

The Present Conditions and Problem of the Support to a Childhood Cancer Patient : Mainly on Historic Process

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-04-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小俣, 智子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/418

小児がん患者への支援の現状と課題

—歴史的経緯を中心に—

The Present Conditions and Problem of the Support
to a Childhood Cancer Patient
—Mainly on Historic Process—

小 俣 智 子
OMATA, Tomoko

はじめに

悪性新生物いわゆる「がん」という疾病は、日本国民の二人に一人が発症し、すでに30年以上も前、1981年から死因第一位を占めている。がん罹患者の増加及び死因1位が続くという社会的背景の中、国民の健康に関し国は継続して政策を進めてきた。その集大成が2006年に成立したがん対策基本法である。2007年の施行に伴いがん対策基本計画が閣議決定し、この数年でがん医療に関する対策とその環境は目覚ましい進展を遂げた。

一方、希少がんでもある小児がんは、第一次がん対策基本計画の中で「長期予後のフォローアップ体制を含め今後より一層の研究を行っていく」ことに留まり、具体的な対策を施行するまでに至らなかった。

本稿では、希少がんであることも一因となり遅れをとった小児がんについて、対策の遅れを取り戻し、より促進していくための方策を探るために、これまでの日本のがん医療に関する政策及び小児がんに対する対策を整理する。その上で小児がん当事者に関わる療養上、生活上の問題を発症時から寛解、成人後まで時系列であらわし、今後の小児がん医療・支援の方向性について見解を述べる。

1. 日本のがん医療の現状

1) 日本国民の疾病構造及び健康対策

周知の通り、日本は戦後国民の生活環境の改善や医学の進歩により、世界有数の長寿国である。一方、長寿であるがための急速な高齢化、生活が豊かになったが故の心疾患、脳血管疾患に代表される生活習慣病が蔓延することとなった。

戦前、成人の死因1位は気管支炎・肺炎、第2位は脳血管疾患、次いで結核・胃腸炎であり、第二次世界大戦終戦まで同様の状況であった。昭和20年代結核が減少し始め、昭和30年代には脳血管疾患が死因1位、悪性新生物が上位2位に登場した。昭和50年代

には悪性新生物が死因1位となり、次いで心疾患、脳血管疾患が上位を占めた。この頃に日本は高齢化社会に突入し、中高年人口の急増による生活習慣病の急増に拍車をかけることとなった。

1950年以降の死亡構造について、青木によれば⁴⁾、①エイズなどの新しい感染症の出現、②結核死亡率の減少、③悪性新生物の死亡率の増加傾向、④1970年代より脳血管疾患死亡率の減少、⑤糖尿病・痛風等の代謝疾患の増加を挙げている。(図1)

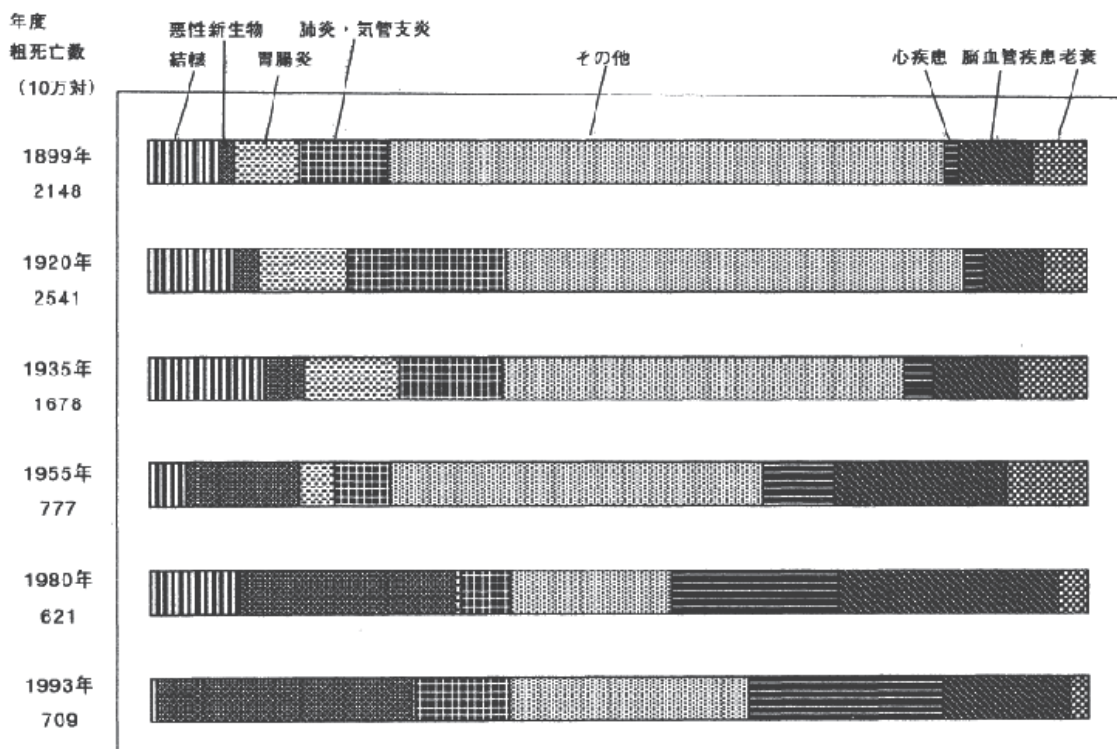


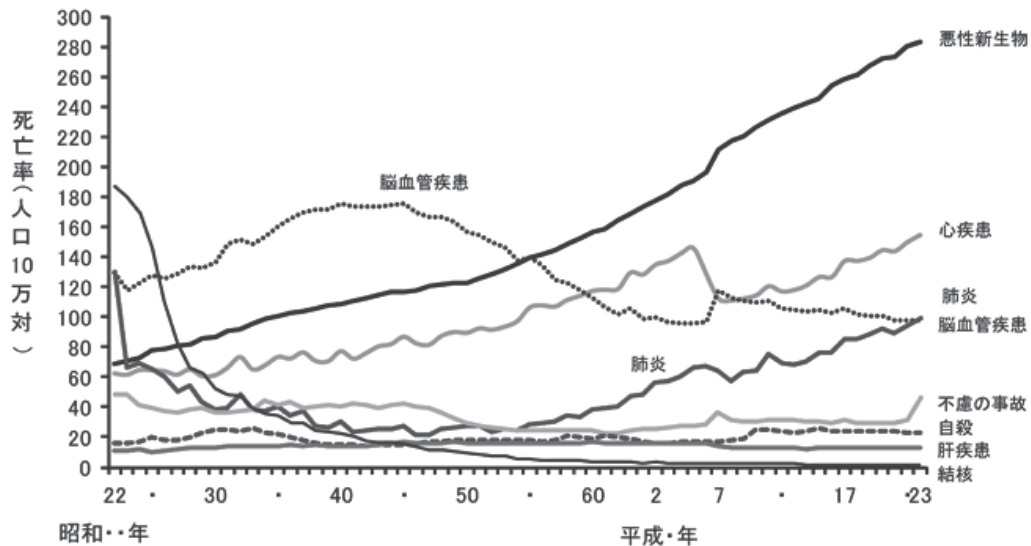
図1 死亡構造の変化

このような疾病構造の変化から、国は国民の健康増進を目的に昭和53(1978)年、第一次国民健康づくり政策を定めた。その後昭和63(1988)年には第二次国民健康づくり政策が定められ、老人健診体制の確立や市町村保健センター等の整備などが進められた。さらに健康寿命の延伸を考え、平成12(2000)年21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)が定められた(第三次国民健康づくり対策)。これにより心臓病、脳卒中、糖尿病、がん等の生活習慣病についての課題が選定され、それらに対する具体的な目標設定がなされた。ちなみに9番目に設定されたがんの目標は、「生活習慣の改善による予防の取り組み、早期発見・早期治療のための検診」であった。

国の方針にも関わらず、生活習慣病は増え続け、医療費増大の背景と共に、国民の健康増進の重要性から、平成15(2003)年、健康日本21を踏まえ健康増進法が施行された。これにより、生活習慣病の状況把握のための調査や、第25条ではがんの要因でもあるタバコについて、受動喫煙の制限が設けられるなど様々な対策が実行されることとなった。

2) がん罹患状況と国のがん対策の経緯及び概要

厚生労働省の人口動態調査によれば、平成 23 年度の死亡数は 125 万 6359 人、そのうち悪性新生物（がん）の死亡数は 36 万 963 人と死亡数の 28.7% を占め、死因順位は 1 位となっている。（図 2）もはや国民の約 3 割が、がんが原因で死亡する時代となった。国の健康に関する対策については、1) で述べてきたが、死亡原因 1 位が続くがんに関してはどのような対策が進められてきたのだろうか。2) では国のがん対策について述べる。



厚生労働省 平成 23 年人口動態調査「主な死因別にみた死亡率の年次推移」

図2

がんに関する国の対策は、昭和 20 年代までがんの集団検診普及などの予防対策が中心であった。しかし先に述べたとおり、死因の第 2 位を占めるようになったがんに対し、国は昭和 33 (1958) 年から悪性新生物の実態調査を実施した。この結果、昭和 37 (1962) 年には国立がんセンターが設立され、昭和 40 (1965) 年「がん対策の推進について」が決議された。本格的ながん対策の開始であった。

その後昭和 56 年 (1981) 年には死因の第 1 位ががんとなり、昭和 58 (1983) 年内閣にがん対策関係閣僚会議が設置、翌年昭和 59 (1984) 年「対がん 10 か年総合戦略 (平成 5 年まで)」が策定された。以降 10 年毎に平成 6 (1994) 年に「がん克服新 10 か年戦略 (平成 15 年まで)」、平成 16 (2004) 年「第 3 次対がん 10 か年戦略 (平成 25 年まで)」が策定されていった。

一方平成 13 (2001) 年、ドラッグ・ラグの問題を契機としてがん患者と家族で構成される「癌と共に生きる会」の活動が活発化し、平成 17 (2005) 年には「第 1 回がん患者大集会」が開催され、「がん患者団体支援機構」が設立された。さらに平成 16 (2006) 年には超党派の国会議員で構成される「国会がん患者と家族の会」が設立され、国会の場でも「がん対策法」の制定を訴えるなど、多方面からがん政策の検討が叫ばれるようになった。

このような潮流の中、平成 16 (2006) 年 5 月 22 日与党民主党の故山本孝史議員が自らがんであることを告白し、がん対策法の会期内成立を訴え、全会一致で議員立法として 6 月 16 日「がん対策基本法」が成立した。この法律で注目すべきは、具体的ながん対策を

進めていくがん対策協議会の設置にあたり、「協議会の委員は、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する」という点である。自らが医療を受ける立場にある、当事者である患者・家族が加わることにより、サービス提供側と受ける側が、共により最適な医療体制の実現に向かう理想的な体制であると考えられる。

3) 法成立後のがん対策の概要と現状

がん対策基本法では以下の第一条に目的が定められている。

『第一条 この法律は、我が国のがん対策がこれまでの取組により進展し、成果を収めてきたものの、なお、がんが国民の疾病による死亡の最大の原因となっている等がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状にかんがみ、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにし、並びにがん対策の推進に関する計画の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。』

この目的に沿い、国は第九条で定められた「がん対策推進基本計画」を策定、計画を具体的に遂行するためのがん対策推進協議会が置かれた。第一期のがん対策推進基本計画(以下計画)では、(1) がんによる死亡者の減少(75歳未満の死亡率20%減少)、(2) すべ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維持向上の二つが10年以内の全体目標として掲げられ、その成果・達成度を測るための7つの個別目標が挙げられた。加えて医療提供を行う医療機関の整備指針に基づき、各都道府県に「都道府県がん診療連携拠点病院」1か所、二次保健医療圏に地域がん診療拠点病院を一か所整備することとなった。

計画は5年毎の見直しが定められており、平成24(2012)年に第二期がん対策推進基本計画が策定された。第二期では第一期の全体目標に新たに「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が追加され、小児がんに関しては重点課題として「働く世代や小児へのがん対策の充実が付加された。

計画に基づき、平成26年度、全国に407か所(平成26年8月現在)あるがん診療連携拠点病院の格差や未設置の二次医療圏の存在等への対応策として、要件の強化や特定領域がん診療連携拠点病院の設置などの見直しが行われた。また、数少ない希少がんについて検討が始まり、国立がん研究センター(中央病院、東病院)に希少がんセンターが新設されている。

2. 小児がん医療の現状と課題

1章では、国民病と言われるまでになったがんについて、患者及び死因増加の概要とそれに伴う国の対策について述べた。がん対策として成立したがん対策基本法に基づく第一期のがん対策基本計画は、主にごん医療の標準化、均てん化が中心となりその整備が進め

られてきたが、第二期では、さらに細かな課題に則した対応策が進められている。

本章では第二期計画の重点項目の一つである小児がんについて、その概要及び医療・支援体制の整備の経緯、現状及び課題について述べる。

1) 小児がんの概要

小児がん対策を述べる前に、まずあまり知られていない小児がんについて、概要を述べる。

「小児がんとは、白血病、脳腫瘍のほか神経芽腫をはじめとする種々の胎児性腫瘍や肉腫などの固形腫瘍から構成される小児期に多いがんの総称で、成人のがんとは異なった種類のがんである。」⁷⁾ 小児がんはその名前の通り、小児期に発症するがんであるが、発症数は年間 2000 人から 2500 人と言われ、出生する子ども 10 万に約 1 人の確率で発症する希少がんである。

このように希少であるにもかかわらず、子どもの死因原因では病気による死因として常に 1 位となっており、生命に関わる深刻な病気であることがわかる。(表 1) さらに、小児期とは概ね 15 歳までと定義されているが、小児がんは思春期及び若年成人にも発症する。最も多いのが小児がんの 4 割を占める白血病、次いで頭蓋骨内に腫瘍のできる脳腫瘍が 2 割を占める。

治療の特徴として、抗がん剤の有効性が極めて高く重要な治療手段となっており、その他固形腫瘍の場合は手術や化学療法が重要である。小児がんの治療は、これらの組み合わせによる集学的治療が必須となる。このため医療関係者には高度な専門性と技術が要求される。

ここ数十年の進歩により、昭和 40 年代以前不治の病であった小児がんはその生存率が 7～8 割と向上してきた。一方、心身ともに成長発達の時期にある子どもへの治療は、別のがんの発症、難聴、PTSD、内分泌異常など多くの合併症、後遺症を残すこととなる。また、長期入院を強いられるため、子どもの権利である「遊び」や「学び」を十分に享受できず、その後の人生に大きな影響を及ぼすという最大の課題が存在する。

さらには、生存率の向上により当然ながら治療後の人生が成人よりも長く、心理社会的問題に対する個別的な長期支援が必要となる。次項では、小児がんという病気が子どもに与える様々な影響について、小児がん調査等を元に時系列で具体的に述べていく。

表 1 年齢別子どもの死亡原因

	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位
0 歳	先天奇形、変形及び染色体異常	周産期に特異的な呼吸障害等	乳幼児突然死症候群	不慮の事故	胎児及び新生児の出血性障害等
1 - 4 歳	先天奇形、変形及び染色体異常	不慮の事故	悪性新生物	心疾患	肺炎
5 - 9 歳	不慮の事故	悪性新生物	先天奇形、変形及び染色体異常	その他の新生物	肺炎
10 - 14 歳	悪性新生物	不慮の事故	自殺	心疾患	脳血管疾患
全人口	悪性新生物	心疾患	肺炎	脳血管疾患	老衰

厚生労働省 人口動態統計 上巻 5-17 表 性・年齢別にみた死因順位 2012 年

2) 小児がん患者が抱える医療・支援の問題

① 発症時

小児がんは、希少がんであるがために専門医も少なく、正確な症状を訴えることができない子どもの能力も加わり、発症時の診断が難しいと言われている。診断されてもその病気の専門医に辿りつくまでに多くの時間を要することもある。日々細胞分裂を繰り返し成長している子どものがんの進行は大人より何倍も速い。早期発見・診断は子どもの命を左右する発症時の重要な問題である。

② 診断時

小児がんと診断された瞬間に発生する問題が、子どもへの病状説明である。不治の病で会った時代、子ども本人への病状説明は、その心理的負担から避けられる傾向にあった。診断結果は、まず保護者に伝えられる。「子どもだから説明してもわからないのではないか」、「命に関わるような病気になったことを伝えて辛い思いをさせたくない」様々な思いが保護者の頭を駆け巡り、今も治らなかった時代と同じように子ども本人へ伝えない場合も少なくない。ここで問題なのは「病名を伝えること」ではなく、「なぜ入院しなければならないのか、自分の身体の中で今何が起きているのか、何と闘っているのか」といった説明が不十分なことである。

③ 治療中

診断後治療が開始されると、子どもとその家族の生活は一変する。小児がん患者は家族から引き離され、一人療養生活を送ることになる。痛い注射や治療、数多くの副作用、手料理ではない食事、行動制限等日々がストレスとなる。その上学童期であれば日常であった通学ができなくなる。命を救う治療のためとはいえ、心理的にも身体的にも多くのストレスを抱え、子どもたちは療養生活を送ることとなる。

一方、家族も同様に生活は小児がん患者中心に回ることになる。時間的余裕もなくなり、経済的負担も生活を圧迫する。患者にきょうだいがいれば、そのきょうだいも生活が一変する。患者中心の生活は、保護者の関心が患者に向けられることにより、きょうだいに孤独感や疎外感、罪悪感などの思いが芽生えてくる。日本では家族、特にきょうだいへの支援が欧米などの先進国に比べ格段に遅れているのが現状である。

④ 退院後の療養生活

退院後、学童期であれば復学の問題が待ち構えている。治療による体力の低下、勉強の遅れ、容姿の変化、長期欠席による友達との距離など多くのハードルを抱え、学校に戻るようになる。復学時の橋渡しは、医療機関、院内学級などが役割を果たすべきであるが、残念ながら現状の多くは保護者がこの役割を担っている。復学がスムーズに進まなければ、いじめや不登校へとつながる事態になり兼ねない。復学後の学校生活が円滑に進めない場合、その後のライフステージである進学、就職という人生の大きなハードルをうまく乗り越えることができない。

⑤ 治療終了後

進学、就職と進み成人になることにより、病気はもはや自分のこととして受け止めコントロールしていく必要がある。治療後の後遺症や晩期合併症など抱えているものによって当然差異は出てくるが、当事者である小児がん患者には、周囲へ伝えるという仕事は常について回る。特に採用面接時、就職後も上司、同僚にどの程度何を伝えるのか自ら判断し

行動することが求められる。

これは小児がんだけでなく、小児期に慢性疾患を抱えた人たちすべてに言えることであるが、後遺症や晩期合併症、さらに慢性疾患を抱えた場合、成人科への移行という問題も浮上している。また、出産後子どもに自分の病気をどのように伝えたらいいか悩む小児がん患者の声も聞くようになった。

いずれにしても生存率の向上により、小児がん患者のその後の人生に様々な心理社会的な問題が浮上してくることがわかってきている。

3) 小児がん医療・支援の現状

前々項、前項にて、小児がんの概要及び小児がんによって引き起こされる問題について述べてきた。本項では、小児がん医療・支援についての現状を述べる。

1の最後に述べたように、小児がんの対策は小児がん第二期がん対策基本計画に重点項目としてようやく挙げられ、2012年から5年以内に小児がん拠点病院を整備し、小児がん医療・支援体制を構築していくことになっている。

重点項目に挙げられた経緯は、第一期計画の見直しに際し、検討課題として挙げられた3つのうちのひとつが小児がんであったからである。このため2012年第二期計画策定のため、3つの課題について下部組織として専門委員会が設けられた（緩和ケア専門委員会、がん研究専門委員会、小児がん専門委員会）。

小児がん専門委員会は6人の医師と小児がん患者・家族各1名、上部組織であるがん対策協議会・会長及び会長代理の9名で構成され、2011年1月から8月まで7回にわたり小児がん対策のあり方が検討された。本委員会の報告を受け、第二期がん対策基本計画に重点課題として、「小児がん対策」の取組が盛り込まれ、分野別施策と個別目標では、新規項目として「5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する」と明記された。

上記計画を受け、2012年5月より「小児がん医療・支援のあり方検討会」が設置され、小児がん拠点病院に必要とされる機能、小児がんの中核的な機関のあり方について検討されることとなった。構成員は医師3名（うち1名はがん対策推進協議会・会長）の他、小児がん患者、がん患者各1名（協議会・会長代理）、CLS（チャイルドライフスペシャリスト）も加わった。検討会は3回にわたり開催され、小児がん拠点病院及び中核的な機関の具体的な役割が検討された。小児がん医療・支援の提供体制に関し作成された報告書は、第35回がん対策推進協議会に提出、この内容をふまえて策定された「小児がん拠点病院の整備について」（健発0907第2号平成24年9月7日）が健康局長より発出された。

この通知に伴い、2012年12月より「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」が設置、選定にあたっての考え方及び選定方法が4回にわたり検討された。この検討会の報告書を受け、拠点病院の申請が行われ、申請した37病院のうち15の病院が小児がん拠点病院として指定された。続いて2014年2月に小児がんの中央機関として成育医療センター及び国立がん研究センターが指定された。

小児がん拠点病院の要件には、「成長期にある小児の特性を踏まえた全人的な小児がん医療及び支援を提供すること。すなわち各職種が専門性を活かし協力して、患者のみならず、その家族やきょうだいに対しても、身体的なケア、精神的なケアを提供し、教育の機

会の確保など社会的な問題にも対応すること」とし、専門的な知識及び技能を有するメディカルスタッフの配置の中に、「チャイルドライフスペシャリスト、小児科領域に関する専門的知識を有する臨床心理士又は社会福祉士のような療養を支援する担当者を配置していることが望ましい」と記載された。その他、保育士の配置や遊戯室の配置、24時間の面会体制、きょうだい保育の体制整備、特別支援学校による教育支援等の内容が盛り込まれ、小児がん患者・家族が安心して療養生活を送れる環境の整備が進むこととなった。

余談であるが、小児がん拠点病院に特別支援学校の教育支援が記載されたことにより、文部科学省から平成25(2013)年3月、「病気療養児に対する教育の充実について」の通知が発出され、居住地によって格差のあった病弱児教育に大きな前進を見ることができた。

3. 小児がん医療・支援に対する今後の課題

1章では現在の日本における健康政策、死因第一位となった悪性新生物(がん)に対する政策、2章では、子どもの病気死因第一位の小児がんの概要、小児がん患者が抱える問題、そして小児がん対策の現状について述べてきた。

我が国では、死因第一位を占めるがんの発症増加に伴い、がん対策基本法を成立させ、その対策を進めてきた。3章ではがん対策全体、小児がん対策について考察を述べ、最後に今後さらに充実した小児がん対策が遂行していくための方向性について、対策に少なからず関わった立場として個人的見解を述べる。

1) 日本のがん対策

今や国民の2人に一人ががんを発症し、3割の人たちががんによって死亡する時代に、患者活動が背中を押し、2006年がん対策基本法が成立した。がん対策を検討する場へのがん患者、家族、遺族の参画は、経験から基づく具体的、本質的な意見により、法の実施に意味ある大きな効果を及ぼした。

この法律の誕生により、どこに住んでいても、どんながんになっても安心して治療を受けることのできる環境整備は、ここ数年で大きく前進したと言える。国立がん研究センターが管理する情報センターも充実し、セカンドオピニオンも以前より進めやすくなった。

しかしながら、ドラッグラグの解消、若年性・難治性がんへの対応、緩和ケアの充実、がん相談支援センターの質の担保、在宅医療の整備、各専門職の育成、職場復帰支援、地域格差の解消とまだまだ問題は多く残っている。むしろ、がん対策が展開されてきたことにより、このような重要な問題を明らかにすることができたとも言える。専門家と当事者が問題を共有し検討できるこのしくみは、当事者の声が反映されにくい法整備の現状の中で大変画期的であり大きく評価される点ではないかと考える。

2) 小児がん対策

成人のがんから5年の遅れをとったものの、なかなか光のあたらなかった小児がんが注目され、その対策が動き始めた。医療環境、療養環境の整備、人員の充実などが統一した基準において進められている。

一方、当然のことながら問題は山積しており、ドラッグラグの解消や緩和ケアの充実、

相談センターの質の担保、専門職の育成などは成人がんと同様の問題である。その他未成年である小児がん患者への適切な説明、復学・通学・進学支援、療養中の学びの地域格差解消、晩期合併症への対応、成人科への移行、自立支援並びに患者本人へのレジリエンス教育・健康教育、家族への支援体制整備、病弱児支援の資源開発と山積していることは明白である。違う見方をすれば、希少がんであった小児がんは、このような現状をこれまで小児がんに関係する人たちの熱意と思っただけで支えてきたとも言えよう。

3) 今後の小児がん対策への展望

これまで遂行されてきた小児がん医療・支援体制の取組は、小児がん専門委員会が設置された当初、ここまで充実した取組が遂行されるとは個人的に予測していなかったことであった。始まったばかりの取組であるが、今後より充実した体制が構築されていくための視点について3つほど個人的見解を述べる。

まず一つ目は、小児がん患者・家族の継続調査である。すでに先進国では実践されていることであるが、定期的かつ継続して小児がん患者・家族の現状把握をすることが、現状に則した対策検討の足掛かりとなる。加えて調査に答える小児がん患者にとっても病気の受容や整理につながる機会にもなる。

二つ目は、小児がん患者への教育体制の整備である。学童期を中心に発症する小児がんの場合、修学的な学び、そして疾病や健康に関する自己管理の学びの2つが必要である。就学に関しては前述したとおり、文部科学省の通知はあるもののいまだ地域格差は根強くあり、高等教育の整備は僅かな自治体のみが実施しているのが現状である。また、過酷な小児がんの経験をバネに、復元する力を身につけ、自立した社会生活が送れるようになるためには、発症当初から病気や健康を自分のこととして捉えることができるような周囲の関わりが重要となる。病気自体や晩期合併症に至るまで年齢に応じた十分な説明を必要に応じて行うことにより、ひいてはそれが小児がん患者への教育となり、自らの病気として受容するきっかけともなる。

三つ目は相談支援の充実である。発症当初から小児がん患者・家族は不安に陥る。またその不安は、患者・家族によってさまざまであり個別性の高い内容である。このため、必要時に必要な専門職が支援できるような相談支援の体制を整備していくことが重要である。さらに、相談支援の質を担保し向上していくために、相談支援業務にあたる専門職へのサポートが不可欠となる。

おわりに

病気に関連した多くの支援を必要としている方たちへの最初の関わりは、「相談」であると考えられる。特に医療の現場では多くの専門職がこの「相談」を実践している。これまで縦割りと言われていたサービスを打破し、横断的な支援体制を形成できる可能性を相談支援センターは秘めている。相談支援が充実すれば、抱えている問題の早期発見、解決に結びつき、深刻な問題へと進行することなく患者・家族の負担は軽減される。

相談支援センターの充実、強化と共に、高額とは言えない費用の中で拠点病院の運営及び体制づくりに日々邁進している関係者へのサポートも重要であると考えられる。最近では、

「支援する人を支援する」考え方をよく耳にする。できていないことを指摘するだけでは前進はない。問題を共有しどのような支援があれば円滑に進めるのか、実施者、行政、当事者・家族等、様々な立場の人が共に方策を考える体制が望まれる。

注釈

1. 日本のがん医療の現状と課題

- 1) 図1 厚生労働省平成24年(2012)人口動態調査
- 2) 図2 20世紀における疾病構造の変化と食生活より抜粋

参考文献

1. 日本のがん医療の現状と課題

- 1) 我が国におけるがん登録の現状と今後の方向性：がん対策基盤としての役割
祖父江友幸 J.natl.inst.Public Health 57(4):2008
- 2) がん対策の推進と国民・患者参画－法制定に患者の声が果たした役割－
本田真由美 J.natl.inst.Public Health 57(4):2008
- 3) がん対策基本法の意義とがん医療の在り方～立法過程からみた現状と課題～
小林仁 立法と調査 No.265 2007.3
- 4) 20世紀における疾病構造の変化と食生活
青木國雄 食品衛生学雑誌 Vol.38, No.3 1997
- 5) 厚生労働省 がん対策基本法 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2>.
- 6) 日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間(2007～2011年度)の総括と第二期期間(2012～2016年度)への展望
埴岡健一 保健医療科学 2012 Vol.61 No.6 P524-542
- 7) 今後の小児がん対策のあり方について
(小児がん対策専門委員会のがん対策推進協議会への報告についての参考資料)
第24回がん対策推進協議会提出 参考資料(2011.9.9)
- 8) がん対策推進基本計画と小児がん拠点病院の設置にもなる看護師の役割
井上玲子 小児看護 第36巻第8号 P912-918 2013
- 9) よく理解できる子どものがん 別所文雄・横森欣司編集 永井書店 2006
- 10) 小児がん チーム医療とトータルケア
細谷亮太 真鍋淳 中公新書 2008
- 11) 小児がん経験者の長期フォローアップ
日本小児白血病リンパ腫研究グループ(JPLSG) 長期フォローアップ委員会 日本医学館 2008
- 12) 小児がんの子どもと家族を支える 小児がんを経験した人たちの声
小俣智子 保健の科学 56巻9月号
- 13) 小児がん患者家族の外傷後ストレス症状と心理的支援
松浦ひろみ他 京都女子大学発達教育学部紀要 9号 P55-62 2013.2
- 14) 小児の入院と母親の付き添いがきょうだいに及ぼす影響と支援
新家一輝 小児看護 32巻10号 P1370-1378
- 15) 難治性小児がん患児の家族が経験する困難の探索
吉田沙蘭他 小児がん 第47巻第1号 2010 P91-97
- 16) 厚生労働省 小児がん医療・支援のあり方について(報告書)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002iraf-att/2r9852000002iret.pdf>
- 17) 厚生労働省 小児がん拠点病院の整備について
http://ganjoho.jp/data/professional/cancer_control/files/childhood_20140205.pdf
- 18) 厚生労働省 がんに関する相談支援について(第35回がん対策推進協議会資料)
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002j3za-att/2r9852000002j44v.pdf>