

# がん対策について (委員提出資料)

資料 4-1	内田委員資料
資料 4-2	海辺委員資料
資料 4-3	大江委員資料
資料 4-4	垣添委員資料
資料 4-5	角田委員資料
資料 4-6	田島委員資料
資料 4-7	富樫委員資料
資料 4-8	本田委員資料
資料 4-9	門田委員資料
資料 4-10	山田委員資料

第 1 回がん対策の推進に関する意見交換会

日本医師会常任理事 内 田 健 夫

がん診療に関する医師会の役割

- 1, 各種がん検診
  - ・ 受診率向上
  - ・ 精度管理
  - ・ 均てん化
  
- 2, がん在宅医療
  - ・ 疼痛管理
  - ・ 栄養管理
  - ・ 呼吸管理
  - ・ 服薬管理
  - ・ 終末期医療
  - ・ 治験
  - ・ 多職種との連携体制
  - ・ 病診・診々連携
  
- 3, 医師会からの情報提供
  - ・ がん検診研修会・カリキュラム整備
  - ・ 在宅医療研修会・カリキュラム整備
  - ・ 終末医療研修会・カリキュラム整備
  - ・ 「かかりつけ医」等の認定医、専門医制度

# がん医療の問題点

## がん難民問題を中心に

2006年11月20日

癌と共に生きる会

海辺陽子

## 「生きたい」

⇒治るためならなんでもする

それがかなわないときは？

◎なるべく長く生きたい

⇒効果のある治療・見放さない医療

◎普通の生活がしたい

⇒痛くない・辛くない

大切な2本の柱

## 「普通の生活がしたい」

がんと診断されたときから緩和は始まる

### ●緩和ケア

- ・支持療法(副作用対策・だるさ・浮腫)
- ・疼痛コントロール(WHO方式)

→除痛率80%以上達成の数値目標設定  
医療機関の除痛率公開など

#### その他重要課題

経済的サポート(子育て支援など)  
社会的サポート(仕事がしたい！)  
精神的ケア(精神腫瘍医によるケア  
およびピアカウンセリングなど)

## 普通の生活がしたい

### ● Aさん

- ・地方在住
- ・大腸がん手術後  
肝転移、肺転移
- ・週のうち4日は寝込む  
辛い抗がん剤治療

### ● Bさん

- ・首都圏在住
- ・直腸がん  
肝転移、肺転移
- ・週1日外来治療
- ・会社勤務を継続
- ・苦痛はない

## がん診療「連携」拠点病院の意義



- ・いつでも
- ・どこに住んでいても
- ・だれでも

### 「暗黙の三剤ルール」？

「あなたにはもう治療法がない」ではなく  
「最期まで見放さない医療」を実践して欲しい

がん難民

### 患者のニーズ:キーワード

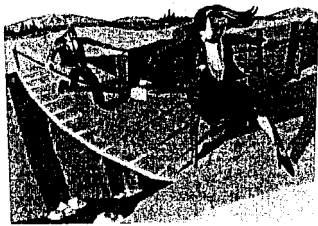
「見放さない」「オーダーメイド」「辛くない」

現状では、そういう医療にたどり着けない  
「ホスピス・在宅緩和ケア」以外の選択肢がない

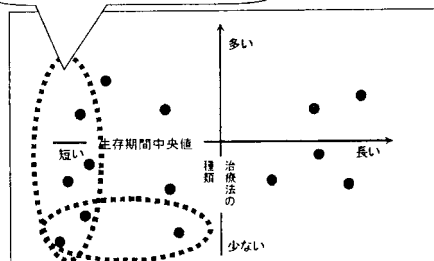
## 「見放さない」「オーダーメイド」「つらくない」 のために必要なものは？

- がん医療に長く携わった専門医
- エビデンス(世界標準)に基づいた医療  
→エビデンスのない医療との区別  
未承認薬使用も視野に
- 緩和ケア実践(支持療法・疼痛緩和)
- インフォームドコンセント&チョイス
- 患者の義務・責任も定義

## 「近道」がほしい



置き去りにしないで！



EBMに基づけば、5年の経過観察が必要であることも重々承知しており、その重要性を否定するものではない。

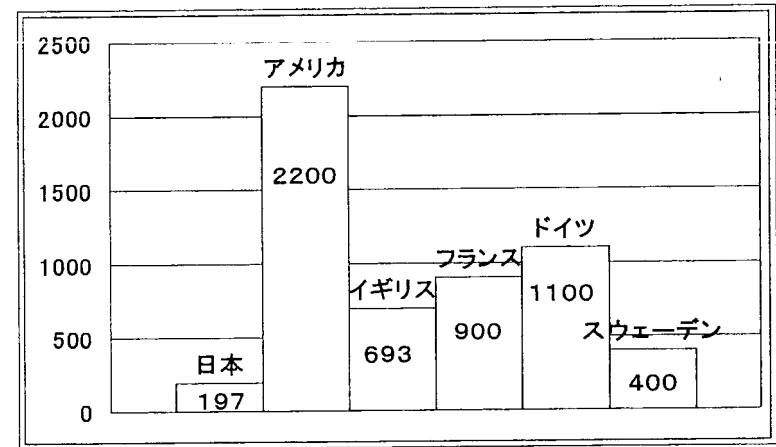
だが、1年後、2年後の生存が難しい患者グループの人たちにとっては、5年後の話がされても、待つことが出来ない。

立派な橋ができるまで、何年も待てない患者たちにとっては、それが崩れるかもしれない危険なつり橋であつても、渡って見ない限り、今を越えられないなら、わたりたい。

1年、2年という途中経過の段階でも、信頼のある、エビデンスレベルの高い学会報告などで、非常に良い治療薬や治療法が発表された場合には、希望する人には迅速に取り入れることが出来るような、「近道」も考えるべきではないか。

ある程度治療法が確立していて進行も穏やかながんと、殆ど有効な治療薬がないがんとでは、ニーズも安全性のハードルも違ってくるということを忘れないで欲しい。

## 【承認審査等の審査人員の国際比較】



- 海外と比べ平均4年の遅れ
- 世界シェアトップ100のうち31が未承認

## 在宅緩和ケアだけでよいのか？

◎方向性を定めるためにも患者の意識調査が必要→情報の分析・開示

患者の希望を踏まえた計画策定を

- 家族構成(核家族化、独居者)
- 住居環境(地域によるニーズの違い)
- 痛い・辛いときに「戻れる場所」としての  
病院のベッドの存在

◎モラルハザード

◎がん医療未経験の緩和ケア医でよいのか

# 現在進行中

課題: 忘れていませんか?

## ●がん対策情報センター

情報の収集・開示・がん登録  
(分析・評価・指導)

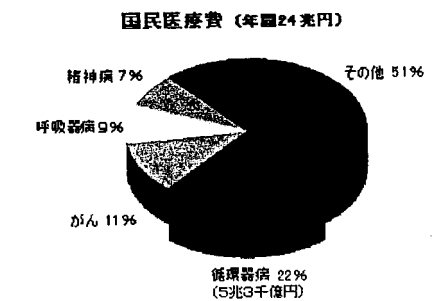
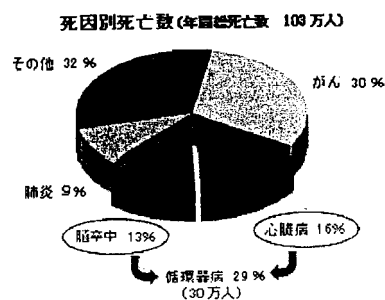
## ●患者相談支援センター

患者参画

ボランティア教育プログラム  
ボランティア参加者要件  
2月4日のヒアリングはどこに?

国主導だからこそ出来る部分

## ◎医療費・診療報酬の再点検 →32万人が亡くなるがん医療は 総医療費の11%(循環器病の約半分)



(国立循環器病センターホームページより)

ご清聴ありがとうございました

## がん対策の推進に関する意見

日本臨床腫瘍学会理事・国立がんセンター中央病院 13A 病棟医長 大江裕一郎

## 1. がん治療の専門医、特に腫瘍内科医、緩和ケア専門医、放射線治療専門医の育成

## A. わが国のがん診療の現状

日本		米国		比
人口	1.281億	人口	2.982億	43%
医師 (2004)	249,574	医師 (2004)	632,818	39%
日本内科学会認定医 (専門医)	55,278 (10,573)	内科医	186,858	30%
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医	47	腫瘍内科医	10,016	0.5%
日本血液学会 認定血液専門医	2,119	血液内科医	6,122	35%

表に日米の医師数・専門医数の比較をしてしたが、人口比を考えると、医師数、内科医数、血液内科医数は日米で大きな違いはない。しかし、米国には1万人を越える腫瘍内科医がおり、米国並みに総てのがん薬物療法を「がん薬物療法専門医」が実施する体制を我が国で構築するには、少なくとも3000名程度のがん薬物療法専門医が必要となる。

がん診療の実態を把握するために、厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業「効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究」班(主任研究者:大江裕一郎)で、わが国のがん診療の中心である大学病院(分院を含む)、がん専門病院および地域がん診療拠点病院におけるがん専門医のアンケート調査を平成17年7月に実施した。大学病院、全国がん(成人病)センター協議会加盟病院および地域がん診療拠点病院262施設の施設長にアンケートを送付し157施設(59.9%)より回答を得た。

主にがん患者の化学療法などの内科的治療のみを実施している、いわゆる腫瘍内科医(血液内科医を含む)は合計876名おり各施設の平均は5.7名(0-66名)であった。しかし、70施設(44.6%)では、1名も腫瘍内科医が勤務していなかった。現在、主に化学療法を内科医が実施している施設は12施設(7.6%)のみで、大多数の施設では外科医も化学療法を担当していた。しかし、将来的には腫瘍内科医もしくは薬物療法の専門医が化学療法を実施すべきであるとする施設が多数を占めていた。

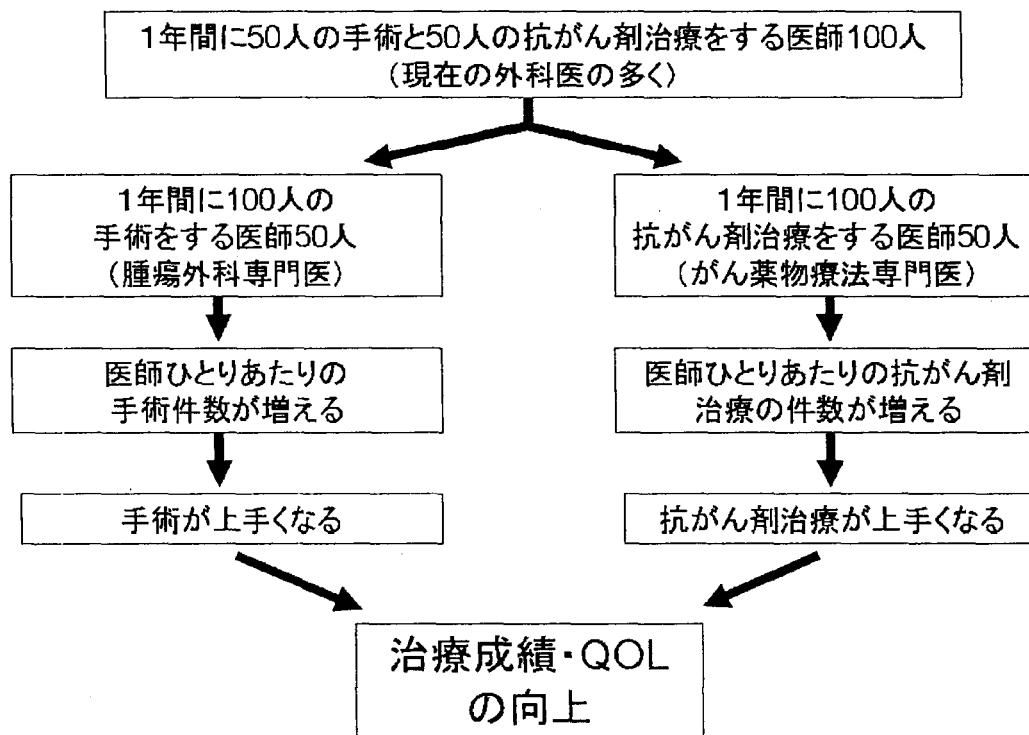
緩和ケアを専門とする医師は、64施設(40.8%)で1名も勤務しておらず、21施設(13.4%)では1名しか勤務していなかった。

放射線治療を専門とする医師は合計で341名であったが、全く勤務していない施設が24(15.3%)、1名しか勤務していない施設が58(36.9%)であった。

## B. 専門医によるがん診療の利点

現在は、腫瘍内科医が不足しているために抗がん剤治療は外科医も実施せざるを得ない状況となっていることが、アンケート調査の結果からも明らかである。理想としては、「1年間に50人の手術と50人の抗がん剤治療をする医師100人」という現状を、手術を専門とする腫瘍外科専門医(1年間に100人の手術をする医師50人)と薬物療法を専門とするがん薬物療法専門医(1年間に100人の抗がん剤治療をする医師50人)に分けるのが効

率的である。これによって、腫瘍外科専門医 1 人当たりの手術件数は増加し、がん薬物療法専門医 1 人当たりの化学療法の件数も増加する。医師 1 人当たりの症例数増加は、治療成績向上に繋がると考えられる。



### C. 専門医不足の原因と対策

欧米に比較してわが国で、がん専門医、特に腫瘍内科医が不足している理由として、わが国では大学で臨床腫瘍学を系統的に教育する講座が極めて少なく、臓器別の講座により個別に各臓器のがんに対する講義が行なわれているに過ぎないことが指摘されている。現在の卒前教育のカリキュラムでは腫瘍学の教育が十分ではない。また、内科学の一分野として腫瘍内科学が位置づけられていないことも大きな問題である。我が国でも将来的には、臨床腫瘍学教育の充実、専門医制度の定着などにより、腫瘍内科医が抗がん剤治療を実施する体制を構築するべきと考えるが、専門医の育成のためには、全医学部・医科大学での腫瘍内科学・臨床腫瘍学講座の開設が必要である。また、高度に専門化した現在の医療体系・女性医師の増加などの要因を加味すると将来的にも医師が過剰になるとは考えにくく医学部定員の増員を検討すべきである。

- 中長期的対策： 全医学部・医科大学での腫瘍内科学・臨床腫瘍学講座の開設  
医学部定員の増員
- 短期的対策： レジデント制度の充実・待遇改善  
コア・カリキュラムの改訂（腫瘍学の充実）  
医師国家試験への臨床腫瘍学に関する出題数の増大  
専門医制度・教育セミナーへの支援



## 2. 臨床試験の推進

がんによる死亡数を減少させるためには、禁煙などの生活習慣改善による予防、検診による早期発見・早期治療などとともに抗がん剤などの新しい治療法の開発が重要である。現在、抗がん剤開発を実施しているグローバル企業においては、臨床開発を含めると数千名規模の社員が新しい抗がん剤開発に従事し、1000億円前後を年間開発費として支出している企業も少なくない。したがって、新しい抗がん剤のスクリーニング・基礎的な開発はグローバルな製薬企業に委ねられていると言っても過言ではない。しかし、非臨床試験で有望な物質を、抗がん剤として患者さんに提供するには臨床試験が必須であり、そのための基盤整備は行政的見地からも極めて重要である。

### A. 治験コーディネータ（CRC）の増員・定員化

質の高い治験を実施するには、CRCの協力が不可欠であるが、CRCが治験を実施している各病院で充足しているとは言いがたい。CRCを充足させるにはCRCの養成が重要であるが、現状では定員化されたCRCは非常に少なく、CRCという職種に関心をもっている人材は少なくないものの条件面の問題が障害となって優秀な人材が十分に確保できていない。したがって、CRCの定員化および非常勤CRCの勤務条件改善が急務である。また、多くの医学部に併設されている保健学科にCRCの養成コースを設け、将来はCRCを国家資格とすることが望ましい。

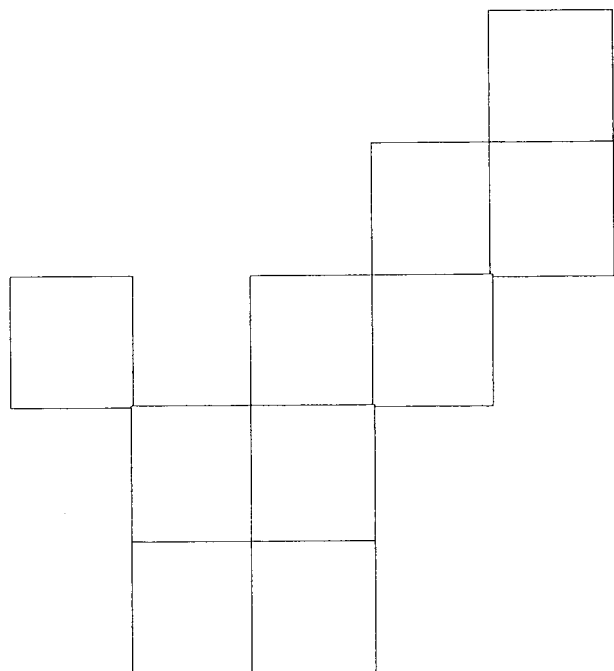
### B. 治験の簡素化

新しい有望な抗がん剤を患者さんに早く届けるためには、治験を迅速に実施することが必要であり、治験の簡素化が必須である。わが国では、過去に適切ではない治験が実施されていたことに対する反省もあり、現在ではGCPの運用が極めて厳格に実施されている。その為に形式主義が横行し、非現実的な対応、過剰なモニタリング、不必要なデータ収集が行われており、これらによる労力・時間・費用の浪費が過大となっている。これがわが国で実施される治験の高コスト・低スピードの原因でもあり、グローバル企業のみならず国内の製薬メーカーまでもがわが国での治験実施をさけ海外での開発を優先させている、いわゆる治験の空洞化に繋がっている。その為に、わが国では海外で標準的に使用されている薬剤が使用できない事態となっていることを憂慮し、GCPの弾力的な運用を行うべきである。重箱の隅を楊枝でほじくり、些細な間違いを指摘するような実地調査は有害無益であり、最低限必要な被験者に対する倫理性・臨床試験としての科学性が確保されているか否かを調査・指摘すべきである。

### C. 研究者による臨床試験の推進

治験の結果に基づき、新しい抗がん剤が承認されても、その薬剤が直ちに標準的ながん治療に組み入れられるとは限らない。一般的に治験段階では、単剤での有効性が評価され承認されることが多いが、一般臨床では抗がん剤が単剤で使用されることは比較的稀であり、多くの場合には他の抗がん剤との併用で使用されている。企業が実施する治験や製造販売後臨床試験でも代表的な多剤併用療法は検討されているが、研究者が自主的に実施する臨床試験で検討される場合が多い。また、一般臨床では放射線治療や手術などの他の治療法と併用して抗がん剤を使用する場合が多いが、製薬企業が放射線治療などとの併用で試験を実施することは極めて稀である。わが国では、JCOG (Japan Clinical Oncology Group)、WJTOG (West Japan Thoracic Oncology Group)などの臨床試験研究グループでの共同研究で、放射線治療などとの併用、すなわち集学的治療の臨床試験が実施されている。JCOG、WJTOGなどの研究グループでは、これまでも数々の世界的な研究業績を発表しているが、いずれのグループでも人的・財政的な基盤は極めて貧弱であり、これらに対する支援は重要かつ即効性がある対策である。





# 第一回 がん対策の推進に 関する意見交換会(資料)

全国がん(成人病)センター協議会会長  
国立がんセンター総長

垣添 忠生

# 国立がんセンター設立準備委員会 意見具申書の概要 (昭和35年8月とりまとめ)

1. 診断治療機関を体系的に整備せられたい。
  - (イ) 東京に理想的ながんセンターを設立して施策の中核たらしむこと。
  - (ロ) わが国の地形的特性からみて各ブロック毎に国(公)立の第2次センターを整備すること。
2. 国立がんセンターの運営に当っては次によられたい。
  - (イ) 病院部門においては、
    - (1) 診断部門に重点を置くこと。
    - (2) 晩期がん患者の積極的治療を行ない治療費の減免措置を考慮すること。
    - (3) 診断治療に関する医師及び技術者の養成研修を行なうこと。
  - (ロ) 研究部門においては、
    - (1) 臨床に関する研究から着手し、漸次基礎的研究に拡大すること。
    - (2) 薬効試験研究を行なうこと。
    - (3) 研究の助成流動研究員等の方法により研究の全国的協力体制を作ること。
  - (ハ) がん研究の情報センターとしての機能を発揮せしむること。
  - (ニ) がんセンターの運営に当っては行政部局との連繋を密にすること。

# 全国がん(成人病)センター協議会の概要

全国がん(成人病)センター協議会は、もっぱらがんその他の悪性新生物に関し、予防、診断及び治療、調査研究並びに医療関係者の研修を行う病院、または、これに準ずる医療施設から構成されている。

構成される施設間の緊密な協力により、わが国のがん予防、診断及び治療等の向上に資することを目的として、がん予防、診断及び治療等の向上にかかる調査及び研究、施設運営上の諸問題に関する調査及び研究などの事業を行っている。また、施設間での教育研修も実施している。

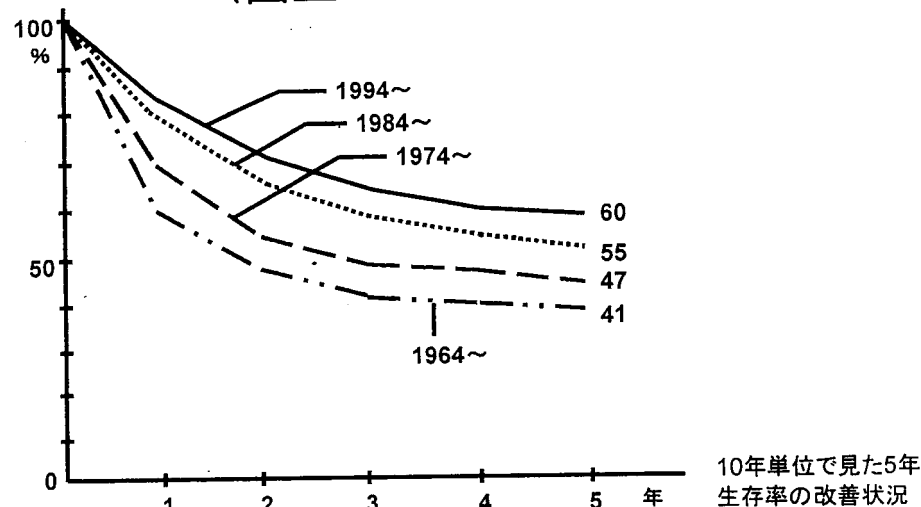
■現在、30医療機関が加盟。うち、がん診療連携拠点病院は次のとおり。

- 都道府県がん診療連携拠点病院 5医療機関
- 地域がん診療連携拠点病院 21医療機関

## 全国がん(成人病)センター協議会加盟施設

施設名	設立年
1 癌研有明病院	1934
2 大阪府立成人病センター	1959
3 山口県立総合医療センター	1960
4 新潟県立がんセンター新潟病院	1961
5 国立がんセンター(中央病院)	1962
6 兵庫県立成人病センター	1962
7 神奈川県立がんセンター	1963
8 愛知県がんセンター	1964
9 国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター	1965
10 国立病院機構四国がんセンター	1966
11 国立病院機構北海道がんセンター	1967
12 宮城県立がんセンター	1967
13 山形県立がん・生活習慣病センター	1967
14 富山県立中央病院	1968
15 岩手県立中央病院	1969
16 滋賀県立成人病センター	1970
17 群馬県立がんセンター	1972
18 千葉県がんセンター	1972
19 国立病院機構九州がんセンター	1972
20 国立病院機構名古屋医療センター	
21 国立病院機構大阪医療センター	
22 佐賀県立病院好生館	
23 福井県立病院	1974
24 埼玉県立がんセンター	1975
25 東京都立駒込病院	1975
26 栃木県立がんセンター	1986
27 国立がんセンター(東病院)	1992
28 茨城県立中央病院	1995
29 青森県立中央病院	
30 静岡県立静岡がんセンター	2002

## 5年生存率の改善の状況 (国立がんセンターにおける診療)



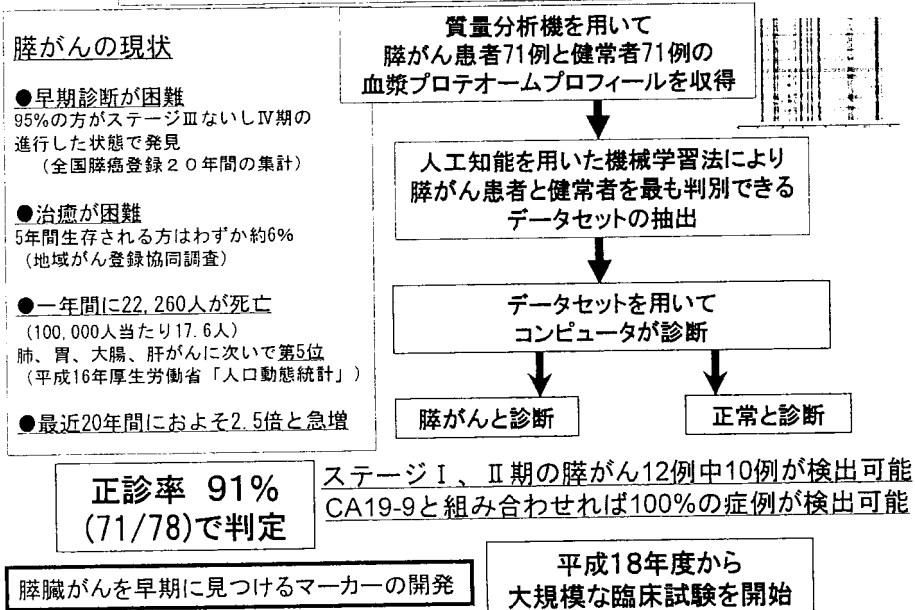
これまでのがん医療を中心としたがん対策の推進により、5年生存率は改善したが……

- 今後、さらに5年生存率を改善していくためには、
  - 多発転移がん、難治性がんの早期発見が必要であり、革新的なマーカー診断や画像診断が重要。
  - 早期発見を推進するため、がん検診受診率の向上も不可欠。
  - 難治性がんの対策は、一層の研究の推進が必要。
  - 日本のがん研究のレベルは世界トップクラスであるが、それらの研究成果を国民に還元するためには、臨床試験の基盤整備・強化が不可欠。(日本は、新薬開発や医療機器開発などの体制が不十分。)

## 最近のがん医療・がん研究の状況

- 難治性悪性腫瘍(膵臓がんなど)の早期診断に関する研究
- 既存の治療薬(抗がん剤など)の安定化や効果増強に関する研究
- QOLを考慮した新しい治療法の開発に関する研究
- 遺伝子など分子標的治療薬の開発に関する研究
- 革新的な画像診断技術の開発に関する研究

### 膵がんの質量分析による血漿プロテオーム解析



## がん検診の重要性

- がんは、身体のどこかに、いつ発生したか分からないうちに、進展していく。
- 初期のうちは無症状。自覚症状で気が付くがんは、進行がんになっていることも。
- 中央病院において死亡患者の70%は、発見時にすでにⅢ、Ⅳ期
- がんの死亡を減らす上で
  - 受診率 > 60%
  - 精度管理

## 我が国におけるがん検診の経緯

昭和41年度~	胃がんの早期診断、早期治療を図るため国が都道府県に胃集団検診車の整備とその運営を補助
昭和42年度~	子宮がん検診事業が追加
昭和57年8月~	老人保健法に基づき、市町村が胃がん検診と子宮頸部がん検診を行うこととなる
昭和62年度~	乳がん検診と肺がん検診が追加
平成4年~	大腸がん検診が追加
平成10年度~	従来の国からの補助金は廃止されて、市町村自らが企画・立案し、実施する事業として位置づけられた。 地域において適切ながん検診が実施されるよう「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」を国が定め、市町村はそれらに基づき運用

## 日本のがん検診受診率

胃がん	13%
子宮がん	14%
乳がん	12%
肺がん	23%
大腸がん	16%

→ 平均受診率 17% (欧米諸国と比較して少ない。)  
これらのがんが原因で年間16万人が亡くなっている

(我が国のがん検診の課題)

- 実施自治体に対象者をカバーする財源が確保されていない
- がん検診についての普及啓発が十分行われていない
- 受診者の固定化の把握など検診事業の把握が十分行われておらず、問題点を踏まえた検診事業の運営がなされていない
- 職場や保険者が行うがん検診の状況が把握されていない など

## 今後のがん対策の方向

がん検診の受診率の大幅な向上と精度管理の推進を目指した施策の実施

良質ながん医療を提供するための医療機関間の連携体制の構築と必要な人材育成

がん患者やその家族に対する総合的ながん対策の実施(情報提供や緩和医療を含む)

様々な革新的技術を応用したがん研究の推進と成果の臨床応用の推進

国民本位のがん対策推進へ

平成18年11月20日  
9:00～12:00

# 訪問看護と外来相談から考えた 「がん患者の療養生活を支える方策」

財団法人日本訪問看護振興財団 認定看護師教育課程

主任教員 角田 直枝

日本看護協会認定・がん看護専門看護師

## プロフィール

- 筑波大学医療技術短期大学部看護学科卒業
- 昭和62年 筑波メディカルセンター病院に勤務
- 平成 9年 大学院修士課程修了  
訪問看護部門へ異動
- 平成10年 がん看護専門看護師・介護支援専門員取得  
訪問看護ステーション開設(管理者)
- 平成14年 病院に戻り、病棟師長・看護部副部長兼務
- 平成16年 副部長専任で、継続看護・相談窓口を担当
- 平成17年 (財)日本訪問看護振興財団に勤務
  - \* 訪問看護認定看護師教育を担当
  - \* その他、がん看護・在宅医療に携わる  
看護職員に対する教育活動に従事

## がん患者からの相談

外来相談は1日3時間、週4日で実施

疾患、内容を問わず患者の相談を受けるなかでのがん患者の相談を抽出

- <内容> 診断期:病院の実績、告知の有無  
治療期:治療の選択、治療の納得  
緩和医療へのギアチェンジ  
療養場所の選択  
終末期:療養方法の選択

<時間・件数> 1件30分～60分、2～3件/日

◎実施病院の背景

がん診療拠点病院、地域支援病院である約400床の病院

## 要点

1. 外来相談や訪問看護からみた在宅のがん患者の現状
2. 終末期がん患者の在宅療養
3. 在宅がん患者支援の課題
4. がん対策の推進における課題

## がん患者の相談の特徴

- がん患者は、治療や療養生活に納得して望みたい。
- しかし、複数ある選択肢のどれに納得いくのか、自分だけでは意思決定できないこともある。
- 本当に相談したいことは、最初の質問の背景にある。
- 単に質問に回答を求めているだけではない。

### 相談とは

患者の意思決定のプロセスと一緒にたどる。  
患者自身が納得いく療養生活を選ぶことを支える。



## 終末期がん患者の在宅療養

- ・ 訪問看護からみた在宅のがん患者  
利用者全体では、約8%  
(2005年度日本訪問看護振興財団訪問看護・家庭訪問基礎調査より)  
死亡した利用者の疾患ではがん患者が4割近く  
(H17年 訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査より)
- ・ 終末期がん患者への訪問看護  
身体的苦痛の緩和、変化していく身体状況に合わせた療養方法の助言、患者・家族の精神的支援。

患者がどうやって生きていきたいかを共に考える。  
(痛みがない、義理を欠かない、迷惑をかけない、等)  
これまでのがんとの付き合い方を尊重して考える。

## 退院後の療養生活

- ・ 退院後に訪問看護師が在宅医(遠方の緩和ケア医)を確保
- ・ 退院翌日から訪問診療開始

### 問題点

- ・ 薬物治療が一時中断  
中心静脈栄養薬剤の退院時処方無く、退院後3日目から開始  
鎮痛剤坐薬の与薬困難(家政婦では実施不可)  
そのため、確実に投与できるような体制整備に3日要した。
- ・ 療養生活の大幅修正  
紹介状内容の予後予測(月単位)と異なる展開となり、血液検査したところ血小板減少著明、ただちに在宅死に向けて調整を行った。

➢ 突然の重症事例の対応に対し、関わった医師・訪問看護師等が時間外対応  
➢ 治療の継続性、介護の準備不備から再入院の危機が続く中、患者は死亡  
➢ 印象的な夫の言葉「医師から今なら帰れると言われても、途方にくれた」

## 退院に向けて、情報提供や相談が十分ではなかったケース

- 40歳代 女性 胃がん 頸椎転移でほぼ寝たきり
- ・ 県外の病院に入院していたが、医師から「今しか家に帰れない」と言われ、夫が困り、退院日の数日前に訪問看護に相談の電話があった。家族は、夫、3人の子供(10代)。
  - ・ 退院までに、訪問看護師と病院スタッフとはほとんど連絡はとれず、やむをえず家族との電話連絡により、準備すべきベッド・介護用品についての助言。夫は仕事上介護に専念は不可。

- 病院看護師へ電話したが、サマリー送付のみ了解を得た。  
退院サマリーのFAX: 中心静脈栄養実施・夫への介護指導の内容確認  
在宅医の選定依頼: 未決定のまま退院  
宛先無の診療情報提供書を退院時交付
- 夫と電話連絡: 介護力不足は退院時に家政婦を雇用

## 在宅がん末期患者支援の実態

がん患者の在宅死は16000人というが、それ以外にもぎりぎりまで家で過ごす人が多い。

- ・ 支える専門職の数  
1施設あたりの職員数が少ない

在宅療養支援診療所約10000箇所: 常勤医師1人/施設  
訪問看護ステーション約5500箇所: 常勤看護師3人/施設  
退院調整部門の設置は必須ではなく、あっても少人数

- ・ 支える専門職の質  
麻薬取り扱いやがん性疼痛管理の力不足

在宅医療を推進していても、増える在宅患者に専門職がおいつかない

## 在宅がん患者支援の課題

- 治療を継続するがん患者の支援体制
  - ・退院する際は、支援がないまま在宅がん患者となる。  
(退院時の調整がないと、治療が継続できない)
  - ・外来通院するがん患者に対し、服薬管理や生活支援に専門職の関与が少ない。  
(飲まずに保管されている抗がん剤・鎮痛剤が多い)
- がん患者への在宅医療物品供給体制
  - ・抗がん治療や苦痛緩和のための在宅医療について、薬剤や医療機器、衛生材料の供給体制が不備  
(薬局に麻薬在庫がない、機器が入手できないなど)

## がん対策の推進に関する課題

- 在宅がん医療を担う施設の計画的整備  
特に24時間体制で医療を提供できる施設の目標値設定と、促進するための具体的計画。  
在宅がん医療を担う施設[例:在宅療養支援診療所、在宅療養支援訪問看護ステーション(仮)]の明確化。
- 患者の近くに指導者を派遣する教育体制の構築  
確実に成果が上がる専門職育成には、大規模研修ではなく、指導者を実践者側に派遣する教育が必要。
- 「相談」を担う専門職の育成と相談窓口の拡大  
相談を担う専門職(例:専門看護師・認定看護師)の育成支援と、相談窓口設置推進