)
- 資料3 平成24年度予算要求に係るがん対策推進協議会意見書（案）
- 資料4 がん患者に対する支援や情報提供の今後のあり方等に関する委員からの意見のまとめ
- 資料5 今後の小児がん対策のあり方について（小児がん専門委員会報告書）
- 資料6 今後の緩和ケアのあり方について（緩和ケア専門委員会報告書）
- 資料7 がん教育に関する委員からの意見のまとめ
- 資料8 吉田参考人提出資料
- 資料9 西村参考人提出資料

- 天野委員提出資料 都道府県がん対策予算と執行状況に関する意見書(仮称)
- 中川委員提出資料 がん教育について
- 前川委員提出資料 学校での「がん教育」の在り方について
- 前原委員提出資料 「学校におけるがん教育」へのアプローチ
- 松本委員提出資料 がん教育及び緩和ケアについての意見

厚労省がん対策推進協議会会長 門田守人様

同協議会委員 川越 厚

## 第23回がん対策推進協議会 協議事項補足意見書

### 緩和ケアに関する意見

緩和ケア専門委員会との関係の意見ですが、内容的には在宅緩和ケアに関することですので、後日の議論の中で詳しく述べさせていただきたいと思います。

#### 1. 末期がん患者に提供する“緩和ケアの量”の問題

終末期患者を対象とした緩和ケア（いわゆるホスピスケア）は、療養する場所でのケアの質を向上させることも重要であるが、できるだけ多くの患者や家族が希望する場所で最期まで過ごせるような量的目標の達成も同時に重要である。

量的目標の達成のためには、最終的な看取りの場所別の数的な達成目標（在宅で言えば、在宅死数あるいは在宅死率）を国、地域レベルで立てる必要がある。

（コメント：前者に関しては緩和ケア専門委員会でかなり充実した議論がなされたと思いますが、後者に関しては十分でなかったように感じています。）

#### 2. “緩和ケア専門の診療所を中心とした、在宅緩和ケアチーム”の必要性

在宅緩和ケアの質、量の充実のためには、緩和ケアを専門とする診療所を中心とした専門チームを制度認定することが不可欠である。

（コメント：制度に関しては、横断的視座に立った、医療法や介護保険法の改定に踏み込んだ抜本的な検討を行うべきだ、と個人的に考えています。ただ制度新設にこだわるよりも、実質的な成果が上がるような現実的な施策がとりあえず必要なのだと考えています。現場はかなり窮屈な思いをしなければなりません、遺憾ながらいたしかたないと思います。

このような意見があったことを記録にとどめていただきたいと希望します。）

## がん対策推進協議会委員名簿

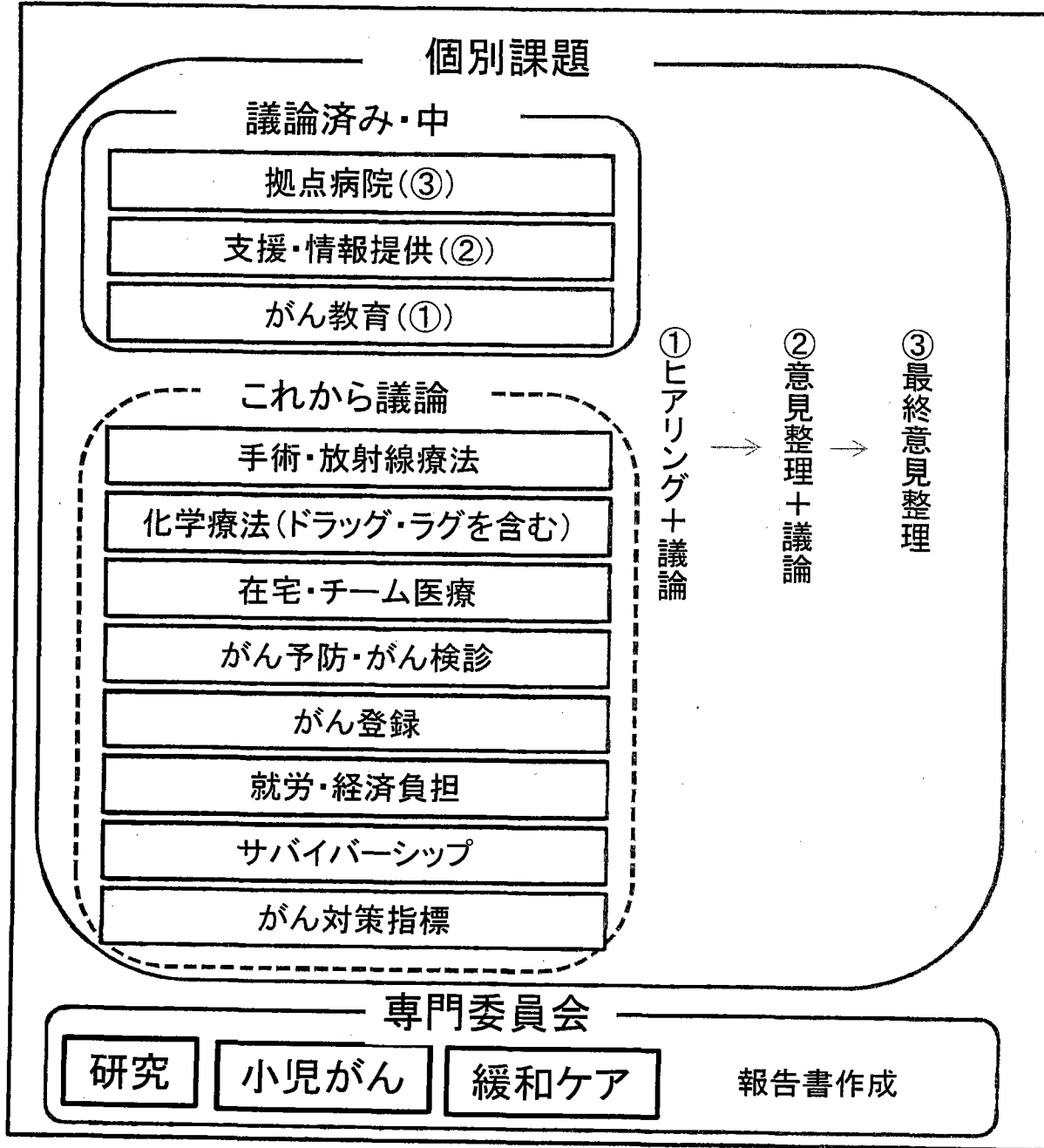
平成23年6月1日

氏名	所属・役職
○ あまの しんすけ 天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
うへだ りゅうぞう 上田 龍三	名古屋市病院局長
えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
かやま たかまさ 嘉山 孝正	独立行政法人国立がん研究センター理事長
かわごえ こう 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
きたおか くみ 北岡 公美	兵庫県洲本市健康福祉部健康増進課保健指導係
たむら かずお 田村 和夫	福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
なかがわ けいいち 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
なかざわ あきのり 中沢 明紀	神奈川県保健福祉局参事監(兼)保健医療部長
の だ てつお 野田 哲生	公益財団法人がん研究会がん研究所所長
はない みき 花井 美紀	特定非営利活動法人ミーネット理事長
はら じゅんいち 原 純一	大阪市立総合医療センター副院長
ほさか しげり 保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
ほんだ まゆみ 本田 麻由美	読売新聞社会保障部記者
まえかわ いく 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
まえはら よしひこ 前原 喜彦	九州大学大学院医学研究院臓器機能医学部門 外科学講座消化器・総合外科学分野(第二外科)教授
まじま よしゆき 眞島 喜幸	特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事
まつぎ みどり 松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
まつもと ようこ 松本 陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
◎ もんでん もりと 門田 守人	国立大学法人大阪大学理事・副学長

◎…会長、○…会長代理

(50音順、敬称略)

# 今後のがん対策推進協議会の進め方(事務局案)



報告書及び最終意見整理を踏まえ基本計画修正案を提示

## がん対策推進協議会 開催日程（修正案）

回	日程	時間	議題案
22	7月27日（水）	15～18時	予算提案、専門委員会報告（研究）、支援・情報提供（まとめ）、 ヒアリング：がん教育
23	8月25日（木）	16～19時	予算提案、専門委員会報告（小児・緩和）、がん教育 ヒアリング：がん医療①（手術・放射線療法）
24	9月 9日（金）	14～17時	がん医療①（手術・放射線療法） ヒアリング：がん医療②（化学療法（ドラッグ・ラグを含む））
25	9月26日（月）	16～19時	がん医療②（化学療法（ドラッグ・ラグを含む）） ヒアリング：がん医療③（在宅医療、チーム医療）
26	10月20日（木）	13～16時	がん医療③（在宅医療、チーム医療） ヒアリング：がん予防・検診
27	11月 2日（水）	14～17時	がん予防・検診 ヒアリング：がん登録、就労・経済負担、サバイバーシップ
28	11月21日（月）	16～19時	がん登録、就労・経済負担、サバイバーシップ ヒアリング：がん対策指標
29	12月12日（月）	16～19時	がん対策指標、基本計画変更骨子案、重点事項
30	12月26日（月）	16～19時	基本計画変更案

※場所は未定

## 平成24年度予算要求に係るがん対策推進協議会意見書(案)

平成23年8月25日  
がん対策推進協議会

がん対策推進協議会は、「がん対策推進基本計画」(平成19年6月閣議決定)の見直しについて、現在、精力的に審議を重ねてきているところである。

次期がん対策推進基本計画を推進するにあたり、平成24年度予算として必要な措置を以下のとおり意見書として取りまとめる。

## 1. がん対策全般に対する事項

- ・ 厳しい財政状況を背景に、がん対策予算においてもシーリングを前提とした予算措置がされてきたが、がんは国民の2人に1人が罹患するとされる国民病であり、国民の健康において依然として大きな脅威であることから、弾力的な予算措置をもとにがん対策予算の増額を行うこと。

## 2. 平成24年度概算要求に新たに盛り込むべき事項

## (1)放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

- ・ がん治療に付随する口腔や呼吸器併症のリスクを減らすための口腔ケアを行えるよう、がん専門病院の医療者による歯科医療者向けの均てん化講習会などを行い、患者、歯科医師、がん主治医が安心して歯科治療を行えるような連携システムを構築するために必要な医科歯科連携のための情報共有ツールの構築・開発に要する予算措置を行うこと。
- ・ 高齢ながん患者を対象に、手術前、薬物療法前に一定の手順に則った全体像の把握をおこない、有害事象の発症を予測し、高齢がん患者における治療安全性を高める方法を確立するための高齢がん患者の治療前総合的機能評価に必要な予算措置を行うこと。
- ・ 化学療法を予定している乳がん患者を対象として、化学療法施行時の頭皮冷却法の安全性の確認及び脱毛予防効果、患者の満足度を評価する頭皮冷却法の確立と安全性評価に必要な予算措置を行うこと。

## (2)緩和ケア

- ・ 我が国におけるがん終末期(死亡前6ヶ月間)の自宅療養期間・医療費・医療内容とその問題点を明らかにするために、がん患者の在宅緩和ケアの実態調査と不足している支援体制の調査に必要な予算措置を行うこと。

## (3)がん医療に関する相談支援及び情報提供

- ・ ピアサポートの実態把握及び効果検証、ピアサポートに関わる既往文献の収集・整理及び相談支援センターとピアサポーターによる連携モデル事業の実施に必要な予算措置を行うこと。
- ・ がん患者や家族、経験者からの相談に24時間ワンストップにて対応する全国コールセンターの設置に必要な予算措置を行うこと。

## (4)がん登録

- ・ 全国のがん登録を実施する医療機関における、院内がん登録の登録作業の効率化と地域がん登録との共通化を目的とした院内がん登録データベースシステムの開発に必要な予算措置を行うこと。
- ・ 地域がん登録の情報を活用し、がん対策に必要な情報を迅速に提供するため、罹患率計測の迅速化等に対応した新たな標準データベースシステムの開発に必要な予算措置を行うこと。

## (5)がんの予防

- ・ たばこ等の健康影響と必要な対策について国民が正しい理解を深め、自己決定能力と政策支援能力を高め、がん予防政策に関する情報収集・発信に必要な予算措置を行うこと。

## (6)がん研究

- ・ 各種がんに対する標準治療の進歩につながる集学的治療開発の研究者主導臨床試験を推進し、がん診療連携拠点病院における臨床研究コーディネーター(CRC)やデータマネージャーを充実させ、がん診療連携拠点病院における研究者主導臨床試験の実施基盤・強化を図るために必要な予算措置を行うこと。
- ・ 後期治療開発の研究者主導臨床試験を行う多施設共同研究グループの整備を進め、標準治療の開発を進めるためのがん共同研究グループ整備に必要な予算措置を行うこと。

## (7)小児がん

- ・ 平成19年度より施行された現在のがん対策推進基本計画では、小児がん対策が盛り込まれておらず、小児がん医療の質の向上や、患児・家族・経験者の支援体制の整備が不十分であることから、小児がん診療連携拠点病院(仮称)を整備し体制強化を図るために必要な予算措置を行うこと。
- ・ 小児患者等に対する緩和ケア講習会の実施体制の整備を図り、小児にも対応できる認定看護師、薬剤師の養成を図るために必要な予算措置を行うこと。
- ・ 小児・若年がん患者の長期にわたる繰り返し治療を、出来る限り「生活の場」に近い環境で行う事により、患者のQOLを長期にわたって高品質に保つため、患者家族の負担を軽減する必要があることから、小児・若年がん患者に対する治療環境改善のため、①病児教育の充実、②病診連携、病病連携の緻密化とシステム化、③先端医療のシステム化、④支持療法の開発と一般化に関するガイドラインを作成するとともに、相談支援センターに療養生活コーディネーターを設置に必要な予算措置を行うこと。

### 3. 既定予算の活用等を行い充実強化すべき事項

#### (1) 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

- 放射線療法に関わる放射線治療医・医学物理士・診療放射線技師、化学療法に関わるがん薬物療法専門医・血液内科医、がん治療認定医、外科医、病理医、小児がん専門医、がん看護に関わる専門・認定看護師、がん薬物療法認定薬剤師など、専門医療者の育成に係る予算措置を行うこと。
- 文部科学省が実施しているがんプロフェッショナル養成プランについて、医療人の育成には長い期間が必要とされることから、必要な見直しを行った上で、必要な予算措置の継続を行うこと。
- ドラッグ・ラグの解消に関して、過年度に実施されてきた未承認・適応外医薬品解消検討事業費等の内容を受け、コンパッショネート・ユースの導入、未承認薬を用いた研究者主導臨床試験を行う施設への財政的支援、支持療法薬のラグの解消に向けた検討などに必要な予算措置を行うこと。
- ドラッグ・ラグの解消や先進治療がどこで受けられるかなどの情報発信、また、治験や国際共同臨床試験などが円滑に進むための体制整備を推進するため必要なシンポジウムの開催及び患者アンケートを行うのに必要な予算措置を行うこと。

#### (2) 緩和ケア

- 現在実施している緩和ケア研修等事業、コミュニケーション研修事業、リハビリテーションに関する研修事業及び都道府県が実施している緩和ケア研修等について、対象者の増員や内容の拡充を図るとともに、必要な予算措置の継続を行うこと。

#### (3) 在宅医療

- 病院診療所連携及び診療所間の連携などにより、24時間体制で在宅のがん患者を往診してくれる医療機関の充実するために必要な予算措置を行うこと。

#### (4) 診療ガイドラインの作成

- 科学的根拠に基づいて作成可能な希少がんを含む全てのがんについて、関連学会等が策定している診療ガイドラインの作成及び改訂に必要な財政支援を継続するとともに、新たに、支持療法、精神腫瘍学、社会学等のガイドラインの策定に必要な財政支援を行うこと。

#### (5) がん医療に関する相談支援及び情報提供

- がん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターについて、相談員の配置に対する拠点病院のインセンティブを確保するとともに、がん患者団体やいわゆるピアサポーターとの連携を図るために必要な予算措置を行うこと。
- 医療・介護・福祉・がん患者団体などの地域医療資源が連携し、包括的ながん患者支援を行うための地域統括相談支援センター事業に必要な予算措置の継続を行うこと。

#### (6) がん登録

- 地域がん登録を実施している都道府県の登録センターの機能強化及び国民への啓蒙・情報提供に必要な予算措置を行うこと。

#### (7) がんの予防

- 国民の2人に1人ががんに罹患するとされていることから、がんや医療、いのちに関する教育の充実を図り、啓発教材の作成と配布など、がんに関する教育の推進に係る必要な予算措置を行うこと。
- コマーシャルでの受動喫煙防止や啓発など世間全般の意識に働きかけるのに必要な予算措置を行うこと。
- 基礎研究の分野で数多くのがん予防に関する研究が行われており、生活の中でがん予防を実施する者との意識のずれが大きければ、がん予防方策を立てても実現することはないことから、がん予防やその研究に関する国民の意識調査を行い、基礎研究の立脚する土台を画一するために必要な予算措置を行うこと。

#### (8) がんの早期発見

- 国の補助事業であるがん検診推進事業について、対象となるがん種、対象年齢、検診方法などについて、科学的根拠に基づいて実施するとともに、がん検診の精度管理、受診対象者及び要精検者への市町村が行う個別勧奨についても必要な予算措置の継続を行うこと。
- 都道府県の生活習慣病検診管理指導協議会委員と個別検診担当医師を対象に、がん検診に関する精度管理と受診率向上策に関する講習会の開催及び講習会の評価を行う予算措置を行うこと。

#### (9) がん研究

- 臨床試験や臨床研究への公的資金の増額、特に難治がん・希少がん・日本人に特有のがんやがん遺伝子に関する研究と臨床試験ネットワーク、臨床研究に関わる専門職の育成、がんに関わる心理・社会学的研究など、がん患者の受ける医療の向上に資する研究に必要な予算措置を行うこと。
- がんの原因究明・本態解明から個別化予防・個別化医療の実現に資するために、国家的プロジェクトとして、地域住民を対象とした30万人規模の次世代分子疫学コホートを構築し、20年以上の長期追跡を継続する研究を実施するための次世代大規模分子疫学コホート研究の体制整備に必要な予算措置を行うこと。
- 東日本大震災に伴う福島第一原発からの放射性同位元素排出により、低線量率放射線被曝が問題となっている地域住民に対し、個人の放射線被曝線量を測定し、データを個人にフィードバックすることにより不安の解消や警鐘に役立てるとともに、放射線環境と個人の被曝線量の関係、ならびに、長期低線量率放射線被曝と健康被害に関する医学的データを収集するために必要な予算措置を行うこと。

#### (10) その他

- がん患者が日常生活面で感じている不便さを明らかにし、国民的な取り組みとして、がん患者が暮らしやすい社会づくりを進めるための基礎資料とするため、大規模調査を実施するために必要な予算措置を行うこと。
- がん患者を診療する医療機関の給食実態を把握し、がん患者の疾病別の特別メニューの共通項目を抽出し、メニュー開発、がん患者の“食の楽しみ”と“栄養改善”を満足する個別給食メニューの高度化を図るために実施するがん病態別個別医療食全国調査を実施するために必要な予算措置を行うこと。



平成23年8月  
がん対策推進協議会

がん患者に対する支援や情報提供の今後のあり方等に関する委員からの意見のまとめについて(案)

(はじめに)

がん対策基本法では、基本理念のひとつとして、述べられているとおり、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるよう、がん医療を提供する体制の整備がなされること」と規定されている。がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制の整備並びにがん患者及びその家族に対する相談支援を推進するために必要な施策を講ずることが重要である。また、情報提供や相談支援について、「国及び地方公共団体は、がん医療に関する情報の収集及び提供を行う体制を整備するために必要な施策を講じるとともに、がん患者及びその家族に対する相談支援等を推進するために必要な施策を講ずるものとする」と規定されている。

これまで、厚生労働省においては、がん診療連携拠点病院に対して、研修を修了した相談員を配置した相談支援センターの設置を義務づけ、全国のがん患者への相談支援・情報提供の体制整備を行ってきた。また、国立がん研究センターにおいては、全国の相談支援センターの相談員の養成や、がんに関する情報を掲載したパンフレットの作成及び拠点病院における診療実績の公開等を行ってきた。さらに、がんに関する情報公開を行うとともに、平成22年9月には、「国立がん研究センター患者必携サポートセンター」を開設し、全国のがん患者やその家族からの電話相談に応じてきた。さらに、がん患者及び患者団体等は、行政機関や医療従事者と協力しつつ、がん患者相談等に対して主体的な取組を行ってきたが行われてきた。

当協議会では、がん患者に対する支援や情報提供の更なる推進に

資するため、当協議会で集中審議を行い、今後のあり方等について、集中的に審議を行い、以下のとおりの結果を取りまとめた。この取りまとめを土台として、がん対策推進基本計画の変更について検討することが求められるを行う。

(患者・家族への支援体制について)

がん患者及びその家族への相談支援については、これまで、がん診療連携拠点病院に設置された相談支援センターにおいて行われてきたところ。が、これに加え、平成23年度予算においてはより、都道府県に地域統括相談支援センターを設置し、拠点病院の相談支援センターとの役割分担や連携について整理し、患者及びその家族等のがんに関する相談について、心理、医療や生活・介護等様々な分野に関する相談を提供する体制を支援構築することとした。今後、患者・家族にとって、治療とともに、住み慣れた地域で普通の暮らしを続けるための支援や情報は欠かせないものであるため、全都道府県においてこの取組を普及することが期待される。

がん診療連携拠点病院に設置された相談支援センターは、がん患者及びその家族の治療や療養における不安を軽減し、家庭復帰や社会復帰を果たす上での支援を行うなど非常に重要な機能を有している。しかしながら、がん患者の幅広い相談内容に対して、対応する相談員の職種や身につけている知識等により、相談対応できる分野や内容にばらつきがあることや、△の姿勢が異なることが考えられ、また、医療機関によっても、相談支援センターの活動に対する支援の程度取組みが様々であるとの指摘がある。今後、相談支援センターの更なる質の向上を目指し、地域や患者・家族の実態に応じた、各相談支援センターの自律的・主体的な取組を促す体制整備を行い進めるため、他の相談支援センターに好事例として紹介することが必要である各拠点病院等における相談支援センターの好事例の提示等、全国の相談支援センターに対するモデルを提示することが期待されている。

また、相談支援センターにおいて、習熟した相談員の定着や正確ながん診療情報の作成と公表のための医療職の配置の充実

のための取り組み等に対し、を含め、より質の高い相談支援体制を可能な限り客観的に評価する指標を作成した上で、インセンティブを付する方向で検討する。

さらに、今後、がん患者及びその家族等にとってわかりやすいように、がん診療連携拠点病院の機能や相談支援センターの設置場所、相談できる内容等を院内掲示するとともに、場所がわかる掲示や、相談できる内容を院内の特定の場所に一定の箇所数掲示することやホームページ等でわかりやすく表示することを、拠点病院の指定の要件とする。

また、がんという命に関わる病を抱え、不安や悩みを抱える患者及びその家族に対し、同じような経験をした者同士の共感や支え合い（以下、「ピアサポート」という。）は支援の一つになることやが期待され、がんという共通体験を持つ者の語り合いや学び合いを通じてとおして互いに支え合うという、医療者とは違う役割を担うことが期待される。このピアサポートを積極的に推進するため、がん患者及びその家族等の当事者が心の悩みや体験等を語り合うための機会に対し、精神的支援、情報提供による支援を得られるような心の悩みや体験等を語り合うための機会を支援を行うことは、重要である。

—国立がん研究センターやがん関連の学会が連携して、各拠点病院等における相談支援センターのタイプ別好事例の提示等、全国の相談支援センターに対する模範モデルを提示することが期待される。

これまでの相談支援センターは、基本的にがん診療連携拠点病院に設置されるものについて補助を行ってきたが、平成23年度新規に予算が計上された地域統括相談支援センターについては、病院外にも設置される相談支援センターとして意義があり、着実に進める必要がある。また、相談支援センターや地域統括相談支援センターの周知を徹底する方対策や、相談支援と情報提供を治療の流れの中に組み入れるシステム作りなどを検討することも重要である。特に、地域統括相談支援センターに関しては、どのような意義があるのかを広く一般に周知す

せることが肝要である。そのためには、各拠点病院における相談支援センターとの役割分担及びその連携方法等、具体的な機能の詳細を明示すること、そして事前に評価項目の策定をしておくことが重要である。さらに、地域の中心的なセンターとして機能するための人員の配置と整備を備えるように努力する。

さらに、相談支援センターや地域統括相談支援センターのみならず、医療現場においても、医療の提供のみならず、可能な限り、患者の立場に立って、有用な情報の提供及び相談支援を行うことが望まれる。医療現場が有用な相談支援、情報提供ができるように、医療者が活用できる相談支援の事例をまとめた事例集等を作成、配布するなどして医療者を支援する必要がある。

また、相談支援以外の支援内容については、1)経済支援、2)就労支援、3)子育て・介護支援が挙げられる。

1)経済支援については、長期にわたって継続して治療を受けるがん患者について、高額療養費制度における負担上限額を所得に応じて軽減するとともに、社会福祉協議会における療養貸付期間の延長がなされるよう、がん対策推進協議会として努力するを検討する必要がある。

2)就労支援については、がん患者が治療に伴い、退職や転職を余儀なくされ、生活や就労環境に支障をきたす場合が多いため、がん患者及び経験者の働く権利、人間としての尊厳を守り、就労・復職支援に資するよう、がん経験者が働く権利を擁護するための制度や、短時間勤務制度の拡大や休職規定の充実等を含む、企業の就業規則における合理的配慮を義務づけるための制度についてについて、検討する必要があるを行う。

3)子育て・介護支援については、がん患者の家庭内に子どもや要介護高齢者等がいる場合、患者自身が治療や療養に専念できないことや、家族が、患者の世話と育児や高齢者の介護等の両方を行わなければいけないため疲弊すること等が起こる。治療療養中の育児・介護を支援するため、保育所や介護施設での△の乳幼児、高齢者の入所や一時預かり等の柔軟な対応や、ボランティア等で運営する子ども一時預かり施設の設置等について、早期実現に向けて検討する必要があるを行う。

- ・なお、社会保障の公平・公正な受給のため（1）から3）の経済支援、就労支援、子育て・介護支援については、単にがんと診断されることを要件とせず、科学的知見に基づいて、がん種や病期などの要素も考慮する必要がある。
- ・また、がん対策推進協議会は、以上のがん患者への支援内容については、がんが患者数の多い疾病であることから、他の疾患を有する患者との関係に配慮しつつ、疾病を有し生活する国民に対する支援の先進的な取り組みとなるよう、進める必要がある。一方、検討にあたっては、他の疾患を有する患者との関係を十分に配慮する必要がある。それらの実現に向けて努力する。
- ・このほか、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんを負けることのない社会」を推進するため、キャンサー・サバイバース・デー（がん経験者の日）の普及等患者団体の取組支援等を検討する必要がある。

（情報提供体制について）

- ・国立がん研究センターにおいて、がん患者にとって必要な情報を取りまとめた「患者必携」の作成及びがん診療連携拠点病院における診療実績の公開等を行っており、さらに、平成22年9月には、「国立がん研究センター患者必携サポートセンター」を開設し、全国のがん患者やその家族からの電話相談に応じているところ。
- ・科学的根拠が明らかでない治療に関する情報がインターネット等で氾濫している状況において、如何に患者・家族に正しい情報を提供するか、具体的な方法を検討し、科学的に不正確でがん患者の最適な治療の選択に影響を与えかねない情報については、がん対策推進協議会ががん関連の学会と連携して、国民に対して積極的に注意喚起する必要がある。
- ・未承認薬・臨床試験等に関する情報は、現在、国立がん研究センターにおいて取りまとめられ、主に医療者向けに発信されているが、今後さらに網羅的な情報を、理解しやすく編集し患者向けに発信することが期待される。

がん治療等の情報についても、特に患者のニーズの高い施設別治療成績や採用している具体的な治療方法及び緊急時の診療体制等や、それらのデータの科学的な正しい解釈の提供体制を、より一層充実することが求められる。

また、さらに、学校におけるがん教育の推進は重要であり、予防教育としての趣旨も含め、今後、義務教育段階からのがん対策を推進することが重要である求められる。また、がん患者及び体験者、地域の医師会、保健所及びがん関連学会の学会員等が、全国の学校や学生が集まる機会に講演するなどの取組を、医師会、患者会及び学会と共に検討する必要がある。教育プログラムについては、患者や家族など当事者も参画し検討する。

さらに、国民が、がんをより身近なものとしてとらえるとともに、がん患者となった場合でも適切に対処することができるよう、国民全体へのがんに関する情報提供が必要であり、がんの予防を含めたがん教育を進めることについて検討する

なお、がん患者に対する支援と情報提供は車の両輪であり、情報を持っているが理解が進んでいないことがあるため、理解促進の支援はも重要であり、心理的支援とセットで実施できるシステムを検討することも重要である。また、がん患者に対する支援や情報提供に係る施策の評価項目の設定や財政支援についても、喫緊の課題である。

さらに、国民が、がんをより身近なものとしてとらえるとともに、がん患者となった場合でも適切に対処することができるよう、国民全体へのがんに関する情報提供が必要であり、がんの予防を含めたがん教育を進めることについて検討する。

## ～今後の小児がん対策のあり方について～ (案)

(小児がん専門委員会報告書)

平成23年8月10日

がん対策推進協議会

小児がん専門委員会

### I. はじめに

#### 1 がん対策推進基本計画による取組

##### (1) がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

がんは、我が国において昭和56年から死因の第一位となっていることから、「国民病」と位置づけられており、がん対策基本法第2条第3号においても「がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制の整備」と規定されており、国民目線でのがん対策が実施されている。一方、子どもは国民の宝として大切に育てられるべきであるにも関わらず、がんは小児において病死原因の第一位を占めており、がん対策推進基本計画には、小児がん対策はほとんど盛り込まれていない。その結果、小児がん対策が著しく遅れている。

これまでの基本計画がおもに成人の5大がんを中心としたものであったこと、小児がんの多くが小児病院で診療されていること、患者が子どもであり国への声が届きにくいことなどが、小児がん患者が本基本計画の恩恵にあずかれなかった理由と考えられる。小児がんは成人がんとはまったく異なる疾患群で、小児白血病のほか多くの種類の胎児性腫瘍や肉腫により構成される。これらの疾患は発生頻度が低く、様々な部位から発生するうえ、小児から思春期、若年成人にまで発症するため、一口に小児がんといっても、多種多様ながん種と幅広い年齢層を念頭に置いた対策が必要である。

思春期がんを含む小児がん(以下、小児がん)は成人がんと比べ、化学療法や放射線治療への反応性が良好であり、適切な治療の実施により多くのがん種で高い治癒率が得られる反面、たとえ治癒しても強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療によるその後の合併症(両者を合わせて晩期合併症と呼ぶ)が、治癒した後も問題となるなど、日常生活における様々な心理社会的問題に波及することから、成人がんとは異なった取り組みが必要である。また、現在、大震災での子どもの放射線被ばくによるがんの発生についての取り組みも求められている。

##### (2) 小児がんに対して重点的に取り組むべき課題を定めた総合的ながん対策の実施

がん対策推進基本計画は、「がんによる死亡率の減少」及び「すべての患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質的向上」を全体目標としており、「がん医療」については、がん診療連携拠点病院整備を中心にがんの治療の均てん化が行われてきている。しかし、小児がんは化学療法や放射線治療への感受性も高く、正しい診断のもとに経験豊富な施設で的確な治療を迅速に行うことがより求められるにも関わらず、発症数が少ないうえに症例が分散しており、必ずしも正確な診断や適切な初期治療がなされていない。また、小児がん全般に対応可能な複数の領域の専門家

が揃い、小児に適した治療設備を備えた施設は極めて少ない。小児がんは多様な疾患の集まりであるが化学療法や放射線治療の進歩により全体の7割で治癒が可能となり、今や小児がん経験者（小児がんの原疾患が治癒した者）は20歳代の約1,000人に1人に達していると推定され、今後さらに増加する見込みである。しかし、小児がん経験者にとっては、晩期合併症（発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、妊孕性障害、高次脳機能障害、二次がんなど）が大きな問題であるにもかかわらず、その実態と対策はいまだ明らかではなく、長期フォローアップ体制の確立など成人がんとは異なった医療体制と社会支援が強く求められている。

## 2 小児がんをめぐる現状

### ○小児がん医療の問題点

がん医療において質の高い医療を提供するためには、医療者の経験値を高めることが必須であるが、小児がんは発症数が少ないため、専門施設に患者を集約し、人材と医療技術を集中させて診療の質を高めることが重要である。すなわち、集約化が必要である。現状では2000～2500人の患者が約200施設で診療されている。

抗がん剤については、市場規模が小さいことから企業治験は皆無に近く、小児がんに適応のある薬剤は極めて限られており、成人がん領域と大きな格差がある。また、適応外薬剤の使用についても施設格差がある。小児腫瘍に精通した放射線治療医や病理医も極めて少なく、これらへの対応もたち遅れている。成人領域ではこの数年間で大きく前進した緩和ケアについては、小児領域では終末期ケアも含めてほとんど対策はなされていないという状況である。

### (1) 小児がん患者と患者家族の視点に立ったがん対策の実施

小児がんの治療は強力な化学療法が行われるため、患者及び家族は半年から1年間の入院を余儀なくされる。しかし、治療中の子どもの権利の保証や家族支援が不十分な状況であり、療養環境や教育体制も不備である。また、家族、きょうだいの犠牲も大きく、遠方への通院や付き添いなどの負担により両親が仕事を失うなど、経済的な負担にも悩まされている。

このような状況の中で患者家族は、小児がんに関する様々な情報に期待し、適切な治療を求めているが、正確な情報は極めて乏しいうえに様々な情報が交錯していて正しい情報が得ることが困難である。また、相談する場やセカンドオピニオンへの対応も不足しており、こうした現状を改善していくことが求められている。

### (2) 治療後の小児がん経験者の視点に立った小児がん対策の実施

現在、小児がんの7割が治癒する時代となり、小児がんを克服した小児がん経験者

が次第に増えている現状で、小児がん経験者の晩期合併症（発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、妊孕性障害、高次脳機能障害、二次がんなど）や、それによる心理社会的問題の実態が十分に把握されていない。また、小児がん患者を長期にわたり支援する長期フォローアップガイドラインやその診療体制も確立しておらず、多くは初期治療を行った小児科医が継続して行っているのが現状である。各分野の専門家がかわる医療体制や、成人後の患者に対しての成人科との連携など多くの課題がある。

治癒後は成人として社会参加が望まれるが、治療後の就学先、就職先の無理解、相談支援先の不足、民間保険への加入制限、成人後自立できず収入がない中、晩期合併症に必要な医療費支援がないなど心理社会的問題に対する相談支援が不足し、小児がん患者の自己実現を阻んでいる。

### (3) 思春期がん・若年成人がん患者の視点に立ったがん対策の実施

ここでいう思春期・若年成人がんとは、思春期・若年成人にみられるいわゆる小児がんと呼ばれるがん種のこと、成人には稀な骨軟部肉腫が多いが、肉腫の経験に乏しい成人がん施設で治療されることが多く、しかも症例が分散しており対策が極めて遅れている状況にある。疾患としては小児領域に多いため、経験豊富な小児がん診療施設あるいは疾患特異的な専門施設で診療されることが望ましいが、年齢的には小児と成人領域のはざまになるため、適切な治療機会を失することも多い。晩期合併症や治療後の様々な心理社会的問題は小児がんと同様であり、相談支援体制の構築が求められている。

## 3 今後の小児がん対策への展開

「がん対策推進基本計画」は、がん対策推進基本法第9条第1項に基づき、長期的視点に立ちつつ、平成19年から5年の間にがん対策の総合的な推進を図るために定められたが、これまで述べてきたように小児がんに対する対策は立ち遅れている。今後の5年間においては、次期基本計画に基づき、小児がん診療体制と長期フォローアップ体制の確立などの小児がんに対する総合的な対策として以下の対応を行い、「小児がんを国民が理解し、小児がん患者・家族の命と将来を守る社会」を実現することをめざす。

- (1) 小児がん患者への専門医療の提供体制と長期フォローアップ体制を整備した専門施設（地域の中核となる小児がん拠点病院と中央の小児がんセンター）を設け、患者を集約化して最新かつ最適な治療を提供すると共に、地域の医療機関との情報共有と連携に基づいた治療後のフォローアップを行う。

(2) 国民に理解しやすくかつ信頼性の高い小児がん・思春期がんの情報、とくに診療ガイドラインや専門医・専門施設の診療実績や相談支援先などの情報を一元的に発信するシステムを構築する。

(3) 地域の医療機関と国・地方公共団体との連携ネットワークのもとで、患者・家族を含めた国民、医療従事者、医療保険者、患者団体、マスメディア等が一体となって、小児がん患者・家族が診断時から切れ目のない安心・納得した治療と支援を受けられるようにする。

## Ⅱ. 取り組むべき課題

対策が遅れている小児がん対策を総合的に推進していくには、小児がん拠点病院（仮称、以下略）の整備及び地域ネットワークによる患者の集約化と小児がん患者に対する切れ目のないフォローアップ体制の確立と患者・家族支援を行うことが必要不可欠である。また、情報の一元的配信などの患者支援、診療施設に対する診療支援さらに新規治療開発なども含む小児がんに対する種々の総合的な施策を行う小児がんセンター（仮称、以下略）の設置が必要である。

### 1 小児がん診療体制のあり方について

思春期・若年成人がんを含む小児がん（以下、小児がん）に対し迅速で正確な診断と適切な治療を提供し小児がん対策を総合的に推進するうえで必要な医療基盤を整備し、全ての小児がんに対応できる複数の領域の専門家による診療体制を構築した施設を定めて、患者を集約していく必要がある。

#### (1) 小児がん拠点病院（仮称）の整備

（現状及び課題）

現在、日本では200を超える施設で小児がん診療が行われているが、数年間に新規症例が1例程度の施設も存在しており、集約化がなされず、必ずしも適切な治療がなされていない。

（取り組むべき施策）

小児がん患者と医療者の集約化に基づく医療の質の改善のために、小児がんの領域別の複数の専門家の配置、医療設備、療養環境や患者支援のための機能整備などの必要要件を定めた小児がん拠点病院を整備する。小児がん拠点病院は、小児がん患者の診断、化学療法、外科療法、放射線治療などの専門家による集学的医療の提供とともに、小児専門の緩和ケアチーム、十分な看護体制、小児がん患者とその家族を支援する職種（療養生活を送る子どもに、遊びなどを通じて心理社会的支援を行う職種、社会福祉士など）を配置してこれらが職種横断的に連携するためのキャンサーボードを設置し、さらに患者・家族の相談体制を整備しなければならない。施設面では、院内学級、プレイルーム、さらに家族の宿泊施設などを整えることとする。このような小児がん拠点病院を整備して、患者の集約化を図る。小児がん拠点病院では、ガイドライン治療のほか、新たな標準治療の確立と新規治療法の開発のための臨床試験を積極的に行うとともに、連携した医療機関での診療内容を把握して指導する。早期診断と

的確な診療のために(2)で示す地域連携ネットワークについて具体的な方策を段階的に立てて実現するとともに、放射線被ばくによるものを含めた小児がんの検診体制の構築も必要である。

## (2) 医療機関等の地域連携のあり方

### (現状及び課題)

発症から小児がんを疑うまでに時間を要することがあり、適切な医療機関や専門施設が明らかでないことから、患者が早期に正しい診断と適切な治療を受けることが難しい状況にある。このために、小児がん拠点病院を中心とした有機的な地域連携ネットワークを段階的に確立し、小児がん診療にあたるべきである。

### (取り組むべき施策)

小児がん拠点病院は、包括する地域における小児の初期診療を担う医師へ小児がんの啓発と教育を充実させる手段を講じると同時に、小児がんの初期症状や発症年齢などのデータを公開し、がんを疑った場合の拠点病院との連携体制を具体的に構築する。小児がんが疑われる患者と診断した医療機関は小児がん拠点病院に速やかに連絡して診断を依頼するなどのコンサルテーションを受け、地域連携ネットワークの中で適切な診断と治療が提供できる体制を整備する。地域の連携病院で治療を行う場合は、小児がん拠点病院で行われるカンサーボードへの参加などを通じて診療情報を共有することが必要である。原疾患の治療が終了した後も、フォローアップに関する地域連携ネットワークによる支援を切れ目なく提供する必要があることから、患者・家族各々にフォローアップガイドラインを提示し、フォローアップ手帳なども用いて、適切な医療機関および適切な診療科で連携しながら確実なフォローアップが可能な体制を整備していく。小児がん拠点病院の種々の機能については、適切な委員会などを設置し、関係者、患者・家族からの意見を取り入れ助言する。

## (3) 小児がんセンター(仮称)の整備

### (現状及び課題)

小児がんの理解が一般社会のみならず医療関係者にも不十分であり、患者に理解しやすくかつ信頼性の高い情報が乏しいうえに様々な情報が流れていることから、正確な情報が得られにくい。小児がんについての正しい知識、小児がん診療施設の診療体制や診療実績、各種ガイドライン、新規治療法、副作用などの治療関連、さらに長期フォローアップ体制、晩期合併症対策や生活支援などの治療終了後に関する情報などが不足している。また、がん登録が不十分であり疫学研究が行われていないため、小児がんの原因、誘因が不明であるばかりか、わが国における小児がんの発生数や死亡数も明らかではない。一方、小児がん診療については専門的な病理医や放射線診断医

が不足しており、各医療機関独自で適切な診断が困難となっている。また、各医療機関での診療の質の担保がなされていない状況である。新規治療法開発なども含めた総合的な小児がん対策を中心となって推進する機関もない。

### (取り組むべき施策)

総合的小児がん対策を中心となって推進するための小児がんセンターを設置し、前項で述べた小児がん拠点病院の診療体制や診療実績、各種ガイドライン、新規治療法、副作用などの治療関連、さらに長期フォローアップ体制、晩期合併症対策や生活支援などの治療終了後に関する相談支援情報を一元的に発信するシステムを構築する。そのために、各小児がん拠点病院が地域の連携施設とのネットワークの中で得られた診療実績についての情報を小児がんセンターに継続的に集積する。小児がん診療の質を担保するため、小児がんセンターで病理・画像診断などの中央診断・コンサルテーションシステムを構築すると同時に、小児がん拠点病院の診療内容をモニターし、必要に応じて適切な助言をする。また、小児がん登録や疫学研究を中心となって推進するとともに、検体バンクなどによる研究支援も行う。そのほか、新規治療開発や総合的な小児がん対策に必要な施策を提言し、推進するなどの総合的な機能を有するものとする。小児がんセンターの種々の機能については、適切な委員会などを設置し、関係者、患者・家族からの意見を取り入れ助言する。

## 2 小児がん患者及び家族に対する支援について

### (1) 小児がん患者・家族への相談支援

#### (現状及び課題)

小児がん患者・家族においては、病気や治療だけでなく、病気に伴い発生する心理社会的問題や、それに対する活用可能な社会資源などについて、十分な説明や相談支援体制がほとんどない。また、治療終了後の小児がん患者の転居や進学などによって、フォローが途切れることにより十分な相談支援の実行がさらに難しい現状となる。診断時からの継続的な情報提供ならびに心理社会的支援が必要である。

#### (取り組むべき施策)

小児がんセンターからの情報公開は、一元的かつ標準化された系統的、網羅的な情報(診療ガイドライン、フォローアップガイドライン、副作用情報、医療支援情報、経済支援情報など)がインターネットなどを介して配信される体制が必要である。また、24時間対応可能な患者相談のためのコールセンターを小児がんセンターに設置する。

小児がん拠点病院には、小児がんに精通した社会福祉士を配置した相談支援センターを設置すべきで、相談支援とともにセカンドオピニオン体制の整備を行う。

## (2) 治療中の小児がん患者への支援

### (現状及び課題)

小児がん患者は長期入院を要することが多く、そのために家族の二重生活を余儀なくされたり、患者の治療中の勉強・進学等の教育問題など様々な問題を抱えている。特に、小児がん患者の集約化によって、旅費や宿泊費などによる経済的な問題もさらに大きくなる。また、入院中は親に付き添われる権利、遊びの権利、教育を受ける権利など、子ども条約や病院の子ども憲章などに規定される子どもの権利がないがしるにされる傾向がある。治療に関連したストレスの受容能力が未熟な小児では治療終了後に心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を生じたり、治療後も精神的問題を抱えることも稀ではない。長期入院を快適に過ごすための療養環境の整備も不十分である。教育については、院内学級が設置されていなかったり、設置されていてもその体制が不十分であるなどのほか、院内学級で教育を受けるためには学籍移動が必要であること、前籍校が私立学校である場合には退学になる場合もあること、また、学籍移動の手続きが煩雑であるなどの種々の問題がある。

さらに、終末期ケアを含めた緩和ケアについては、小児がん患者・家族に最適化されたケアがほとんど提供されていないという状況である。

### (取り組むべき施策)

前述したように、小児がん拠点病院には、治療中に家族・きょうだいが宿泊できる施設を併設すること、さらに療養生活を送る子どもに、PTSDを未然に防いだり、健やかな成長を促すために、遊びなどを通じて心理社会的支援を行う臨床心理士などの職種や社会福祉士をはじめとする専門職の配置が必須である。教育に関わる問題については、院内学級のさらなる整備のほか、学籍の問題など運用面での制度変更や指導が必要である。さらに、高等教育に関しても適切な対応が望まれる。緩和ケアについては、小児がん拠点病院の項で述べたように、治療中から一貫した疼痛緩和、終末期ケアを含めた緩和ケアを充実させ、死別後の家族へのビリーブメントケアも必要である。長期に治療が必要な患者の経済的問題については、拠点病院への通院にあたって、遠隔地であるなどの一定の要件を満たす患者や家族の通院に係る経費について、経済的支援を含めた他制度の活用など、何らかの支援制度を検討する。

## (3) 小児がん経験者への支援

### (現状及び課題)

原疾患が一段落した時点以降の長期間にわたるフォローアップが必ずしも十分に行われていない。また、疾患や治療の合併症や後に生じる晩期合併症に関しては、患者やその家族に著しい精神的および身体的苦痛が生じる場合もあるにもかかわらず、その対応も不十分な状況である。小児がん経験者は個々の合併症の度合いやその併発によって各々に問題を抱えているが、治療後の原籍校への復帰を含めた就学や就労支援を含む自立支援体制がほとんどない。精神的及び身体障害を重複する小児がん患者も多く、その苦痛や支える家族の負担は著しいものとなる場合もあるが、それぞれに対する福祉・介護制度での対応では救済されない場合が多い。このため子どもの成長とともに家族の負担は増えてくるのが現状である。

### (取り組むべき施策)

小児がんの晩期合併症の現状を把握した上でその対応を進めていく。フォローアップ診療は、成人診療科と十分な連携の上に行われるべきで、患者個々によって対応が異なるが、地域の家庭医や成人診療科に円滑に移行できる体制整備とともに、小児がん拠点病院ではフォローアップ外来と相談支援センターを併設して、小児がん患者が抱える心理社会的問題、特に自立支援に対して総合的に対応できる体制を確立する。経済的問題に対しては、20歳以上の患者の医療費支援のあり方の見直し、障害者支援に関する制度など、他法との整合性についても検討し、活用可能な体制を確立する。また、就労支援については、小児がん経験者が働く権利を擁護するための制度、企業の就業規則における短時間勤務や休職規定の充実を含む合理的配慮を義務づけるための制度など、小児がん経験者の自立に資する制度についても検討する。

## 3 小児がんの登録制度の整備

### (1) 小児がん登録制度の整備

#### (現状及び課題)

小児がんの登録については、小児専門病院など現在のがん診療連携拠点病院以外の施設で診断および治療がされることが多く、院内がん登録や地域がん登録から漏れることが多い。小児がんは発生数が少ないことから悉皆登録が必要であり、学会で登録事業が行われているが、登録は各施設の自発的な判断に任されており全数把握までに至っていない。そのため、発生数の増減や死亡率の推移が不明であり、がん対策の遂行上、大きな障壁となっている。

#### (取り組むべき施策)



登録制度は、治療や研究に必要なだけでなく、成人後の小児がん患者支援のためにも重要なシステムである。悉皆登録のためには、法制化も含めた医療機関からの登録の義務化が望まれる。また、登録しやすい様式と仕組み、目的に応じた登録制度の構築とともに、治療施設ごとの登録データの公開や治療成績の公開も必要である。

小児がん拠点病院においては、現在行われている小児がんの登録システムや院内がん登録および地域がん登録との連携を構築することが必要である。

#### 4 小児がん対策における研修・教育体制について

##### (1) 小児がんについての学校教育のあり方

(現状及び課題)

小児がんは、ドラマなどの題材にはしばしばなるが、子どもを含む国民に対し、正確な情報に基づく啓発がされていない。そのため、小児がん患者に対するいわれなき偏見や憐憫の対象となりやすい。また、知識不足のため、小児がん患者の医療機関への受診の遅れ、さらには適切な診断と治療の機会喪失につながっている。特に、小児がん患者あるいは経験者を受け入れる学校での認識不足は、患者たちの不利益となっているのが現状である。

(取り組むべき施策)

小児がんは成人がんと同様に学校教育に組み込んで、小児がんや小児難病への偏見を払拭することが望まれる。まず養護教諭をはじめとする学校関係者が理解し、がんや小児がんに対し子どもに恐怖感等を与えないよう進めていくための研修が必須である。

##### (2) 小児がんに関わる医療従事者などの育成・研修体制

(現状及び課題)

関係学会で小児がんの専門医制度が開始された状況ではあるが、必要最低限の条件であり、必ずしも小児がんすべてに対する高い専門性を担保するものではない。小児がんに関わる医師以外の医療関係者の育成・研修制度は皆無である。

(取り組むべき施策)

専門医は、その経験症例や経歴を公表して客観性のある専門性を示すべきであり、学会が構築する制度とは独立した評価に基づくことが望ましい。小児がんの専門医育成のための研修制度も、学会で設けているが、さらに高い専門性を担保できるよう小児がん拠点病院への患者の集約化とともに十分な症例数の経験が可能な研修体制を構築する。また、小児がんのトータルケアに関わる小児がん医療関係者の研修制度についても、小児専門看護師、がん専門看護師、療養生活を送る子どもに遊びなどを通

じて心理社会的支援を行う職種、臨床心理士、社会福祉士など、職種を超えて小児がんについての研修を行うことが望まれる。思春期を含む子どものための緩和ケアの充実のために、現在行われている小児緩和ケア講習会を制度化し、その内容には、患者とその家族とのコミュニケーションスキルや年齢別の問題点を明らかにしたロールプレイなども含まれるべきである。

#### 5 小児がん研究体制の整備について

##### (1) 臨床試験研究体制のあり方

(現状及び課題)

行うべき臨床研究は多岐に渡るが、治療開発のためのものとして大きく2種に大別される。ひとつは適応外薬などを用いた早期開発試験でもう一つは標準治療を決定するための後期試験である。前述したように日本では200を超える施設で小児がん診療が行われているため、後期試験に必要な症例数を集積するためには100以上の施設を対象としなければならない。そのため、試験を完了するのに長期間を要するばかりか、膨大な経費と人的資源を必要とし、極めて非効率である。少数施設で行うべき早期開発試験も同様の理由で遂行が困難である。また、小児系診療科は人員が少ないため、試験の円滑な実施に困難をきたしている。すなわち、臨床試験体制は極めて不十分である。

(取り組むべき施策)

小児がんは発症数が少ないことから、小児がん拠点病院に集約化して治療を行い、多種の難治がんを対象とした臨床試験を効率的に実施できる体制を確立する。特に嚴重なモニタリングを必要とする早期開発試験においては10施設以下に集約した施設(小児がん拠点病院)で行える体制を整える。このためには臨床試験を支援する専門職の配置などが必要である。また、がん種ごとの臨床試験の実施状況やその結果を公開することも重要である。

##### (2) 創薬及び新薬開発に関する研究

(現状及び課題)

小児がんに対する未承認薬や適応外薬に関しては、成人にくらべ著しく遅れており、過去7年間では白血球用抗がん剤が1薬剤、固形がんでは造血幹細胞移植用の1薬剤を除くと皆無である。その大きな原因は、市場規模が小さいため製薬企業にとっては魅力がなく、適応取得に要するコストを回収できないためである。

(取り組むべき施策)

小児に対する未承認薬や適応外薬の現状分析と対策を包括的に検討する場を設置する。成人領域での新薬開発に際して、小児適応の取得を促すためのインセンティブの設定など強力な政策誘導が必要である。また、医療上必要な未承認薬については、個人輸入に依存することのないよう、法に基づくコンパッションエトユース制度を整備し、未承認薬の人的使用手順、臨床情報の収集システムを確立し、有効な治療法の開発に結びつけるべきである。

(3) 基礎研究及び橋渡し研究、疫学研究のあり方

(現状及び課題)

小児がん領域の基礎研究や橋渡し研究は行われてはいるものの、研究基盤は脆弱で研究者の層も薄い。また、これらが臨床に応用されることがほとんどなく、また、非医師での小児がん研究者が少ない。疫学研究については成人領域と異なり、発症要因については電磁界と白血病発症との関連の研究以外、ほとんど行われていない。欧米では小児白血病の発症要因を探索するための疫学研究が活発に行われている。それ以外の疫学研究は個人の研究者レベルで細々と行われているに過ぎない。また、これらの疫学研究は成果を得るのに長い年月を要する。

(取り組むべき施策)

小児がんセンターなどを拠点として、基礎研究や橋渡し研究を実施する体制を構築する。疫学研究についても発症要因のほか、晩期合併症の発生頻度など不明な点が多いため、小児がんセンターの事業として継続的に実施することが必要である。また、福島原発の事故に伴い、放射線被ばくと小児での発がんの因果関係を明らかにするための疫学研究も重要な課題である。小児がんセンターは、これらの研究成果を公開して研究成果の見える化を行い、医療関係者だけでなく、小児がん患者・家族、一般国民に周知し、さらには適切な評価を受けることも重要である。

(4) 医療機器開発研究のあり方

(現状及び課題)

医療機器関連の研究は、ほとんどされていない。小児に特化した医療機器や設備の開発への期待は大きい。

(取り組むべき施策)

小児に適した医療機器の開発を積極的に行い、特に重粒子線や陽子線の応用と小児に対する保険適応についての検討を行うべきである。

6 評価指標の策定について

小児がん患者・家族のいのちと将来を守るための小児がん医療実現を目指し、以下の評価指標を定める。

(1) 小児がん拠点病院への小児がん患者の集約化

小児がん拠点病院の整備に伴い、拠点病院での小児がん患者の診療実数、コンサルテーションされた症例数の状況を把握し、患者の集約化の程度を把握する。

(2) 診療ガイドライン及びフォローアップガイドライン提示とその効果

小児がん拠点病院にて把握された小児がん患者には、診療ガイドラインが提示され、また、小児がん治療終了者全員がフォローアップガイドラインを提示されたうえで、フォローアップ手帳が入手ができることを目標とする。

(3) 死亡率の減少

各地域での年齢別の小児がん死亡率を把握し、死亡率の減少効果について検証する。

(4) 患者・家族の満足度向上

患者・家族に対する全国共通の満足度調査にて、治療および療養生活に関する満足度を計測することにより、診療の質と患者・家族支援体制の充実度を評価する。

(5) 小児がんセンターの機能評価

小児がんセンターの所定の年度別目標の達成度について年度ごとに評価する。

(6) 小児がん拠点病院の機能評価

小児がん拠点病院の指定要件を主とする目標の達成度を年度ごとに評価する。

### Ⅲ 小児がん対策を計画的に推進するために必要な課題

#### 1 評価体制の整備

小児がん対策を実施するに当たり、その達成度について検討し、評価や助言を継続的に行う体制が必要である。指標としては、個別目標の項で述べた事項について評価するが、評価する場には小児がんの専門家とともに患者・家族の代表が委員として加わった第三者機関などの組織で、継続的に小児がん対策、特に小児がん拠点病院および小児がんセンターの運用状況について評価し、助言を行う。

#### 2 小児がん拠点病院の指定と段階的整備

小児がん拠点病院を設置して、小児がん患者を集約し、最新かつ適切な治療を行うにあたり、その設置にあたっては、段階的な指定要件の策定および要件達成のための方策について検討することが必須である。また、造血器腫瘍、脳腫瘍などの臓器別の小児がん拠点病院施設の構築も検討すべきである。

#### 3 小児がん領域の診療の適正な評価

小児がん領域での診断や治療には、成人に比べより多くの時間と医療関係者、および専門スタッフが必要である。特に小児科においては、社会問題となっているように、医師の不足が顕著であり、小児がんに関する専門医が育ちにくい環境がある。保険診療においてそれに見合った診療報酬上の加算や予算の担保が必要である。

特に放射線療法については、言い聞かせや静脈麻酔による鎮静が必要であり、成人に比べて数倍の時間と人手を要する。また、対象が小さいうえに晩期合併症の危険性が高いため、より精度の高い機器、および技術が必要なため、小児がん拠点病院で対応するとともに保険診療におけるそれに見合う加算が必要である。現状ではこれらの理由のため、小児は最新の放射線治療から排除される傾向にある。

#### 4 長期フォローアップのために有用な基盤整備

小児がん登録によって、個別の小児がん患者の把握が可能となるが、患者とその家族が希望すれば、それと同時に個別の患者支援が開始され、長期フォローアップにも活用

することが可能となる。長期フォローアップのデータと連結すれば患者・家族支援にとってより有用と考えられるため、今後、個人情報の取り扱いに十分留意した形で対策を講じる必要がある。

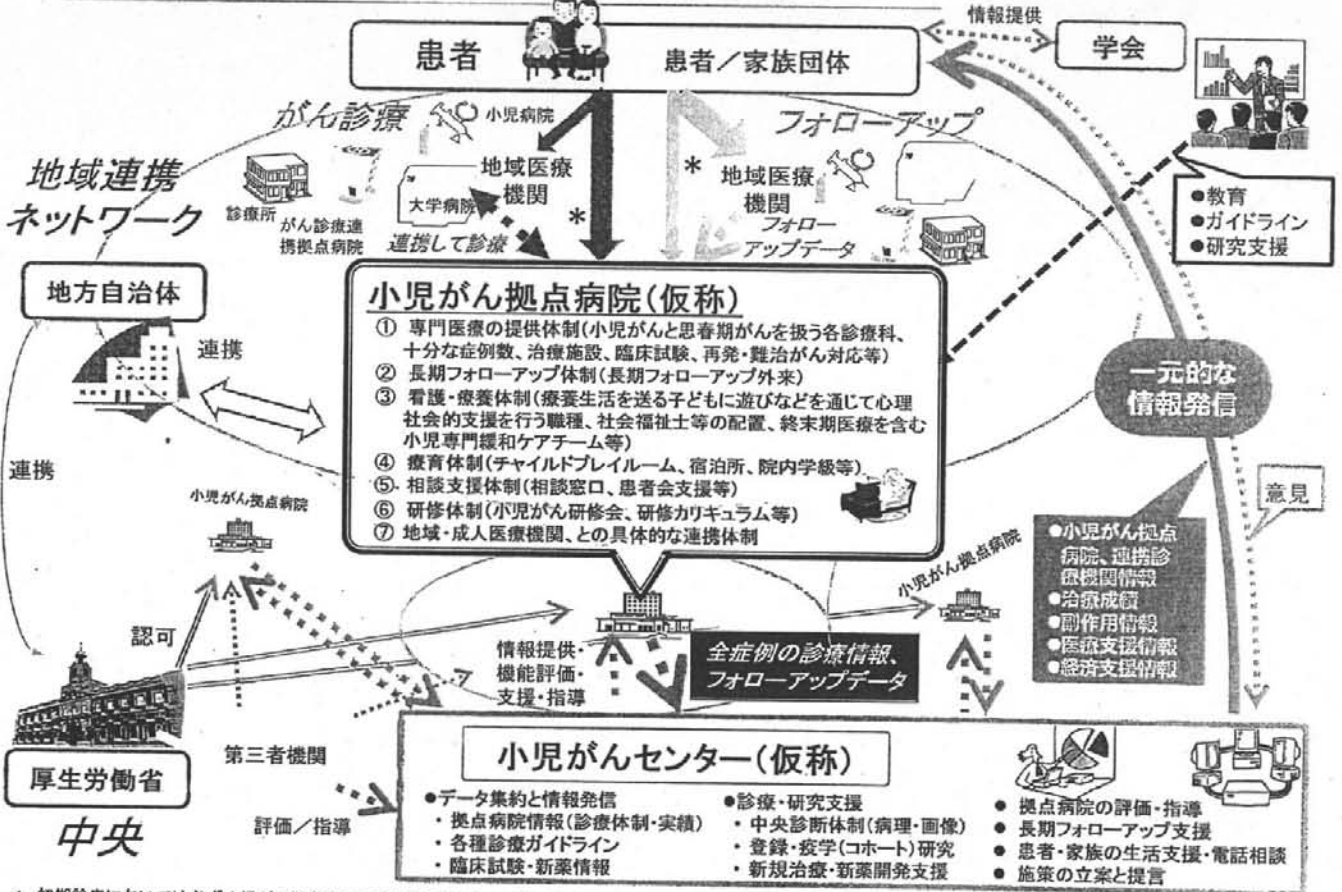
#### 5 就学支援体制（学ぶ権利）の整備

集約化、拠点化に際しては、遠方から入院する患者が増加すると予想されるが、都道府県を越えて容易に転籍を可能とする全国統一した対応策が必要である。また、外来通院中や退院後の教育支援、訪問看護や訪問教育についてもさらなる充実を図る必要がある。

#### 6 小児がん領域の医療関係者の育成

小児がんの治療のために療養生活を送る子どもに、遊びなどを通じて心理社会的支援を行う職種や小児がんに精通した看護師などの認定制度についても構築していく必要がある。また、医療制度などの制度面だけでは不十分な部分が多く残るため、これらを埋めるために、患者・家族会による支援、ピアサポーターの育成なども積極的に取り組むべき課題である。

# 小児がん診療体制の今後の在り方等について(案)



\*: 初期診療においては必ず小児がん拠点病院にて診断あるいはコンサルテーションを行い、地域医療機関との連携のもとに正しい治療を提供する。フォローアップにおいては、拠点病院と地域医療機関が連携し、ガイドラインのもとに地域で可能な診療を提供する。診療情報やフォローアップデータは全て拠点病院に報告し、小児がんセンターに集積する。

(作成 檜山)

## 緩和ケア専門委員会報告書

## ～今後の緩和ケアのあり方について～

(案)

平成23年8月23日  
がん対策推進協議会  
緩和ケア専門委員会

はじめに

平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法のもとにがん対策推進基本計画（以下、「基本計画」という）が閣議決定され、「がんによる死亡者の減少」とともに「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が全体目標として掲げられた。この全体目標の実現のため、基本計画において「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき3つの課題のひとつとして掲げられた。そのため、これまで全てのがん診療に携わる医師に対して基本的緩和ケアの知識などを修得させるための研修の実施やがん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの設置等、様々な取り組みが推進されてきた。

今回、平成24年度に変更される基本計画の策定に向け、がん領域における緩和ケアの更なる推進を目指し、これまでの緩和ケアに関する取り組みを総括し、今後必要とされる施策などを専門的な見地から検討するために、がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会（以下、「本専門委員会」という）が設置された。

これまで、本専門委員会では、平成22年6月に公表された厚生労働省がん対策推進基本計画中間報告書の分野別施策、個別目標に対する進捗状況に基づき、全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上を目指し、がんと診断がついたときからの緩和ケアを実現するため、必要な今後の方向性について計7回の会議（H23年1月・8月）の中で検討したので、5つの項目に対して6つの提言とその実現のための具体的施策をまとめ、報告する。

なお、各テーマに関して「本専門委員会の認識」、「重点項目」、「提言」、そして「具体的施策」の順に記載した。

## I がんと診断された時からの緩和ケアの実施

本専門委員会の認識

- 1 がんと診断された早い時期から患者やその家族に対して、身体的、心理・精神的、社会的な苦痛等を緩和するケアを、がんの療養と併行して切れ目なく提供することが必要とされている。
- 2 緩和ケアを実践するためには、がん患者・家族に接する全ての医療従事者が「基本的緩和ケア」を修得し、実践する必要がある。
- 3 「基本的緩和ケア」とは、患者の声を聴き共感する姿勢、信頼関係の構

築のためのコミュニケーション技術（対話法）、多職種間の連携の認識と実践のもと、がん性疼痛をはじめとする諸症状の基本的な対処によって患者の苦痛の緩和をはかることである。

- 4 がん医療に携わる医師や看護師は、基本的緩和ケアとして、患者が苦痛とを感じる症状の包括的な評価、苦痛となる諸症状の基本的な対処方法、緩和ケアを専門とする医師や看護師へ適切な時期に紹介できる判断力、チーム医療の認識等を修得し、実践する必要がある。
- 5 「専門的緩和ケア」とは、「基本的緩和ケア」の技術や知識などに加え、多職種でチーム医療を行う適切なリーダーシップを持ち、緩和困難な症状への対処や多職種の医療者に対する教育などを実践し、地域の病院やその他の医療機関等のコンサルテーションにも対応できることである。

### 重点項目

- 1 医師をはじめ、がん医療に携わる全ての医療従事者に対する基本的緩和ケア研修を実施する。
- 2 患者の苦痛症状に関する包括的な評価方法（疼痛等を含めたスクリーニングシート等）を体温や血圧などと同様に日常的に把握することを普及させる。
- 3 がん患者や家族にとって容易に相談できる体制を整備し、診断時からの緩和ケアの普及啓発を推進するとともに、継続的に療養の支援ができる体制を構築する。

### 提言1

「がん診療に携わる全ての医師および医療従事者に基本的な緩和ケア研修を実施する体制を整備すること」

### 具体的施策

- 1 Basic Life Support 講習（BLS/ACLS）等を参考に、臨床研修医制度における研修履修項目として基本的な緩和ケア研修を必修とする。対象医師数は年間約 8000 名と考えられる。
- 2 緩和ケア研修の修了履歴を、がん治療に関連する学会等の認定医・専門医の受験資格および更新時の要件（単位）とする。対象医師数は年間約 2000

名と考えられる。

- 3 がん診療連携拠点病院のがん診療に携わる常勤医師が基本的な緩和ケア研修を受講する取り組みを強化する。
- 4 現行の緩和ケア研修について「開催指針」と「標準プログラム」を見直し、単位制やeラーニングの導入など、受講しやすい研修体制を整備するとともに、実地実習の導入など研修会の質の向上（診療に即した内容の追加等）を行う。
- 5 研修の受講促進策として、受講者へのメリット付与、医療機関における緩和ケア研修修了者数の公表、「がん性疼痛緩和指導管理料」等の診療報酬面での更なる対応を行う。
- 6 実習形式の研修の導入にあたっては、実施主体に対して教育スタッフ配置等に財政的な措置を行う。
- 7 がん医療に携わる看護師や薬剤師などの医療従事者に対する基本的な緩和ケア研修も併行して拡充させる。

### 提言2

「がんと診断された時からの緩和ケアの普及・実施させるために緩和ケアの提供体制を整備すること」

### 具体的施策

- 1 診療現場で簡便につかえる苦痛の包括的な評価方法（疼痛等を含めたスクリーニングシート等）を体温や血圧などと同様に日常的に把握することを普及させる。
- 2 医師や看護師は、早い時期から患者・家族が緩和ケアチームや緩和ケア外来が利用できるように、適切な情報提供を行い、いつでもどこでも受診ができる診療体制を整備する。
- 3 全てのがん診療連携拠点病院に、専門看護師や認定看護師等の専門資格を有する看護師による専門的ながん看護を必要とする患者のための看護外来の設置等、がん看護体制を強化する。
- 4 がん相談支援センターには緩和ケアを担当する社会福祉士等の専門職員を増員配置し、多職種による円滑な連携体制をとれるように整備する。
- 5 一般市民や学校教育を通して、学童を含めた国民に対する「がん緩和ケ

ア)に関する啓発を推進する。

## II 地域における緩和ケアの提供体制

### 本専門委員会の認識

- 1 地域における緩和ケアの提供体制は、地域により多様であり、画一的な提供体制は十分に機能しない可能性がある。
- 2 多様な地域性を考慮し、「その地域にとって必要な緩和ケアの機能と役割」を明確にして、「その機能を最大限に活用するための各医療機関等の役割」を明確化する必要がある。
- 3 地域における緩和ケアの提供体制の中だけでは解決の難しい問題に対して、行政機関と地域ネットワークの関係者とが協議できる場を設定する必要がある。

### 重点項目

- 1 各地域で地域連携として必要な緩和ケアの機能と役割のリストを作成する。
- 2 現状の医療機関等の機能を生かせる部分と、あらたに構築する必要がある機能と役割とを明確化する。
- 3 24時間、365日対応し得る医療機能と役割の分担を明確にする。
- 4 地域からのコンサルテーションに対応する専門的な緩和ケアの機能と役割を明確にする。
- 5 急変時や介護困難時の後方病床整備や在宅緩和ケアチームなどの後方支援機能と役割分担を明確にする。

### 提言3

「地域におけるがん緩和ケアを提供するための連携体制（ネットワーク）を速やかに構築できる環境を整備すること」

### 具体的施策

- 1 各職種・医療機関等の役割分担と連携強化のための定期協議の場を設置する。
- 2 地域における医療機関（がん診療連携拠点病院、拠点病院以外の病院、

在宅緩和ケアを提供する専門の診療所、在宅療養支援診療所、ホスピス・緩和ケア病棟）毎の役割分担を進める。

- 3 地域における医師間メーリングリスト等の方法を活用した情報共有や情報の基盤整備を進める。
- 4 2次医療圏ごとに、拠点病院内、医師会内、地域内などにがん相談支援センターを設置し、地域における緩和ケアに関わる役割を強化する。
- 5 がん相談支援センターなどによる、がん患者の「ピアサポート」機能の支援を推進する。
- 6 がん患者や家族の療養を支える上で必要となる介護施設、訪問看護ステーション、調剤薬局等の連携体制の整備、さらに、行政の公的なサービスや社会福祉協議会などの地域内互助の取組みと連携し、各々の役割を明らかにした地域連携の推進のため、その仕組みを改善し、弾力的に運用できる体制を整備する。
- 7 退院支援・調整、退院前カンファレンスなどを促進するために、拠点病院等の退院支援・調整部門の強化をはかる。

## III 専門的緩和ケアの提供体制の拡充

### 本専門委員会の認識

- 1 がん診療連携拠点病院等における専門的緩和ケアを担当する緩和ケアチームは、その質に関して多くの課題が解決されていない。
- 2 緩和ケアチームの専従医師が不足しており、チームとして診療活動が十分実施されていない。
- 3 治療法の進歩やインターネットの普及などによる影響で、患者・家族の意識やニーズが多様化しており、それらに対応して、ホスピス・緩和ケア病棟の機能および役割の見直し、在宅専門緩和ケア機能の充実等が必要である。
- 4 在宅医療における困難な事例の増加と共に、専門的な在宅緩和ケアを提供できる体制の整備が必要である。

### 重点項目

- 1 質的に担保された専門的緩和ケアを提供する医療機関に対し、支援する。
- 2 緩和ケア病棟は、地域における役割として緩和が困難な症状への専門的

対処、在宅で介護困難な場合の対処、介護する家族の負担軽減、病状の急変時の対応などの後方病床としての機能を拡充する。

- 3 在宅緩和ケアを提供する専門的な診療所を体制として拡充し、質の維持向上をはかる。

#### 提言 4

「患者・家族が必要な時に専門的緩和ケアを適切に受けられるように、地域における専門的緩和ケアの提供体制を整備すること」

#### 具体的施策

- 1 専門的な緩和ケアチームに専従医師を配置する医療機関を支援する。
- 2 2次医療圏毎に、実質的に機能する専門的な緩和ケア外来を配置する。
- 3 都道府県がん診療連携拠点病院に精神腫瘍医を常勤として配置する。
- 4 ホスピス・緩和ケア病棟の機能と役割について、患者・家族のニーズに基づき、見直しを図る。
- 5 在宅緩和ケアを提供する専門的診療所の施設基準を明確にし、質の維持向上をはかり、地域性に配慮するなど、適正に整備する。

### IV 緩和ケアに関する質の評価

#### 本専門委員会の認識

- 1 多様な価値観があり、心身ともに脆弱な状態の患者に対する緩和ケアの評価方法には技術的な課題がある。
- 2 がん医療では、医療機関の多岐にわたる診療科で外来治療や入院を繰り返す患者が多く、療養場所が病院、在宅、介護施設など多様なので、地域の中において網羅的に代表性のある症例の調査を実施する事には課題が多い。
- 3 地域における緩和ケアの質を向上させるために、網羅的で代表性のあるデータに基づく質の高い調査研究は不可欠である。現状では、行政が保有する死亡統計等を研究目的で使用しにくいことは隘路となっている。
- 4 最近数年間に、進行がんで通院治療中の患者を対象とした調査研究や、終末期がん患者に関する遺族調査研究などが報告されてきた。
- 5 がん医療に関する質の評価の一環として、がん緩和ケアの質や提供体制

を評価する上で、患者、家族の視点は不可欠である。

#### 重点項目

緩和ケアの質の評価に関して、定期的な調査を行う。

#### 提言 5

「緩和ケアの提供体制を適切に整備するために、緩和ケアに関する質の評価を継続的に実施し、還元できる体制を強化すること」

#### 具体的方策

- 1 がん患者の療養生活の質を評価するために、受療行動調査を継続的にを行い、効果的ながん対策に反映させる。
- 2 終末期がん患者に対する緩和ケアの質の評価のため、死亡小票から検索し、無作為抽出した大規模な死亡患者の遺族調査などを定期的を実施する。
- 3 専門的緩和ケアの定期的前方視調査のための専門的緩和ケアを提供する医療機関を全国登録する。
- 4 がん緩和ケアの専門部会等を各都道府県のがん対策推進協議会等に設置し、地域医療機関の緩和ケアに関する状況等を把握する。

### V 緩和ケアに関する卒前教育

#### 本専門委員会の認識

- 1 緩和ケアに関連する多職種の医療従事者にとって、卒前教育（医学部・看護学部・看護学校・薬学部など）は、卒後教育研修と同様に非常に重要な意義を持つ。
- 2 緩和ケアは、がん医療だけでなく、医療全般において医療従事者として身につけておくべき内容といえる。
- 3 在宅療養も含めた緩和ケアについて体験することが重要である。
- 4 医師の卒前教育のための教育指導者の育成には、医学部に緩和医療学講座の設置が必須である。

#### 重点項目



- 1 多職種の医療従事者が、卒前教育として緩和ケアに関する教育を受ける必要がある。
- 2 卒後に医療従事者として基本的緩和ケアの修得のために、卒前教育による緩和ケアの認識は重要であり、がんと診断された時からの緩和ケアの認識を普及させることにつながる。

#### 提言 6

「医療に携わることを目指す学生には、緩和ケアに関する卒前教育を履修させること」

#### 具体的施策

- 1 医学部・看護学部・看護学校・薬学部など卒前教育の中に、統一的なカリキュラムに準じて、実習も含めた教育プログラムを策定する。
- 2 医師のモデルコアカリキュラムを再検討し、緩和ケアに関する内容を充実させる。
- 3 医師や看護師国家試験など、国家試験の出題に関して、緩和ケア関連の項目を充実させる。

## がん教育に関する委員からの意見のまとめ

## 教育の課題について考える前提について

## 1. 現状・課題～無関心とがんに関する知識の不足～

- ◇ 国民の2人に1人が罹患し「国民病」と言われる疾患であるにもかかわらず、健康な時からがんについて学ぼうという意識は高いとは言えないまだ高まっていない。多くの患者が「他人事だと思っていた」「無関心だった」と言い、告知されて慌てる例は少ない。そのために自分に合った治療法や療養生活の選択がうまくいかないケースもある。(松本委員)
- ◇ 多くの住民の認識の実態としては、がんの人は身近にいても、「自分には関係ない病気だと思っているので、検診は受けない」、「自覚症状がないから大丈夫、健康だと思っている」、「がん検診健診を受けて異常が見つかったら怖いから検診健診は受けたくない」、「要精密検査になっているが、以前も受けて異常なしだったので受ける必要性を感じない」「何年も検診受診して、異常なしだったので、もう検診は受けなくても大丈夫と思っている」「がん＝死亡」「がん療養＝制限の多い生活」などマイナスイメージが強いので、そのような認識を変えていく地域活動(教育)が必要であると考えている。(北岡委員)
- ◇ 正しい知識がないことが偏見や差別につながり、それが患者・家族の精神的苦痛や、社会的苦痛を生む恐れも考えられる。(松本委員)
- ◇ がんは「二人に一人がかかると国民病」であるにもかかわらず、義務教育におけるがん教育が不足していることで、小児がん患者を含むがん患者に対する偏見のみならず、小児がん患者の医療機関への受診の遅れ、診断と治療の機会喪失にもつながっている。教育関係者の間での、小児がんを含むがんに対する理解不足や誤解もしばしばみられる。(天野委員)

## 2. 教育の対象者について

## &lt;対象者を考える上での課題&gt;

- ◇ 現状の課題として、がんに対するどのようなことをどのような対象者(ターゲット)に教育する必要があるのか明確になっていないように思う。
- ◇ 市町村現場で働く保健師の立場から言えば、がん検診の有効な年代層の国民に対し、認識を変えていくような取り組みをしないと、今後、益々がん患者が増え、その対策に追われていくようになるのではないかと思う。

## &lt;対応策&gt;

- 教育により、優先的に認識を変える必要があることを「協議会」として明確にし、有効な対象者を明確にする必要がある。
- 一人ひとりが自らの健康を意識し、自分にとって適切な対処・選択ができる国民を増やしていけるように、国と地域で計画的な取り組みが必要
- 有効な対象者を明確にする。小学生・中学生・高校生・国民全体?

- 子どもに対する健康教育では、現状の子どもたちの課題は何なのかを明確にし、自分の健康を守るために必要最低限の知識を教えるのか、広く一般的な情報を教えるのか、間違った認識を変えるために正しい情報を教えることが必要なのか検討が必要。(以上、北岡委員)

- 国民病であるがんは国民全体で支えることが基本である。その為、社会人教育では対象を一般社会人、がんサバイバー、医療従事者に分けて教育を具体化する必要がある。(上田委員)

- 教育関係者の間での、小児がんを含むがんに対する理解不足や誤解を払拭することを目的として、保健体育教員や養護教諭を含む学校関係者への研修プログラムを検討する。(天野委員)

➢

## 学校におけるがんに関する教育の現状

- ◇ 学校におけるがんに特化した教育は、現状なされていない。生活習慣病との関連で付録として扱われているにすぎない。(花井委員)
- ◇ 現在、小・中・高で授業として教科書を使ったがん教育は行われていない。(前川委員)
- ◇ NPO団体や有識者が小・中学校へ出向き、いのちの授業形式で、単発的な教育が行われている。各学校、それぞれの方針に任せている。(前川委員)

## 学校におけるがん教育の論点

## 1. 対象者、実施時期について

## &lt;考えられる対応&gt;

- 学校等で「がん教育」を行い、若年から正しい知識を身につけられるようにする。(松本委員)
- 疫学的視点から鑑みれば、予防教育という位置づけからも今後のがん対策において、義務教育段階からのがん教育を推進していく必要がある。「推進も重要」ではなく、推進していくことが喫緊の課題である。がんの知識は、大人になれば熟知できるわけではなく、「学習の適時性」が示しているように発達段階に応じた学びが有効なのである。(花井委員)
- がん教育は理解できる小学校低学年より、家族とともに教育することが必要。大学生、成人では遅すぎる。(田村委員) (教育内容毎にも、教育時期に関するご意見あり)
- 各がんの発症年齢(多発年齢)、がん検診の意義と対象となる年齢、発がん因子(喫煙、肥満など)予防(ワクチンなど)について、小学生高学年または中学生を対象として、保健体育の授業で教育を行う。(原委員)

➢

## &lt;保護者も同時に学ぶ・家族とともに教育する効果に留意すべき&gt;

- 子どもの教育をきっかけに、親世代も関心を持ち正しい知識を身につけることを期待する。(松本委員)

- 子どもが学ぶことにより親への逆世代間伝達の効果があるという報告も示されており、大人への予防教育に役つなげる可能性もある。したがって、医療と教育の新たな協働モデルとして取り組むべき課題であることを強調しておきたい。
- 育児世代のがん教育をPTA活動、あるいは企業内研修などにおいて取り入れるよう推進する必要がある。(花井委員)

## 2. 実施手段について

### <考えられる対応>

- 学校等で「がん教育」を行い、若年から正しい知識を身につけられるようにする。(松本委員)
- 小学生高学年または中学生を対象として、保健体育の授業で教育を行う。(原委員)
- 文科省で、教育カリキュラムに入れ、がん教育を必修とする。国を挙げての施策にすべきである(前川委員)
- 「保健」などのカリキュラムに、がん教育を相当時間盛り込むべきであるが、時間の限られている保健の学習の中では限界があるため、生物学やがんの研究といった事項もとりまぜて楽しみながら学習する。(花井委員)
- 学生が自然科学(医学生物学)に対する興味や関心を持つ契機としてのがん教育の重要性。(科学的ながん医療・医学を教材として、医学生物学の研究の面白みや広がり教育)(上田委員)
- 保健体育の、理解しづらい内容の教科書を一新(改訂)し、がんについての項目を入れる。教科書改訂が10年に1度で無理であれば、映像で視覚に訴えるがん教育を行う(前川委員)
- がんについて、日本人の2人に1人が罹患している現状、がんの発生と原因、うつる病気ではないこと、予防や早期発見の意味、がんになっても社会人として役割を果たし、希望を持って生きていることなどを学べるよう、保健体育や社会問題として教科書の中で扱う、もしくは副読本を作成できないか。さらに、モデル授業などを実施できないか。(本田委員)
- 教科書に記載された内容はタイムリーな内容となっていないため、何らかの策が必要。(中川委員)
- 特別活動や総合的な学習の中で取り組みを広げていくことも必要。(花井委員)
- 小・中・高の子どもたちに対して、健康教育の時間拡大を確保できるよう、次期学習指導要領を改正することについて検討が必要。(北岡委員)
- 教育プログラムについて、患者や家族など当事者が参画して検討する。(松本委員)

## 3. 教育の内容について

### ①がん全般に関する教育について

#### <教育が必要と考えられる項目>

- 日本人の2人に1人が罹患している現状(本田委員)
- 他の生活習慣病と同じく身近な病気であること(北岡委員)

- 各がん種の発症年齢(多発年齢)(原委員)
- がんの発生と原因(本田委員)
- うつる病気ではないこと(本田委員)
- 治療後のケアが充実してきており、怖くて苦痛の多い病気ではないこと(北岡委員)
- がんになっても社会人として役割を果たし希望を持って生きていること(本田委員)

## ②死、命に関する教育について

### <現状>

- ◇ 現代の子どもたちは、死が身近になく、死の捉え方も個人で大きく違う。子どもたちは、まだ自分には縁が無いと感じている。

### <考えられる対応>

- がん患者の映像になった時に、治る人・再発転移する人のDVDを見せて、がんの具体的な様子を知らせる。そこで、がんへの理解を深め、がんにならないようにするためには、自分たちは何をすべきかを考えさせる。(前川委員)
- 病気の知識だけでなく「いのち」の大切さについて考えられる内容を目指す。患者・家族等の意見を反映した上で、がんのこと、いのちのことについて考える副読本を作成できないか。(松本委員)
- 小児がんについても、通り一遍ではなく具体的な内容で授業を行う。(いのちの大切さにもつなげる)(前川委員)
- 命あるものは死を免れないと言う自然の摂理を学年に応じて教育することが大切。生と死を自分のものとして、社会として考える時間を持つことが重要。具体例として、人の死に関しては、主に病死、事故死、自殺などがあるが、現実には3人に1人はがんでなくなっている実情を学年に応じて教育。その中から命の大切さ、死の尊厳に加え、病院などに対する家族・パートナー、社会人としての助け合いや支援の必要性、重要性を教育する。(上田委員)

## ③予防、早期発見についての教育について

- A. 喫煙(→肺がん、喉頭がん、食道がん、口咽頭がん、膀胱がん、膵がん、腎がん、胃がん)

### <考えられる対応>

- タバコの害を小学生のときから保健教育で教育する。中学生では遅すぎる。
- タバコがやめられないのはニコチン中毒、病気であることの認識を持たせる。
- 例えば授業の中で、タバコの煙を口に吸い、それをティッシュに吐き出すと、ティッシュは茶色になる。「タバコを吸うと肺の中はこのように、なる」と、実際に子どもたちに見せる。(前川委員)
- タバコの影響を防ぐことで発病リスクを下げるができることの教育(北岡委員)
- すべての公共施設、学校、飲食店、道路上での喫煙を法律で禁止し、罰則を課する。(田村委員)

B. 肥満（→乳がん、子宮内膜がん、大腸がん、腎がん、食道がん胃がん、肝がん）

<考えられる対応>

- 幼稚園より家族、小学校より本人と家族に肥満対策を行う。栄養、運動に関する教育を講義だけでなく実習・研修を含め行う（田村委員）

C. アルコールに関する教育について（→乳がん、食道がん、肝がん、口咽頭がん）

<考えられる対応>

- アルコール自販機の撤去、成人であることを確認のうえ販売するよう義務づける。（田村委員）

D. 感染症（HPV、HBV）に関する教育について

<考えられる対応>

- 中学校1年（小学校高学年）から性教育、疾患についての正確な知識の伝達を行う（田村委員）
- 予防法について（ワクチンなど）保健体育の授業で教育を行う。（原委員）
- 公費助成によるワクチン接種が実施されていることから、HPVと子宮頸がん発症についての正しい知識を伝えることは急務。性感染症であるという誤った認識が広がらないよう取り組む。（松本委員）

E. がん検診に関する教育について

<考えられる対応>

- がん検診の意義と対象となる年齢について、保健体育の授業で教育を行う（原委員）
- 多いガンについては検診が有効なものもあること、早期発見で治すことや予後を良好にできることについて教育（北岡委員）
- 子どもへのがん教育と共に、教師への教育が必要。まず、がん専門医の協力を得て、保健体育の教師にがんのことを教える（前川委員）

F 薬に関する教育について

<現状>

- ◇ 薬害肝炎検証・検討委員会の最終提言などに基づき、今年3月に厚労省と文科省で中学3年生を対象とした薬害を学ぶための教材「薬害って何だろう」を作成した。医薬品と健康被害を学ぶことは大変重要だ。ただ、医薬品等の進歩により、これまで治療法のなかったがんや難病の治療が大きく向上していること、大きな社会問題となっている「ドラッグラグ」などの問題が置き去りにされ、教育という意味ではバランスに欠いている面がある。（本田委員）

G放射線の影響に関する教育について

<現状>

- ◇ 東京電力福島第一原子力発電所から大量の放射性物質が拡散する事故が起きたことで、国民の放射線に対する不安が高まっている。放射線を怖がる背景の一つに、将来の発がん性の問題がある。正しい知識がないため、福島から避難してきた子どもたちに「放射線がうつる」といった心ない発言がなされる“事件”があった。そうした風潮の中で、放射線治療中のがん患者の中には肩身の狭い思いをしている人も少なくない。がん及びがん治療への正しい知識の普及がなければ、すでにがん罹患している患者、及び放射線治療に対する偏見を助長する可能性もある。

<考えられる対応>

- 文部科学省は放射線の基礎知識を学ぶ小中高向けの副読本を作ることを決めたという。ただ、その内容によっては、がんとがん患者への偏見を助長しかねない。放射線を学ぶ副読本の中身について、患者の視点でのチェックをすることができないか。（本田委員）

4. 教育者の確保

<現状>

- ◇ がん教育（保健体育）に関して、精通した教諭はいない。（前川委員）

<考えられる対応>

- 学校の教諭ではなく専門家からの映像を使ったと授業が必要ではないだろうか。例えば例として、県が、がん専門医に依頼し、で何人かでのがん教育をする医師（看護師）を確保し、各学校や地域でがん教育をを回って授業をする。（前川委員）
- がん相談支援センターのある病院職員が地域の学校等に出向き、地域実態に沿った情報提供をする。（北岡委員）
- 身近な地域の社会資源を活用する（医師会・患者会・市町村保健師など）（北岡委員）
- がんに関する学会の学会員を動員して講演や授業を行う。（前原委員）
- 学校医、学校保健会を利用してがん教育を進めていく。（保坂委員）
- 県、市町村レベルで、元、現職医療職+市民が教育者になって、場は、地域の市民講座や、学校教育、住民の地区自治会などの地域のコミュニティを活用しさまざまなレベルの教育プログラムを実施。（松月委員）
- —

5. 配慮の必要性について

- ◇ 情報の処理能力が未発達であることや感受性が強いということもこの特質に配慮して、怖がらせないような教育法が必要である。（原委員）
- ◇ 中学生に授業を行った経験から、また厚生労働科学研究の調査結果からは、がんに関する教育によって恐怖心が増加することはない。（中川委員、松本委員）
- ◇ 無知であることよりも、がんについて本当のことを知ることが大切。（前川委員）

## 患者・家族に対する教育について

### 1. 患者・家族等への教育について考える前提として（松月委員）

- ◇ がんを慢性疾患と考えれば、患者の疾患の理解・治療方法の理解・方法の選択基準・受けられる支援のすべてなどを情報として手に入れるには時間はある。そこで、検診で発見され確定診断がついてから命を終えるまでの時間のすべてが学びの支援を受けられる「教育の時間」と考えてみる。
- ◇ 緩和ケアの概念を、次のように定義してみる：緩和医療（かんわいりょう）とは、生命（人生）を脅かす疾患による問題に直面している患者およびその家族の、QOL（人生の質、生活の質）を改善するアプローチである。苦しみを予防したり和らげたりすることでなされるものであり、そのために痛みその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと治療を行うという方法がとられる（WHO の定義文 2002 より）。緩和ケア（palliative care パリアティブ・ケア）とも。
- ◇ がんが見つかったら緩和ケアがスタートすると考えると、教育の時期は、発見初期・検査、治療期・治療が終了した空白期・再発期・再治療期・回復見込みがなくなる時期・終末期になる。
- ◇ 教育対象は患者・家族・医療者・市民・学童、学生である
- ◇ 使用する医療用語については医療職と市民、患者との間には認識の差が存在する。

### 2. 患者・家族への教育の課題と解決策（◇：現状・課題 >：解決策）

- ◇ 患者・家族の学びの支援はすべてのステージで行われる必要がある。現状は専門職による一方的なガイドラインやマニュアル、患者必携などの情報発信が主流であり、それぞれの個々の患者の理解や納得、悲嘆や不安の感情を伴った心の整理がつかないために受容できず、また分かり難い「病院のことば」のために混乱している人間への支援はほとんどできていない。
  - > 症状や病状、疾患の理解、今後の治療方法など患者という人間のおかれている現状のより正確な理解を促すためには、通訳者（翻訳者）が必要である。患者自身が手に入れた Web パンフレット、テキスト、病院からの説明などの情報すべてをもって、一緒に考えてくれる場が患者の自宅のそばにあるといいですね。例えば、その役割は外来看護師、訪問看護師、居宅介護所など。地域の民生員などのような・・・。現在、就業していない女性医師や看護師などを地域で活用する。
- ◇ 相談・支援ができる医療職が不足している。ピアサポートの活動はそのチームの元気度

> ピアサポーターの力も借りて、医療者とのミックスチームで、ケーススタディから、知識を増やしノウハウを身につけて、一定の教育と体験を積んだ人は、教育者に任命する。医療者も市民も同じ実践の場で学ぶ。（以上、松月委員）

> がん治療経験者の 50%が何らかの社会復帰をしている今日、自分達のできる範囲

で、多様な悩みを持たれているがん患者の聞き手、相談者（支援者）となっていて、その為にはがん経験者に科学的ながん医療の実情をカリキュラムに沿って教育を受けた人を認定して、peer supporter として病院内外でがん患者さんの支援活動を行って頂く。（上田委員）

- ◇ 大人の認識や習慣は、生まれ育った地域や住んでいる地域の慣習、環境などの要因が大きく関与しているため、住民の当たり前になっている認識や習慣に働きかけ、新たに正しいものに変え、自分の体の状態に関心を持ち、予防していく力をつけていくには、ある程度の時間と労力が必要になる。
  - > 洗練された健康学習プログラムを習得した専門職（保健師）を増やす研修の仕組みづくりと予算措置が必要。（北岡委員）
- ◇

## 医療者への教育の課題と解決策

- ◇ がんの専門家が国民に分かりやすく説明できる能力を高めるよう専門家の説明能力を向上させる。
  - > 学会が会員に対してコミュニケーションスキル向上の研修を開催する。
- ◇ がん対策を実行する医療者の全国組織の構築。
  - > がん対策を行う医療者のバーチャルな組織を作る。学会が特に会員に呼びかけそれを全国で統合しているという形でも良い。そしてその構成員に行っていたく上記の活動の業務負担、義務と責任を明示し自覚を促す。（以上前原委員）
  - > ・がん対策を担う、結びつきのゆるやかな医療者の全国組織を作り、医療者がその自覚を持って普段のがん診療や、その他にがん対策において重視されている施策や教育などの普及や発展を強力に推進する基盤としてはどうか（各医療者の使命感に頼ることになる。手弁当は覚悟の上。）。
  - ・国による新しい組織の創設は現実的ではないので、がん関連学会が会員に対し、がん対策を担う上での業務負担や義務と責任を説明し、がん対策の一環としての個別の協力要請を行い、実績報告を求めるなどの取り組みを協同して行い、その活動を国に報告することにより、全国的な組織と位置づけても良いと考える。
  - ・国はこの取り組みに対して可能な支援を行う。（以上、前原委員）
- ◇ 医療従事者を対象とした教育
  - > がんプロフェッショナル制度の継続・充実によるがん専門実地教育の拡大。
  - > 各種がん関連専門医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の認定制度の整理・充実
  - > 医学教育機関に腫瘍内科講座の設置の推奨・拡大（以上、上田委員）

## 国民、患者、医療者を含めた教育の課題と解決策

- ◇ 国民の関心を喚起し、がん対策への協力を促す。
  - > アニュアル・レポート（年次報告書）を作成・配布することで、がん対策推進協

議会で集中審議された重要案件、重点施策と予算、厚生労働省・文部科学省・経済産業省の様々な取組についての国民の理解を深め、協力を促す。(真島委員)

- ◇ 患者の臨床試験への関心や参加への意欲を高める。
  - 臨床試験の広報を強化する。犠牲になる、実験台にされる、といったマイナスのイメージを払拭する。がんを制圧するためには「がん研究」の促進が重要。「がん研究はいのちを救う」、というメッセージを国民に向けて発信する。(真島委員)
  - 臨床試験の広報を強化する。犠牲になる、実験台にされる、といったマイナスのイメージを払拭する。(前原委員)
  - 患者に検索しやすく、理解しやすい形で臨床試験情報を提供する。(真島委員)
  -
- ◇ 国民が非科学的な情報に惑わされないように、科学的知識の底上げを図る。
  - 国立がん研究センターまたはがん関連の学会が中心となって事務局を組織し、がん関連の氾濫する情報を収集し、科学性を検討して情報発信する。
  - ビジネスの事業主体や、時にはがん治療の専門家による非科学的な情報発信や、事実であっても極端で誇張された方法による情報発信に対して、国立がん研究センターやがん関連の学会が協同して警告する仕組みを作る。
- ◇ 予防、診断、治療の最新情報を、全ての医療者に届ける仕組みを作る。また、患者にも分かりやすい内容で同様の仕組みを作る。
  - ITを活用した情報発信と、分かりやすい内容の情報媒体の開発を進める。(以上前原委員)
- ◇ 緩和ケアの概念が患者にも、医療者にも普及していない
  - 医師、看護師、コメディカルの各学会や団体が患者や、市民も巻き込んで作成する。(松月委員)
  - 医師がまず、緩和ケアの概念を理解するのが先決。患者にしっかり緩和ケアについて説明することができるくらいの理解を。(前川委員)
- ◇ 一般社会人に対する教育
  - がんの予防、検診、治療、緩和医療終末期医療の科学的知識の普及、啓発
  - ボランティア活動のフィールドとしての意義(以上、上田委員)

## がん医療における外科治療の役割

(がん対策推進基本計画の見直しにあたって)

がん対策推進協議会 平成 23 年 8 月 25 日(木)

参考人：岐阜大学腫瘍外科 教授 吉田和弘

本日は、がん対策推進基本計画の見直しにあたり、重点的に取り組む課題として、「外科医療の充実と、放射線療法および化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師などの育成」とすることでさらなるチーム医療の発展と治療成績の向上を期待できると考え、委員の先生方にご報告申し上げます。

## 本日のプレゼンテーションのポイント

- (1)がんの罹患数や死亡数は年々増えており、その約 80%以上の患者さんで何らかの外科治療が必要とされています。わが国の外科治療は世界のトップクラスではありますが、わが国での施設間格差や個人間格差は依然解消されていません。がんの治療成績の向上には、外科治療のより高いレベルでの均てん化が必要と考えられます。
- (2) 21 世紀の外科治療のめざすものの一つは、患者さんに優しい手術として腹腔鏡などの低侵襲治療の提供です。しかしながら、その最先端の治療のロボット支援手術などは、圧倒的に世界から遅れているのが現状です。  
もう一つは、新たな抗癌剤治療や放射線治療の進歩により、これまで切除ができなかったがんやその転移を、切除してさらに治療成績の改善をめざすことです。従って、外科治療はますます重要になってくるのみならず、高いレベルの手術手技が必要となり、その専門医数は極めて少ないと考えられます。
- (3)一方、わが国の医師数は増加しているが、外科医の数は著しく減少しています。また、外科手術は最低 4 人のチームで行うチーム医療であり、一人あたりの患者にかかる医師数がおおく必要であり、またその技術取得には極めて厳しい努力と時間が必要です。
- (4)がん対策推進基本計画で前提となっている、世界トップ水準の手術技術を保ち、「集学的治療、チーム医療」を完成させるには「外科医療の充実」、すなわち外科医の育成・外科治療のより高いレベルでの均てん化によるさらなる外科治療成績の向上が必要です。また、歯科医師による口腔管理を含めた多職種との連携が重要です。チーム医療やがん治療の発展のためには、バランスのよい強化が必要であると考えます

## がん医療における外科治療の現状と問題点の詳細

- ① がん対策推進基本計画の重点的に取り組むべき課題には、『放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成』があげられており、外科療法が入っていない背景として、『手術の水準が世界の中でもトップクラスである』ことがあげられています。

また、これまでのがん対策推進基本計画にのっとり、弱い部分の強化や指針がある程度充実し、がん診療連携拠点病院や化学療法部門や放射線療法などの施設の充実が行われてきた。

- ② 一方、固形がん治療の大部分を占める外科治療においては、世界のトップレベルの維持をすべく奮闘しているものの、外科入局者数の減少やさらには腫瘍外科領域での専門医制度などはいまだ充実していないのが現状です。また、手術は最低 4 人が一チームで一人の患者さんの手術を行うため、より多くの医師が必要となります。団塊の世代の高齢化に伴い、今後がんの罹患率や死亡率が高まると推定される中、外科医師の減少に伴い、働き盛りの中堅医師のますますその高まる責務と過重の労働は、地域のなかでの診療科の閉鎖や医療レベルの低下につながりかねません。すなわち、中央と地域の格差を増長し、地域の腫瘍外科領域の崩壊につながり、がん医療の均てん化の大きなブレーキになりかねないものと危惧されます。周術期やがん治療での口腔管理・ケアなどによる、合併症の軽減を含め、地域レベルでのがんの手術成績を向上させることこそ、わが国全体のがん治療の成績を上げることにつながることはいうまでもありません。
- ③ さらに、21 世紀のがん手術療法の目標は二つあります。すなわち、早期のがん患者さんには腹腔鏡手術などの低侵襲治療を提供することです。本領域においても、特にロボット支援手術などは、アメリカやヨーロッパと比べ開発や研究は明らかに後れをとっています。わが国では昨年薬事承認が取れたレベルであるのに対して、韓国ではすでに年間 8000 例を超える手術例をこなしており、抗がん薬などの海外との drug lag を解消する努力が行われている中、まさに外科領域での、手術器具などの device lag(デバイスラグ)は決して解決したとはいえない状況であります。もう一つは、抗癌剤治療の進歩につれて、切除不可能であったがんを積極的に切除して、より長く生きてもらうことをめざすことあります。このような患者さんには外科手術としてもより高度な技術が要求されます。これらの高度な技術の普及や外科医の育成はいまだ十分ではないのが現状であります。
- ④ がん対策推進基本計画により、がん診療連携拠点病院などの充実が実現し、今後は医療の質の評価が重要であることは明らかであります。がん患者さんによりレベルの高い、医療の提供のためには、腫瘍外科、腫瘍内科、放射線治療医、緩和治療医、歯科医師やその他のメディカルスタッフによるカンサーボードを基盤としたチーム医療の拡充、充実が必要不可欠であります。



しかしながら、今や放射線療法や化学療法どの弱かった部分が充実しつつある中で、腫瘍外科領域での医師数の減少や専門医不足により、逆に外科治療が弱い部分になりつつあり、将来の新たなチーム医療のアンバランスを生じつつある可能性を再認識することが重要であると考えます。

世界のトップレベルである外科治療の維持、さらなる発展、外科手技、匠の技の継承や普及をすべく専門医の育成、その評価など、今こそ重点強化しなければ、数年後にはチーム医療のアンバランスはもとより、猛烈に腫瘍外科領域での充実をはかっている、中国、韓国を中心としたアジア地域での猛追、逆転も覚悟する必要があるものと推察されます。

- ⑤ そこで、がん対策推進基本計画の見直しにあたり、重点的に取り組む課題として、「(1)放射線療法および化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う、医師などの育成」という項目を、「外科医療の充実と、放射線療法および化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師などの育成」を行うことで、わが国のがん治療成績のさらなる改善を期待することが肝要かと考えます。

# がん医療における外科治療の役割

— がん対策推進基本計画の見直しにあたって —

岐阜大学大学院腫瘍制御学講座腫瘍外科学分野

教授 吉田和弘

## 本日の内容

1. がん対策推進基本計画の背景
2. がん医療における外科治療の役割
3. わが国の外科治療の位置づけ
4. 21世紀のがんの外科治療のめざすもの
5. わが国での外科医療の問題点
6. がん医療において重点的に取り組むべき課題
7. 外科医療のとりまく将来展望

## がん対策推進基本計画の概要

### 基本方針

- 「がん患者を含めた国民」の視点に立ったがん対策を実施すること。
- 全体目標の達成に向け、重点的に取り組むべき課題を定め、分野別施策を総合的かつ計画的に実施すること。

### 重点的に取り組むべき課題

- (1) 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成  
我が国のがん医療については、手術の水準が世界の中でもトップクラスであるのに対して、相対的に放射線療法及び化学療法の提供体制等が不十分であることから、これらの推進を図り、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実現する。
- (2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- (3) がん登録の推進

## 本日の内容

2. がん医療における外科治療の役割  
外科治療が固形がん治療の基盤である

## PDQでは25種類のがんが手術が第一選択

- 胃がん
- 結腸がん、直腸がん
- 乳がん
- 原発性肝がん
- 非小細胞肺癌
- 甲状腺がん
- 口唇がんおよび口腔がん
- 子宮頸がん、体がん、膣がん
- 子宮肉腫
- 上皮性卵巣がん
- 食道がん
- 腎細胞がん
- 膵がん
- 胆嚢がん
- 脳腫瘍
- 精巣腫瘍
- 前立腺がん
- 膀胱がん
- 副腎皮質がん
- 副鼻腔および鼻腔がん
- 唾液腺がん

(5大がんでの手術適応となる病期)

癌種	適応
肺癌	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage I の小細胞肺癌</li> <li>Stage IA, IB, IIA, IIB, IIIA (切除可能症例)</li> </ul>
胃がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage I ~ III B</li> </ul>
肝がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>肝切除, 経皮的治療, 肝動脈塞栓療法から腫瘍側因子・肝予備能を考慮し決定</li> </ul>
大腸がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage 0 ~ III</li> </ul>
乳がん	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage I ~ III A</li> </ul>

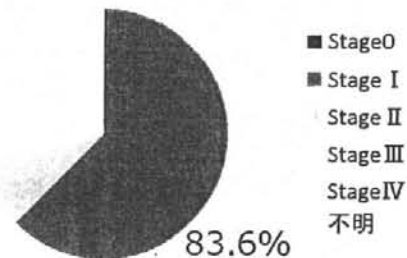
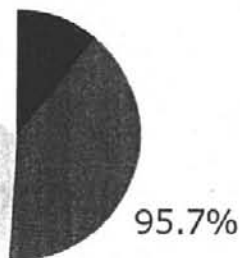
大部分は病期 1期~3期が手術適応  
一部は4期でも手術適応

※PDQとは米国国立がん研究所(NCI)が配信する、世界最大かつ最新の包括的ながん情報のこと

## ステージ別患者数(胃癌・大腸癌・乳癌)の分布と手術適応患者の割合

大腸癌(n=51359)

胃癌(n=49556)



乳癌(n=32575)



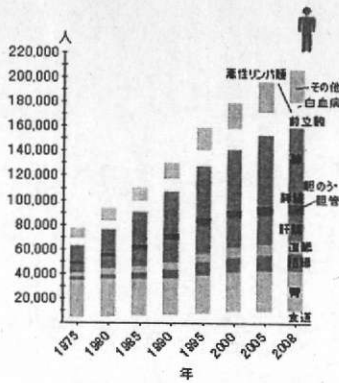
固形がん患者の約80%以上は外科治療が選択される

がん診療連携拠点病院院内がん登録全国集計2008年(がん対策情報センター)

がん患者さんの死亡数は男女とも年々増加しており、その大部分は手術による切除が治療の第一選択である

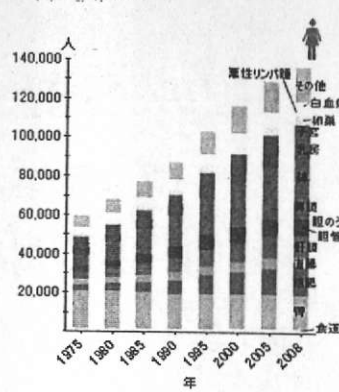
➡ 外科治療の成績向上は全体の治療成績の向上につながる!?

部位別がん死亡数の推移  
(男性)  
【全年齢 複数年】



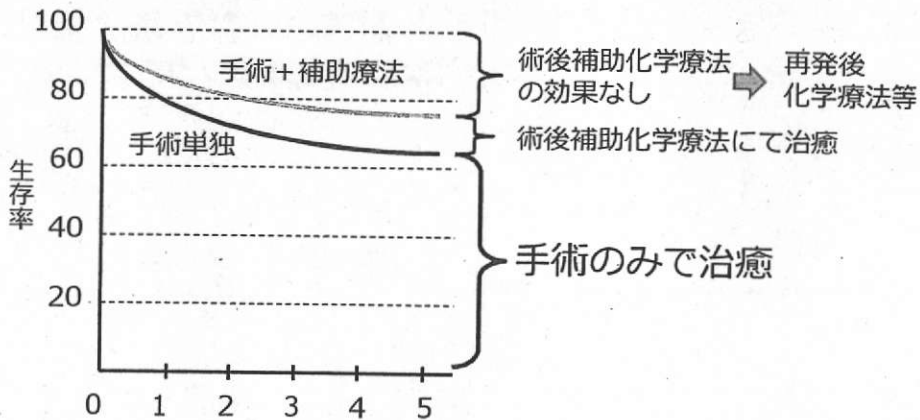
資料: 国立がんセンターがん対策情報センター  
Source: Center for Cancer Control and Information Services,  
National Cancer Center, Japan

部位別がん死亡数の推移  
(女性)  
【全年齢 複数年】



※子宮は、子宮頸部および子宮体部の他に「子宮部位不明」を含む。  
資料: 国立がんセンターがん対策情報センター  
Source: Center for Cancer Control and Information Services,  
National Cancer Center, Japan

固形がんの治療の基本は手術治療である



生存率のさらなる向上には

- ➡
1. 外科治療成績のさらなる向上
  2. 再発予防や、再発時の抗癌剤・放射線治療との組み合わせ

## 本日の内容

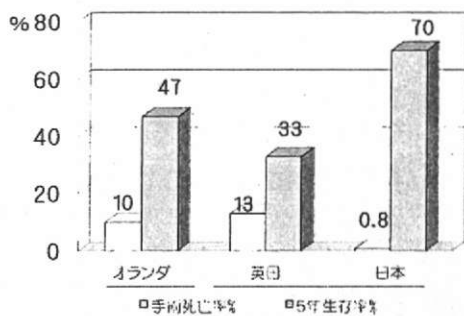
### 3. わが国の外科治療の位置づけ

外科手術は日本が世界をリードしている？

施設間、地域間格差は否めない？

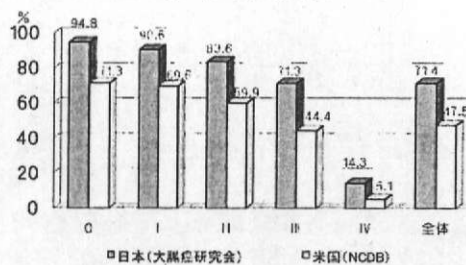
わが国は平均点は高いが、最高得点は取れていない？

#### 胃癌手術成績の国際比較



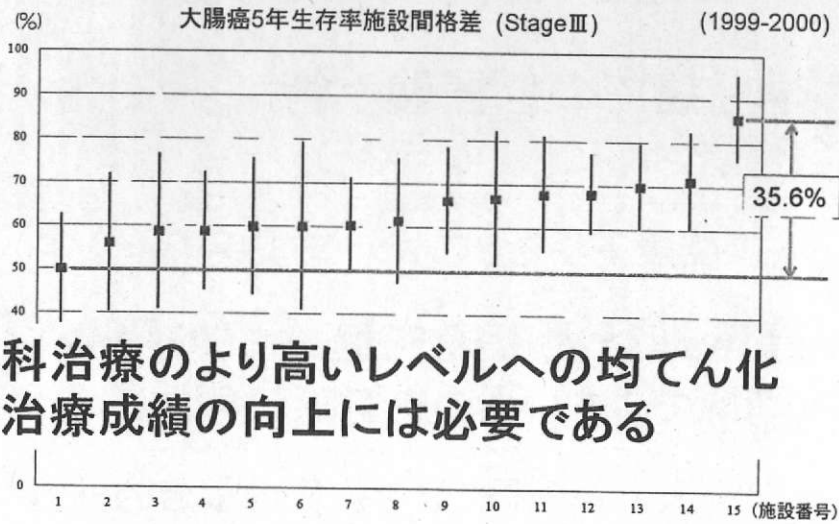
わが国の外科手術成績  
は世界のトップクラス

#### 大腸癌手術成績の日米比較 (5年生存率%)



NPO 日本から外科医がいなくなる事を憂い  
行動する会ホームページ  
外科医療の現状と問題点 より

しかしながら、日本においても手術成績に、  
施設間や個人間格差が認められる



全国がん(成人病)センター協議会HP

## 本日の内容

- 21世紀のがんの外科治療のめざすもの  
患者さんに優しい低侵襲手術  
切除不能がんへの外科治療の介入

## 21世紀におけるSurgical Oncology (腫瘍外科学)がめざすもの

### 1. 早期癌での低侵襲手術 (患者さんに優しい手術)

腹腔鏡下手術、ロボット支援手術

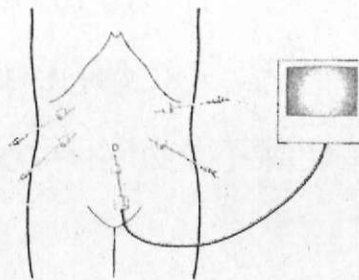
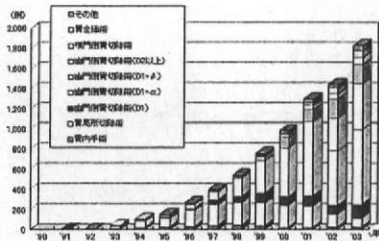
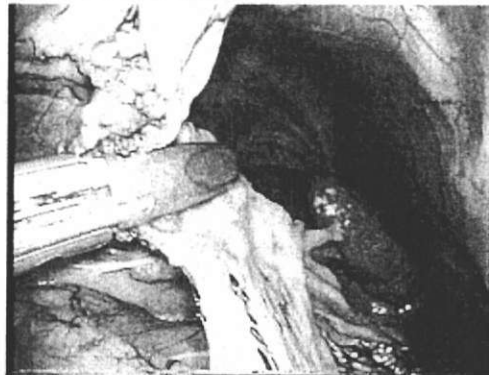
### 2. 高度進行癌での先進治療の開発 (切除できないものを切除可能に)

化学療法、分子標的薬治療後の根治的外科切除

#### 腹腔鏡補助下胃切除術

利点 (Good QOL)

- 1) 小さな切開創で可能——  
手術侵襲が少ない
- 2) 術後回復が早い
- 3) 食事摂取が良好で  
体重減少が少ない
- 4) 拡大視野で精密な手技が行える
- 5) 視野が共有でき、手技・結果が  
誰の目からも明らか





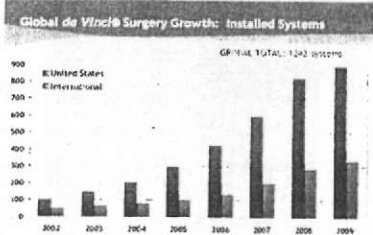
さらに先進医療として、ロボット支援手術の時代になった。  
 da Vinci® S™ サージカルシステム



1. 遠隔操作が可能
2. 術者は3D 画像
3. 拡大視効果
4. 7方向に可動する  
手術鉗子
5. 手ぶれがない



より緻密で正確な手術が可能

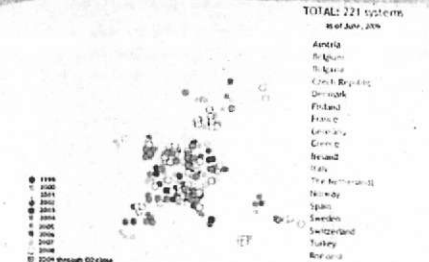
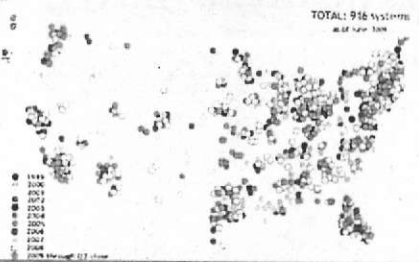


韓国ではすでに年間8000例の手術件数  
 わが国は昨年ようやく薬事承認となった

わが国の外科治療は平均点は高いが、最高得点は取れていない？

da Vinci® Surgical System U.S. Installed Base 1999 - 2009

da Vinci® European Installed Base 1999 - 2009



da Vinci® Asian Installed Base 1999 - 2009



我が国のロボット支援手術は世界から大きく遅れている



必ずしも日本がすべての領域で世界をリードしているとはいえない！

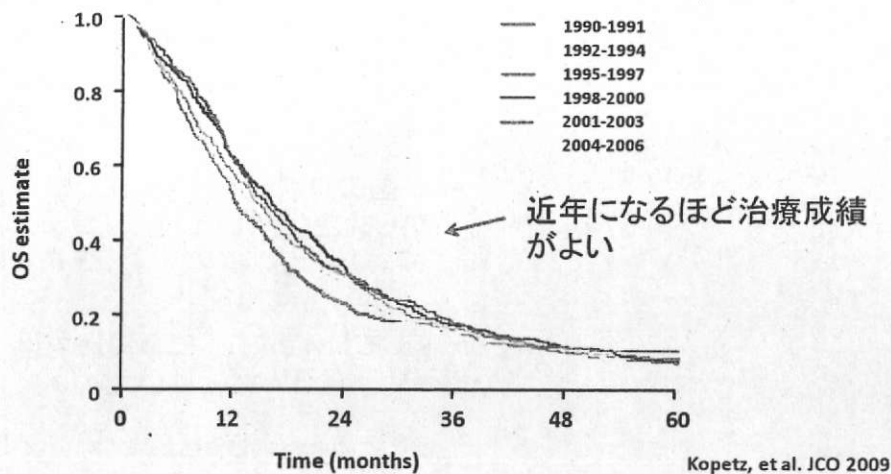
米国Intuitive Surgical社より提供

## 21世紀におけるSurgical Oncology (腫瘍外科学)がめざすもの

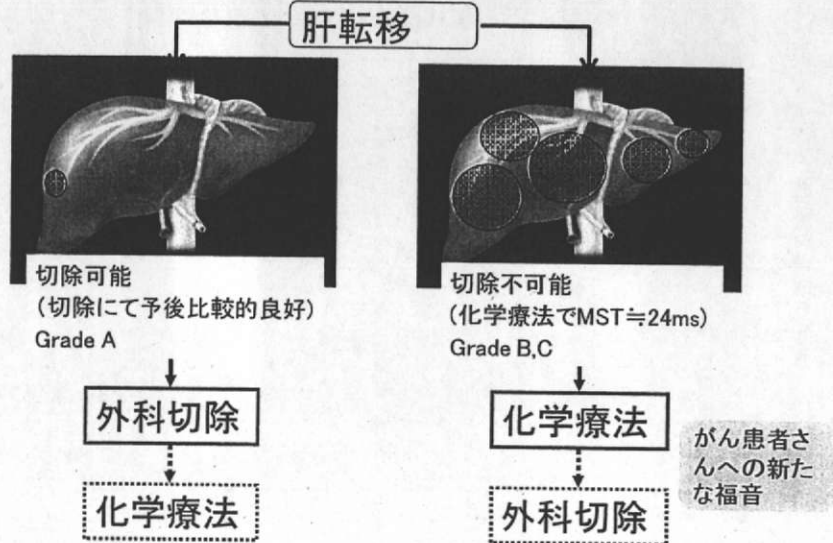
### 2. 高度進行癌での先進治療の開発 (切除できないものを切除可能に)

化学療法、分子標的薬治療後の根治的外科切除

切除不能再発大腸がんの治療成績は  
有効薬剤の出現と転移巣の切除割合の増加  
により著しく向上した



## 大腸癌肝転移の治療方針



抗がん剤治療の進歩により、切除不能な転移巣でも切除可能になる、ますます高度な外科手術治療が重要な役割となった

## 本日の内容

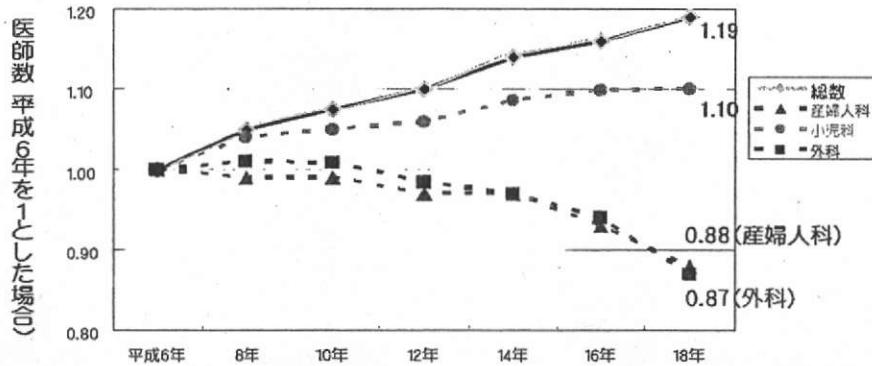
### 5. わが国での外科医療の問題点

著しく減少する外科医  
専門医はまだ不足している  
中央と地域の外科治療の格差

## 診療科別医師数の推移

医師の総数は増加しているものの、医師が減少傾向にある診療科もある。

診療科別医師数の推移(平成6年～18年)



出典「医師・歯科医師・薬剤師調査」

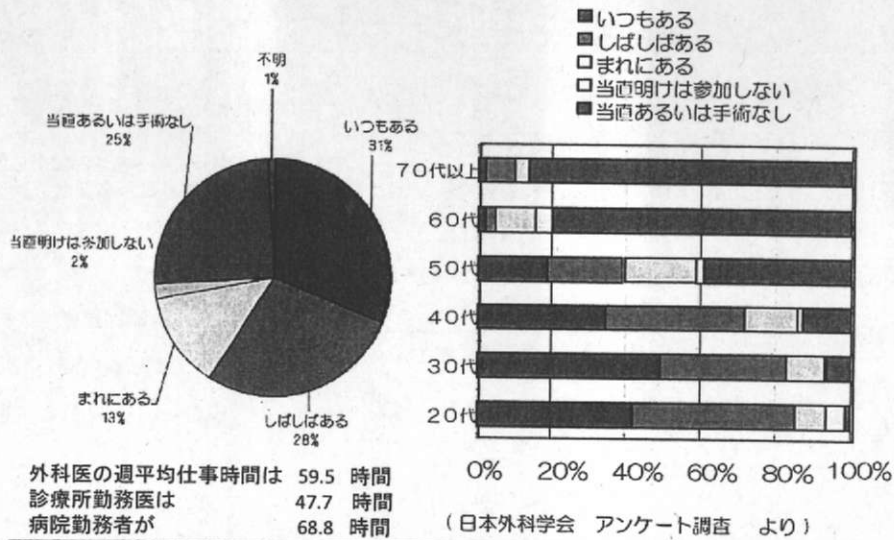
※平成18年より研究区の設定が削除され、従来の独立した1府県から移行した区部もいるため、それ以前の集計値はできない。

## 外科志望者減少の理由

日本外科学会 アンケート調査 より

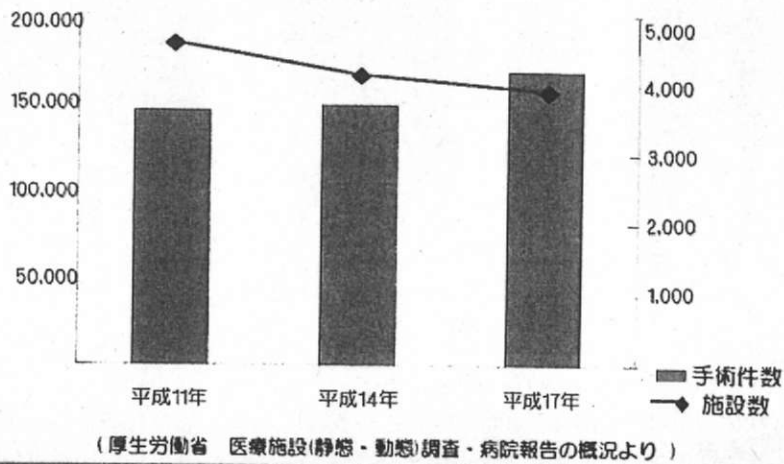
- |               |        |
|---------------|--------|
| ① 労働時間が長い     | (72 %) |
| ② 時間外勤務が多い    | (72 %) |
| ③ 医療事故のリスクが高い | (68 %) |
| ④ 訴訟のリスクが高い   | (67 %) |
| ⑤ 賃金が少ない      | (67 %) |

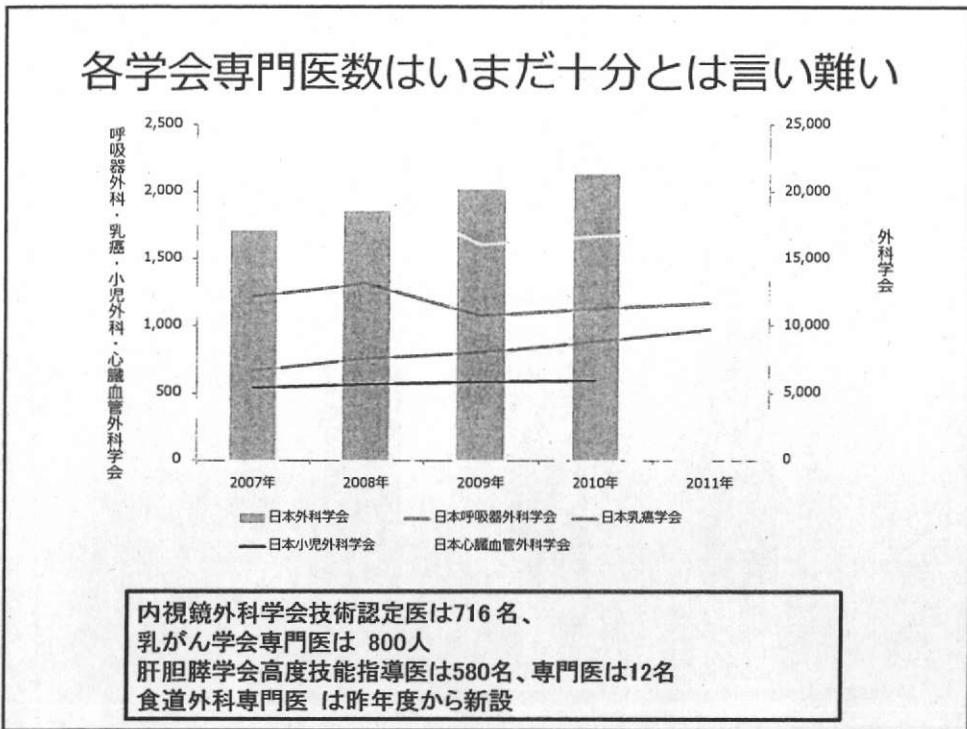
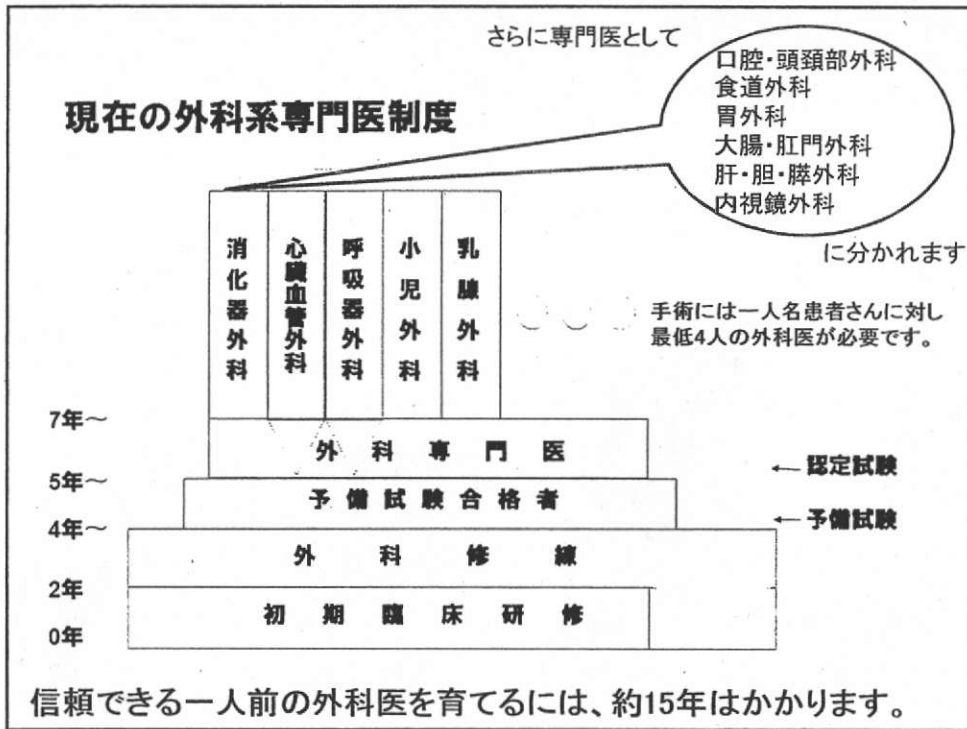
## 当直明けの手術参加



手術件数は増加しているものの、地域の病院では外科医不足により手術ができなくなっている可能性がある

## 全国の手術施設数と手術件数



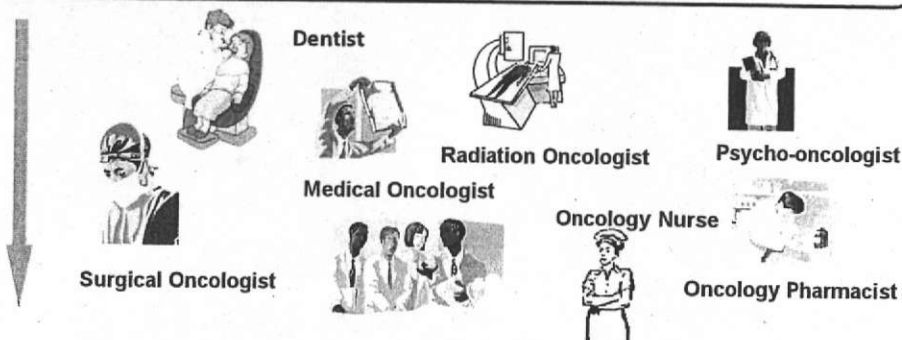


## 本日の内容

6. がん医療において重点的に取り組むべき課題  
バランスの取れたチーム医療の実現  
外科治療のさらなる向上が生存率向上の基本

### Team Oncology の有用性

今 患者さんから求められていること……がん難民をなくする…  
がん患者さんを総合的にみれる がん治療専門医



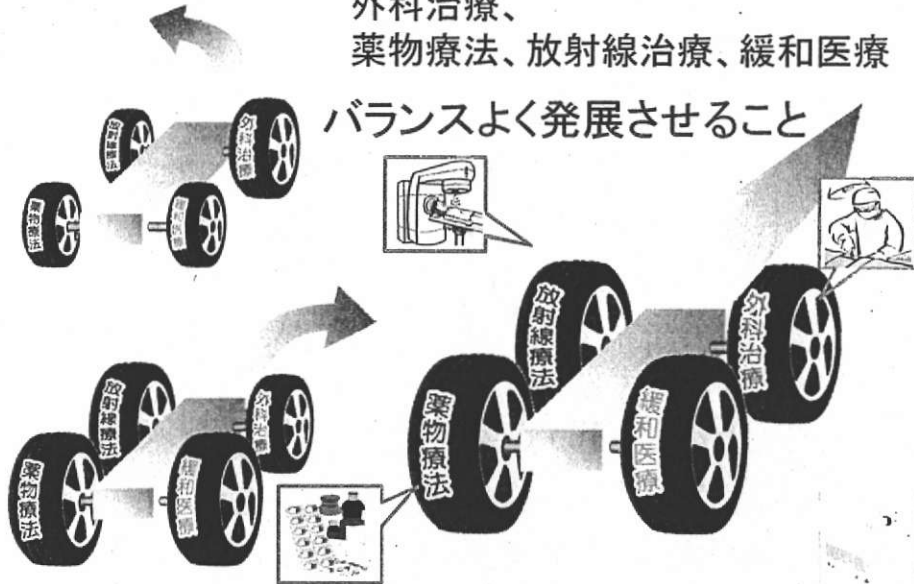
1. Surgical Oncologist として各科との連携ができる人材の育成
2. 臨床研究のためにはbasic research を理解出来る臨床医

**地域での腫瘍外科医を育成することが重要**

今後のがん治療の発展のために・・・

外科治療、  
薬物療法、放射線治療、緩和医療

バランスよく発展させること



今後のがん治療の発展のために・・・

がん治療成績の向上

がん治療成績の向上



さらなる外科治療成績の向上

腫瘍外科医の増員・腫瘍外科医の再教育と育成

外科治療の充実

さらなる「外科治療の充実」、高いレベルへの均てん化は、  
全体の治療成績の向上につながる



## まとめ

1. 固形がんの治療の80%以上が外科治療が選択され、がん治療の基盤となっている
2. 我が国の外科治療の成績は世界のトップクラスであるが、わが国内での施設間や個人間の格差は存在する
3. 21世紀のsurgical oncology の目指すものは  
患者さんに優しい手術を行うこと(必ずしも世界をリードしていない?)  
抗がん剤治療、放射線治療と組み合わせて切除不能がんを  
切除可能にすることである(ますます高度な外科治療が重要になる)
4. 外科治療に携わる専門医数は未だ不十分であり、  
各種専門医制度もようやくできたばかり
5. がん治療の成績向上には外科医療の充実と均てん化が必要  
である
6. チーム医療やがん治療の進展のためにはバランスのよい  
強化が必要不可欠である

## 将来展望

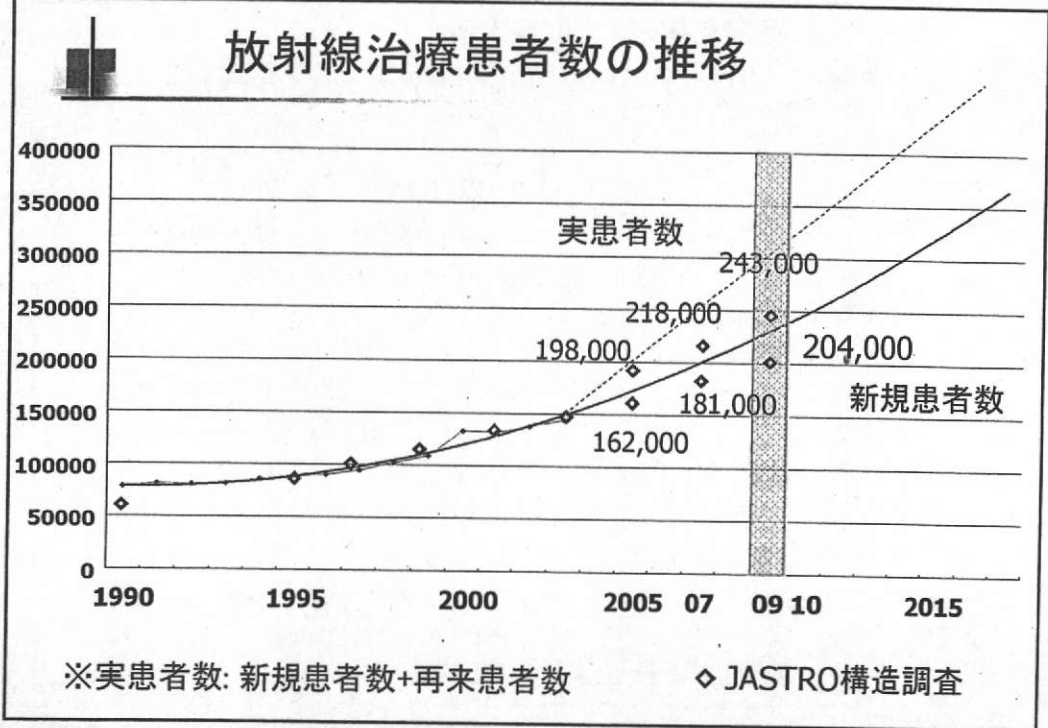
- 外科治療の質を担保するためには、腫瘍外科医の育成・手術治療の均てん化が不可欠である
- 外科治療の中央と地域での均てん化と共に、最新技術導入や地域の中では集約化も必要である
- 地域の中では近隣基幹病院との機能分化など、外科治療システムの根本的見直しも必要か？
- 将来、全国民ID制度導入により、どこにいてもこれまでの治療歴や病状を把握することでより安全で確実ながん医療の提供を!

# 放射線療法の現状と課題

西村 恭昌

近畿大学医学部放射線腫瘍学部門教授  
日本放射線腫瘍学会(JASTRO)理事

## 放射線治療患者数の推移



## JASTRO構造調査: 人員

	2005 (n=712)	2007 (n=721)	2009 (n=700)
放射線治療担当医数(常勤)	1,003	1,007	1,085
放射線治療担当医数(非常勤)	450	534	560
JASTRO認定医数(常勤)	426	477	529
放射線治療担当医数(FTE <sup>※1</sup> )	774.5	826.3	939.4
実患者数/FTE治療医	246.8	248.2	218.3

※1 FTE(full time equivalent):

週40時間放射線治療専任業務に換算した実質的マンパワー

## がん診療拠点病院: 放射線治療

設備・マンパワー (2005 vs. 2007 vs. 2009 構造調査)

■ 構造調査	2005年 (n=326)	2007年 (n=349)	2009年 (n=365)
■ 施設数			
■ Linac	397	453	496
■ with 3D-CRT function	268	341	439
■ with IMRT function	119	165	256
■ CTシミュレータ	217	277	324
■ 治療計画装置	510	630	854
■ 放射線腫瘍医(常勤)	607	612	775
■ 放射線腫瘍医 FTE	471	507	666
■ FTEが1以上の施設(%)	179 (55%)	201 (63%)	251 (69%)
■ 常勤医学物理士 (75FTE)	65 <sup>*</sup>	167 (42FTE)	181

※2005年は医学物理士のFTEを集計していない

## 年間外照射人数別(JASTRO構造調査分類による)病院数

都道府県拠点病院 (N=51)

A (1-99)	0
B (100-199)	0
C (200-299)	4
D (300-399)	8
E (400-499)	7
F (500-)	32

地域拠点病院 (N=320\*)

A (1-99)	33	36%
B (100-199)	82	
C (200-299)	69	
D (300-399)	50	
E (400-499)	28	
F (500-)	58	

\* リニアックなしの3病院と照射人数はずれ値1施設除

## IMRTの実施率(2009年): 56/372, 15%

都道府県拠点病院 (N=51)

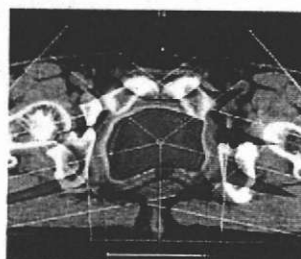
あり	なし	43%
全施設	22	29



通常照射法  
70Gy/35回

地域拠点病院 (N=321)

あり	なし	11%
全施設	34	287



IMRT:強度変調放射線治療  
78Gy/39回

## ■ がんプロ: 放射線腫瘍医(RO)コース

- RO コース 入学者数(社会人)
  - H20年度 37人 (18人)
  - H21年度 37人 (17人)
  - H22年度 41人(21人)
- RO希望の新入局者数(64大学)
  - H20,21年度 102人
  - H22年度 67人/年
- がんプロ以外の大学も含めると全国で年間70-80人が放射線腫瘍医を目指して入局し、がんプロに約40人が入学している。

## ■ 放射線腫瘍(治療)学講座がある大学

- |         |            |       |
|---------|------------|-------|
| ■ 京都大学  | ■ 川崎医大     | 2011年 |
| ■ 群馬大学  | ■ 東海大学     |       |
| ■ 大阪大学  | ■ 慶応大学*    |       |
| ■ 筑波大学  | ■ 埼玉医大     |       |
| ■ 東北大学  | ■ 近畿大学     |       |
| ■ 奈良医大* | ■ 熊本大学     |       |
| ■ 山形大学  | ■ 東京女子医科大学 |       |
| ■ 北里大学  | ■ 島根大学     |       |
| ■ 広島大学  | ■ 山口大学     |       |
|         | ■ 香川大学     |       |

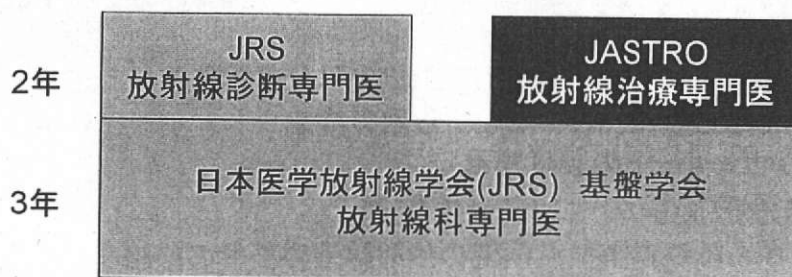
\*:核医学との複合講座

## がんプロによる大学病院の診療環境の変化

	放治科	医学物理室	がんセンター
■ 以前からある	17大学	3大学	17大学
■ 新たにできた	11大学	7大学	33大学
■ まだない	36大学	54大学	14大学

放射線治療を行う施設での  
 1)放射線治療科と放射線診断科の分離を推進  
 2)医学物理室の設置の義務化  
 3)がんセンター、カンサーボードの設置推進

## 放射線科専門医制度：2008年合意



- 放射線治療専門医はJASTROが実質的に運営し、両学会の共同認定とする。
- 平成21年度「放射線科専門医」研修開始者から適応され、第1回「放射線治療専門医」試験は平成23年8月に実施。

## 放射線治療の現状

- 年間1万人以上増加している放射線治療患者数に対応できる放射線腫瘍医、医学物理士の数が足りない。
- 高精度放射線治療には地域格差が存在する。地域がん診療連携拠点病院は304病院も必要なのか。地域拠点病院の1/3は年間患者200人未満。放射線治療施設のセンター化が必要。
- 全国で年間70-80人が放射線治療を目指して入局し、がんプロに年間約40人が入学している。がんプロによる大学病院の構造変化もみられる。
- 放射線腫瘍医を増やすには放射線腫瘍学講座の独立が不可欠である。すこしづつ増えているが、現状19大学程度。

## 国に対する要望

- 放射線治療を行う施設での
  - 放射線治療科と放射線診断科の診療科分離を推進
  - 医学物理室設置と医学物理士雇用の推進
  - キャンサーボードの設置推進
- 放射線治療施設のセンター化推進
  - 地域がん診療連携拠点病院の放射線治療要件の厳格化
- がんプロフェッショナル養成プランの継続
- 放射線腫瘍学講座の分離独立の推進
  - 放射線治療科の独立では不十分。

天野委員提出資料

平成 23 年 8 月 25 日

厚生労働省がん対策推進協議会  
 会長 門田 守人 様  
 厚生労働省健康局総務課がん対策推進室  
 室長 鷺見 学 様

厚生労働省がん対策推進協議会有志委員一同

都道府県に対する国のがん対策予算の有効な予算措置に関する意見書

平成 24 年度より実施される国のがん対策推進基本計画の策定に向けた議論が、厚生労働省がん対策推進協議会にて行われています。基本計画に基づく有効ながん対策の推進にあたっては、都道府県に対する国のがん対策予算の有効な予算措置が求められることは、言うまでもありません。しかし、これまでの国のがん対策予算が都道府県でどのように使われているのか、実態を十分に把握しないまま議論が進んでいると考えられます。

「都道府県がん対策重点推進事業の実施について」(平成 21 年 4 月 1 日付)および「都道府県がん対策推進事業実施要綱の一部改正について」(平成 23 年 3 月 29 日付)で示された各事業内容の予算と実行状況等について、都道府県がん対策担当の皆様宛にアンケートを行い、別紙の通り、46 都道府県よりご回答をいただきました。当該事業の都道府県ごとの予算措置には大きな格差があり、国が 2 分の 1 補助を計上しているにもかかわらず、予算額が 0 円の県もありました。都道府県ごとの財政状況、他の予算項目や都道府県独自予算での対応などもあり、単純な比較は出来ませんが、がん対策推進基本計画等において「がん医療の均てん化の推進」が求められてきたにもかかわらず、地域間格差が広がりがねない実情が明らかとなっています。

特に、繰り返し指摘されてきた「国 2 分の 1・都道府県 2 分の 1 予算」問題については、多くの都道府県からその是正や「国 10 分の 10 予算」を求める意見が挙げられています。基本計画に基づく有効ながん対策の推進のためにも、都道府県に対する国のがん対策予算の有効な予算措置に関して、以下の意見を提出いたします。

記

- 厚生労働省がん対策推進協議会においては、都道府県に対する国のがん対策予算に関して、その都道府県での予算額や執行状況について継続的にモニタリングを行い、格差の是正に向けた提案を行うこと。
- 国においては、「国 10 分の 10 予算」施策の増加、「国 2 分の 1・都道府県 2 分の 1 予算」の条件緩和、がん対策予算に関する都道府県への早期かつ適切な情報提供と意見交換の場の設置を行うこと。
- 都道府県においては、「がん医療の均てん化の推進」の観点に鑑み、がん対策予算の確保に向けた取り組みを継続するとともに、「必要かつ予算化しやすいがん対策施策」に関して、国に提案を行うこと。

以上

厚生労働省がん対策推進協議会有志委員一同

天野 慎介  
 花井 美紀  
 眞島 喜幸  
 松本 陽子

都道府県	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成 22 年度		平成 23 年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
北海道	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成 22 年度コメント				
	平成 23 年度コメント				
青森県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	5,145,000	4,143,772	4,047,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	30,388,000	29,641,400	35,905,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成 22 年度コメント	(1)(2)(5)は、がん診療連携拠点病院において実施しており、それに対する補助金を交付。			
	平成 23 年度コメント	(1)(2)(5)は、がん診療連携拠点病院において実施しており、それに対する補助金を交付。			
岩手県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,550,000	1,354,000	1,550,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成 22 年度コメント	医療提供体制、がん検診、情報発信等の関連事業は、別事業を活用し、実施しているもの。			
	平成 23 年度コメント	平成 22 年度の状況に同じ。			



	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
宮城県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	5,758,000	5,498,888	6,767,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		4,978,000	
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント	予算額は震災の影響で減額となる見込み。				
秋田県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	700,000	700,000	1,523,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	29,000,000	28,000,000	29,000,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	20,163,120	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	1,583,000	1,203,000	1,960,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント	国庫補助申請していなかったが、平成23年度は申請。			
平成23年度コメント	体制作り、関係者間の調整を要するため。				
山形県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	30,000,000	30,000,000	30,000,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	30,000,000	30,000,000	30,000,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	9,134,000	8,598,528	4,913,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	30,000,000	30,000,000	30,000,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		30,000,000	
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
福島県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	107,247,000	106,137,000	110,070,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	11,183,000	1,071,268	1,175,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	633,000	609,725	637,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
茨城県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	435,000	0	229,500	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	55,341,000	50,877,016	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	922,000	374,973	451,600	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	2. 必要なく、予算措置せず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
栃木県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	424,000	171,421	421,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	1,306,000	852,574	3,757,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	2,053,000	1,188,680	2,675,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	2. 必要なく、予算措置せず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
群馬県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,156,000	894,823	928,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	83,000,000	83,000,000	98,000,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	4,379,000	3,526,232	4,179,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	2,467,000	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		527,000	
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
埼玉県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	2,672,000	2,243,512	2,565,800	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	1,318,400	1,337,284	1,491,500	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	1,492,500	1,729,350	9,100,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
千葉県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,736,000	552,659	1,600,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	3,000,000	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	2,184,000	1,551,162	2,256,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	8,600,000	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		6,820,000	
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
東京都	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	967,250	2. 必要なく、予算措置せず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	27,774,622	8,713,152	99,698,809	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	78,463,776	48,728,028	42,320,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	2. 必要なく、予算措置せず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
神奈川県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他(H22) / 1. 必要だが予算措置できず(H23)
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	855,000	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント	(1)～(3)については県単独で該当事業の予算を計上、(4)についてはCSRを活用し、事業を実施。			
平成23年度コメント	(1)については県単独で該当事業の予算を計上、(3)については国庫(10/10)を活用し予算を計上。				
新潟県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,619,000	1,216,849	1,619,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	2,224,000	2,223,900	2,025,400	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
静岡県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	31,600,000	31,600,000	28,674,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	3,675,000	3,512,000	3,675,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	17,535,000	17,535,000	18,631,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		1,896,000	
	平成22年度コメント	静岡県としては緩和ケア研修会を開催していないが、県指定病院の指定要件に含めることで、県内の緩和ケア研修会の開催回数を増加するよう工夫している。			
愛知県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント	他の事業により実施			
平成23年度コメント	他の事業により実施				
三重県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	5,863,000	4,844,387	4,000,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	3,259,000	1,214,000	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	6,468,000	4,951,000	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	16,000,000	16,000,000	0	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		13,000,000	
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント	(5)は平成23年度に新設されたことを受け、平成22年度に(4)で申請していたものを(5)へ移したものである。				

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
富山県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	1,500,000	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	200,000	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント	県単独事業にて実施			
平成23年度コメント	県単独事業にて実施				
石川県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	268,000	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	8,695,000	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント	他の事業により実施			
平成23年度コメント	他の事業により実施				
福井県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	14,469,000	9,167,951	11,992,250	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	2,054,000	1,792,350	3,449,980	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
	予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
山梨県	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む			
(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他(H22)/1. 必要だが予算措置できず(H23)
(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	211,000	116,112	162,000	3. その他
(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
平成22年度コメント	県単独事業にて実施			
平成23年度コメント	県単独事業にて実施			
長野県	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む			
(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,502,000	863,000	1,332,000	
(2)医療提供体制等の強化に資する事業	8,904,000	8,702,000	8,904,000	
(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	1,326,000	1. 必要だが、予算措置できず
(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
平成22年度コメント	他の事業により実施			
平成23年度コメント	他の事業により実施			
岐阜県	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む			
(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
(2)医療提供体制等の強化に資する事業	28,843,000	19,072,951	38,080,000	
(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	368,000	267,616	368,000	
(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
平成22年度コメント				
平成23年度コメント				

	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
	予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
滋賀県	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む			
(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
(2)医療提供体制等の強化に資する事業	28,000,000	28,000,000	31,065,000	
(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	1,422,000	825,080	1,075,000	
(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
平成22年度コメント	(1)緩和ケア研修は拠点病院にて実施。(4)がん検診受診啓発事業、がんフォーラム等、他の事業で実施			
平成23年度コメント	(4)がん検診受診啓発事業、広報紙を使ってがんサロン等の啓発を実施。(5)がんに関する相談については、がん相談支援センターで行うこととし、その啓発を行っている。			
京都府	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む			
(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
(2)医療提供体制等の強化に資する事業	15,000,000	13,800,000	15,000,000	
(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	3,500,000	3,500,000	20,000,000	
(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
平成22年度コメント	(1)府独自指定病院も緩和ケア研修を開催。(2)の中で経費を補助。(4)患者モニターの意見をもとに府ホームページに「京都府がん情報ネット」立ち上げ(単費で対応)。			
平成23年度コメント	(1)府独自指定病院も緩和ケア研修を開催。(2)の中で経費を補助。(4)(5)がん診療連携拠点病院の一事業として活用するため「がん診療連携拠点病院機能強化事業」を活用。			
大阪府	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む			
(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	65,000,000	1. 必要だが、予算措置できず
(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	5,000,000	1. 必要だが、予算措置できず
(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
平成22年度コメント				
平成23年度コメント	(3)及び(4)については国庫支出はなし			

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
兵庫県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	5,814,000	1. 必要だが、予算措置できず
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	1,458,000	1,458,000	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
奈良県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	19,708,000	19,731,488	21,356,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	3,100,000	2,415,235	4,216,680	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	1,340,000	485,632	2,044,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント	他の事業で執行しているため			
平成23年度コメント	他の事業で執行予定のため				
和歌山県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	593,000	414,430	593,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	2,000,000	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
鳥取県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	823,760	0	775,760	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	13,066,667	2,840,000	18,172,199	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	9,221,957	5,185,037	28,217,445	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	599,180	268,204	5,063,090	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	2. 必要なく、予算措置せず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
島根県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	500,000	392,490	400,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	1,921,000	1,306,092	1,864,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	3,770,000	3,670,000	3,680,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
岡山県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,387,579	1,387,573	1,387,501	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	2,494,541	2. 必要なく、予算措置せず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	7,944,655	7,944,655	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	2,201,430	1,311,121	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	2. 必要なく、予算措置せず
	平成22年度コメント	平成22年度新規事業で、がん患者及び家族の生活の質(QOL)維持向上事業を(4)として実施した。			
平成23年度コメント	がん患者及び家族の生活の質(QOL)維持向上事業を(2)として実施している。				

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
広島県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	8,820,000	4,786,608	15,186,790	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	5,201,000	5,201,000	8,751,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	23,242,000	22,375,700	22,769,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	(3・4合わせて)	(3・4合わせて)	(2・4合わせて)	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成23年度コメント	(1)22年度までは一部を別の補助金(医療提供体制推進事業費補助金)を充てていた。研修事業以外の緩和ケアに関する事業を含む。(5)必要性も含めて検討する必要があるため。			
山口県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	3,500,000	3,500,000	3,500,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	13,351,000	10,788,689	21,351,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント	平成22年度(3)は継続事業のため、国の2分の1補助計上なし、単県補助。			
平成23年度コメント					
徳島県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,000,000	1,000,000	1,000,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	600,000	600,000	600,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	800,000	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	2. 必要なく、予算措置せず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
香川県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	369,000	369,000	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	300,000	300,000	399,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント	がん検診受診促進企業連携事業を申請(不採択)				
愛媛県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	2,528,000	2,528,000	2,528,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	15,146,000	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	1,065,000	565,368	582,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	10,790,000	7,797,882	2,942,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント	国補事業「がん医療の地域連携強化事業」に予算計上していたので、(2)は予算計上なし			
平成23年度コメント	平成23年度予算を計上する時点で、「地域統括相談支援センター」に係る実施要綱が明確でなく、財政上の問題(県が2分の1負担)もあり、予算措置できなかった。				
高知県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,500,000	1,041,300	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	3,421,000	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	1,157,000	1,043,337	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	11,509,224	11,451,973	8,266,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		9,740,000	
	平成22年度コメント	(2)は他の補助事業を活用			
平成23年度コメント	(1)拠点病院主催の研修で対応				

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
福岡県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	666,000	0	404,120	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	4,574,000	673,437	645,140	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	3,674,000	2,778,100	3,659,880	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成22年度コメント	(2)は一部を国補助事業から県単独事業へ切り替えて実施した。(4)は県ホームページや県の広報紙などを活用している。			
平成23年度コメント	(5)は実施方法等を研究しているところ。				
佐賀県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	2,312,668	1,859,409	1,387,638	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	5,310,000	5,020,472	178,200	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	2,536,140	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	13,976,540	3. その他
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		7,058,800	
	平成22年度コメント	(3)(4)の事業内容を実施しているが、全て(2)に含めて申請、報告を行った。			
平成23年度コメント					
長崎県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	1,513,000	824,000	1,513,000	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	4,000,000	1,175,665	4,000,000	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	2,055,000	1,360,000	3,118,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	1. 必要だが、予算措置できず
	平成23年度コメント	(5)について、平成23年度より実施主体が都道府県のみと変更された。平成22年度は拠点病院が実施主体として補助を受けられたが、平成23年度は県で予算化できず補助が受けられなかった。国が変更した理由は理解できないでもないが、各県の財政事情も考慮いただきたい。			

	「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
熊本県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他(H22)/2. 必要なく、予算措置せず(H23)
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	3. その他(H22)/2. 必要なく、予算措置せず(H23)
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	5,018,000	4,646,774	3,282,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
大分県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	2,650,000	2,650,000	20,637,000	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	2,568,000	2,568,000	6,531,000	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント	(1)(2)(4)はがん診療連携拠点病院機能強化事業として実施(20,000,000円)			
平成23年度コメント	(1)(2)(4)はがん診療連携拠点病院機能強化事業として実施(20,000,000円)				
宮崎県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業				ご回答なし
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業				
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業				
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業				
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)			
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

	「都道府県が対策重点推進事業実施要綱」の事業内容 ※都道府県が他の機関に委託して実施する場合を含む	平成22年度		平成23年度	予算額が「0」の場合の理由 (回答は3つの選択肢より選択)
		予算額(円)	執行額(円)	予算額(円)	
鹿児島県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	3. その他
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	1,997,544	1,217,984	2,329,161	
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	49,950	13,700	49,950	
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	4,242,234	3,985,742	4,199,439	
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		0	3. その他
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					
沖縄県	(1)がん検診に関わる医師に対する緩和ケア研修事業	0	0	0	2. 必要なく、予算措置せず
	(2)医療提供体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(3)がん検診実施体制等の強化に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(4)効果的ながん情報の提供に資する事業	0	0	0	1. 必要だが、予算措置できず
	(5)がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	(22年度予算項目無し)		8,686,000	
	平成22年度コメント				
平成23年度コメント					

■都道府県のがん対策推進協議会等一覧

都道府県名	協議会等名称	委員総数	患者・家族・遺族の立場を代表する委員数	都道府県名	協議会等名称	委員総数	患者・家族・遺族の立場を代表する委員数
北海道	がん対策推進協議会	14	3	滋賀県	がん対策推進協議会	20	3
青森県	がん医療検討委員会	15	1	京都府	がん対策推進協議会	24(予定)	4(予定)
岩手県	がん対策推進協議会	20	4	大阪府	がん対策推進委員会	30	3
宮城県	がん対策推進協議会	16	2	兵庫県	健康づくり審議会がん戦略部会	20	2
秋田県	がん対策推進委員会	12	2	奈良県	がん対策推進協議会	25	5
山形県	がん対策推進協議会	13	1	和歌山県	がん対策推進委員会	17	1
福島県	がん診療連携協議会	19	1	鳥取県	がん対策推進県民会議	24	3
茨城県	総合がん対策推進会議	9	2	島根県	がん対策推進協議会	20	4
栃木県	がん総合対策検討会	15	2	岡山県	がん対策推進協議会	15	2
群馬県	がん対策推進協議会	20	3	広島県	がん対策推進協議会	14	3
埼玉県	がん対策推進協議会	15	1	山口県	健康やまぐち推進協議会がん対策分科会	13	2
千葉県	がん対策推進部会	22	3	徳島県	がん対策連絡会議	12	3
東京都	がん対策推進協議会	24	3	香川県	がん対策推進協議会	20	1
神奈川県	生活習慣病対策委員会	27	3	愛媛県	がん対策推進委員会	26	2
新潟県	がん対策推進協議会	15	2	高知県	がん対策推進協議会	15	3
富山県	がん対策推進本部	25	1	福岡県	がん対策推進協議会	18	2
石川県	医療計画推進委員会がん医療対策部会	12	1	佐賀県	がん対策等推進協議会	16	1
福井県	がん委員会	10	2	長崎県	がん対策部会	14	1
山梨県	がん対策推進協議会	19	4	熊本県	がん対策推進懇話会	15	3
長野県	がん対策推進協議会	18	2	大分県	がん対策推進協議会	15	0
岐阜県	がん対策推進協議会	13	2	宮崎県		ご回答なし	
静岡県	がん対策推進協議会	23	5	鹿児島県	がん対策推進協議会	16	2
愛知県	生活習慣病対策協議会がん対策部会	14	0	沖縄県	がん対策検討会	14	3
三重県	がん対策推進協議会	12	1				



国や都道府県のがん対策予算の現状に関して都道府県より寄せられたご意見（自由回答）

- 同事業の開始前に現に対応していた事業があること、また、他補助金の対象となる事業が含まれていることから、北海道では同事業の活用が出来ませんでした。また、国において予算措置がなされたとしても、自治体の体力によっては、必ずしも新規・拡充予算を措置できるとは限りません。仮に予算を確保できたとしても、人員削減が進められる自治体も多い中、事業を実施するために必要な人員を揃えることは容易ではないと考えます。（北海道）
- 本県のがん対策予算については、厳しい県財政事情の中においても、何とかやりくりしながら重点的に計上を行っているところ。しかしながら、実態として、諸事情により新規事業への対応が困難であること、基準額を満額拠出できない事業（がん診療連携拠点病院機能強化事業等）があることなど、万全とは言えない。（岩手県）
- 国の補助メニューについての意見
  - ▶ 事業主体が、都道府県に限定される場合が往々にあるが、内容に応じて、都道府県のほか、市町村、がん診療連携拠点病院、その他医療機関、がん患者団体等の関係機関を主体とする等の柔軟性があっても良いと思う。国のがん対策事業の幾つか（都道府県がん対策重点推進事業など）については、がん診療連携拠点病院の機能確保・強化に関わる関連事業として、当該病院を中心とする既存事業を集約されることが望ましい部分（研修等の人材育成、相談体制、情報発信等）も散見される。
  - ▶ 特によく活用される「がん診療連携拠点病院機能強化事業」の補助率（国2分の1、県2分の1）については、県の予算の計上額に左右されることから、国の予算額・補助基準額の範囲内において、条件緩和（国2分の1以上、例えば、県間の公平性の観点から上限3分の2以内）に向けた配慮もあればと望む。均てん化の趣旨から、各都道府県の計上状況（一般財源）を踏まえ、極力、各拠点病院に対し補助基準額が満額に行き渡るよう、国と県で善処できればと考える。少なくとも満額支援については、国立がん研究センターに対するそれ（補助率10分の10）と同様なのではないかと考える。
  - ▶ 「がん診療連携拠点病院機能強化事業」の大方は、人件費確保（がん登録、がん相談、病理補助等）が主体となっており、現場からは、予算不足の事情から、その他の事業（人材育成など）に制約が生ずるとの意見をよく伺う。特に、がん診療連携拠点病院の機能確保（人材体制）が補助金如何に左右されることから、今後の維持に懸念がある。本来的には、がん対策基本法立ち上げからの、行政からの補助金を中心とした支援から、今後は、病院自らの運営費により人的体制まで賄えるようなインセンティブ（診療報酬による評価等）の構築や転換が必要と考える。（岩手県）

- 県財政状況が厳しく、がん対策予算の確保が難しくなっている。（栃木県）
- 予算の内示が遅いため、実際の事業の執行に支障が出ている。（例）平成23年度感染症予防事業費等国庫補助金→平成23年7月22日にFAXにて内示、平成23年度がん検診受診促進企業連携事業→平成23年8月9日現在、内示なし。（群馬県）
- 都道府県を対象とした補助メニューのほかに、本来の事業主体である市町村を対象としたものがあります。（埼玉県）
- 国のがん検診推進事業について、クーポン券等の様式提示や実施要綱の提示が遅く、検診を実施する市町村にとっては大きな支障になっている。スムーズな検診、事業効果の最大化のためにも、速やかな情報提示が必要と考える。（新潟県）
- がん対策を推進するうえで、各種事業を企画し予算要求するが、県において予算措置がされない。少額でも構わないので、補助率10分の10の事業メニューを用意してほしい。（山梨県）
- （県のがん対策予算についての補足）県が指定する静岡県地域がん診療連携推進病院Ⅰ（現行の国指定要件と同じ）において、緩和ケア研修会の毎年開催を指定要件の一つとしている。また、静岡県地域がん診療連携推進病院Ⅱ（旧国指定要件と同じ）においては、緩和ケア研修会の毎年開催を指定要件としていないが、平成24年度末までに静岡県がん診療連携推進病院Ⅰに移行することを求めている。静岡県地域がん診療連携推進病院Ⅰに移行後には、緩和ケア研修会の毎年開催が指定要件の一つとなる。（静岡県）
- 2分の1補助で県費負担は必要だが、有難い補助金なので継続して頂きたい。平成23年度の「がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業」だけでも、国10分の10にしていたら非常に助かります。（三重県）
- 現在の地域医療再生基金により、充当できる期限は平成25年度までとなっているが、平成26年度以降についても、がん対策関係の事業について同様の基金の充当等を行える体制を整えていただきたい。（奈良県）
- 当該補助金については、現在、負担割合が国2分の1、県2分の1であるが、厳しい県財政の状況に鑑み、国費による一層の財源措置を行ってほしい。（島根県）
- 平成22年度に新規事業として「がん医療の地域連携強化事業」が国庫事業として開始となり、その事業の実施主体は、都道府県又は都道府県拠点病院とされていまして、当県では、県がん診療連携拠点病院が実施主体となって取り組むこととなりました。この事業は、地域の医療機関などの情報を把握し、がん患者に適切な医療サービス等を照会するため、地域連

携コーディネーターを配置し、がん患者が安心して療養できる体制を構築するもので、初年度ではありましたが、やっと軌道にのりかけたところで、1年で事業が廃止となりました。この事業が1年で廃止になるため、その対応について国に尋ねると「都道府県がん対策推進事業の中に、『がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業』を23年度から追加しているので、そちらで取り組むことが出来る」と回答されました。そもそも、都道府県がん対策推進事業は、県が予算措置をした上で、国庫補助する仕組みのため、財政の厳しい事情を抱えている県には、大変厳しい現実があり、予算措置が容易に出来ないため、その対応に困っています。ご教示をよろしくお願いします。

(岡山県)

- がん対策と一体となって実施するのであれば、第一線で受診率に直結している市町に対してのメニューがあってもよいのではと思います。  
(山口県)
- 国の無料クーポン事業がありますが、申請通りの金額を交付して欲しいと思います。また、内示時期等も遅いので、もう少し早くしていただけたらと思います。クーポン事業の補助率も2分の1ではなく、10分の10に戻していただけたら助かると思います。  
(徳島県)
- がん診療連携拠点病院機能強化事業について、平成23年度に県が補助する地域拠点病院の補助額6,000千円が、国が直接補助する補助額14,000千円に対して低額である。がん検診実施体制等の強化に資する事業について、平成23年度のがん検診受診率向上のための事業は、企業連携委託費を予定していたが、採択されず、普及啓発事業が実施できない。  
(香川県)
- 国のがん対策予算の多くは、県費の持ち出しが必要とされているが、厳しい財政事情のなか、県予算の確保は困難を極めている。がん医療は、がん対策基本法やがん対策推進基本計画においても均てん化を謳っているにも関わらず、財政事情の厳しい地方と都市部においては、さらに格差が広がっている。がん対策は、医療費抑制等一定の効果が期待できるものであり、全額国費で事業計画を立案して欲しい。  
(長崎県)

平成23年8月25日

「がん教育に関する意見書」

がん対策推進協議会委員 中川恵一

### 1、がん教育の言葉の定義について

「2人に1人ががんになる」というフレーズを私が使い始めた時、一部に「言い過ぎ」との指摘があったが、現在、行政も「2人に～」を使用しており、大きなインパクトを与えていると思われる。

これは、「言葉の力」によるものであり、「2人に1人～」と語ると、国民も「他人事ではない」と関心を持つ。同様に、用語の重要性という点で、「がん教育」が「学校でのがん教育」を指すことを明確にし、大人へのがん教育は「がん啓発」などとして区別すべきである。「がん教育=学校でのがん教育」を、本協議会で意思統一すべきかと提案する。

### 2、がん教育の具体論について

学校での「がん教育」については、「性教育」や「子宮頸がんワクチン」などが絡むこともあり、義務教育段階での教育が望ましい。

現在は、がんなど疾病についての教育は「保健体育」で行われているが、長期的には「保健」と「体育」の分離も考える必要がある。

また、生徒・児童に「がん教育」をする場合、学校教師に、「がん教育」が十分実施できるか、という問題もある。昨年、私が東京の青梅市で、中学の教師を対象に「がんに関する講演会」を担当したが、参加教師のアンケートでは、「がんについて、ほとんど知らなかった。子どもたちにも教えるべきだ」という声が圧倒的だった。(別紙1参照)

### 3、アニメDVDなど「子供に届く教材」で教育を

上述のように、学校教師への「教育」も必要であるが、現状では、まず教師への「がん教育」を行い、次に「がん教育」を受けた教師が生徒の「教育」をする、という二段階方式は迂遠にすぎ、現実的とは言えない。

こうした背景を受けて、教師も生徒も、一緒に学べる、という「教材」が必要と感じ、アニメ「がんちゃんの冒険」を、公益財団法人日本対がん協会の「がん教育基金」からの資金援助を頂いて作成し、「がん教育」に使用している。内容については、文科省スポーツ青少年局学校健康教育課の協力を得て、中学生、学校教師へのモニターなどを行いながら制作した。保健あるいは、総合学習の時間に、アニメをクラスで上映し、DVDを家庭に持ち帰ってもらい、家族とともに家庭で再度観てもらうことを想定している。

実際にアニメDVDを使った授業を中学校で開始しており、生徒の評価は高いものがあった。(別紙2、3参照) 自治体などへの実費配布も行っている。

認知度を高めながら、さらなる普及を図りたい。

### 5、アニメDVDの内容について

別紙4に教師向けの解説書(虎の巻)を示す。

参考：アニメを用いた授業風景(2010年7月、佐賀県武雄市の中学校)



## 別紙1

### 中学校の教師への「がん教育」結果について (2010年8月、東京青梅市)

- 「中学校教育研究会講演会」で80人余を対象に実施、アンケート回収79人。
- アンケート結果は教育委員会が回収してまとめたもの。(太字は中川の強調)

- 内容について=「良かった」75人 (以下、がん教育への感想例の一部)
- \*普段忙しい中で、見落としている観点を思い出させられた。生徒に伝えたい重要点を多く含んでいる。
- \*学校におけるがん教育の重要性がとてわかりやすかった。
- \*教員ひとりひとりの注意喚起に留まらず、中学校教育に不足している点を改めて認識することができたこと。
- \*生徒にぜひ話してみたいと思った。
- \*興味深い内容を分かりやすく講演で話していただきました。学校教育の中で予防と早期発見の大切さを教える必要があることがわかりました。
- \*自分自身や子供達に対しても考えさせられる内容だった。
  
- \*ガンについて深く考えることは今までなかったが、よい機会を与えていただいたし、ガンの教育を学校で行う時代なのだと感じた。
- \*教育者として知っておくべきことが多々あることを再認識した。
- \*がん教育の必要性がよくわかったのと、自分自身についてもためになった。
- \*はじめて知ることが多くあった。今までの常識が非常識であることがわかった。生徒にも伝えられる。
- \*がんの治療には手術だけでなく、放射線治療も有効であることがわかった。子供にも教えてあげたい。
- \*がん予防、がん検診の重要性、生徒への教育の必要性を痛感しました。
- \*がんについてよくわかりました。子ども達にも、いのちの大切さも含めて指導に生かしていきたいと思います。
- \*はじめは教育と関係ないだろうと思ったが、ガン教育の必要性を感じる話でした。
  
- \*とても勉強になりました。自分自身にとって。また、学校教育(現場)で時間をとる必要ありと感じました。
- \*具体的な例やデータの表示でわかりやすかった。学校教育で生かす点も明確にされていて参考になりました。
- \*がんのこと、がん教育の必要なことがとてもよくわかった。
- \*分かりやすく興味もてる内容で、生徒へのがん教育の必要性を認識できた。
- \*がん教育、死を考える教育の必要性を強く感じました。
- \*すばらしい講演でした。生徒や保護者にもぜひ聞いてほしい内容でした。

## 別紙2

### 中学生への「がん教育」に対する反響 (平成23年7月)

- \*佐賀県武雄市の中学校でDVD「アニメ がんちゃんの冒険」を使用した講演会
- \*以下は感想文抜粋。漢字、カタカナの使い方などは原文通り。(太字は中川の強調)

- 今日の話聞いて、がんの知らないことをいっぱい知ることができました。親にも分かったこと、初めて知ったことを言おうと思います。がんちゃんのアニメはおもしろく勉強にもなりました。親といっしょに見たいです(1年2組)。
- がんになる確率が一番高いたばこは私の父も吸っているの、たばこはやめた方がいいとすすめてみたいと思います。がん検診が必要だと思いました。今日学んだことを家族などに伝えたいと思います(2年1組)。
- がんになったら助かる可能性は低いと思っていましたが、治療法にはいろいろあることがわかりました。緩和ケアまでしてくれると、患者さんにとってはとても心強いだらうなあとと思いました(2年1組)。
- 今日の話聞いてとにかく、まず検診が大切なんだと。大人になったら年に1回くらい検診をして、もしもの時は早期発見をしてなくしたい(2年1組)。
  
- 女性は乳がん、子宮けいがんになる人が多いそうなので、私は大人になったら絶対、定期的にがん検診を受けよう決めました。私はできるだけたくさんの人に、がん検診をする呼びかけをしようと思いました。あと何年かして、自分が、がんになっても、今日のお話を思い出して、どっしり構えて、しっかり、がんと向き合っていきたいと思います(2年2組)。
- がんには、そう簡単にならないだろう、自分や家族は大丈夫だろうと考えていましたが、2人に1人ががんになると言うことを知ってとてもびっくりしました。でも、がんを防ぐことができることも知りました。お肉を食べすぎない、たばこを吸わない、検診を受けることなどです。日本人は検診受診率が低いです。私は、まだ子宮けいがんの注射を打ってないので早めに打とうと思います。また、私や家族ががんになってもあせらないようにします(2年2組)。
  
- がんになったら100%死んでしまうと思っていたけど、DVDで全部の人が死ぬんじゃないんだとわかりました。今日の「がんのひみつを知らう」は聞いてためになったし、家族に話して、いろいろ知らうと思いました(2年1組)。
- ぼくは、これから大人になった時、定期的に検診に行きます(1年3組)
- この授業を今後の生活にいかし、がんにならないようにしたい(2年2組)。
- 今日の話聞いたり、がんを予防するために毎日の生活に気をつけて、検診も受けることにします(1年2組)。
- DVDがもらえるらしいので、すぐに親に見せたいと思いました(1年1組)。

## 中学校におけるがん教育の展開と事例報告

## 【授業概要】

実施目的：がんに関する基本的な知識やがんとの向き合い方の習得

開催日時：2011年10月～12月全4校

\*7月9日に新小岩中学校にてパイロットスクールを実施。(保護者傍聴あり)

開催場所：開催中学校(体育館・視聴覚教室など)

授業対象者：中学2年生の生徒さん

授業時間：計100分

## 【プログラム】

## レクチャー部分

目的：「がんに関する基本的な知識(疾患、予防法、治療法)」、さらに、「がんとの向き合い方」や「生きることの大切さ」を伝える。

内容：①イントロダクション～心のケアを促すメッセージ

②生きることと向き合うためのセッション

「いきるぞう～いのちの河のものがたり」の上映

③がんと向き合うためのセッション(がんに関する基本的な知識習得)

「がんちゃんの冒険」上映

④がんと向き合うためのセッション(がん経験者から学ぶ)

## 個人/グループワーク部分

テーマ：「がんと生きる」

目的：これまで学んできた内容を生徒さん一人ひとりに「自分ごと化」してもらう。

内容：①個人ワーク

Step1 想起：大切だと思う人の良いところをたくさん書き出す

Step2 喪失：書き出したその紙を「消す」あるいは「破る」。

大切な人ががんでいなくなってしまうこと…喪失を

イメージしてもらう

Step3 希望：がんで大切な人を失わないために自分は何ができるかを書き出す

②グループワーク

がんで大切な人を失わないために、僕たち/私たちができることをグループ内で整理。

③班ごとの発表

## 【がん教育がもたらす学習効果報告】

(新小岩中学校でのパイロットスタディ実績より)



## ①生徒対象事前アンケート結果

実施時期：2011年6月下旬(授業の約1週間前)

対象：中学校1年生122名

## ②生徒対象事後アンケート結果

実施日：2011年7月9日授業実施日

対象：中学校1年生116名

## ③学校対象事後アンケート結果

実施時期：2011年8月(授業の約1ヶ月後)

対象：本企画に関わって下さった先生6名

(校長先生・養護の先生・学年主任の先生・保健体育の先生・学年主任など)

## ①生徒対象事前アンケート結果

●「がん」に対するイメージ：「手術が必要」、「治らない重い病気」というイメージがあった。

「生活習慣によってかかる病気」、「予防ができる病気」というイメージは低かった。

●約8割の生徒は、「2人に1人ががんになるという事実」を知らなかった。

●約4割の生徒は、家族でがんについて話をしたことがあった。

半数は、家族や身近な人ががんになったことがきっかけ。

●家族でがんについて話をしたことがない理由として、「きっかけがないから」と答えた生徒は6割。

●家族でがんについて話をしたことがある生徒のうち、がんについて話したとき、「こわかった」と答えた生徒は約4割。「大事なことなので、これからも話さなければならぬと思った」と答えた生徒も約4割であった。

●約7割の生徒は、家族が健康診断(がん検診)を定期的に受けているかを知らなかった。

## ②生徒対象事後アンケート結果

## ①「がん」に対するイメージ

「早期発見すれば、治る病気」、「予防ができる病気」、「生活習慣によってかかる病気」、「老化とともになりやすくなる病気」というように、「がん」に関する正しい理解を促した。

	事前	事後
突然なってしまう病気	26.2%	14.7%
治らない重い病気	43.4%	3.4%
予防ができる病気	24.6%	82.8%
早期発見すれば、治る病気	60.7%	89.7%
老化とともになりやすくなる病気	40.2%	69.0%
生活習慣によってかかる病気	34.4%	81.9%
手術が必要な病気	80.5%	15.5%
痛い病気	35.2%	17.2%

## ②「がん」に対する対応策について

・約9割強の生徒が、「予防や検診などの対策を行いたいと思う」と回答。

	事前	事後
自分や身近な人にもおこるかもしれないので、 予防や検診などの対策を行いたいと思う	37.7%	92.3%

・約9割強の生徒が、「がん予防に大切な生活や生活習慣を実践したい」と回答。

実践しようと思う	69.6%
実践したいが、むずかしいかもしれない	27.8%
実践しないと思う	2.6%

## ③家族間における「がん」の話題化について

・約8割の生徒が、授業で学んだ「がん」について、「家族で話をしようと思う」と回答。  
「話そうと思う内容」は、下記の通り。

予防法について	84.4%
がん検診や早期発見について	70.0%
がんの治療について	38.9%
がんの看病(かんびょう)について	11.1%

・約8割の生徒が、「家族に健康診断(がん検診)を受けるよう勧めようと思う」と回答。

勧めようと思う	80.5%
言い出しにくいと思う	8.0%
特に勧めないと思う	11.5%

## ④命や健康に対する意識について

ほとんどの生徒が、「命や健康を意識し、大切にしていきたい」と回答。

	事前	事後
ひとつしかないものだから、大切にしたい	74.2%	90.4%
あたりまえにあるものだから、意識したことがない	12.9%	2.6%
失っても、また回復できる	3.8%	1.8%
その他	9.1%	5.2%

## ⑤コメント(自由回答方式)

- ・命がどれだけ大切かが分かった。
- ・がんの予防法や早期発見など、分からなかったところを詳しく話していただいた。
- ・これからの予防ができると思った。また身近な人に伝えたいと思った。
- ・がんは早く見つければ直せるし、仕事もやることのできることを知った。
- ・がんってこんなものなんだ。こうしたらいいんだということが分かった。
- ・もし大切な人や自分ががんになってしまっても、生きる希望を失わないということが大切だと分かりました。
- ・講演を聴く前はがんはこわい病気だと思ったけれど、終わったらこわいとは思わなくなった。
- ・命は大切だと思った。2人に1人はなる。自分の身近な人に気遣って、検査などを勧める。
- ・がんは怖い病気だと思っていたけれど、聞いて落ち着いた。ありがとうございました。

## ②学校対象事後アンケート結果

## ①学校教育における医療教育やがん教育の位置づけ

- 感染症・エイズなどは教えているが、ほとんど扱われることがない。
- 中学校3年生で扱う保健分野での生活習慣病の小単元で1~2時間扱われている程度。
- 本校では実施していないが、総合学習の中で扱うところもある。

## ②中学生へのがん教育プログラムに対する感想

・授業実施後、全教員が、中学生へのがん教育を良いプログラムだったと評価。

非常に良いプログラムだった	1名
良いプログラムだった	5名
あまり好ましくないプログラムだった	0名
好ましくないプログラムだった	0名

## ③中学生へのがん教育プログラムに対する感想(自由回答方式)

<生徒さんにとって>

- 2人に1人が罹患するといわれている疾病についての正しい知識と予防法を  
学齢期に身に付けさせることは必要である。

<生徒さんのご家族にとって>

- 保護者にとっても、良い勉強の機会になったと思います。  
がんについて、また生きることについて学習する機会が少ない中、  
子どもたちに機会が与えられたことに、喜んでいる様です。
- がんについて、説明しなければならぬ状況のときに、家庭で、冷静に正確に  
伝えるのはむずかしい。それを学校教育の中で行ってくれたらありがたいのではと思う。

<社会にとって>

- 死亡原因の1位であるがんについて、子どもたちを守るために、もっと大人たちが  
真剣に考え、取り組むべきと考えます。(今回の授業はその)良い機会になると思います。

<学校にとって>

- 保健の授業の充実になる。

- 本校は小中一貫校なので、小学生にも参加させて、早い段階から生活習慣について知らせることが必要と考えています。

## ④授業実施後の生徒さんの反応(自由回答方式)

- 大半の生徒が、がんは、早期発見・早期治療をすれば怖くない病気と認識し、ふだんの食生活・生活習慣が大切だと理解できたと思う。
- 「健康診断等を親などに勧めよう」と前向きになったと思う。
- 「肉より魚の方がよい」とか、「煙草を吸うのをやめよう」と口にする場面が見られた。

## ⑤授業実施後のご家族の反応(自由回答方式)

- 参観していた保護者から、「保護者が見てもためになる指導でした」という感想や、「必要な教育である」という意見をいただいた。
- 何のために行うかなど事前の質問はあったが、事後のクレームなどはなかった。むしろ良い勉強の機会になったという声があった。

## ⑥がん教育を実施するにあたり、最も配慮すべきこと(自由回答方式)

- 身近に、がんによる喪失体験を持つ生徒への配慮。
- 1人1人の生徒の生育歴(身近な人の死を体験しているなど)が分からないため、不安はあった。本校では、養護教諭が心理面に配慮した動機づけ・シェアリングを行ったが、心のケアは重要だと思う。
- 中学生が、がんを自分の問題として意識できるかどうか懸念された。

## 【総括】

- ① 大半の生徒が、がんに対する正しい理解を得ることができた。生活習慣の改善や検診の重要性について、認識すると共に、正しい知識を家族と共有することの大切さについても、気付くことができた。
- ② 教育現場において、がん教育の単元は十分でない現状があった。生徒の心理面への影響など懸念点もあったが、授業実施後、全教員が中学生へのがん教育を良いプログラムであると評価し、がんについての正しい知識と予防法を学齢期に身に付けさせることの必要性について、共感が得られた。
- ③ 授業を聴講した生徒の保護者は希望者のみであったが、「保護者にもためになる」、「必要な教育である」というポジティブな反応が得られた。
- ④ 授業の中で、中学生にがんを自分ごと化して考えてもらう工夫と共に、心理面への配慮も必要である。生徒の個別の事情に関する事前ヒアリングや、授業前・中・後の心理ケアをしっかり行える体制を築いた上でのがん教育の実施は、正しい理解や不安の解消につながり、有効であると思われる。

以上

# INFORMATION

## OF がんちゃんの冒険

がんちゃんの冒険\_説明書

## STORY\_1

&lt;第1話&gt; がんちゃん現れるの巻



オツジ  
男性 48才 独身 一人暮らし

このアニメーションの主人公「オツジ」の年齢は48歳に設定しています。  
生徒の保護者(とりわけ両親)の年齢に近いかと思えます。

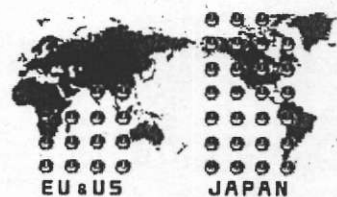
ちょうど、がんが増えてくる年齢層であることを意識した設定です。

がんは、40歳以降から、ぐっと増えます。  
発症的な内容としては、がん罹患は、54歳までは(乳がんの関係で)女性が多く、55歳以降は男性が女性を超えていく、という統計的な事実があります。



P.1

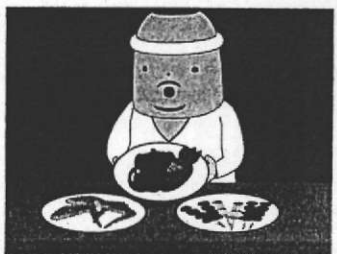
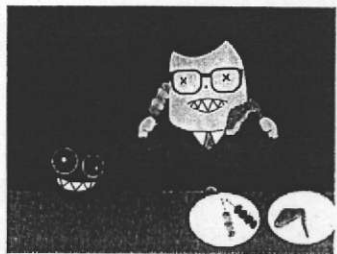
## STORY\_2



<第2話>日本人の2人に1人ががんになるの巻♪

「日本人の2人に1人が、がんになる(発病する・罹患する)」ことと、「日本人の2人に1人が、がんで死ぬ」ことは異なります。検診などによって、早期に発見されたがんは、ほとんどが治癒できるようになりました。いまや「がん」は、死が避けられない疾病ではなくなりました。とはいえ、実際には、「日本人の3人に1人が、がんで亡くなっています。年間死亡者数は130万人、そのうち30万人が、がん(統計上は「悪性新生物」と記載されます)で亡くなっているのです。また、「日本人の2人に1人が、がんになる」は男性・女性の平均です。男性だけを見れば、実に6割近くに達します。ちなみに、女性は4割です。先天的な性差というより、生活習慣の違いが大きいと考えられます。がんは、日本では「増えている」、欧米では「減っている」ことも大切な事実です。高齢化が進んでいるからでもあります。生活習慣の変化も大きな原因です。

## STORY\_3

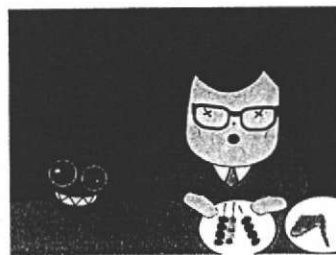
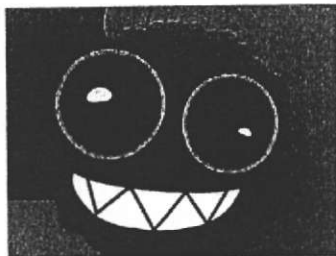


<第3話>肉食ばかりだとがんになりやすいの巻♪

食生活の「欧米化」とは、すなわち、肉食が増えたことを意味します。コレステロールの接種過剰です。性ホルモンの材料になるコレステロールによって、乳がんや前立腺がんが増えるからです。また、日本では、常識に反して、野菜の摂取量がどんどん減っています。ハンバーガーの国・アメリカにさえ、摂取量は追い抜かれています。日本人が食べる肉の量が、この50年で10倍になったことと合わせて、50年前の食生活(生徒の祖父の時代の)に思いを馳せてもらう手もあります。お酒で顔が赤くなる人(アルコールの分解がうまくいかない人)は、がんになりやすいと言われます。後で出てくるタバコと合わせて、過度の飲酒は、がんの原因のひとつです。食生活の注意点は簡単で、肉を減らし、野菜を多くとる、塩分は控えめに、です。学校でもメディアでも頻繁に言及されているはずですが、なかなか実行できない方が多いようです。

P.2

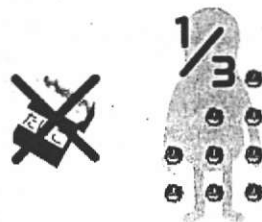
## STORY\_4



<第4話>がんちゃん 栄養を横取りするの巻♪

がん細胞は、細胞分裂の際のコピーミス(突然変異)で生じます。がん細胞は、細胞分裂が止まらなくなった「暴走機関車」なのです。そのために、患者さんの栄養を横取りする。この仕組みを理解してください。しばしばがんの患者さんが痩せていく、というのは、栄養をがん細胞に横取りされた結果です。

## STORY\_5



<第5話>タバコがよくないですよの巻♪

タバコは吸っている本人だけでなく、周囲の人の健康をも害します。他人が吸っているタバコの煙(副流煙)を吸い込むことが原因です。吸い込む煙の量は、タバコを吸う本人が一番多いわけですが、成分としては副流煙の方が、発がん性が高いことがわかっています。タバコを吸わない奥さんが、タバコを1日1箱以上吸うご主人と暮らしていると、奥さんの肺がんにかかるリスクは2倍になります。タバコが(この世から)なくなれば、「男性」のがんの3分の1がなくなることも大切です。「男性の」というのは、タバコを吸う男女比が関係しているからです。(喫煙率の違い/男性\*割、女性=\*割)生徒の年齢、つまり15歳からタバコを吸いはじめた場合、まったく吸わない非喫煙者に比べて、60歳になったときの「肺がん死亡者数」は、実に30倍になります。ちなみに、26歳を過ぎてから喫煙を開始した場合には7倍。若い頃からの喫煙がいかに危険か、このデータが示しています。

P.3



## STORY\_6

<第6話> 検診は受けた方がいいの巻♪

検診受診率が先進国中で日本は最低です。

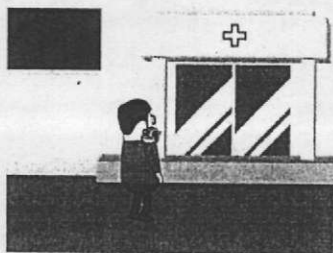
アメリカ=8割以上、日本=2割程度とのデータは、あくまで「子宮頸がん」の検診のデータです。「子宮頸がん」については第11話で登場しますが、女性特有のがんです。若年でも罹患の可能性があることから、生徒にとっても比較的、「身近」ながんとも言えます。

欧米では「がんによる死亡」が減っている。日本では「がんによる死亡」が増えている。この差の原因として、検診受診率の差があるのです。

がんの検査は、さほどつらい検査ではありません。また、費用もかなり安い。高くても1000円、2000円程度の場合が多いのですが、あまり一般的には知られておらず、このことも検診受診率の低さと関係していると考えられます。



日本人のがん検診受診率は先進国で最低



## STORY\_7

<第7話> がんちゃんの正体の巻♪

がん細胞が発生する過程が描かれます。

私たちの身体は約60兆個の細胞から出来ています。その1%程度が毎日、死にます。(1つの細胞の死は、髪の毛が1本抜ける、といった捉え方だと理解しやすいかもしれませんが) この細胞の死を補うために、細胞分裂が起きますが、がん細胞は、細胞分裂の際に起きるコピーミスから生まれるのです。このミスにより生まれた細胞は、あくまで「ミス」で生まれていることから、生きていくことができませんが、たまにミスでも「死なない」細胞が発生することがあり、この「死なない」細胞こそがん細胞なのです。

意外な事実ですが、細胞分裂そのものは常に発生しているので、「毎日」、がん細胞は生まれています。ただ、免疫細胞ががん細胞を退治するという仕組みが体内には存在し、この仕組みは免疫監視機構と呼ばれます。このことにより、毎日、がん細胞は生まれるものの、がんは未然に水際で殺されているのです。

発展的な内容としては、心臓にはがんができていくという事実があります。これは、心臓では細胞分裂がほとんど起こらないことが原因となっています。つまり、そもそも細胞が分裂しないから、がん細胞も発生しないという訳です。



がんは細胞の  
コピーミスから生まれる。

P.4

## STORY\_8

<第8話> オッジ、ついに病院への巻♪

がんちゃん、こと、がんの正体が正式に明らかにされます。

がんと聞くと、死の病いというイメージがありますが、それはあくまで過去のもので、がん全体で5割から6割、半分以上が治ります。さらに、医師のセリフやナレーションスーパーにあるように、早期に発見できれば「9割」以上が治ります。

特に胃がんの場合だと、早期胃がんとして手術をすれば、まず百パーセント近く治ります。早期がんは決して怖くないのです。

とにかく、がん治療においては「早期」の発見が大切です。



## STORY\_9

<第9話> がんちゃんは昔からいたの巻♪

第7話で学んだがん細胞が、検査で分かるほど巨大になるには、長い年月(10年~20年)がかかります。

がん細胞の大きさは、1ミリの100分の1、約10ミクロンです。もちろん目に見えない。1辺1センチの立方体、1立方センチメートルの中に、1辺が約10ミクロンのがん細胞がいくつあるかということを考えて、イメージが膨らみます。がん細胞の大きさは約10ミクロン(1ミリの100分の1)ですから、1センチの1辺には千個がん細胞が並ぶ計算になります。

1センチほどの大きさになるには、乳がんだと15年程度、大腸がんだと20年以上かかります。長い年月がかかるからこそ、発見されにくい。高齢にならないと、発見されにくい。つまり、寿命が長ければ長くなるほど、がんが増えていく訳です。

ちなみに、日本人の平均寿命は世界一長く、男性が約80歳、女性が約86歳、全体で約83歳が現代日本人の平均寿命です。2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで死ぬ世界一のがん大国=日本である原因は、とにかく平均寿命の長さによるものなのです。



P.5

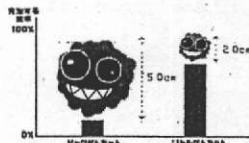
# STORY\_10

## <第10話> 検診に来てよかったねの巻♪

第9話で学んだ、「検査で分かるほど巨大」とは、どれくらいなのかが分かります。早期発見といえる場合の大きさは「1~2センチ」。基本的に約1センチにならないと診断は非常に難しいとも言われています。

ただ、がんは発見できる大きさになってからが「進行が早い」ということに注意が必要です。例を挙げると、乳がんの場合、診断できる最小サイズ=1センチ、亡くなるような大きさ=10センチこの間にかかる年月はおよそ5年という短期間なのです。

がんによる症状(オツクが痛みで苦しんでいる様子など)が出てからでは、もう遅く、症状が出ている時点で「末期がん」なのです。つまり、がんの痛みが出れば、基本的にはもうがんは治らない。症状が出た場合には、がんが完治する確率は大変減るといことになります。



早期発見できれば、大丈夫。



# STORY\_11

## <第11話> がんの検査にも色々あるの巻♪

がんの種類は臓器の数だけあります。がんの検査方法もがんの種類の数だけあります。

肺がんの検診は、タバコを吸わない方の場合には、胸部レントゲンだけで十分。タバコを吸う方の場合には、痰にがん細胞が入っていないかどうかを確認する喀痰細胞診をさらに追加する必要があります。

大腸がんは2日便を取るだけの簡単な検便検査ですが、この検査を行なうだけで大腸がんの死亡は4割程度と、半分以下になります。

子宮頸がんが、15歳の女子にとって5年後からも行うべき重要な検査です。ただ、マンモグラフィーや胸部レントゲン撮影、胃のバリウム検査はいずれも放射線を使う検査なので、決められた年齢、決められた頻度で行うことが望まれます。



※40歳以上の男女対象



P.6

# STORY\_12

## <第12話> ちゃんとしてる人もいた!の巻♪

女性2人ががんちゃん寄り付けない理由は、2人がちゃんとワクチンや検診を受けているからです。

20~30代の女性に増えている子宮頸がんについては、生徒たちの年齢を考えても身近ながんと言えます。子宮頸がんワクチンは日本でも接種が始まっており、子宮頸がんの6割~7割程度防ぐことができると言われています。ワクチン接種と検診をともに行なうと、実は子宮頸がんで命を落とす確率はほぼゼロになる訳です。

ワクチン接種は、欧米の国々(オーストラリアやイギリスなど)では、学校でいついつに接種するというような国も多数あります。できれば、性交渉を始める前の年代、中学校1年から高校1年程度に接種することが最も有効と言われています。ちなみに、ウイルスが感染した状態だとワクチンを接種しても効力はありません。20歳以降でも同じことが言えて、いま感染していないのであれば、ワクチン接種は有効です。



原則、3回はワクチンを。

# STORY\_13

## <第13話> ちよっと待た!の巻♪

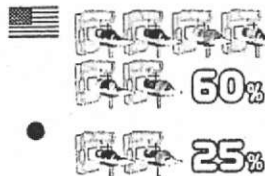
がんと聞くと手術というのが一般的なイメージですが、手術以外に多くの治療法が存在しています。その一例としては、放射線治療の割合が日米で大きな開きがあること。欧米ではがん患者さんの5割~6割が受ける放射線治療を、日本では25%程度にとどまっています。

また、抗がん剤だけで、がんを完治させることはできません。従って、手術と放射線治療ががん治療の中でメインプレーヤーに相当します。

がんと分かたら、すぐに手術、という訳でなく、色んな治療法を自ら選ぶ姿勢が大切です。発展的な内容としては、ある医者に1つの治療法を勧められた場合でも、他の医師に意見を求める。このことを「セカンド・オピニオン」(2つ目の意見という英語です)と呼ばれますが、これをぜひ受けることが望まれます。



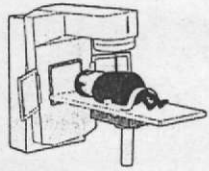
実は色んな治療法がある。



P.7

## STORY\_14

<第14話> 治療法は色々ありますよの巻



放射線と聞くと「焼く」「怖い」というイメージがありますが、正しく治療に使えば、何も怖くありません。実際、放射線治療で患部あるいは皮膚の温度は1/1000℃も上がりません。さらに放射線治療は入院をしなくてもいいほど、簡単に済む治療です。アメリカなどではそれが常識ですが、入院する必要がなく、家事や仕事をしながら通院のかたちで行なうことが普通になっています。

にもかかわらず、日本では4人に1人しか受けていない現実があります。

放射線治療以外にも有効な治療方法が存在しています。

手術は、がんの病巣、また場合によっては病巣の周辺のリンパ節を取り除く方法。

放射線治療は、がんの病巣あるいは周辺のリンパ節にX線などの放射線を照射する。このことによって、結果的にはがん細胞をゼロにするということにより、手術と同程度の効果を上げる方法です。

抗がん剤は、飲み薬あるいは点滴として薬物を身体の中に投与するもの。抗がん剤は全身に薬物が行き渡りますので、特に転移が広がった場合などに行なわれることが多い。

進行がんあるいは転移しているような状況に行なわれることが多い。抗がん剤は進歩もめざましく、副作用を抑えたり、吐き気を抑える薬なども開発されています。

## STORY\_15

<第15話> がんの痛みはとうとうの巻



がんによる痛みは、痛みをとる薬によって和らげることができます。注射や点滴によるものもありますが、ほとんどの場合は飲み薬・貼り薬といった形で行われることが多く、「医療用麻薬」という言葉のイメージと現実には少し違いがあるのです。

また、副作用はあまりないにも関わらず、日本ではアメリカの1/20しか使用されていない事実があります。痛み止めは身体に悪いという印象を日本では持たれがちですが、がんの痛みの場合には痛みをとったほうが長生きするというデータもあります。

しかし近年は、日本の医師も痛みを取る、あるいは心のケアをする、緩和ケアの研修を受けるように義務付けられていて、痛み止めの使い方などについてもかなりの進歩が見られています。適切な緩和ケアを行なうことで、がんの痛みは取ることができるのです。

P.8



## STORY\_16

<第16話> 緩和ケアの巻



生活の質を保つ方法である緩和ケアは、さまざまな苦痛を癒すことを目標としています。例えば心の痛み、経済的なもの、あるいは家族との別れなどの社会的な痛みなど、さまざまあります。そもそも自分という存在が無くならないというスピリチュアルな痛みもあります。これらさまざまな痛みを全人的な痛みと言いますが、中でもまずは身体の苦痛、とりわけ痛みが最も重要です。これを取ってこそ、他の痛みが前面に出てくる。もう少しこのことを深く考えると、痛みを取っていない日本においては、心の痛みというものがないのです。つまり、身体が痛い、心とか社会とかスピリチュアルどころではないのです。

さらに発展的な内容としては、緩和ケアは末期のみ行なわれる、つまり終末期医療と目されることが多かったのですが、実はがんと診断された初期段階から、がんの治療とともに組み合わされるべきで、心のケアなどをすることによってかえって延命するというデータもあります。つまり、治療と緩和ケアはどちらか、ということではありません。バランスやウエイトが、がんの早期と終末期で割合が異なり、早期においては治療が多くを占め、終末期に従って緩和ケアの割合が高まっていくということなのです。



## STORY\_17

<第17話> おしまいおしまい



全話の振り返りとして、がんにならないためには、禁煙+生活習慣+運動に加え、定期的な検診を受けることが大切です。

ただ、ここでは触れられていませんが、がん治療においては、がんに関するデータの蓄積が特に必要。日本では、感染症に関しては正確にデータを採る仕組みが出来上がっています(今月、何人が結核にかかったのか、など)が、がんの場合は科学的データがなく、有効な対策を打ちにくい状況が続いています。がんの科学的データを集めることは、個人情報の保護に最大限、最新の注意を払う仕組みを確立した上で、社会を挙げて取り組むことが望まれます。



P.9

平成23年8月25日

がん対策推進協議会 門田 守人会長

がん対策推進協議会委員

前川 育

学校での「がん教育」の在り方について

第22回がん対策推進協議会におきまして、学校での「がん教育」は「重要」であるとの論議に加え、小・中学校の「学校医」に「がん教育」を担当していただくかどうか、また、学校医の実態についても議論がされました。

私は、本協議会において、がん教育を必修とするよう、「義務教育段階で、正式に『がん教育』を実施すべき」という認識の一致をしてはどうかと提案いたします。

1. 「病気の中でがんだけを特別に取り上げるのはどうか」というご意見もあるかとは思いますが、しかし、「2人に1人ががんになる」という状況は、よく言われる言葉ではありますが、まさに「国民病」です。感染症が学校で正式に教えられている状況と同じように、がんについても教えることが必要ではないかと、考えます。

「がん教育」として、目指すべき方向性を論議し、「本来在るべき『がん教育』」というものを明確にすべきではないでしょうか。

2. まず、学校での「がん教育」を考える上で重要なのは、教える人（教師など）と、生徒・児童との両方からの視点です。教える人は、「教師」か「医療者」が考えられますが、やはり、立場的には教師です。ただ、教師が直ちに「がん教育」を行える状況ではありません。

この「がん教育」を行うための環境作りは文科省を中心に行われるべきですが、本協議会からも、その必要性を訴えたいと考えます。教師への「がん教育」は欠かせない問題ですが、その方法は、今後の検討課題です。

3. 一方、各小・中学校には「学校医」という制度があります。一部地域（首都圏と中・四国地域）ではありますが、「学校医」の実態を調べてみました。ほとんどの学校で内科医（小児科医含む）が存在していることが分かりました（別紙）。

ただ、学校医の「業務」に感染症に関する指導・助言はあるものの、「がん」という病気への言及はありません。また、学校医の方々は、生徒への「教育」という「業務」が前提ではありません。しかし、「国民病」ということを考えれば、学校医の方々にも何らかの形で関わっていただく方法もあるのではと考えています。ここは、重要な検討課題だと思います。

4. また、生徒への「がん教育」を、教師ではなく、「がん医療専門医」にお願いするという事も考えられます。ただ、そのためには、「教育」という現場に、「医師」が赴くという体制の議論が必要かと考えます。

5. 生徒への「がん教育」に関しては、DVDなどの映像を使う方法もあるのではないかと考えています。私は、人権教育の一環として、学校から講演依頼を受けて講演させていただくことがあります。生徒たちに、亡くなる2週間前に撮影した末期がんの患者さんのDVDを見せると想像以上に生徒たちは関心をもちます。「帰宅後、その感想を家族にも伝えているようです」と担当教師から伺っています（下記＜参考＞に生徒たちの感想の一部）。

生徒への「がん教育」かつ、親への「がん啓発」を考える意味でも、生徒の視覚に訴える方法も検討の余地があるのではないかと考えます。

#### ＜参考＞

DVDを見た生徒の感想

- ①がん患者のMさんの映像の中で、

「いろいろな精神状態になる。悲しくはないけれど淋しいよね。辛いよね」ポツンポツンと言葉をだしていく姿に、これが「死」というものに直面した時の心境なのかと、心に深く残りました。亡くなる前のMさんの映像で、がん患者さんや、家族の気持ちがよくわかりました。がんについて、もっと知っておくべきと思いましたし、知りたいです。（県立I高校）

- ②祖父ががんで亡くなったのは、私が幼い頃なので、優しいおじいちゃんの死が何故か、他人事でした。ただ、いつもは泣かない父が、泣いていた記憶があります。DVDを見て、いのちの大切さ、限られた時間を無駄にしないように生きていこうと思いました。

がんについての知識を深め、自分の健康管理に気をつけたいと思いました。私は自分一人ではなく、いろんな人に支えられて生きているので、心配をかけないためにも、自分を大切にしようと思います。（H中学校）

- ③病院で、一人でがんと闘い向き合う姿の映像を見て、がんについて何も知らなかった自分が恥ずかしくなりました。

もっと、がんについて学びたい気持ちになりました（H中学校）

<参考1>

学校医について

各市区町	担当医	業務	任命
A市(160校) (首都圏)	ほぼ全員開業医	・定期健診など ・行事前の健康診断 ・日常的な相談は電話	・教育委員会側から依頼 ・地域によっては、2～3 の開業医から選んでいる
B市(110校) (首都圏)	開業医	・定期健診など	・すべて医師会の推薦
C市(50校) (中四国)	2名を除き、 開業医	・定期健診など	・必要に応じ、教育委員 から医師会・歯科医師会 に推薦依頼
D区(40校) (首都圏)	開業医	・定期健診 ・担当医師の関わり方次第で 差がある	・ほとんど継続 ・変わる時は、医師会に 依頼
E市(15校) (中四国)	開業医	・定期健診 ・水泳・持久走大会前の健康相談	・医師会で調整し、教育委 員会に伝える
F町(15校) (中四国)	1名を除き 開業医	・定期健診 ・就学時健診 ・修学旅行前健診	・教育委員会からお願いし 学校医になってもらって いる

<参考2>

学校保健法施行規則第23条(学校医の職務執行の準則)

1. 学校保健安全計画の立案に参加すること。
2. 学校環境衛生の維持及び改善に関し、学校薬剤師と協力して、必要な指導と助言を行うこと
3. 健康診断に従事すること。(定期、臨時)
4. 疾病の予防処置に従事し、及び保健指導を行うこと。
5. 学校においては児童、生徒、学生又は幼児の健康相談に従事すること。
6. 伝染病の予防に関し必要な指導と助言を行い、並びに学校における伝染病及び食中毒の予防処置に従事すること。
7. 校長の求めにより、救急処置に従事すること。
8. 市町村の教育委員会又は学校の設置の求めにより、就学時児童の健康診断、学校の職員の健康診断に従事すること。
9. 必要に応じ、学校における保健管理に関する専門的事項に関する指導に従事すること。

小学校の専門医別(小・中学校合計 390校)

	内科	耳鼻科	眼科	小児科	整形外科	薬剤師	歯科	合計
A市160校	111	45	52				113	321
B市110校	60	17	20				70	167
C市50校	46	5	8	5			48	112
D区40校	25	16	17			25	25	108
E市15校	14	2	3				12	31
F町15校	5		1		2		7	15
計390校	261	85	101	5	2	25	275	754

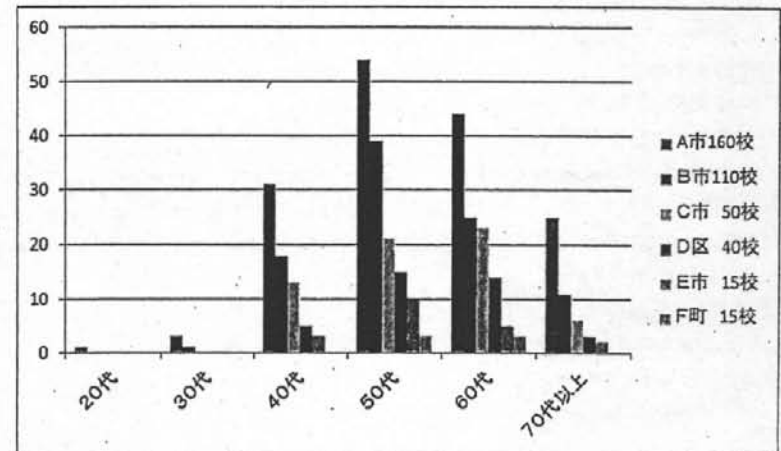
中学校の専門医別

	内科	耳鼻科	眼科	小児科	整形外科	薬剤師	歯科	合計
A市160校	51	35	38				51	175
B市110校	34						35	69
C市50校	20	5	7	2			21	55
D区40校	12	10	11			11		44
E市15校	6	2	3				5	16
F町15校	4				1		6	11
計390校	127	52	59	2	1	11	118	370

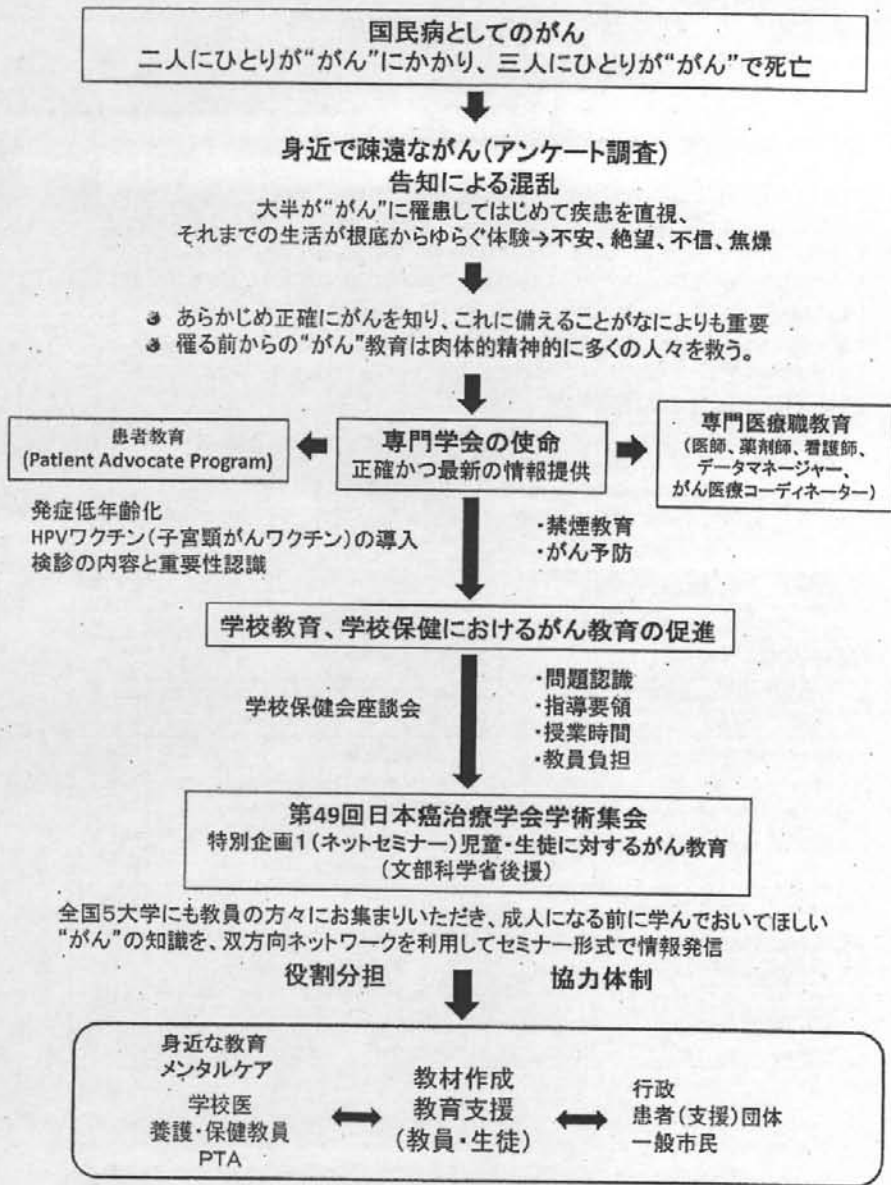
学校医年代別(内科医のみ)

	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上	合計
A市160校	1	3	31	54	44	25	158
B市110校		1	18	39	25	11	94
C市50校			13	21	23	6	63
D区40校			5	15	14	3	37
E市15校			3	10	5	2	20
F町15校				3	3		6
計390校	1	4	70	142	114	47	378

年代別グラフ



「学校におけるがん教育」へのアプローチ(日本癌治療学会)



第49回 日本癌治療学会学術総会

“Visionの共有、目標への第一歩”

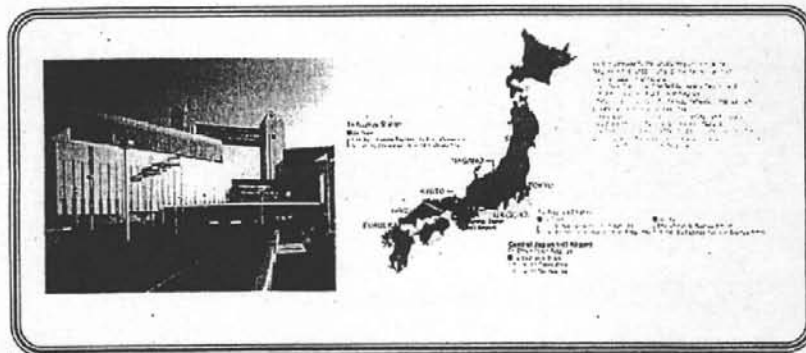
2011年10月27日(木)～29日(土)

名古屋国際会議場,

(<http://www.nagoya-congress-center.jp/english/index.html>)

名古屋市熱田区熱田西町1-1

TEL: +81-52-683-7711 FAX: +81-52-683-7777



会長: 西山正彦

(埼玉医科大学先端医療開発センター)

特別企画2(Web コンセンサスミーティング)  
患者教育プログラムを皆で決めよう

日時:10月29日(土) 14:30~17:00  
第2会場(4号館1F 白鳥ホール 席数1,200)

目的: 適正な医療は、専門知識と技術・経験を持った多職種の医療チームのみではなく、患者やその家族をも含めた協力体制によってはじめて成り立ちます。そのためには、患者やその家族も正確な知識を共有することが不可欠です。もっと「知りたい」、「学びたい」、そうした受療者やその家族の要望・権利に応えるために、患者教育が始まりました。すでに欧米ではかなり充実した規模と内容の教育が医療現場すなわち病院単位で行われていますが、日本はまだ萌芽期といえる状況です。日本癌治療学会では、学術団体としてできることとして、学術集会におけるペイシェントアドボケートプログラムや市民公開講座などを行ってきましたが、さらにいつでもどこでもだれでもが、知ることができる、学ぶことができるよう、e-ラーニングの運用を計画しています。また、ペイシェントアドボケートプログラムや市民公開講座もさらに充実した内容にしていきたいと考えています。そのためには、何を知らなければならないか、何が知りたいか、について認識を共有する必要があります。e-ラーニングの講義科目案の一覧をもとに、回答ボタンを利用して総計を確認しながら皆でこれを決める、これが本企画の目的です。なお、本企画は Web サイトでも同時公開いたします。

モデレーター:

- 杉山 徹 [第47回(2009年)学術集会会長 岩手医科大学産婦人科]  
三木恒治 [第48回(2010年)学術集会会長 京都府立医科大学泌尿器外科学]  
眞島喜幸 [NPO法人パンキャンジャパン理事]  
片木美穂 [卵巣がん体験者の会スマイリー代表]

タイトル	演者	時間(分)
【背景説明】		
第48回(2010年)学術集会ペイシェントアドボケートプログラムのアンケート結果	三木恒治 [第48回(2010年)学術集会会長 京都府立医科大学泌尿器外科学]	15
e-ラーニングの講義科目案	眞島喜幸 [NPO法人パンキャンジャパン理事]	15
【会場アンケート】 何を知るべきか、何が知りたいか		
重要テーマの選択(基礎項目)	片木美穂 [卵巣がん体験者の会スマイリー代表]	60
重要テーマの選択(専門項目)	杉山 徹 [第47回(2009年)学術集会会長 岩手医科大学産婦人科]	60

(Web サイト公開協力: キャンサーネットジャパン)

特別企画1(ネットセミナー)  
児童・生徒に対するがん教育  
(文部科学省後援)

日時:10月29日(土) 9:00~11:30  
第16会場(2号館1F 211/212会議室 席数350)

目的: 二人にひとりがかんにかかり、三人にひとりがかんがで死亡する時代を迎えた。まさに国民病である。しかしながら、いまだ「がん」に罹患してはじめてこの疾患を直視することが多く、それまでの生活が根底からゆらぐ体験をすることになる。「がん」は必ずしも不治の病ではない。あらかじめ正確にがんを知り、これに備えることがなによりも重要で、罹る前からの「がん」教育は肉体的精神的に多くの人々を救う。本特別企画では、学校教育、学校保健のなかでぜひとも伝えていただきたいという期待を込めて、全国5大学に教員の方々にもお集まりいただき、成人になる前に学んでほしい「がん」の知識を、双方向ネットワークを利用してセミナー形式で情報発信する。

モデレーター:

- 西山正彦 [第49回学術集会会長 埼玉医科大学先端医療開発センター]  
古阪 徹 [日本癌治療学会がん診療連携委員会委員長 日本大学耳鼻咽喉・頭頸部外科学]

タイトル	演者	講演(質疑)(分)
【基調講演】 学校教育における「がん」教育	森 良一 (文部科学省スポーツ・青少年局学校健康教育課教科調査官)	15 (10)
セミナー		
がんは不治の病か? (サバイバーと年次変化)	片野田耕太 (国立がん研究センターがん対策情報センターがん統計研究部)	15 10
がんの危険因子と予防 (がんワクチンも含めて)	笹月 静 (国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 予防研究部)	15 10
がんの検診:その実際と効果	平井康夫 (癌研究会健診センター所長)	15 10
がんの診断と治療の実際	塩崎 均 (近畿大学医学部長)	15 10
家族ががんになった時 (家族の心と生活の変化)	大西秀樹 (埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授)	15 10

SINET 接続大学と協力講座

	大学メディアセンター名	協力講座	
1	筑波大学学術情報メディアセンター	大河内 信弘 小田 竜也	筑波大学大学院・消化器外科学
2	東京大学情報基盤センター 東大本郷キャンパス浅野地区情報基盤センターネットワーク部門	赤座英之 河原 ノリエ	東京大学先端科学技術研究センター「総合癌研究国際戦略推進」寄付研究部門
3	大阪大学サイバーメディアセンター 情報企画課	松浦成昭	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻機能診断科学講座 分子病理教室
4	岡山大学総合情報基盤センター 情報統括センター	松岡順治	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科緩和医療学講座
5	九州大学情報基盤研究センター	前原喜彦 調 憲	九州大学大学院 消化器・総合外科(第二外科)

出席者: 学校保健会関係者

## 学校保健とがん教育

「がん」という疾患には、ウイルスや生活習慣など様々な背景があります。あらかじめ正確にがんを知り、備えることは重要です。日本癌治療学会では、10月の学術総会の中で、がん教育を取り上げます。それに先立ち、がんの教育について、各ご出席者の方々に話をいただきました。

文部科学省  
 青少年局 学校健康  
 教育課 課長 菅野 良一  
 財団法人日本学校保健  
 協会 事務局長 國雄  
 厚生医科大学先端医療  
 研究センター 教授 西山 正彦  
 東京大学先端科学技術  
 研究センター 特任助教 アフガン  
 ラム 主幹 河原 ノリエ

### がんの教育の必要性

今日はがんを学校現場で教えるというテーマです。今日ばかりでいいと思います。それでは、日本癌治療学会として、教育現場でのがんの教育の試みをすすめている西山先生からお話を聞いていただきます。

結論から申し上げますと、ぜひとも、がん教育を学校教育の場に取り入れていただきたい。日本癌治療学会としては、その導入や実施に対して、積極的に協力・支援していきたいと考えております。

がんの罹患率が年々増加し、現在、国民の二人に一人は一生のうちならかのがんにかかり、三人に一人はがんで死亡しています。もはや、がんは避けては通れない国民疾患となりました。ところが、がんを告知された時、ほとんどの患者さんは、頭の中が真っ白になったといわれます。二人に一人はがんになる世の中で、日常感に耳にする疾患なのに、告知によって初めて“自分たちの問題”として意識するという状況なのです。無理もないことですが、冷静な判断ができなくなることは大きな問題です。がんでは自分の病状・病気を正確に知り、適切な治療を選択することが重要です。もし、がんになる前にがんをよく知っていたら、がんに対する対応はずいぶん違ってきます。そのためには子どものうちから少しずつ知識を得ておく必要があります。また、年々がんは若年化する傾向がでて、子どもの頃に両親が亡くなる場合も増えています。これは子どもにとって実に大きな出来事です。なので、がんにならないためにはどうすべきか、がんになったらどうするか、また、家族ががんになった時どうサポートするか、などを考える機会、またそのための正確な知識を、早くから学校教育の場に取り入れていくほうがいい。今回、日本癌治療学会の学術総会では、文部科学省のご後援のもと学会会場に加え、全国の5つの大学を会場とし、学校で保健教育にかかわる皆様にお

集まりいただく機会を設けます。がんとは何か、がんの現状などについてがんの専門家にお話しいただき、まずは教育現場の方々にとれらるを正確に知っていただき、がんは必ずしも不治の病ではありません。がんを宣告された男性の45%、女性の54%の方が、その後5年以上生存されています。この事実を知るだけでも、告知時に、絶望のため頭の中が真っ白になるということは少なくなります。今回の学術総会では、がんは不治の病か、がんの危険因子と予防、がん検診、診断と治療、家族のがんの時の対応をテーマに、討議いただく機会を用意いたしました。多くの関係者の皆様にご参加いただき、これをきっかけに学校教育の場でぜひともがんを取り上げていただければと思っています。それにより、より良い医療が受けられるようになり、がんの医療レベルも上がるものと思います。

今回の学術総会では、名古屋の会場を拠点に全国5つの大学とテレビ会議システムでつなげるということですが、全国の学校の先生方にも大勢ご参加していただきたいと思っています。

### 学習指導要領とがん教育

では、学校現場、学校保健の分野ではがんを現状でどう捉えているのでしょうか。

私は学校医であり、脳外科医でもあるわけですが、以前のがんの告知は、患者さんの家族や親類でもなるべくしっかりした人を選んでがんを告知していた時代がありました。現在は、事実について、家族とその本人にも告知するという時代になりました。となると、子どもと一緒に家族のがんを告知されるという場合もあり、やはり、子どもの頃からがんの教育は必要なのではないか、生活習慣に関する大切さ、早いうちから知識を持って検診を受けるなど、学校教育の中で入れていく必要があるのではと思いました。そうすると、日本癌治療学会の方々の取組は心強く、本会が何



らかの形で手伝いでできればと思っています。

そこで、なんとかして教育現場に取り入れられないかということなのですが、これまでいくつかの学校でがんの教育をやっているのですが、中には文部科学省の学習指導要領の中にはいっていないから関われないというケースがありました。現場の養護の先生方もがんの教育に想いを持たれている方は多いと感じるのですけれど、現状ではどれかも点でしかなく、線面にはならないですね。そこどころご意見をお聞かせいただきたいのですが。

教育課程の基準は学習指導要領で示されています。学習指導要領における保健の記述は、例えば疾病の予防では「感染症」「生活習慣病」などの大枠で示されており、個別の疾病についてまで示されていません。また、学習指導要領の解説では、インフルエンザや結核など発達の段階に合わせた疾病を例示していますが、悪性新生物については高等学校で示されています。ただ、例示にある疾病をすべて取り上げなければいけないわけではありません。疾病の予防の原理・原則を理解するために何が適しているかを学校が考え、教材づくりに取り組んでいるのです。ですので、がんが、疾病の予防の原理・原則を学ぶ上で典型的な疾病になるかどうか、より多くの学校で指導される機会となります。ほかに、がんについては、喫煙の防止において肺がん、保健医療機関の有効活用で検診など様々なところで取り扱われています。がんを教えること、このことの意義や価値を様々な場で伝えていただくことが、多くの学校でがんを教材として選択することにつながるかも知れません。視点を変えて、健康教育全体から見ると、たとえば、歯科保健では、子どもたちが実感を持って学習することができるので分かりやすく、むし歯や歯肉炎の子どもが減るので成果が見えやすい。そのよさを生かして歯科保健を核としながら健康教育全体に迫ることができそうです。がんを中心とした教育が健康教育全体に寄与できると言えるようでしたら現場は受け入れるのではないのでしょうか。

今の話を受けて日本学校保健会としてはいかがでしょうか。

たとえば性教育ですが、これまで現実問題として必要性を認めて提案してきたのですが、文部科学省としては今の説明にありますように、指導要領の中にはないことはなかなか難しい。学習指導要領中でのがん教育を明記するのは難しいのではないかと思っています。具体化しやすいのは、子どもにがんの教育をするということは、家庭に伝わっていき、地域の活動としてもつながる。学校保健安全法の中では、学校だけでなく、地域を活用して学校、家庭、地域が連携して

健康教育を行うようになっていますが、学校医や医療関係者が子どもに直接教えていくのが一番の近道ではないか、三者が連携してやれる。学校保健委員会の中で扱っていくということが一番具体化しやすい。文部科学省も認めてくれるのではないかと、それには、まず、一つは、各学校には、学校医、歯科医、薬剤師がいます。その人たちの集まりのところががん教育の必要性を指導していただき、それを各学校へ持って帰っていただく。直接各学校へ出向いて行かれるのは大変です。今回の学校保健安全法では、校医の任務として保健指導、保健教育をすることが入りました。第6条の疾病の予防には、がんの予防も入ると思います。法に合ったものやっていくのであればいいのではないのでしょうか。

### がん教育の進め方

医療と教育という社会の根幹にあたるある部分を日本学校保健会が担われて戦前までは核を作ろうとした動きがあったわけですが、戦後のGHQの政策で絶たれてからというものは、医療と教育がうまくかみ合っていないような気がするのですが。

実はがん対策は国策なのです。がん対策基本法が国会全会一致で可決され、国を挙げて、様々な分野の皆さんが力を合わせ、がんを撲滅するための活動を推し進めている。教育現場も例外ではないはずですが、こうした動きはまだ十分に学校教育の場には届いていません。がん診療連携病院などができ、地域の医療連携も整いつつあり、一般に向けてのがん教育は、こうした施設や機関などが主催する市民セミナーなどの形で全国で進められています。それ以外にも、多くの市民公開講座なども実に多く開かれています。がん教育にはいろいろなシステムが必要なのですが、ただ一点、将来を大人になっていく子どもたちの教育、その部分だけはいまだ未開拓の領域です。先ほど、歯科保健のように、効果すなわち改善状況が、目に見えるというお話がありましたが、がんの場合、発症年齢から考えて、短期間に直接的な効果は見えにくい。もしそうした指標をということならば、検診率があげられるかも知れませんが、検診により、明らかに死亡率が減るがん腫があります。その必要性を、早めに教えてあげること検診率が上がり、死亡率が下がるという効果が生まれる。これは数字としてあらわれる。もう一つは、がん予防の面です。予防できるがんも少しずつ増えてきました。たとえば子宮頸がんの場合、早めにワクチンを接種するのが有効だとされています。ただ、どこで、いつ、何度、どうして接種しなければいけないのか、経済的な支援が受けられることも

知らない方も少なくありません。早期からのがん教育は、こうした予防や早期発見に結びつくものと考えられます。

乳がんについても自己検診の方法を教えることで早めに気がつくこともできます。また、早くからワクチンを受けられるというチャンスを正確に教えることで、次のステップに進むこともできます。みんなでノウハウを活かし、専門分野をして、がんになる前から広く知っていただけるシステムを作りたい。私たちも教材や、情報を提供していきたい。小学校では低学年向け、中学年向けなどの視聴覚教材などを関係者とともに作っていくことで、現場の先生方の負担も減らさうと。ただ、まだがんについて早いうちから教育をしようという最初のコンセンサスが得られていない。これを確定したうえで、学校医の方にお願いすべきなのか、養護教諭の方なのか、担任の先生方なのか、また、どのような形でできるのか、結んでいく必要があると思います。ただし、先ほどお話にありましたが、がんに対して細切れにいろいろな領域に分散するよりも、ある程度まとめて教育するほうが効果的だと思います。

子どもたちの発達の段階を踏まえると、多様な進め方が考えられると思います。雪下専務から話のあった学校保健委員会を中心に学校医と連携し、家庭・地域を巻き込んでいく方法や、学校が選択できる教材を提供していく方法など。学習指導要領では、子どもの発達の段階を踏まえて小学校は身近な生活、中学校個人生活、高等学校は個人及び社会生活に関する内容構成になっています。疾病の予防に関して言うと、小学校では、直接がんを取り扱っていませんが、望ましい生活習慣を身につける必要性について学びます。これはがんの予防につながると思います。解説では高等学校でがんを取り扱うことになっていて、検診についても新しく示されました。

子宮頸がんの場合、性行為との関連も重要ですが、小学生にそのような話をすべきかどうか、中学生でも個人によって違いはあると思いますが、早めに知らなければならぬ事実の一つです。今日をきっかけとして、学校関係の中で、がんがどう扱われているのか、私たちの認識とどれだけのギャップがあるのか、などがわかれば、すり合わせることもできる。もっといいものができると思うのですが。

### 学校保健の中でのがん教育

学校保健の中でどういう扱いをするのがいいのかが具体的にはどうお考えですか。

高校では、できれば保健体育科の一項目として

扱ってもらいたい。それ以前の段階では、DVDとかと一緒に作成することは可能なので、年に数回でもこれを視聴する機会を作っていたらいい。保護者会などで機会をつくってもらうなども方法の一つだと思います。その段階と目標については、話し合いの中で確定していきたいと思っています。

学校の教科の中で行うのと、それ以外で行うのは違いです。保健体育教科は一年間の中で保健の授業となると実施時間はあまりありません。保健体育の先生、担任の先生にできるかどうか、現実問題としては性教育でも1、2時間取れることも大変。なので、性教育は私が日本医師会に在籍した時に地元の婦人科専門医がやるということで専門医制度を文科協の協力をもらってできるようにしたのですが、それも制度化までいまだにできない。性的問題も大変で、必要性も認識しているのですが、なかなか認められていません。学校保健委員会の中で取り上げる時間を作ってもらって、そこから入っていかないといけないと思います。

健康教育については教科保健以外でも実施されています。教育課程の枠組みを理解していただけるとありがたいです。教科保健は国民に必要な最低限の健康・安全に関する指導内容を体系的に示していますが、特別活動、総合的な学習の時間は学校等が課題等を選択することができます。その際においても、様々な課題がある中で、その必要性を現場にどう伝えられるかが大切となります。

最初から教科で取り入れられるのは難しいというの理解です。現状で、できる可能性があるとしたら高校だと思いますが、実は高校からでは遅いように思います。まずは、重要性の認識が共有できるかどうかです。総論賛成、各論反対では前に進みません。多くの方にがんを早めを知ってもらう。これには、早期からの学校等での教育が重要ですが、市民公開講座では限界があります。学会として、がん撲滅を目指してできる限り正確な情報を幅広く提供する。その社会的使命を果たしていきたいと思っています。この10月の学術総会では、森先生にも講演をさせていただく予定になっています。より多くの学校関係者の方々にがん教育の重要性を認識していただき、ご意見をいただきたい。次の機会があれば、内容をさらにステップアップさせていきたい。専門医、メディカルスタッフの教育、患者さんの教育と合わせ、将来へ向けてぜひともつなげていきたいと思っています。

川原 本日はどうもありがとうございました。それぞれが抱えている課題がみえてきました。これをきっかけにして、いろんな人が集えるような場を作っていたきたいですね。

平成 23 年 8 月 11 日

厚生労働省がん対策推進協議会会長 門田守人様  
厚生労働省健康局がん対策推進室室長 鷲見 学様

がん対策推進協議会委員  
松本陽子

### **第 23 回がん対策推進協議会 協議事項について**

第 23 回がん対策推進協議会を欠席いたしますので、協議が予定されている内容に関して、下記の通り意見をとりまとめました。協議に反映されるようお取り計らいくださいますようお願い申し上げます。

#### 記

#### **1. がん教育について 若年期でのがんの特化した教育への取り組みの実施**

年間 34 万人ものいのちを奪う「国民病」であるがんについて、若年期から段階に応じて正しい知識を身につける機会を設けることを要望します。（前回協議会に資料提出）

前回協議会での文部科学省からのご説明を受け、指導要領の改訂まで年数がかかることを考慮し「副読本」のような形での早急な取り組みを要望いたします。実施にあたっては患者・家族などの意見が反映され、連携して行われることを要望します。

#### **2. 緩和ケアについて 患者と家族に対しての「初期から切れ目のない緩和ケア」の実施**

##### **(1) トータルペインへの取り組みの強化**

薬による疼痛コントロールだけでなく、トータルペイン（心の痛み、社会的な痛み、スピリチュアルな痛み）への対応が強化されることを要望します。

##### **(2) 家族ケアへの取り組み**

第 2 の患者とも言われる家族へのケアの充実や、遺族へのグリーフケアなどへの積極的な取り組みを要望します。

##### **(3) 在宅緩和ケア支援体制の強化**

介護保険や地域の医療資源（医療、看護、介護など）の利用がスムーズに行える体制の強化を要望します。

##### **(4) 緩和ケアチームの活動強化**

「緩和ケアチーム」が、設置数で評価されるだけでなく、十分に活動できる体制の強化を要望します。

以上