

第3期がん対策推進基本計画素案(概要)

資料3

資料17

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1)がんの1次予防
- (2)がんの早期発見、がん検診
(2次予防)

2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)支持療法
- (5)希少がん、難治性がん
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (6)小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん
- (7)病理診断
- (8)がんのリハビリテーション
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)地域社会におけるがん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. がん患者を含めた国民等の努力
- 2. 患者団体等との協力
- 3. 都道府県による計画の策定
- 4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 5. ロードマップの作成
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

第3期がん対策推進基本計画素案議論のためのたたき台（概要）

第1 全体目標

「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~~に負けることのない社会の実現の克服を目指す。」

- ① ~~正しい知識~~ 科学的根拠に基づくがん予防・~~がん~~検診の充実 ② ~~世界最高基準~~ 患者本位のがん医療の実現 ③ 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

第2 分野別施策

1. がん予防

- (1) がんの1次予防 ~~(※)~~
- (2) がんの早期発見、がん検診
(2次予防)

~~(※)~~ 重点的に取り組むべき分野

2. がん医療の充実

- (1) がんゲノム医療 ~~(※)~~
- (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3) チーム医療
- (4) 支持療法
- (5) 希少がん、難治性がん ~~(※)~~
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (6) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん
- (7) 病理診断
- (8) がんのリハビリテーション
- (9) がん登録
- (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3. がんとの共生

- (1) がんと診断された時からの緩和ケア ~~(※)~~
- (2) 相談支援、情報提供
- (3) 地域社会におけるがん患者支援
- (4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題 ~~(※)~~
- (5) ライフステージに応じたがん対策 ~~(小児・~~
AYA世代、高齢者)

4. これらを支える基盤の整備

- (1) がん研究 ~~(※)~~
- (2) 人材育成
- (3) がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. がん患者を含めた国民等の努力
- 2. 患者団体等との協力
- 3. 都道府県による計画の策定
- 4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 5. ロードマップの作成
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

第3期がん対策推進基本計画素案

はじめに

我が国において、がんは、昭和56（1981）年より死因の第1位であり、平成26（2014）年には、年間約37万人が亡くなり、生涯のうちに約2人に1人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

日本のがん対策は、昭和59（1984）年に策定された「対がん10カ年総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき取り組んできた。また、平成26（2014）年からは、「がん研究10か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

平成18（2006）年6月には、がん対策のより一層の推進を図るため、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「法」という。）が成立、平成19（2007）年4月より施行され、法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための第1期の「がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」が平成19（2007）年6月に策定された。

第1期（平成19（2007）～平成24（2012）年）の基本計画においては、「がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）」の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、第2期（平成24（2012）～平成29（2017）年）の基本計画では、小児がん、がん教育、がん患者の就労を含めた社会的な問題等にも取り組み、死亡率の低下や5年相対生存率が向上する等、一定の成果が得られた。また、平成27（2015）年12月には、「がん対策加速化プラン」を策定し、がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図った。

しかしながら、人口の高齢化とともに、我が国のがんの罹患者の数、死亡者の数が今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。

また、がん検診受診率の目標値の未達、がんの罹患をきっかけとした離職者

1 割合の未改善、緩和ケアや相談支援の更なる充実に加え、新たに希少がん・難
2 治性がんへの対策、がんゲノム医療の推進、就労を含めた社会的な問題等の課
3 題も明らかとなってきた。

4
5 さらに、平成28（2016）年に一部改正のあった法においても、基本理
6 念として、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構
7 築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみ
8 ならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるよ
9 うにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑
10 な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること」が新たに位置
11 づけられており、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民
12 の視点に立ったがん対策を実施することが求められている。

13
14 こうした中、この基本計画は、第2期の基本計画の見直しを行い、がん対策
15 の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間を、平
16 成29（2017）年からの6年程度の期間を一つの目安として定める。

17
18 今後は、基本計画に基づき、国と地方公共団体、また、がん患者を含めた国
19 民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体を含めた関係団体とマ
20 スメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となつてがん対策に取り組み、
21 がん患者を含めた国民全体が、小児がん、希少がん、難治性がん等どのような
22 病態であっても、尊厳を持って安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられ、
23 住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで送ることができるよう
24 にする等、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」こ
25 とを目標とする。

26

1 第1 全体目標

2
3 がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、様々ながんの病態に応じて、
4 尊厳を持って、いつでも、どこに居ても安心かつ納得できるがん医療や支援を
5 受け、暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がん
6 との共生」を3つの柱とし、平成29（2017）年から6年間の全体目標と
7 して以下の3点を設定する。

10 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 11 ～がんを知りがんを予防する～

12
13 がんを予防する方法の普及啓発・研究等の推進により、がんの罹患者数を減
14 少させるとともに、国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見、
15 早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者
16 数の減少を実現する。

19 2. 患者本位のがん医療の実現 20 ～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

21
22 ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence、以下「AI」という。）
23 を活用した患者本位のがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化されたがん医
24 療を実現する。また、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの特性に応じた
25 がん医療の均てん化・集約化と、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

28 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 29 ～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

30
31 がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受ける
32 ことができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就
33 労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等
34 を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでも、どこに居ても、尊厳を
35 持って安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現す
36 る。

1 第2 分野別施策

2 3 1. がん予防・がん検診

4 ~がんを知りがんを予防する~

5
6 世界保健機関によれば、「がんの30～50%は予防できるため、がん予防は、
7 全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる¹⁾
8 とされている。がんのリスクに関する科学的根拠に基づき、がんのリスクへの
9 曝露の減少（1次予防）や、国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早
10 期発見（2次予防）・早期治療の促進とともに、予防、検診に関する研究を進め
11 ることにより、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者やがんの
12 死亡者数の減少を実現する。

13 14 15 (1) がんの1次予防

16
17 がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐこと
18 は、がんによる死亡者の減少につながる。予防できるがんのリスク因子として
19 は、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせや、野菜・果
20 物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等の様々な
21 ものがある。近年、がん予防・健康寿命の延伸に資する日本人のエビデンスが
22 蓄積されているが、がん予防を進めるために、以下のような総合的な対応を促
23 すことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

24 25 <がんの予防法²⁾>

- 26 ・ 喫煙：たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
- 27 ・ 飲酒：飲酒をする場合は、節度のある飲酒をする。
- 28 ・ 食事：食事は、偏らずバランス良くとる。
 - 29 ◇ 塩蔵食品、食塩の摂取は、最小限にする。
 - 30 ◇ 野菜や果物不足にならない。
 - 31 ◇ 飲食物を熱い状態にとらない。

¹⁾ 「Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 2: Prevention. Geneva: World Health Organization; 2007.」より引用。

²⁾ 国立がん研究センター研究開発費「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」（平成24（2012）年度～）

http://ganjoho.jp/public/pre_scr/prevention/evidence_based.html

- 1 ・ 身体活動：日常生活を活動的に過ごす。
- 2 ・ 体形：成人期での体重を適正な範囲で管理する。
- 3 ・ 感染：肝炎ウイルスの感染検査を受け、感染している場合は専門医に相談
- 4 する。機会があればヘリコバクター・ピロリの感染検査を受ける。

7 ① 生活習慣について

9 (現状・課題)

10 生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子
11 となっていることが知られており、また、がんに最も大きく寄与する因子であ
12 るため、たばこ対策は、がん予防の観点から重要である。これまで「21世紀
13 における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってき
14 したが、平成17(2005)年に、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組
15 条約」が発効されたことから、我が国でも、同条約の締約国として、たばこ製
16 品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場
17 は原則として全面禁煙であるべき旨の通知の発出やたばこ税率の引上げ等の対
18 策を行ってきた。平成24(2012)年からは、新たな「21世紀における
19 国民健康づくり運動」として「健康日本21(第二次)」を開始し、第2期基
20 本計画と同様に「成人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等
21 について、目標を定め、更なる取組を推進している。

22
23 こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%(平成19(2007)
24 年)から18.2%(平成27(2015)年)に減少した³。しかし、第2期
25 基本計画において目標として掲げている「平成34(2022)年度までに、
26 禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすること」から考える
27 と、現在の喫煙率は、依然として高い水準にあり、更なる喫煙率減少のための
28 取組の推進が求められる。

29
30 また、平成28(2016)年8月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する
31 検討会報告書⁴」の中で、受動喫煙により非喫煙者の日本人における肺がんの
32 リスクが3割上昇すること等が報告され、改めて、受動喫煙の健康影響、受動
33 喫煙と肺がん等の疾患の因果関係が明らかになった。また、受動喫煙を原因と
34 して死亡する人が日本国内で年間1万5千人を超えると推計されており、がん

³ 平成27(2015)年「国民健康・栄養調査」

⁴ 厚生労働省健康局長の下に、有識者からなる「喫煙の健康影響に関する検討会」を設置し、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめたもの。

1 の予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。

2
3 受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組は、平成15（2003）年に施
4 行された健康増進法に基づき行われてきたが、平成27（2015）年に実施
5 された「国民健康・栄養調査」によると、飲食店で受動喫煙の機会を有する者
6 の割合は41.4%、行政機関は6.0%、医療機関であっても3.5%とな
7 っている。また、職場の受動喫煙の状況については、平成27（2015）年
8 6月に施行された改正労働安全衛生法により、事業者が受動喫煙の防止のため
9 の措置を講じるよう努めること等が規定されたが、平成27（2015）年に
10 実施された「労働安全衛生調査（実態調査）」によると、「全面禁煙」または「喫
11 煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合は、
12 69.4%、職場で受動喫煙を受けている労働者は、32.8%と、依然とし
13 て多くの人を受動喫煙を受けている現状があり、更なる対策が必要となってい
14 る。

15
16 こうした中、現在、政府内において、2020年の東京オリンピック・パラ
17 リンピック競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策を徹底するための検討が進
18 められている。（P）

19
20 飲酒、身体活動、体型や食生活等の生活習慣については、「健康日本21（第
21 二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきたが、生活習慣病のリ
22 スクを高める量を飲酒している者⁵の割合（平成27（2015）年：男性13.
23 9（14.7）%、女性8.1（7.6）%）、運動習慣のある者⁶の割合（平成
24 27（2015）年：男性37.8（36.1）%、女性27.3（28.2）%）、
25 野菜の摂取量（平成27（2015）年：293.6g（286.5g））につ
26 いては、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。

27 ※（ ）内は、平成24（2012）年のデータ

30 **（取り組むべき施策）**

31 たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等をより一
32 層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康へ
33 の悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、禁煙希
34 望者に対する禁煙支援を図る。（P）

⁵ 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者。

⁶ 「運動習慣のある者」とは、30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者。

1
2 また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の
3 状況を踏まえつつ、必要な対策を検討する。(P)

4
5 受動喫煙の防止については、従来の健康増進法による努力義務の規定よりも
6 実効性の高い制度とする。(P)

7
8 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や
9 未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。(P)

10
11 喫煙以外の生活習慣については、「健康日本21(第二次)」と同様に、

- 12 ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させる
- 13 ・ 身体活動量が少ない者の割合を低下させる
- 14 ・ 適正体重を維持している者の割合を増加させる
- 15 ・ 高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の摂取不足の者の
16 割合を減少させる

17 等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・
18 プロジェクト⁷、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り
19 組む。

20 21 22 ② 感染症対策について

23 24 (現状・課題)

25 ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最も発がん
26 に大きく寄与する因子となっている⁸。発がんによく寄与するウイルスや細菌
27 としては、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス(以下「H
28 PV」という。)、肝がんに関連する肝炎ウイルス、ATL(成人T細胞白血病)
29 と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型(以下「HTLV-1」という。)、
30 胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等がある。

31
32 子宮頸がんの発生は、その多くがHPVの感染が原因であり、子宮頸がんの
33 予防のためには、HPV感染への対策が必要である。子宮頸がんの年齢調整罹

7 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう!」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

8 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

1 患率⁹は、人口10万人あたり9.1（平成14（2002）年）であったもの
2 が、11.6（平成24（2012）年）と増加傾向にあり、国は、これまで
3 HPVワクチンの定期接種化等を行う等、子宮頸がん予防の対策を行ってきた。

4
5 肝炎ウイルスについては、国は、B型肝炎ワクチンの定期接種化（平成28
6 （2016）年10月から）、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。
7 しかし、検査を受けたことがある者は、国民の約半数¹⁰に止まっており、さらに、
8 検査結果が陽性であっても、受診につながっていない状況にある。

9
10 ATLは、HTLV-1の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介し
11 た母子感染である。国による感染予防対策が行われているため、HTLV-1
12 感染者（キャリア）の推計値は、約108万人（平成19（2007）年）か
13 ら約80万人（平成27（2015）年）と減少傾向にある。

14
15 また、胃がんの年齢調整死亡率¹¹は、人口10万人あたり40.1（昭和50
16 （1975）年）から10.1（平成27（2015）年）と大幅に減少して
17 いるものの、依然として、がんによる死亡原因の第3位¹²であるため、引き続き
18 対策が必要である。ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効で
19 あるかどうかはまだ明らかではないものの、感染が胃がんのリスクであること
20 は、科学的に証明されている¹³。

21 22 23 **（取り組むべき施策）**

24 感染に起因するがんの対策のうち、HPVワクチンについては、接種のあり
25 方について、国は、科学的知見を収集した上で検討する。

26
27 肝炎ウイルスについては、国は、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽
28 性者の受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげるこ

⁹ 「年齢調整罹患率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較する場合や、同じ集団で罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率。

¹⁰ 平成23（2011）年度「肝炎検査受検状況実態把握事業 事業成果報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>

¹¹ 「年齢調整死亡率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した死亡率。

¹² 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

¹³ 「N Engl J Med. 345:784-9,2001.」より引用。

1 とにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎については、着実に予
2 防接種を推進する。

3
4 HTLV-1については、国は、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続
5 き取り組む。

6
7 また、ヘリコバクター・ピロリについては、国は、除菌の胃がん発症予防に
8 おける有用性や、対策型検診への導入について、内外の知見を基に検討する。

9
10
11 **【個別目標】**

12 喫煙率については、「健康日本21（第二次）」と同様、平成34（2022）
13 年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を12%とするこ
14 と及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。（P）

15
16 受動喫煙については、平成34（2022）年度までに、受動喫煙の機会を
17 有する者の割合を、行政機関及び医療機関において0%にすること、また、家
18 庭においては3%、飲食店においては15%とすることを目標とする。（P）

19
20 また、職場については、事業主が「全面禁煙」または「喫煙室を設けそれ以
21 外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32（2020）年ま
22 での、受動喫煙のない職場を実現することとする。（P）

23
24 その他の生活習慣改善については、平成34（2022）年度までに、生活
25 習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.
26 9%）、女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、
27 20～64歳の男性36.0%（24.6%）、女性33.0%（19.8%）、
28 65歳以上の男性58.0%（52.5%）、女性48.0%（38.0%）
29 とすること等を実現する。

30 ※（ ）内は、平成27（2015）年のデータ

1 (2) がんの早期発見、がん検診(2次予防)

2
3 がん検診は、がんに罹患している疑いや、がんに罹患していると判定された
4 者に対して、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少
5 を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理について
6 の検討会¹⁴を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。

7 現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村(特別区を含む。
8 以下同じ。)の事業として、職域におけるがん検診は、保険者や事業主により
9 任意で行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診は、
10 がんの早期発見、早期治療、ひいてはがんの死亡者の減少につながるため、が
11 ん検診の受診率向上及び精度管理の更なる充実は必要不可欠である。

12 13 14 ① 受診率向上対策について

15 (現状・課題)

16
17 これまで、国は、平成28(2016)年度までに、がん検診受診率を50%
18 以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、市
19 町村と企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。
20 さらに、地方公共団体においても、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向
21 上のための取組を実施してきた。

22
23 しかしながら、がん検診の受診率は30%ないし40%台¹⁵であり、いずれの
24 がんにおいても第2期基本計画の目標である50%(胃、肺、大腸は当面40%)
25 を達成できておらず、我が国のがん検診の受診率は、依然として、諸外国に比
26 べて低い状況にある。

27
28 なお、がん検診を受けない理由としては、「がん対策に関する世論調査(内
29 閣府)(平成28(2016)年)」等において、「受ける時間がないから」、「健
30 康状態に自信があり必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関
31 を受診できるから」等があげられており、より効果的な受診勧奨や普及啓発、
32 受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策を充実させる必要がある。

33
34

¹⁴ 平成24(2012)年から開始した「がん検診のあり方に関する検討会(厚生労働省)」

¹⁵ 平成25(2013)年「国民生活基礎調査」

1 (取り組むべき施策)

2 国、都道府県、市町村が、これまでの施策の効果を検証した上で、連携しつ
3 つ、引き続き、効果的な受診率向上の方法を検討、実施する必要がある。当面
4 の対応として、市町村は、検診受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨の実施、
5 職域でがん検診を提供されていない者に対して市町村で受けられるような連携、
6 対象者の網羅的な名簿管理に基づく個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬
7 局の薬剤師を通じた受診勧奨を進める。

8
9 市町村や検診実施機関では、受診率を向上させるために、受診者に分かりや
10 すくがん検診を説明する等、受診者が正しくがん検診の意義、必要性を理解で
11 きるよう努める。

12
13 また、がん検診と特定健診の同時実施や、女性が受診しやすい環境整備等、
14 受診者の立場に立った利便性の向上、並びに財政上のインセンティブ策も活用
15 する。

16
17
18 ② がん検診の精度管理等について

19
20 (現状・課題)

21 がんによる死亡率を減少させるためには、徹底した精度管理が必要であるが、
22 精度管理を適切に実施している市町村数は、徐々に増加しているものの、十分
23 とは言えない状況にある。

24
25 がんを発見し、早期治療につなげるためには、検診後に、精密検査が必要と
26 診断された受診者が精密検査を受診する必要があるが、本来100%であるべ
27 き精密検査受診率(精密検査受診者数/要精密検査者数)は、およそ65~8
28 5%¹⁶⁾に止まっている。

29
30 また、指針¹⁷⁾に定められていないがん検診は、合併症や過剰診断等の不利益が
31 利益を上回る可能性があるが、現状では、平成28(2016)年度の市町村
32 におけるがん検診の実施状況調査集計結果によると、指針に定められていない
33 がん種の検診を実施している市町村は、全体の85.7%(1,488市町村)
34 となっている。

16 平成27(2015)年度「地域保健・健康増進事業報告」

17 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添)

1
2
3 **(取り組むべき施策)**

4 都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法で
5 がん検診を行っている市町村を公表する等、生活習慣病検診等管理指導協議会¹⁸
6 の一層の活用を図り、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検
7 討する。また、市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上
8 に取り組む。

9
10 国、都道府県、市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型
11 検診の違いや、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと、が
12 んでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等、がん検診の不利益につい
13 ても理解を得られるよう、普及啓発活動を進める。

14
15 国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、
16 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
17 する。

18
19
20 **③ 職域におけるがん検診について**

21
22 **(現状・課題)**

23 がん検診を受けた者の40～70%程度（胃がん：66.4%、肺がん：6
24 9.9%、大腸がん：64.4%、子宮頸がん：42.7%、乳がん：48.
25 9%）¹⁵が職域におけるがん検診を受けているが、職域で実施されるがん検診は、
26 保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しており、検査項目や対象
27 年齢等実施方法は様々である。

28
29 また、職域におけるがん検診については、定期的に対象者数、受診者数を含
30 めたデータを把握する統一的な仕組みもないため、受診率の算定や精度管理を
31 行うことは困難である。

32
33

18 「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病及び要介護状態等の動向を把握し、また、市町村及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。

1 **（取り組むべき施策）**

2 国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診の法的な位置づ
3 けについて検討する。また、科学的根拠に基づき、職域におけるがん検診を実
4 施するために、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を、職
5 域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ策定し、保険者におけるデータ
6 ヘルス等の実施の際の参考とする。

7
8 職域におけるがん検診を提供する保険者や事業主は、職域におけるがん検診
9 の実態を把握し、科学的根拠に基づいたがん検診の充実に努める。また、がん
10 検診を任意で実施する際には、「職域におけるがん検診に関するガイドライン
11 （仮称）」を参考とする。

12
13 国は、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数を含めたデー
14 タの把握や精度の管理ができるよう、保険者や事業主、検診機関で統一された
15 データフォーマットを使用し、がん検診のデータを収集できる仕組みを構築す
16 る。

17
18
19 **【個別目標】**

20 国は、がん検診の受診率を、男女とも対策型検診で行われている全てのがん
21 種において、50%とすることを目標とする。

22
23 国は、精密検査受診率の目標値を90%と設定する。

24
25 国は、1年以内に「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を
26 作成し、職域での普及を図る。

27

2. がん医療の充実

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

ビッグデータやAIを活用した患者本位のがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化されたがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化と集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

(1) がんゲノム医療

(現状・課題)

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮した「ゲノム医療¹⁹」への期待が高まっており、国内外において様々な取組が行われている。

諸外国ではゲノム医療を推進するため、様々な国家プロジェクトが進行中である。英国では、平成24(2012)年から、「Genomics England」を立ち上げ、10万人のゲノムを解析し、がんや難病の治療に役立てる取組が行われている。米国では、平成27(2015)年から、「Precision Medicine Initiative」を開始し、遺伝子、環境、ライフスタイルに関する個人ごとの違いを考慮した予防や治療法を確立する等の取組が推進されている。

我が国では、平成27(2015)年7月にとりまとめられた「ゲノム医療実現推進協議会」の中間とりまとめにおいて、ゲノム医療の実現が近い領域として、がん領域が掲げられている。また、平成28(2016)年10月にとりまとめられた「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」の意見とりまとめでは、遺伝子関連検査の品質・精度の確保やゲノム医療に従事する者の育成、ゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等を進めていくことが求められている。

現在、がんゲノム医療の実用化を推進する取組として、バイオバンク²⁰や臨床情報とゲノム情報を統合したデータベースといった基盤整備や、次世代シーク

¹⁹ 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報を下にして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

²⁰ 「バイオバンク」とは、提供されたヒトの細胞、遺伝子、組織等について、研究用資源として品質管理を実施して、不特定多数の研究者に提供する非営利的事業のこと。

1 エンサー²¹を用いたゲノム解析に基づいた治験薬を含めた治療選択肢を提示す
2 る研究事業が進められている。また、拠点病院等²²に遺伝カウンセリングを行う
3 者を配置するといった取組も行われている。

4
5 しかしながら、拠点病院等において、がんゲノム医療を実現するためには、
6 次世代シーケンサーを用いたゲノム解析の品質や、精度を確保するための基
7 準の策定、解析結果の解釈（臨床的意義づけ）や必要な情報を適切に患者に伝
8 える体制の整備等を進める必要がある。また、遺伝性腫瘍等の対応に必要な遺
9 伝カウンセリングに関する専門知識を有する者をはじめとして、がんゲノム医
10 療の実現に必要な人材の育成とともに、その配置を進めていく必要がある。

11
12 さらに、希少がん、小児がん、難治性がんをはじめ全てのがんに対する治療
13 開発のため、ゲノム医療によって得られた情報を、革新的治療薬の開発や個人
14 に最適化された治療選択等に活用できる仕組みを早急に構築する必要性が指摘
15 されている。

16
17 また、ゲノム医療の実現とともに、ゲノム情報の取扱いについて、患者やそ
18 の家族が安心できる社会環境の整備も求められている。

21 **（取り組むべき施策）**

22 国は、ゲノム情報等の活用による個々のがん患者に最適な医療を提供するた
23 めの具体的な計画を策定する。

24
25 当該計画に基づき、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関
26 の整備を進めるとともに、拠点病院等を活用したがんゲノム医療提供体制を構
27 築し、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいてもがんゲノム医療
28 を受けられる体制を段階的に構築する。また、患者、家族の理解を促し、心情
29 面でのサポートや治療法選択の意思決定支援ができる体制の整備も進める。

30
31 国は、関係機関等と連携し、がんゲノム医療に必要な人材を育成し、適切な

²¹ 「次世代シーケンサー」とは、核酸の配列を、同時並行で高速・大量に読み取る解析装置のこと。

²² 本基本計画における「拠点病院等」とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成26年1月10日付け健発第0110第7号厚生労働省健康局長通知）において定める、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、国立がん研究センター中央病院及び東病院の総称を指す。

1 配置がなされるよう必要な支援を行う。

2
3 国は、がんゲノム医療の実現に合わせた、薬事承認や保険適用等の適切な運
4 用を検討する。

5
6 拠点病院等での診療や治験を含めた臨床研究等で得られたゲノム情報及び臨
7 床情報等を集約し、ゲノム情報に基づく適切な診療の提供や革新的な治療を開
8 発するために、国は、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行う。あ
9 わせて、ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するためのAIの開発を
10 可能とする高度計算機器等の技術基盤を有した、がんゲノム医療を推進する体
11 制を整備し、小児がん、希少がん、難治性がんをはじめとした全てのがんに対
12 する治療開発を加速させる。

13
14 また、がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いや、がんゲ
15 ノム医療に関する理解を促進し、教育や普及啓発に努めるとともに、安心して
16 ゲノム医療に参加できる社会環境の整備を進める。

19 **【個別目標】**

20 国は、ゲノム情報等の活用による個々のがん患者に最適な医療を提供するた
21 めの計画を策定し、その計画に基づき、段階的に整備を進める。がんゲノム医
22 療を必要とする患者が、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、「が
23 んゲノム医療推進コンソーシアム」を形成することや、2年以内に拠点病院等
24 の見直しに着手する等がんゲノム医療を提供する体制の整備を開始する。

1 (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

2
3 がん医療の進歩は目覚ましく、平成18(2006)年から平成20(20
4 08)年までに診断された全がんの5年相対生存率²³は62.1%と、3年前(5
5 8.6%)に比べて3.5%上昇しており、年齢調整死亡率も1990年代後
6 半から低下傾向にある。一方で、膵がん、肺がん、肝がんの5年相対生存率は、
7 それぞれ、7.7%、31.9%、32.6%と依然として低いがん種もある。

10 ① がん医療提供体制について(医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、 11 制度の持続可能性等)

13 (現状・課題)

14 これまで、我が国では、罹患者の多いがん(肺・胃・肝・大腸・乳腺)を中
15 心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療
16 や緩和ケア(以下「集学的治療等」という。)の提供とともに、がん患者の病態
17 に応じた適切な治療・ケアの普及に努め、拠点病院等を中心に、カンサーボ
18 ード²⁴の実施、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等に取り組み、
19 全ての国民が全国どこにいても質の高いがん医療が等しく受けられるように、
20 がん医療の均てん化を進めてきた。

21
22 しかしながら、標準的治療の実施や相談支援の提供等の拠点病院等に求めら
23 れている取組の中には、施設間で格差があることも指摘されている。

24
25 一方、近年、医療安全に関する問題が指摘されているが、拠点病院において
26 も事故が度々報告される等、取組の強化が求められている。

27
28 さらに、医療技術の発達により、革新的かつ非常に高額な治療法が出現して
29 おり、一部のがん種に対する新たな選択肢として期待されているが、制度の持

²³ 「5年相対生存率」とは、あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体(正確には、性別、生まれた年、および年齢の分布を同じくする日本人集団)で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。(出典：国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』)

²⁴ 「カンサーボード」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

1 続可能性も考慮することが必要である。

2

3

4 (取り組むべき施策)

5 がん診療提供体制については、これまで、拠点病院等を中心とした体制を整
6 備してきた現状を踏まえ、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供
7 体制、緩和ケア、がん相談支援センターの整備、院内がん登録、がんサーボ
8 ードの実施等の均てん化が必要な取組に関しては、引き続き拠点病院等を中心
9 として取組を進める。

10

11 国は、拠点病院等の質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた他の医
12 療機関との比較や第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的な実地
13 調査等を行うための方策について検討する。

14

15 また、拠点病院等の整備指針の要件が未充足となっている拠点病院等に対す
16 る指導方針や、各要件の趣旨や具体的な実施方法等の明確化等については検討
17 の上、より質の高い医療提供体制を構築する。

18

19 また、拠点病院等の要件の見直しの際には、ゲノム医療、医療安全、支持療
20 法²⁵等、新たに盛り込む項目について検討するとともに、ゲノム医療、一部の放
21 射線療法や、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種については、治療成
22 績の向上等に資する研究開発の促進や診療の質の向上を図るため、患者のアク
23 セス、病院の特徴や規模等の地域の状況に十分配慮した上で、がん医療におけ
24 る診療機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置等一定の集約化のあり方に
25 ついて検討し、その結果を踏まえ、整備を進める。

26

27 国は、イノベーションの推進と国民皆保険の持続性を両立し、将来にわたっ
28 て必要かつ適切ながん医療を患者に提供するため、がん治療への国民負担の軽
29 減と医療の質の向上に関する必要な取組を行う。

30

31 国は、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開
32 発投資の促進を図るために、費用対効果の高いものは評価を引き上げることも
33 含め、革新的な新薬創出を促進するための仕組みの見直しを行う。

34

²⁵ 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療、ケアのこと。

1
2 ② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法）

3
4 (ア) 手術療法について

5
6 (現状・課題)

7 我が国では、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病
8 院等を中心に、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を
9 行ってきた。

10
11 また、外科医の教育プログラムの開発による技能の均てん化や、より侵襲度
12 の低い術式や医療機器の開発等の新たな技術開発に取り組んできた。

13
14 一方、手術療法に関連する合併症の軽減等の更なる治療成績の向上を図るた
15 め、平成23（2011）年より、一般社団法人日本外科学会、特定非営利活
16 動法人日本小児外科学会等では、症例登録のデータベース（National Clinical
17 Database、以下「NCD」という。）の構築を開始した。

18
19 また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん、高度進
20 行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があるため、対応可能
21 な医療機関が偏在しており、医療提供体制の整備が求められる。今後は、医療
22 機関の偏在に配慮しつつ、医療提供体制の集約化が求められる。

23
24
25 (取り組むべき施策)

26 国は、拠点病院等を中心に、外科分野の専門的な学会等の意見を踏まえなが
27 ら、引き続き、人材の育成や適正な配置を行うことを検討する。

28
29 国は、身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の低い治療等を普及させると
30 ともに、安全な新たな治療法の実現に資する医療機器の開発を推進する。

31
32 関係団体は、NCDを活用する等、手術療法の質の担保と向上を図る。

33
34 定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや難治性がん等については、
35 一定の集約化を行うための仕組みを構築し、また、その情報提供を行う。また、
36 多領域の手術療法に対応できるような医師・医療チームを育成する。

1
2 (イ) 放射線療法について

3
4 (現状・課題)

5 これまで、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医師をはじめと
6 した医療従事者の配置や、リニアック等の機器の整備等、集学的治療を提供す
7 る体制の整備を行ってきた。一方、粒子線治療等の新たな医療技術については、
8 施設の整備に多大なコストを要することから、全国での配置は限られている。
9 さらに、高度な放射線療法の提供については、機器の精度管理や照射計画に携
10 わる専門職の必要性が指摘されている。

11
12 現在、粒子線治療は、限られたがん種について保険適用とされているが、今
13 後の方向性については、各がん種における有効性・安全性や費用対効果を十分
14 に検証し、より効率的な利用を目標に進める必要がある。

15
16 核医学治療（R I :Radioisotope 内用療法²⁶等）の体制については、近年、有
17 効ながん種が拡大されつつあるが、全国的な放射線治療病室の不足等、体制面
18 が不十分との指摘がある。

19
20 さらに、放射線療法は、根治的な治療のみならず、痛み等の症状緩和にも効
21 果があるものの、十分に活用されていないため、医療従事者に向けた知識の普
22 及が必要との指摘がある。

23
24
25 (取り組むべき施策)

26 標準的な放射線療法の提供体制については、引き続き、均てん化を進める。
27 その一方で、粒子線治療等の高度な放射線療法については、必要に応じて、都
28 道府県を越えた連携体制や必要な人材についての体制整備を検討する。

29
30 さらに、公益社団法人日本放射線腫瘍学会で行われている症例登録のデータ
31 ベース（放射線治療症例全国登録）を活用し、科学的根拠に基づいた治療を推
32 進する。

33
34 R I 内用療法については、関係団体等と連携しながら、当該治療を実施する

²⁶ 「R I 内用療法」とは、投与された放射性薬剤が全身のがん病巣に分布することで、体内から放射線を照射する全身治療法のこと。

1 ために必要な施設数、人材等についての今後のあり方を十分に検討した上で、
2 R I 内用療法を推進するための体制整備について検討する。

3
4 がんの骨転移、脳転移等による症状の緩和に有用な「緩和的放射線療法」を
5 がん治療の選択肢のひとつとして普及させるため、当該療法に関することを緩和
6 ケア研修会等の教育項目に位置づけ、がん治療に携わる医師等に対する普及
7 啓発を進める。

10 (ウ) 薬物療法について

12 (現状・課題)

13 薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外
14 来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、看護師、
15 薬剤師等の配置を行い、適切な投薬管理や副作用対策等が実施されるよう努め
16 てきた。

17
18 一方で、薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来
19 で受療する患者が増加していることから、拠点病院等の薬物療法部門では、薬
20 物療法に関する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤
21 への対応等の負担が増大している。

24 (取り組むべき施策)

25 外来薬物療法をより安全に提供するために、適切な薬剤の服用管理や副作用
26 対策等を含め、拠点病院等で、外来薬物療法に関する多職種による院内横断的
27 な検討の場を設け、薬物療法に携わる院内の全ての医療従事者に対して、外来
28 薬物療法に関する情報共有や啓発等を行う。

29
30 国は、薬物療法を受療する外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するた
31 め、拠点病院等と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携
32 体制を強化するために必要な施策を講じる。

33
34 新規薬剤に関する情報やゲノム情報を活用した適切な薬物療法を提供するた
35 めに、専門的な医師や薬剤師や看護師、がん相談支援センターの相談員等の適
36 正配置とともに、それらの専門職等の適切な連携により、患者に適切な説明を
37 行うための体制整備や人材育成に努める。

1
2
3 **(エ) 科学的根拠を有する免疫療法について**
4

5 **(現状・課題)**

6 科学的根拠を有する免疫療法の研究開発が進み、「免疫チェックポイント阻害
7 剤²⁷」等、免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっている。

8
9 免疫系への作用が示唆されるものの、十分な科学的根拠を有している免疫療
10 法とそうでない治療法とを明確に区別すべきとの指摘もなされている。しかし、
11 国民にとっては、このような区別が困難な場合があることから、国民が正しい
12 情報を得ることが困難となっているとの指摘がある。

13
14 また、免疫療法には、これまでの薬物療法とは異なった副作用等が報告され
15 ており、その管理には専門的な知識が求められている。

16
17 さらに、近年、新たな作用機序を持つ抗体医薬品等、単価が高く、市場が大
18 きな医薬品が登場している。

19
20
21 **(取り組むべき施策)**

22 国は、薬事承認を受けて実施される免疫療法について、安全で適切な治療を
23 行うことができるように、関係団体等が策定する指針等に基づいた適切な使用
24 を推進する。

25
26 国は、免疫療法に関する正しい情報を患者や国民に届けるため、情報提供の
27 あり方について、関係団体と連携して検討を行う。

28
29 国は、革新的であるが非常に高額な医薬品について、効果的・効率的な使用
30 のあり方を検討する。

31
32
33 **【個別目標】**

34 2年以内に、新たながん診療提供体制について検討し、必要に応じて拠点病

²⁷ 「免疫チェックポイント阻害剤」とは、がん細胞が免疫細胞を抑制することを阻害し、体内に元々ある免疫細胞ががん細胞に作用できるようにする薬剤のこと。

1 院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

2

3 国は、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法に関する最新の情報につ
4 いて、それぞれの専門的な学会に対し、質の担保と効果的・効率的な治療の推
5 進に資するための情報共有の機会を定期的に設けることを検討する。

6

1 (3) チーム医療の推進

3 (現状・課題)

4 患者とその家族の抱える様々な苦痛や悩み、負担に対応し、安全かつ安心で
5 質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要であ
6 る。

7
8 こうしたことから、これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体
9 制の整備やキャンサーボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機
10 関と薬局の連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進等、多職種でのチ
11 ャーム医療を実施するための体制を整備してきた。

12
13 しかし、病院内の多職種連携については、医療機関ごとの運用の差や、がん
14 治療を外来で受療する患者の増加による受療環境の変化によって、医師と医師
15 以外のメディカルスタッフを含めたチームの育成や、発症から診断、入院治療、
16 外来通院等のそれぞれのフェーズにおいて個々の患者の状況に応じたチーム医
17 療の提供が求められるようになっている。

20 (取り組むべき施策)

21 国は、拠点病院等における医療従事者の連携を更に強化するため、キャンサ
22 ーボードへの多職種の参加を促し、また、専門チーム（栄養サポートチーム、
23 口腔ケアチーム、緩和ケアチーム、感染防止対策チーム等）に依頼する等、一
24 人ひとりの患者に必要な治療やケアをそれぞれの専門的な立場から議論し、患
25 者が必要とする連携体制を整備する。

28 【個別目標】

29 がん患者が入院しているとき、外来通院しながら在宅で療養生活を送ってい
30 るとき等、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるようなチーム
31 医療の体制を強化する。

1 (4) 支持療法²⁵の推進

3 (現状・課題)

4 がん患者の実態調査²⁸（以下「がん患者の実態調査」という。）では、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連した悩みの割合が顕著に増加している（平成15（2003）年 19.2%→平成25（2013）年 44.3%）ことが明らかになった。

10 また、がん種別に見ると、胃がん患者では胃切除術後の食事や体重減少、乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者ではリンパ浮腫による症状に苦悩している者が多く、手術に関連した後遺症も大きな問題である。

14 リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修（現在は新・リンパ浮腫研修）」を推進し、拠点病院等を中心に、リンパ浮腫外来等でケアを実践してきた。

17 がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法の研究開発は不十分である。そのため、支持療法に関する診療ガイドラインが少なく、標準的治療が確立していない状況である。

22 (取り組むべき施策)

23 がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の生活のQOLを向上させるため、支持療法に関する実態を把握し、それを踏まえた研究の推進と、診療の実践に向けて取り組む。

28 【個別目標】

29 がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生活の質が低下しないよう、患者視点の評価も重視した、支持療法に関する診療ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

²⁸ 静岡県立静岡がんセンターの「がんの社会学」に関する研究グループが実施（平成25（2013）年）。詳細は <http://cancerqa.scchr.jp/sassi28.html> を参照。

1 (5) 希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

2
3 希少がん、難治性がんに関する研究については、平成28（2016）年の
4 法の一部改正において、法第19条第2項に「罹患している者の少ないがん及
5 び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされる
6 ものとする。」と明記される等、更なる対策が求められている。また、医療の提
7 供については、その希少性から患者の集約化や施設の専門化、各々の希少がん
8 に対応できる病院と地域の拠点病院等による連携の強化等を行うとともに、そ
9 れらを広く周知することが必要である。

10 11 12 ① 希少がんについて

13 14 (現状・課題)

15 希少がんは、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体として
16 は、がん全体の一定の割合を占めており、第2期基本計画の策定時に、対策が
17 必要とされた。

18
19 そこで、平成27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり
20 方に関する検討会」において、希少がんを「概ね罹患率人口10万人当たり6
21 例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい」が
22 ん種と定義するとともに、医療や支援のあり方に関する検討を行った²⁹。

23
24 さらに、当該検討会での報告を踏まえ、国立研究開発法人国立がん研究セン
25 ター（以下「国立がん研究センター」という。）に「希少がん対策ワーキンググ
26 ループ」を設置し、四肢軟部肉腫や眼腫瘍といった一部の希少がん種から、質
27 の高い治療を受けられる医療機関等に関する情報の収集・提供のための対策等
28 を検討している。

29
30 希少がん診療の集約化を進めるべきであるが、患者アクセスへの懸念、専門
31 施設と地域の拠点病院等とのシームレスな連携や専門的知識を有する質の高い
32 医療従事者を継続的に育成するシステムの必要性、各々の希少がんを専門とし
33 ない医療従事者に対する啓発等の課題も指摘されている。

34

²⁹ 詳細な課題及び取り組むべき対策は「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095430.html>

1
2 **(取り組むべき施策)**

3 希少がんに関する情報の集約・発信、全国のがん相談支援センターとの連携、
4 病理コンサルテーション³⁰等を通じた正確・迅速な病理診断を提供する体制の整
5 備、臨床的エビデンスの創出、診療ガイドラインの整備と普及、医療従事者の
6 育成等、基礎研究の支援、効率の良い臨床試験の実施等において、中核的な役
7 割を担う医療機関を整備する。

8
9 国は、各々の希少がんへの対策については、その状況に応じた適切な集約化
10 と連携のあり方について、「希少がん対策ワーキンググループ」等の議論を踏ま
11 え、検討を行う。また、中核的な役割を担う医療機関は、関係機関、学会、患
12 者団体と協力し、必要に応じて民間の取組も含めて患者が必要とする情報を収
13 集し公表することにより、患者の集約や施設の専門化、各々の希少がんに対応
14 できる病院と地域の拠点病院等との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者
15 も適切な医療につながる対策を講じる。また、その進捗については、中核的な
16 役割を担う機関で統括する。

17
18 希少がんについては、特に有効性の高い診断、治療法の開発が求められてい
19 ることから、ゲノム医療の推進、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
20 の充実と呼応しつつ、その開発段階から患者や家族の積極的参加が得られるよ
21 う学会、臨床研究団体、患者団体等の連携を一層強化し、基礎研究から臨床研
22 究まで一貫した研究、治療法の開発を推進する。

23
24
25 **② 難治性がんについて**

26
27 **(現状・課題)**

28 平成18(2006)年から平成20(2008)年までに診断された全が
29 んの5年相対生存率は、62.1%と、その3年前(58.6%)に比べて3.
30 5%上昇しているが、膵がんやスキルス胃がんをはじめとする早期発見が困難
31 であり、治療抵抗性の高いがんや転移・再発しやすいがん等の難治性がんの5
32 年相対生存率については改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されて
33 いないことが課題となっている。

30 「病理コンサルテーションシステム」とは、国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会が実施している、病理診断困難症例の診断確定等について、全国のがん診療連携拠点病院の病理医から、各臓器がん精通する病理医への病理診断についての相談(コンサルテーション)を受けるシステムのこと。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22

(取り組むべき施策)

関係団体や学会等と協力し、難治性がんに関する臨床や研究における大学や所属機関を超えた人材育成の体制整備を促進する。

難治性がんの研究を推進するにあたっては、研究結果が臨床現場におけるエビデンスに基づいた標準的治療の確立や医療の提供へとつながるようなネットワーク体制を整備する。

【個別目標】

国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的な役割を担う機関を整備し、2年以内に希少がん対策を統括する体制を整備する。

希少がん・難治性がんに対するより有効性の高い診断、治療法の研究開発を効率的に推進するため、国は、国際的な研究ネットワークの下で行う等、がん研究を推進するための取組を開始し、患者に有効性の高い診断法、早期発見法、治療法を速やかに提供するとともに患者が適切な治療を受けやすい体制づくりを進める。

1 (6) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

2
3 がんは小児、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代 (思春期世代と若
4 年成人世代) の病死の主な原因の1つであり、多種多様ながん種を多く含むこ
5 とや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・
6 若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、成人の希
7 少がんとは異なる対策が求められている。特に、小児がんにおいては、臨床研究
8 の推進により、小児がんの治癒率は向上しているが、依然として、難治症例も
9 存在し、十分な診療体制の構築とともに、治療中から後遺症や晩期合併症³¹への
10 対応が必要である。

11 高齢者のがん対策では、特に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床
12 研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方につい
13 ての検討が求められている。

14 15 16 ① 小児がんについて

17 18 (現状・課題)

19 小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援
20 を受けられるような環境の整備を目指し、十分な経験と支援体制を有する医療
21 機関を中心に質の高い診療が実施できるように、平成25(2013)年2月、
22 全国に15か所の「小児がん拠点病院」及び2か所の「小児がん中央機関」を
23 整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによ
24 る診療体制の構築を進めてきた。

25
26 しかし、小児がん拠点病院への集約化にも限界があることから、例えば脳腫
27 瘍のように集約化すべきがん種と、ある程度の均てん化が可能ながん種を整理
28 するとともに、地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備が
29 必要となる。また、患者・家族の希望に応じて、在宅医療を実施できる支援体
30 制が求められている。

31
32 さらに、再発症例、初期治療反応不良例等の難治性の小児がん、AYA世代
33 のがんについては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用等の実施体制の整
34 備が十分でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

³¹ 「晩期合併症」とは、小児がんの患者が成長や時間の経過に伴って、がんそのものからの影響や、薬物療法、放射線療法等治療の影響によって生じる合併症。(出典：国立がん研究センター「小児がん情報サービス」)

1
2
3 **(取り組むべき施策)**

4 国は、小児がん等の更なる生存率向上を目指して、より安全で迅速な質の高い
5 病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療の研究を推進し、十分
6 な治験・臨床研究を行うことのできる体制の整備を検討する。また、新薬の開
7 発を支援するための研究を推進する。

8
9 国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割と集約化と均てん化
10 の体制を見直し、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度の専門性を必要と
11 しない病態については、小児がん拠点病院以外の地域の連携病院においても診
12 療が可能な体制を構築し、状況に応じて、在宅医療を実施できるような診療連
13 携体制の検討を行う。

14
15
16 **② AYA世代のがんについて**

17
18 **(現状・課題)**

19 AYA世代に発症するがんに関しては、その診療体制が定まっておらず、小
20 児と成人領域の狭間で、適切な治療が受けられない状況にある。他の世代に比
21 べて、患者数が少なく、多様な疾患構成であるために、医療従事者の診療や相
22 談支援の経験が蓄積されにくい。また、AYA世代は、年代によって、就学、
23 就労、妊娠等の状況が異なり、患者視点での教育・就労・生殖等の包括的・継
24 続的な情報・相談体制等の提供が十分ではない。AYA世代のがん患者の個々
25 の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制、診療体
26 制の整備等が求められている。

27
28
29 **(取り組むべき施策)**

30 AYA世代のがんに関しては、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と成人領
31 域の専門性が必要な病態を明らかにし、その診療体制を検討する。

32
33 国は、AYA世代の多様なニーズに応じた情報提供、包括的な相談支援・就
34 労支援を実施できる体制の整備について、対応できる医療機関等の一定の集約
35 化に関する検討を行う。

36
37 さらに、治療に伴う生殖機能等への影響等、世代に応じた問題について、治

1 療前に正確な情報提供を行い、必要に応じて、適切な専門施設に紹介するための
2 体制を構築する。

3 4 5 ③ 高齢者のがんについて

6 7 (現状・課題)

8 我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、平成37(2025)
9 年には、65歳以上の高齢者数が3,657万人(全人口の30.3%)になると推計されてい
10 る。また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増えるため、
11 高齢のがん患者へのケアの必要性が増すと指摘がある。

12
13 また、全身状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治
14 療の適応とならないケースや、主治医が標準的治療を提供すべきでない
15 と判断するケース等があり得るが、こうした判断は、医師の裁量に任されてお
16 り、現状の診療ガイドライン等において明確な判断基準は示されていない。特
17 に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研究は限られているため、こ
18 うしたがん患者に提供すべき医療のあり方についての検討が求められている。

19 20 21 (取り組むべき施策)

22 QOLの観点を含めた高齢のがん患者に適した治療法や診療ガイドラインを
23 確立するための研究や、現行の各がん種に関する診療ガイドラインに、今後高
24 齢者医療の観点を取り入れていくため、関係学会等への協力依頼を行い、高
25 齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定する。

26 27 28 【個別目標】

29 国は、3年以内に小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療で
30 きる体制の整備を目指し、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」並び
31 に「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で議論を行い、小児がん拠点
32 病院とがん診療連携拠点病院等の両者の整備指針の見直しを行う。

33
34 高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラ
35 インを拠点病院等に普及することを検討する。

1 (7) 病理診断

3 (現状・課題)

4 拠点病院等においては、病理診断医の配置を要件とし、また、必要に応じて、
5 遠隔病理診断を用いることにより、全ての拠点病院等で、術中迅速病理診断が
6 可能な体制を確保するとともに、病理診断医の養成や病理関連業務を担う医療
7 従事者の確保に向けた取組を支援してきたものの、依然として、病理診断医等
8 の不足が指摘されている。

10 特に、希少がん、小児がんの病理診断については、希少がん、小児がんそれ
11 ぞれについての十分な診断経験を有し、かつ専門的な知識を持った病理診断医
12 が少ないため、病理診断が必ずしも正確かつ迅速に行われず、治療開始の遅延
13 や予後の悪化につながる懸念されている²⁹。

15 こうした中、国立がん研究センター、一般社団法人日本病理学会の病理コン
16 サルテーションシステム及び小児がん中央機関による中央病理診断システム等
17 を活用し、専門性の高い病理診断医による質の高い病理診断の体制構築に向け
18 た取組を推進している。

20 また、病理診断を補助するシステムとして、学会等によるビッグデータやA
21 I を利活用した病理診断支援システムの研究開発の支援を行っている。

24 (取り組むべき施策)

25 国は、病理診断医の育成等に対する支援を引き続き実施するとともに、病理
26 関連業務を担う臨床検査技師等の医療従事者の適正配置について検討する。

28 より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、国は、関係
29 団体や学会等と協力し、病理コンサルテーション等の正確で適正な病理診断を
30 提供する体制を強化する。

32 国は、ビッグデータやA I を利活用等した病理診断支援システムの研究開発
33 を推進する。

36 【個別目標】

37 国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境

- 1 を整備する。
- 2

1 (8) がんのリハビリテーション

3 (現状・課題)

4 がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じ
5 ることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、
6 著しく生活の質が低下することがしばしば見られることから、がん領域でのリ
7 ハビリテーションの重要性が指摘されている。

8
9 平成19(2007)年から平成25(2013)年にかけて行われた「が
10 ん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業」において、がんに関わ
11 る医療従事者を対象とした研修プログラムの開発と研修会等を実施した。

12
13 「第2期基本計画中間評価(平成27(2015)年)(以下「中間評価」と
14 いう。)」の調査では、リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院
15 等の割合は、37.4%と低く、十分な体制が整備されているとは言えない状
16 況にある。

17
18 また、がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみ
19 ならず、社会復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハ
20 ビリテーションが必要との指摘がある。

23 (取り組むべき施策)

24 国は、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーシ
25 ョンを含めた医療提供体制のあり方を検討する。

28 【個別目標】

29 国は、がんのリハビリテーションに関わる有識者の意見を収集し、拠点病院
30 等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討する。

1 (9) がん登録

3 (現状・課題)

4 我が国のがん登録においては、都道府県の事業としての地域がん登録が実施
5 されてきたが、都道府県間で登録の精度が異なることや、がんの罹患数の実数
6 による把握ができないことが課題となっていた。

7
8 こうした中、がん情報を漏れなく収集するため、平成28(2016)年1
9 月に施行された「がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第111号)」
10 に基づき、全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度
11 等の情報が、病院等から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、
12 一元的に管理されることとなった。

13
14 全国がん登録の情報の利活用については、平成30(2018)年末を目途
15 に開始される予定であり、がん登録によって得られた情報の活用により、正確
16 な情報に基づくがん対策の実施、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリ
17 スクやがん予防等についての研究の推進、患者やその家族等に対する適切な情
18 報提供が期待される。

19
20 また、拠点病院等においては、全国がん登録に加えて、より詳細ながんの罹
21 患・診療に関する情報を収集する院内がん登録が従前より実施されており、院
22 内がん登録は、全国のがん患者の約8割をカバーしていると推定される。

23
24 がん登録情報の利活用の際には、全国がん登録や院内がん登録によって得ら
25 れるデータと、他のデータとの連携により、より利活用しやすい情報が得られ
26 る可能性があるが、データの連携を検討する際には、個人情報の保護に配慮す
27 る必要がある³²。

28
29 また、がん登録によって得られる情報を、患者にとって、本当に必要な形で
30 活用していく必要があるとの指摘がある。

31 32 33 (取り組むべき施策)

34 国は、地方公共団体が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを

³² 各医療機関における診療実績については、院内がん登録の登録件数が公表されているが、登録件数1件以上10件以下の場合には「1～10件」と記載されており、診療の実態が患者にとって分かりづらいとの指摘がある。

1 用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案するために必要
2 な資料を作成するとともに、地方公共団体における科学的根拠に基づいたがん
3 対策の立案やがん研究の推進のあり方について検討する。

4
5 その際、がん登録データの効果的な利活用のため、全国がん登録データと、
6 院内がん登録データ、レセプト情報等や、臓器や診療科別に収集されているが
7 んのデータ等との連携について、個人情報の保護に配慮しながら検討する。

8
9 国や国立がん研究センターは、研究の推進や国民への情報提供に資するよう、
10 がん登録で収集する項目を必要に応じて見直す。

11
12 国民のがんに対する理解の促進や、患者やその家族による医療機関の選択に
13 資するよう、希少がんや小児がんの情報を含め、個人情報に配慮しながら、が
14 んに関する情報の適切な提供方法について検討する。

15 16 17 **【個別目標】**

18 がん登録によって得られた情報の利活用により、正確な情報に基づくがん対
19 策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施や、がんのリスクやがん予防等
20 についての研究の推進、患者やその家族等に対する適切な情報提供を行う。

1 (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3 (現状・課題)

4 がん医療の進歩に伴い、様々な治療法が開発される中、我が国では、「ドラッグ・ラグ」、「デバイス・ラグ」が問題となっていた。こうした問題に対して、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外検討会議」、「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」において、随時、課題の解消に向けた取組を検討しており、中間評価の調査では、平成25(2013)年度の抗がん剤開発の開発(申請)ラグが5.7か月、審査ラグは0か月まで短縮した。更に、希少疾病用医薬品・希少疾病用医療機器・希少疾病用再生医療等製品の指定による実用化の促進により、一刻も早く希少疾病に対する医療ニーズに応えるための取組を続けているほか、平成28(2016)年1月には、「拡大治験(日本版コンパシオネートユース)制度」を開始した。

15 先進医療においては、「日本再興戦略2014」に基づき、平成26(2014)年12月から、「最先端医療迅速評価制度」を創設し、先進医療として実施することの可否についての評価の迅速化、効率化に取り組んでいる。

19 また、医療法に基づき、平成27(2015)年4月より、国際水準の臨床研究等の中心的な役割を担う病院を「臨床研究中核病院」として指定している。

22 さらに、国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の思いに応え、保険外併用療養費制度の中に、平成28(2016)年4月から「患者申出療養制度」を創設し、先進的な医療について、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするための仕組みを構築している。

28 一方で、医師主導治験や患者申出療養等の新たな「保険外併用療養費制度」を活用するためには、それらを担う臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携が必要であるが、こうした制度の周知や臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携が十分ではないとの指摘がある。

33 また、既存の制度で先進的な医療にアクセスできない中で困難な病気と闘う患者の思いに応えると同時に、保険外併用療養がいたずらに拡大することの無いよう、留意が必要である。

1 **(取り組むべき施策)**

2 国は、臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携を、情報共有等により一層強
3 化する。また、がん患者に、治験に関する情報を提供する体制を整備する。

4
5 国は、新たな治療が特に求められている分野の患者が各種の制度を的確に活
6 用できるよう、「拡大治験制度」、「最先端医療迅速評価制度」、「患者申出療養制
7 度」について、患者や医療従事者に対する周知を行う。

8
9
10 **【個別目標】**

11 国は、拠点病院等の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師
12 主導治験、患者申出療養制度等について適切な説明を行い、こうした取組を必
13 要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。

3. がんとの共生

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を行う。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者がいつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

法第15条において、緩和ケアとは、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう。」と定義されるとともに、第17条において、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的、精神心理的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じ、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものである。

我が国のがん対策においては、第1期基本計画から「緩和ケアの推進」は、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられており、この10年間で、全ての拠点病院等に緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備するとともに、全てのがん診療に携わる医師に基本的な緩和ケアの知識と技術を習得させるための緩和ケア研修会を開催する等、緩和ケアの普及を進めてきた。

国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、療養場所を問わず、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供し、こうした苦痛が迅速かつ十分に緩和できる体制を整備する。

① 緩和ケアの提供について

(現状・課題)

1 これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進
2 してきた。拠点病院等に緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛のスク
3 リーニング³³が実施されるようになったが、実際に患者とその家族に提供され
4 た緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の課題が指摘されている。
5 中間評価においても、「身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行
6 われていないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、
7 患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提
8 供されていない現状である。

9
10 苦痛のスクリーニングで患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から
11 緩和ケアチームへつなぐ³⁴体制が機能していないとの指摘がある。また、緩和ケ
12 アチーム、緩和ケア外来、がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全
13 体の緩和ケアの診療機能を活性化するために必要な有機的な連携が図られてい
14 ない状況にある。

15
16 緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進す
17 る必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能
18 な体制を整備する必要がある。

19
20 また、緩和ケアチーム等の質の向上が求められているが、緩和ケアの質を書
21 面のみで評価することには限界があることが指摘されているものの、評価のため
22 の指標や質の良否を判断する基準が必ずしも確立されていない状況にある。

23
24 一方で、今後、拠点病院以外においても緩和ケアの推進を図るため、拠点病
25 院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態について、把握する必要
26 があるとの指摘がある。

27 28 29 (取り組むべき施策)

30 拠点病院等は、がん疼痛を主とした苦痛のスクリーニングを診断時から行い、
31 苦痛を定期的に確認し、迅速に対処する等、がん診療に緩和ケアを組み入れた

³³ 「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体・精神心理的苦痛や社会経済的問題等、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。

³⁴ ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケア（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）へコンサルトし、その後も双方向性に協働すること。

1 体制を引き続き整備し、強化する。

2
3 また、患者等とのコミュニケーションの充実を図る等、患者とその家族が痛
4 みやつらさを訴えやすくするための環境を整える。また、医療従事者が患者と
5 その家族の訴えを引き出せるための研究、教育や研修を行う。

6
7 拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従
8 事者の連携を診断時から確保し、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速
9 につなぐ過程を明確にするとともに、患者とその家族に相談窓口を案内するこ
10 と、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある体制を整備
11 する。

12
13 拠点病院等の緩和ケアの機能を活性化し、有機的な連携を強化するために、
14 院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持った「緩
15 和ケアセンター³⁵」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」の
16 ない拠点病院等は、既存の管理部門を活用し、上記の機能を担う体制を整備し、
17 緩和ケアの質の評価・改善に努める院内体制を整備する。更に、緩和ケアの質
18 の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

19
20 国は、専門的な緩和ケアの質の向上のため、関係学会と連携し、精神腫瘍医³⁶、
21 がん看護の専門・認定看護師、がん専門薬剤師³⁷、緩和薬物療法認定薬剤師³⁸、
22 がん病態栄養専門管理栄養士³⁹、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置や緩和ケ
23 アチームの育成のあり方を検討する。

³⁵ 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院等において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織のこと。

³⁶ 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医、心療内科医のこと。

³⁷ 「がん専門薬剤師」とは、一般社団法人日本医療薬学会が認定する登録薬剤師。平成 21 (2009) 年 11 月よりがん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場において活躍しうる「がん専門薬剤師」を養成する目的で、開始されている。平成 29 (2017) 年 1 月時点で 529 名。

³⁸ 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、一般社団法人日本緩和医療薬学会の認定する資格。平成 21 (2009) 年から、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師を「緩和薬物療法認定薬剤師」として認定している。平成 29 (2017) 年 4 月時点で 595 名。

³⁹ 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人日本栄養士会による認定資格。近年のがん患者の増加に対応するために、栄養に関する専門職としてのがんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士の育成とチーム医療への連携強化を目的としている。平成 29 (2017) 年 3 月時点で 344 名。

1
2 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また同時に、
3 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づいた質の
4 向上策の立案に努める。

5
6 国は、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズについて、
7 実地調査等を通じて把握する。また、拠点病院以外の病院においても、医師に
8 対する緩和ケア研修等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させ、患者、家族
9 のQOLの向上を図る。

10
11 国は、緩和ケア病棟の質の向上のため、実地調査等を通じた実態把握の上、
12 緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟や、従来の
13 看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

14 15 16 ② 緩和ケア研修について

17 18 (現状・課題)

19 第2期基本計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケ
20 アを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院等では、がん診療に
21 携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきた。平成29
22 (2017)年3月末時点で、緩和ケア研修の修了証書累積交付枚数が93,
23 250枚(累積開催回数4,888回)と修了者数は増加した。しかし、拠点
24 病院等においては、がん患者の主治医や担当医となる医師の受講率として9割
25 以上を求めてきたが、平成29(2017)年3月末時点で82.1%に止ま
26 り、より一層の受講促進が求められる。

27
28 研修の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れ、
29 主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れることや、地
30 域の医師も受講しやすいよう利便性の改善が求められている。また、家族、遺
31 族に対するグリーフケア⁴⁰についても研修を通じて充実を図る。

32
33 初期臨床研修⁴¹の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことは重要であり、

40 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族が悲しみを癒やす過程を支える
取組のこと。また、「ビリーフメントケア」ともいう。

41 「臨床研修の到達目標(厚生労働省)」において、経験目標として「緩和ケア、終末期医
療」について盛り込まれている。

1 また、基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の2年間で、全ての研
2 修医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

5 (取り組むべき施策)

6 国、拠点病院等は、拠点病院以外の病院等を対象として、研修会の受講状況
7 の把握とともに積極的な受講勧奨を行い、基本的な緩和ケアを実践できる人材
8 の育成に取り組む。また、国は、チーム医療の観点から、看護師、薬剤師等の
9 医療従事者が受講可能となるような内容、体制を検討する。

10
11 国は、研修内容の充実のため、患者の視点を取り入れつつ、拠点病院以外の
12 医療機関においても対応できるよう、地域の実情に応じて研修内容や実施方法
13 を充実させ、主治医が自ら緩和ケアを実践できる内容や、緩和ケアチームへの
14 つなぎ方、コミュニケーションスキル等の研修のあり方を検討する。また、研
15 修の評価指標については、修了者数や受講率のみならず、患者が専門的な緩和
16 ケアを利用できた割合等について、定期的かつ継続的に調査を行い、その結果
17 に基づいた到達目標を明確化する。

18
19 国は、関係団体の協力の下、拠点病院等の研修会の開催負担や受講者の負担
20 を軽減するために、座学部分はe-learningを導入し、1日の集合研修に変更す
21 る等、研修形式について見直しを行う。また、グリーフケアの提供に必要な研
22 修プログラムを策定し、緩和ケア研修等の内容に追加する。

23
24 国は、卒後2年目までの医師が基本的な緩和ケアを習得するための方法につ
25 いて検討するとともに、拠点病院等において、卒後2年目までの全ての医師が、
26 緩和ケア研修会を受講するよう、整備指針等の見直しを行う。

29 【個別目標】

30 がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOL
31 を大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関においては、徹底した
32 疼痛管理を行い、「痛みがある」と感じる患者を1割以下にする。

33
34 国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力し、医師だけでなく、
35 がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛にも対応でき
36 るよう、基本的な緩和ケア研修を実施できる体制を構築する。

1 都道府県拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実さ
2 せるとともに、地域拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、
3 設置の要否も含めて3年以内に検討する。

4

5 拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態や患者のニーズ
6 について調査し、それを踏まえ、緩和ケアの提供体制を検討する。

7

1 (2) 相談支援、情報提供

2
3 医療技術や情報端末の進歩に加え、患者の療養生活の多様化に対応するため、
4 拠点病院等のがん相談支援センターを中心として、患者とその家族のみならず
5 医療従事者の治療上の疑問や、精神的、心理社会的な悩みにも対応する役割が
6 求められている。また、がんに関する情報があふれる中、治療を受けられる医
7 療機関、がんの症状・治療・費用、患者団体の活動等について、地域の情報発
8 信拠点として、がん患者や家族に正確な情報を提供し、確実に必要な情報にア
9 クセスできる環境を整備することが求められている。

10 11 12 ① 相談支援について

13 14 (現状・課題)

15 拠点病院等のがん相談支援センターでは、自院の患者だけでなく、他院の患
16 者からの相談や、医療機関からの相談にも対応しているため、相談対応件数は、
17 年々増加している。また、二次医療圏や都道府県域を超えた相談支援のネット
18 ワークが構築されつつある。

19
20 国立がん研究センターは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信を
21 行っており、その成果を基に、患者やその家族のみならず、医療従事者も含め
22 た電話による相談支援や相談員の研修等を通じて、相談支援と情報提供の中核
23 的な役割を担っている。

24
25 一方で、地域においては、がんに関する様々な相談をワンストップで行うこ
26 とを目的に、地域統括相談支援センター⁴²や民間ボランティアによる相談支援の
27 場等が設置されており、病院以外でも相談が可能となる取組がなされている。

28
29 しかし、平成26(2014)年度の患者体験調査⁴³によると、がん相談支援
30 センターの利用率は7.7%であり、相談支援を必要とするがん患者が、がん
31 相談支援センターを十分利用するに至っていない。

32
33 また、相談内容は多様化しており、人材の適切な配置についての検討や相談

42 「地域統括相談支援センター」とは、平成23(2011)年度から都道府県健康対策推進事業の一環として開始。全国に14か所ある。(平成29(2017)年3月時点)

43 平成26(2014)年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

1 支援に携わる者に対する更なる教育の必要性が指摘されている。

2
3 その他、がん患者にとって同じような経験を持つ者による相談支援や情報提
4 供、患者同士が体験を共有できる場の存在は重要であることから、都道府県等
5 が行うピア・サポート⁴⁴研修によりピア・サポーターを養成しているが、平成2
6 8（2016）年度に実施した「がん対策に関する行政評価・監視の結果報告
7 書（総務省）」によると、調査対象となった36の拠点病院等におけるピア・サ
8 ポーターの活動状況は20施設に止まっていた。

9 10 11 **（取り組むべき施策）**

12 患者が、治療の早期からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じ
13 て確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等は、がん相談支援セン
14 ターの目的と利用方法について、院内に周知することや、主治医等の医療従事
15 者が、診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明すること等、より
16 効果的に院内のがん相談支援センターが利用されるための方策を検討し、必要
17 に応じて拠点病院等の整備指針に盛り込む。

18
19 拠点病院等は、がん相談支援センターの院内・院外への広報、都道府県がん
20 診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会⁴⁵等を通じ、更なるネット
21 ワークの構築や、相談者からのフィードバックを得る等の取組を実施し、PD
22 CAサイクル⁴⁶を実施しながら、相談支援の質の担保と格差の解消を図る。さら
23 に、相談支援に携わる者に対する継続的な質の担保のための活動を拠点病院等
24 の仕組みの中に取り入れることを検討する。

25
26 ピア・サポートについては、研修プログラムの活用状況についての実態調査
27 を行うとともに、ピア・サポーターの活動が普及しない原因を明らかにした上
28 で研修内容の見直し等を行う。

29

⁴⁴ 「ピア・サポート」とは、患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

⁴⁵ 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会」とは、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県内の地域がん診療連携拠点病院やがん診療病院等の連携強化について協議するために設置された都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の元に設けられた4部会の1つ。

⁴⁶ 「PDCAサイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の1つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

1
2 **② 情報提供について**

3
4 **(現状・課題)**

5 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」による
6 と、インターネットやソーシャルネットワークサービス（SNS）等を通じて、
7 がんに関する情報を取得している国民は35%を超えており、特に、39歳以
8 下の年齢では約6割を超えている。

9
10 しかしながら、がんに関する情報の中には、必ずしも科学的根拠に基づかな
11 いものが混在しているため、国民が正しい情報を得ることが困難な場合がある。

12
13 また、コミュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない
14 者に対し、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘さ
15 れている。

16
17
18 **(取り組むべき施策)**

19 国は、インターネット等で行われる情報提供について、医療機関のウェブサ
20 イトの適正化を図るという観点から、医業等に係るウェブサイトの監視体制の
21 強化に努める。

22
23 国、国立がん研究センターと関係学会等は協力し、引き続き、がんに関する
24 様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供するとともに、ウ
25 ェブサイトの適正化の取組を踏まえて、注意喚起等を迅速に行う。

26
27 情報発信にあたっては、国、国立がん研究センターは、障害等の関係でコミ
28 ュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者に対し、情
29 報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料等を作成し、関係団体と
30 協力し、普及に努める。

31
32
33 **【個別目標】**

34 国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、学会との連
35 携や相談支援従事者の研修のあり方等について3年以内に検討し、より効率
36 的・効果的な相談支援体制を構築する。

1 国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修
2 内容を見直す。

3

4 国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治
5 療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供
6 するための体制を整備する。

7

1 (3) 地域社会におけるがん患者支援

2
3 法の基本理念に、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知
4 見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができるようにすること」とあ
5 り、地域におけるがん医療提供体制の整備が進められてきた。平成28（20
6 16）年の法の一部改正においては、新たに、「がん患者が尊厳を保持しつつ安
7 心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれてい
8 る状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の
9 必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民
10 の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の
11 整備が図られること」が盛り込まれる等、地域社会における「がんとの共生」
12 の重要性が益々増している。

13 14 15 ① 拠点病院等と地域との連携について

16 17 (現状・課題)

18 拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院⁴⁷、緩
19 和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催する等、切れ目のないが
20 ん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

21
22 しかし、拠点病院等と地域の医療機関が連携して取り組む相談支援、緩和ケ
23 ア、セカンドオピニオン等については地域間で取組に差があるとの指摘がある。

24
25 また、拠点病院等が地域の医療機関と連携し、切れ目のないがん医療を提供
26 するためのツールである「地域連携クリティカルパス」の運用が、それぞれの
27 拠点病院等に任されており、運用の状況に差があるとの指摘がある。

28
29 さらに、拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関や薬局、訪問看護ステ
30 ーション等との連携体制が構築できていないため、退院後に、継続的な疼痛緩
31 和治療を在宅で提供できるようにする必要があるとの指摘がある。

32
33 医療機関以外にも、がん患者がニーズに応じて利活用できる機関として、地

⁴⁷ 在宅療養支援診療所：14,562 診療所、在宅療養支援病院：1,074 病院（平成 27（2015）年 7 月 1 日時点）

1 域統括相談支援センターや地域包括支援センター⁴⁸、産業保健総合支援センター
2 ⁴⁹等が設置されているが、これらの機関間の連携についても、地域ごとに差があ
3 るため、利用が進まない状況にある。

6 (取り組むべき施策)

7 切れ目のない医療・ケアの提供と質の向上に資するため、国は、かかりつけ
8 医が拠点病院等での医療に早期から関与する体制も含め、地域の実情に応じて、
9 病院と在宅医療との連携や患者のフォローアップ⁵⁰のあり方を検討する。

10
11 拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、国は、がん医療における
12 認定看護師や歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等の役割を明確にし
13 た上で、多職種連携を推進する。その際、施設間の調整役を担う者のあり方や
14 「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しを検討する。

15
16 国は、地域で在宅医療を担う医療機関において、拠点病院等の医療従事者が
17 連携して診療を行ったり、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカン
18 ファレンスに参加したりする等の活動ができる連携・教育体制のあり方を検討
19 する。

20
21 拠点病院等は、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入
22 れ体制、地域での困難事例への対応等について協議し、地域における患者支援
23 の充実を図る。また、こうした取組を実効性あるものとするため、国は、施設
24 間の調整役を担う者を養成する等の必要な支援を行う。

27 ② 在宅緩和ケアについて

28 (現状・課題)

48 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任
介護支援専門員等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持及び
生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を
包括的に支援することを目的とする施設のこと。(介護保険法第115条の46第1項)

49 「産業保健総合支援センター」とは、各都道府県に設置されており、事業場で産業保健
活動に携わる事業主、人事労務担当者、産業医、産業保健スタッフ等に対して、研修や専
門的な相談への対応等の支援を行う施設のこと。

50 「フォローアップ」とは、治療終了後のがん患者の定期的な外来診療や検査での経過の観察
のこと。

1 在宅で療養生活を送るがん患者にとっては、症状が増悪する等の緊急時に
2 いて、入院可能な病床が確保されていることは安心につながるが、拠点病院等
3 をはじめとした医療機関において、急変したがん患者や医療ニーズの高い要介
4 護者の受入れ体制は、十分整備されているとは言えない。このような状況にお
5 いて、切れ目のないがん医療を提供するためには、拠点病院以外の医療機関や
6 在宅医療を提供している施設についても、がん医療の質の向上を図る必要があ
7 る。

8
9 在宅緩和ケアにおける医療と介護の連携において、65歳未満のがん患者が
10 要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として申請書に記載す
11 る必要があるが、実際には記入しづらいため利用が進まないとの指摘がある。

12 13 14 **（取り組むべき施策）**

15 国、地方公共団体は、地域の医師会や薬剤師会と協働して、在宅緩和ケアの
16 提供や、相談支援・情報提供を行うために、在宅療養支援診療所・病院、薬局、
17 訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研修等を引き続き実
18 施する。

19
20 国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対
21 応できるような方策を検討する。

22 23 24 **【個別目標】**

25 国は、がん患者がその療養する場所に関わらず、質の高いがん医療を受けら
26 れるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病院
27 等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

28
29 拠点病院等は、地域における緩和ケアの状況を把握し、実情に応じて、他の
30 医療機関との連携を図る等、その提供体制について検討する場を3年以内に構
31 築するとともに、都道府県は、取組状況を把握し、国は、必要な支援を行う。

1 (4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援⁵¹）

2
3 がん患者には、身体的、精神的な苦痛のみならず、社会的な苦痛があること
4 から、第2期基本計画では、重点的に取り組むべき課題として「働く世代や小
5 児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対しては、主に、就労支援に関す
6 る対策に取り組んできた。しかし、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平
7 成28（2016）年）」において、働く世代のがん患者が働き続けることを難
8 しくさせている理由として、依然として、周囲の理解にすることが挙げられ
9 ている⁵²。

10 また、がん患者が、がんとともに生きていくためには、就労支援のみならず、
11 治療に伴う外見（アピアランス）の変化や生殖機能の喪失、がん患者の自殺と
12 いった社会的な課題への対策が求められている。

13 14 15 ① 就労支援について

16
17 地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データでは、平成24（2
18 012）年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳までの就
19 労可能年齢で罹患している⁵³。平成14（2002）年において、20歳から6
20 4歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったのに対し、平成24（20
21 12）年では約26万人に増加し、就労可能年齢でがんに罹患している者の数
22 も増加している。

23
24 また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.
25 9%（平成12（2000）年～平成14（2002）年）、58.9%（平成
26 15（2003）年～平成17（2005）年）、62.1%（平成18（20
27 06）年～平成20（2008）年）と年々上昇しており、がん患者・経験者
28 が長期生存し、働きながらがん治療が受けられる可能性が高まっている。

51 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポート。

52 「がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思うか」という質問に対して「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」と答えた者の割合が21.7%（平成26（2014）年11月同調査では22.6%）、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」と答えたものの割合が21.3%（平成26（2014）年11月同調査では22.2%）となっている。

53 全がん罹患者数86.5万人のうち、20歳から64歳のもは26万人。（地域がん登録全国推計値（平成24（2012）年）より）

1 このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社
2 会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援
3 の充実が強く求められている。

6 (ア) 医療機関等における就労支援について

8 (現状・課題)

9 平成25(2013)年に実施されたがん患者の実態調査²⁸では、仕事の状
10 況の変化について、依願退職又は解雇された者の割合(34.6%)は、平成
11 15(2003)年(34.7%)に比べて変化が無く、がん患者の離職防止
12 支援の更なる充実が必要である。

14 各拠点病院等では、がん相談支援センターを中心に、専門的な就労に関する
15 相談に対応するため、社会保険労務士等の就労に関する専門家の活用を促して
16 きた。しかしながら、この事業を実施している拠点病院等の数は、平成28(2
17 016)年において全拠点病院(398箇所)の約3分の1にとどまり、全て
18 の拠点病院等で充実した就労に関する相談支援を提供するに至っていない。

19
20 平成27(2015)年の厚生労働省研究班による調査⁵⁴では、がんと診断さ
21 れ、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに
22 退職した者が4割を超えており、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけた
23 くなかった」、「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測したから」、
24 「治療と仕事を両立する自信がなかった」といった、がん治療への漠然とした
25 不安が上位にあがっていることから、がん患者が診断時から正しい情報提供や
26 相談支援を受けることが重要である。

27
28 一方、治療や支援の情報を得られず、がん治療への不安から、診断後、医療
29 機関や企業に相談する前に離職する者が少なからずいるにも関わらず、がん相
30 談支援センターの利用度(7.7%)は低い⁴³。

31
32 平成29(2017)年3月「働き方改革実現会議⁵⁵」において決定された「働
33 き方改革実行計画」では、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕

⁵⁴ 平成27(2015)年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」

⁵⁵ 「働き方改革実現会議」とは、働き方改革の実現を目的とする実行計画の策定等に係る審議に資するため、平成28(2016)年9月から開催された会議のこと。

1 組みを整え、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指すこ
2 とが打ち出された。

3
4 がん患者の職場復帰及び治療と仕事の両立に際しては、支援を必要とするが
5 ん患者に対し、企業は、主治医が作成する患者の治療状況等についての意見書
6 等、必要な情報を踏まえて、就業上の措置等を講ずることが重要であり、その
7 際必要に応じて「両立支援プラン／職場復職支援プラン」を作成することが望
8 ましい。しかし、がん患者自身が自身の治療状況や生活環境、勤務情報等を整
9 理することは難しいことがあるため、がん患者が自分の置かれている状況を整
10 理した上で、復職について相談できるよう、患者に寄り添った相談支援の充実
11 が求められている。

12
13 就職支援としては、がん相談支援センターでの相談支援に加え、公共職業安
14 定所（以下「安定所」という。）に配置されている「就職支援ナビゲーター⁵⁶」
15 と拠点病院等と連携した就職支援事業等に取り組んでおり、当該事業における
16 就職率は、事業開始年度である平成25（2013）年度40.0%（実施安
17 定所5所）から、平成26（2014）年度43.6%（12所）、平成27（2
18 015）年度51.2%（16所）と一定の成果をあげている。平成28（2
19 016）年度からは、全国47都道府県で事業を実施している。今後は、更な
20 る事業の拡充が求められるほか、がん患者の再就職については、再就職後の治
21 療と仕事の両立状況を把握した上で、よりよい支援を行う必要がある。

22
23 また、医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援セ
24 ンター等の有機的な連携をより一層推進することが求められている。

25 26 27 **（取り組むべき施策）**

28 国は、全国どこの拠点病院等のがん相談支援センターにおいても、より充実
29 した就労相談支援を受けられるよう、拠点病院等の就労支援に携わる者が、適
30 切な機関と連携して患者の状況を踏まえた支援に必要な知識を身につけるため
31 の研修を実施する。

32
33 拠点病院等においては、治療の早期から患者ががん相談支援センターを認識
34 し、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、国は、拠点病院等におけるが

⁵⁶ 「就職支援ナビゲーター」とは、ハローワークに配置されているがん患者等の就職支援
に対応する専門相談員のこと。

1 ん相談支援センターの位置づけ、主治医等の治療スタッフからの紹介の方法等、
2 院内でより効果的にがん相談支援センターを活用するための方策を検討し、必
3 要に応じて拠点病院等の整備指針に盛り込むことを検討する。また、国は、社
4 会保険労務士等の院外の就労支援に関する専門家との連携の円滑化や評価の方
5 策を検討する。

6
7 診断早期の離職防止のため、ポスターやリーフレット等を活用して、拠点病
8 院等をはじめとする医療機関の協力の下、がん患者へ治療と職業生活の両立支
9 援についての周知を図る。

10
11 国は、患者が安心して復職に臨めるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両
12 立に向けたプランの作成支援や、患者の相談支援、主治医や企業・産業医と復
13 職に向けた調整の支援を行う「両立支援コーディネーター」を育成・配置し、「両
14 立支援コーディネーター」と主治医等、会社・産業医による、患者への「トラ
15 iangle型サポート体制⁵⁷」を構築する。

16
17 「triangle型サポート」を行うためには、拠点病院等の相談支援に携
18 わる者や「両立支援コーディネーター」が、がん患者の治療の状況だけではなく、
19 必要に応じて、がん患者一人ひとりの社会的な背景や生活の状況等を総合
20 的に把握することが重要である。国は、がん患者自身や就労支援に携わる者が、
21 がん患者のおかれた事情を総合的に把握するためのツールとして、患者の治療、
22 生活、勤務情報等をまとめた「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発する。ま
23 た、就労支援に携わる者は、患者個々の事情を把握した上で、患者と事業主と
24 の間で復職へ向けた調整を支援する。

25
26 また、就職支援において、国は、拠点病院等と安定所との連携を推進する事
27 業について、各地域の実情を踏まえながら事業の拡充を図る。更に、がん患者
28 の再就職後の就労継続状況について調査を行い、現状を明らかにし、再就職支
29 援に活かしていく。

30
31 さらに、がん患者・経験者に対する就労支援を推進するため、地域における
32 就労支援の関係者等で構成するチームを設置し、連携した取組の推進を図る。

57 「triangle型サポート体制」とは、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えるため、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う「両立支援コーディネーター」によるtriangle型で患者をサポートする体制のこと。平成29(2017)年3月28日「働き方改革実現会議」で決定された「働き方改革実行計画」において、構築するよう定められた。

1
2 現在、職域における健康の保持や増進のための取組として、企業における「健
3 康経営」を表彰する取組が推進されており、平成27（2015）年の「健康
4 経営銘柄」の選定に続き、平成29（2017）年2月には中小企業等を対象
5 とした「健康経営優良法人」も認定されているが、その選定基準に「がんをは
6 じめ疾病に罹患した従業員の復職・就労支援」を盛り込む等を検討する。

7 8 9 (イ) 職場や地域における就労支援について

10 11 (現状・課題)

12 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28年（2016）年）」では、
13 がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活
14 用できること」、「1時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」
15 等が上位に挙がっており、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入が求められている。

16
17 更に、がん患者の実態調査²⁸では、離職理由として「仕事を続ける自信がな
18 くなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」、「治療や
19 静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位にあがっており、企業内で
20 のがん患者への理解や協力も必要である。

21
22 また、「働き方改革実現会議」の議論においても、企業文化の抜本改革として、
23 経営トップや管理職等の意識改革や、治療と仕事の両立を可能にする社内制度
24 の整備の推進が求められている。

25
26 国は、平成28（2016）年2月に「事業場における治療と職業生活の両
27 立支援のためのガイドライン⁵⁸」と、企業ががん治療の特徴を踏まえた治療と仕
28 事の両立支援を行えるよう、がんに関する知識やがんの治療に必要な配慮等を
29 まとめた留意事項を作成し、公表した。今後も更なる、周知・普及を推進する
30 必要がある。

31
32 また、傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、
33 がんが再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

58 「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」とは、事業場が、
がん、脳卒中等の疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を
行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組等をまとめたも
の。

1
2
3 **(取り組むべき施策)**

4 企業が、柔軟な休暇制度や勤務制度等、治療と仕事の両立が可能となる制度
5 の導入を進めるよう、国は、表彰制度等の検討を行うとともに、助成金等によ
6 る支援を行う。

7
8 企業における「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラ
9 イン」に基づく、がん患者の働きやすい環境整備を推進するために、産業保健
10 総合支援センターにおいて、経営者等に対する啓発セミナーや産業医、産業保
11 健スタッフ、人事労務担当者等に対する専門的研修を開催する。

12
13 また、両立支援に係る相談対応や両立支援に取り組む事業場への訪問指導、
14 がん患者と事業場との個別調整支援等を実施するとともに、支援が活用され
15 るよう周知を図る。

16
17 企業は、社員研修等によりがん患者への理解を深め、がん患者が働きやすい
18 社内風土づくりを行うよう努める。

19
20 治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検討し、
21 必要な措置を講ずる。

22
23
24 **② 就労以外の社会的な問題について**

25
26 **(現状・課題)**

27 がんに罹患して治療を受けている者は、現在163万人⁵⁹である。がんの治療
28 成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患
29 者・経験者のQOL向上に向けた取組が求められる。

30
31 社会的な問題としては、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、が
32 んの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであること
33 を自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがある
34 ことや、離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題、がん治療に伴う外見
35 (アピアランス)の変化(爪、皮膚障害、脱毛等)、診療早期における生殖機能

⁵⁹ 平成26(2014)年「患者調査」

1 の温存や、後遺症、性生活（セクシャリティ）に関する相談支援、情報提供の
2 体制が構築されていないこと等が指摘されているものの、十分な検討がなされ
3 ていない。

4
5 また、我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告⁶⁰がある
6 が、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況があ
7 る。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームでがん患者の自殺
8 の問題に取り組むことが求められる。

9
10 さらに、我が国において、障害のあるがん患者に関する課題は明確になって
11 おらず、障害のあるがん患者に対してどのような対応が必要かということにつ
12 いて、行政、医療従事者での問題意識の共有が不十分であり、対応も病院ごと
13 に異なる。また、元々障害を持つ人のみならず、がん治療によって障害を持つ
14 ことになった人に関する課題についても十分な検討がなされていない。また、
15 治療により、がん罹患した後も長期に生存することが可能になったことから、
16 高額な治療が必要な患者については、その医療費が生活を圧迫し続けるという
17 指摘もある。

18
19 こうした中、がん患者の生活の質を向上させるためのサバイバーシップに関
20 する研究は、「がん研究10か年戦略」に、「充実したサバイバーシップを実現
21 する社会の構築をめざした研究」として位置づけられているものの、現在のが
22 ん患者を取り巻く社会の状況に応じた更なる研究が求められている。

23 24 25 **（取り組むべき施策）**

26 地方公共団体は、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」
27 の払拭や国民全体に対する健康についての啓発につながるよう、患者団体等の
28 協力を得ながら、科学的根拠に基づいたがんに関する知識を得る機会を設ける。

29
30 国は、がん患者の経済的な課題を明らかにし、利用可能な社会保障制度の周
31 知方法や、その他の課題解決に向けた施策を検討する。

32
33 国は、がん患者の更なるQOL向上を目指し、生殖機能の温存等についての
34 確な時期に治療選択ができるよう、関連学会等と連携し、相談支援、情報提供
35 のあり方を検討する。

⁶⁰ 「Psychooncology 2014;23(9):1034-41.」より引用。

1
2 国は、家族性腫瘍に関する情報を集約化し、診断、治療、相談体制の整備や
3 人材育成等について検討する。

4
5 国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行い、効果的な介入
6 のあり方について検討する。また、がん患者の自殺を防止するためには、がん
7 相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティネットが必要で
8 あり、専門的な精神心理的なケアにつなぐための体制の構築と周知を行う。

9
10 国は、障害のあるがん患者の実態や課題、ニーズを明らかにし、各専門分野
11 を超えての連携を可能とするため、障害者福祉の専門支援機関（点字図書館、
12 生活訓練施設、作業所等）と拠点病院等の連携を促進させることのできる仕組
13 みについて検討する。また、コミュニケーションに配慮が必要ながん患者、が
14 ん治療に伴って障害をもった患者等に対して、ユニバーサルな視点⁶¹を取り入れ
15 ることを検討する。

16
17 このほか、国は、がん罹患後の社会生活に関する研究や、中長期的な後遺症
18 に対する診療ガイドライン作成のための研究等のサバイバーシップ研究を推進
19 する。

20 21 22 **【個別目標】**

23 国は、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、そのプランを
24 活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支援における関
25 係者の連携モデルを構築し、プランを用いた生活、介護、育児の状況等個々の
26 事情に応じた就労支援を行うための体制整備を、3年以内に進める。

27
28 国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成
29 し、その普及を開始する。

30
31 国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者
32 や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既
33 存の施策の強化や普及啓発、更なる施策の必要性について検討する。

34

⁶¹ 「ユニバーサルな視点」とは、「バリアフリー」のように、既存の状況を前提として、利
用できない環境を特別な方法で解決するという考え方ではなく、物事の設計の段階から、
広く誰もが、という普遍的（ユニバーサル）な考え方に基づく視点のこと。

1 (5) ライフステージに応じたがん対策

2
3 個々のライフステージごとに異なった身体的問題、精神心理的問題、社会的
4 問題が生じることから、小児・AYA世代や高齢者のがん対策等、他の世代も
5 含めた「ライフステージに応じたがん対策」を講じていく必要がある。

6
7 また、小児・AYA世代のがん患者に対する教育に関して、法の一部改正に
8 おいて、第21条に「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患
9 者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることがで
10 きるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記
11 される等、更なる対策が求められている。

12 13 14 ① 小児・AYA世代について

15 16 (現状・課題)

17 小児・AYA世代のがんは希少で多種多様ながん種を多く含むことや、乳幼
18 児から思春期・若年成人世代まで、幅広いライフステージで発症し、かつ、治
19 療後も長期にわたりフォローアップを要すること、また、年代によって、就学、
20 就労、妊娠等の状況が異なり、受けた治療内容等個々の状況に応じた多様なニ
21 ーズを有することから、成人のがんと異なる対策が求められている。

22
23 小児・AYA世代のがん患者は、他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構
24 成も多様であり、医療従事者の診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、
25 小児・AYA世代は、年代によって就学、就労、妊娠等の状況が異なり、個々
26 の状況に応じた多様なニーズに対応できるような情報提供や支援体制の整備が
27 求められている。

28
29 小児・AYA世代のがん患者の中には、成長過程にあり、教育を受けている
30 者がいることから、治療による身体的、精神的な苦痛を伴いながら学業を継続
31 することを余儀なくされている。しかし、小児・AYA世代のがん患者のサポ
32 ート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に高校教育の段階においては遅
33 れていることが指摘されている。このため、小児・AYA世代のがん患者が治
34 療を受けながら学業を継続できるよう、入院中・療養中の教育支援、退院後の
35 学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の更なる整備が求められている。

36
37 また、小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により就職が困難な

1 場合があるため、成人発症のがん患者とニーズや課題が異なることを踏まえた
2 就労支援が求められる。利用可能な制度や相談機関についても、がん患者・経
3 験者と家族に周知されていない場合、周知されていても十分に活用されてい
4 ない場合がある等の指摘がある。

5
6 小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており家族の負担が非常に大
7 きい。また、小児にも対応できる在宅医療に関する医療関係者は限られており、
8 緩和ケア病棟もほとんどないとの指摘がある。

9 10 11 (取り組むべき施策)

12 国は、医師・看護師をはじめとする医療従事者に対し、長期フォローアップ
13 に関する教育を充実させるとともに、ガイドライン⁶²等を活用しながら長期フォ
14 ローアップの体制を整備する。また、晩期合併症対策を専門とする医療体制を
15 構築するとともに、晩期合併症が少なくなるような研究についても推進する。

16
17 国は、医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、情報技術（I
18 CT）を活用した高等学校段階における遠隔教育等、療養中においても適切な
19 教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援等、療養中の生徒等
20 に対する特別支援教育をより一層充実させる。

21
22 国は、小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップに関して、晩期合
23 併症への対応、保育・教育・就労・自立に関する支援を含む、ライフステージ
24 に応じて成人診療科と連携する切れ目のない体制整備を推進する。

25
26 また、小児・AYA世代のがん経験者の就労における課題を踏まえ、医療従
27 事者間の連携のみならず、安定所、地域若者サポートステーション⁶³等を含む就
28 労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。

29
30 緩和ケアに従事する医療従事者は、小児・AYA世代のがん医療に携わる診
31 療従事者と、問題点や診療方針等を共有するとともに、入院中だけでなく外来

⁶² 日本小児白血病リンパ腫研究グループ（JPLSG）の長期フォローアップ委員会が作成した「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」

http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf

⁶³ 「地域若者サポートステーション（通称：「サポステ）」とは、働くことに悩み・課題を抱えている15歳～39歳までの若者に対し、キャリアコンサルタント等による専門的な相談支援、個々のニーズに即した職場体験、就職後の定着・ステップアップ相談等による職業的自立に向けた支援を行う就労支援機関のこと。

1 や在宅においても連携できるよう、国は、必要な方策を検討する。

2 3 4 ② 高齢者について

5 6 (現状・課題)

7 高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合があることや、既にあ
8 る認知症の症状が悪化する場合があるため、がん医療における意思決定等につ
9 いて、一定の基準が必要と考えられるが、そのような基準は定められていない。

10
11 高齢者ががんに罹患した時、医療介護の連携の下で適切ながん医療を受けら
12 れるよう、医療従事者のみならず介護従事者にも、がんに関する十分な知識が
13 必要とされている。

14 15 16 (取り組むべき施策)

17 国は、認知症等を合併したがん患者や看取り期における高齢のがん患者の意
18 思決定の支援を図るための方策について検討を行う。

19
20 高齢のがん患者を支援するため、医療機関・介護施設等の医師、医療従事者、
21 介護従事者の連携により、患者とその家族の意思決定に沿った療養生活を支え
22 るための方策を検討する。

23 24 25 【個別目標】

26 国は、3年以内に、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じ
27 て、継ぎ目なく連続して、診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備
28 を目指し、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」ならびに「がん診療
29 提供体制のあり方に関する検討会」で議論を行い、小児がん拠点病院とがん診
30 療連携拠点病院等の両者の整備指針の見直しを行う。

31
32 高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点
33 病院等に普及することを検討する。

4. これらを支える基盤の整備

がん対策における横断的な対応が必要とされる基盤的な分野として、「がん研究」、「人材育成」、「がん教育、がんに関する知識の普及啓発」を位置づけ、より一層の対策を講じる。

(1) がん研究

(現状・課題)

我が国のがん研究は、第2期基本計画と「健康・医療戦略」を踏まえ、平成26(2014)度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣の確認の下に策定された「がん研究10か年戦略」に基づき、計画的に進めている。

「がん研究10か年戦略」においては、「がんの本態解明に関する研究」、「アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究」、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」等の具体的研究事項を定め、平成27(2015)年4月に設立された「国立研究開発法人日本医療研究開発機構(Japan Agency for Medical Research and Development、以下「AMED」という。)」と協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。具体的には、医薬品、医療機器を開発するために、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の3省連携プロジェクトとして、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を推進しており、基礎研究から実用化を目指した研究まで一貫した管理を行い、がん医療の実用化を加速している。

また、厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、充実したサバイバーシップを実現する社会の構築や、がん対策の効果的な推進・普及のための研究を進めているものの、公衆衛生、政策形成等に関する公的な研究が不十分との指摘がある。

しかし、依然として、小児がん、希少がん、難治性がんについては、標準的治療や診療ガイドラインがないがん種があること、必ずしも、科学的な根拠に基づかない治療が提供されていること、臨床研究における症例集積が困難であること等に加え、医療従事者に対する臨床研究に関する情報提供が分かりやすくなされていないことが、新たな治療開発の障壁となっている。

さらに、治験、臨床試験に関するプロトコールのデザインの計画段階から、

1 研修を受けた患者が参画することによって、患者視点のアウトカムの提案や、
2 患者リクルートの適正化等をより高い精度で進めていくことの必要性が指摘さ
3 れている。

6 (取り組むべき施策)

7 「がん研究10か年戦略」は、本基本計画を踏まえ、中間評価や内容を見直
8 すこととしており、現状のニーズや我が国に求められる研究について、有識者
9 の意見を参考にしつつ見直す。

11 AMEDは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進する
12 ため、有望な基礎研究の成果の厳選、医薬品、医療機器の開発と企業導出を速
13 やかに行うための取組を推進する。

15 「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を中心として、関係省庁
16 が協力し、小児がん、希少がん、難治性がん等の標準的治療の確立や診療ガイ
17 ドラインの策定に向けた取組をより一層推進する。このほか、新たな治療法の
18 開発が期待できるため、重点的に研究を推進する必要性が指摘されている分野
19 として、ゲノム医療や免疫療法がある。また、がんの予防法を、特に、健康に
20 無関心な層に対して周知する方法を含め、効果的な健康増進に関する研究に取
21 り組む。これらの研究の必要性を戦略上、より一層明確に位置づけ、関係省庁、
22 関係機関等が一体となって推進する。

24 また、治験をはじめとした臨床研究の情報を医療従事者にわかりやすく提供
25 するとともに、関係団体等と連携し、治療開発を一層推進する。

27 AMEDは、海外の研究体制と同様、我が国でも患者やがん経験者が研究の
28 デザインや評価に参画できる体制を構築するため、平成30(2018)年度
29 から、患者、がん経験者の参画によって、がん研究を推進するための取組を開
30 始する。また、国は、研究のデザインや評価に参画可能な患者を教育するた
31 めのプログラムの策定を開始する。

33 さらに、近年著しく進歩しつつある革新的医療機器については、均てん化に
34 資する更なるコストダウン等に向けた研究開発を推進する。

36 拠点病院等と臨床研究中核病院等の連携を一層強化し、がん患者に対して、
37 臨床研究を含めた治療選択肢を提供できる体制を整備する。

1
2
3
4
5
6
7
8

【個別目標】

2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

1 (2) 人材育成

3 (現状・課題)

4 集学的治療等の提供については、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療
5 法、それぞれを専門的に行う医療従事者をさらに養成するとともに、こうした
6 医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基本的
7 な知識や技能を有した看護師、薬剤師等の人材を幅広く養成していく必要があ
8 る。

9
10 これまで、厚生労働省では、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な
11 集学的治療を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」における外科医の育
12 成プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修、リハビリテーション
13 研修等の人材育成のための支援を行ってきた。

14
15 文部科学省では、平成24(2012)年度から平成28(2016)年度
16 まで、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン⁶⁴」を実施し、全国の大学
17 に、がんの特化した臓器横断的な講座が整備され、手術療法、放射線療法、薬
18 物療法のほか、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、歯科医師、薬剤
19 師、看護師、診療放射線技師、医学物理士⁶⁵等の医療従事者の育成を行ってきた。

20
21 一方、近年ゲノム医療等のがん医療の進歩と細分化、希少がん、難治性がん、
22 小児・AYA世代のがん等の特性やライフステージに応じた対応が求められる
23 がん種について、さらに専門的な人材の育成が求められているものの、どのよ
24 うな人材を重点的に育成すべきか、必ずしも方向性が定まっていない。

25
26 また、医学部のモデル・コア・カリキュラム⁶⁶や医師国家試験の出題基準等に
27 においては、緩和ケアに関する項目があるが、卒前教育においては、緩和ケアに
28 おけるチーム連携に係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

64 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」とは、文部科学省において平成24(2012)年度に大学改革推進等補助金より開始された事業。手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的とした事業。平成25(2013)年度より研究拠点形成費等補助金にて行われている。

65 「医学物理士」とは、一般財団法人日本医学物理士認定機構による認定資格で、平成28(2016)年5月31日現在959名。

66 「医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版・文部科学省)」において、「緩和ケア」について盛り込まれている。

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/03/31/1383961_01_1.pdf

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21

(取り組むべき施策)

がん医療の均てん化に向けて、幅広い人材の育成に関する検討を行う。

文部科学省におけるこれまでの取組において構築された人材育成機能を活用し、がん医療を専門とする医療従事者の養成を継続するとともに、ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応、小児・AYA世代や高齢者といったライフステージに応じたがん対策に対応できる医療従事者等の育成を推進する。

国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育機関において、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムの充実や、緩和医療に関する講座の設置も含め、医師の卒前教育を担う指導者を育成するための積極的な取組を推進する。また、看護教育、薬学教育においても、基本的な緩和ケアの習得を推進する。

【個別目標】

国は、2年以内に、今後のがん医療に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、具体的な育成スケジュールを策定する。

1 (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

3 (現状・課題)

4 法第23条では、「国及び地方公共団体は、国民が、がんに関する知識及びが
5 ん患者に関する理解を深めることができるよう、学校教育及び社会教育におけ
6 るがんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずる」こととされている。

7
8 健康については、子どもの頃から教育することが重要であり、子どもが健康
9 と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対
10 する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めること
11 は大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・
12 経験者等の外部講師を活用し、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を子
13 どもに伝えることは重要である。

14
15 国は、平成26(2014)年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、
16 全国のモデル校において、がん教育を実施するとともに、がん教育の教材や外
17 部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進している。しか
18 し、地域によっては、外部講師の活用が不十分である点や、教員のがんに関す
19 る知識、外部講師が学校において指導する際の留意点等について、十分認識で
20 きていないとの指摘がある。

21
22 国民に対するがんに関する知識の普及啓発は、「がん医療に携わる医師に対す
23 る緩和ケア研修等事業」や、職場における「がん対策推進企業等連携事業」の
24 中で、緩和ケア及びがん検診の普及啓発を推進してきた。しかし、民間団体に
25 より実施されている普及啓発活動への支援が不十分であるとの指摘があり、ま
26 た、拠点病院等のがん相談支援センターや、国立がん研究センターがん情報サ
27 ービスにおいて、がんに関する情報提供を行っているが、それらが国民に十分
28 に周知されていないとの指摘がある。

29
30 「がん対策に関する世論調査(内閣府)(平成28(2016)年)」におい
31 て、「緩和ケアを開始すべき時期」については、「がんの治療が始まったときか
32 ら(20.5%)」と、国の方針であるがん検診と診断された時からの緩和ケアの推
33 進について、一定の成果を上げてはいるものの、「がんが治る見込みがなくなっ
34 たときから(16.2%)」となっていることを踏まえれば、より一層の取組が
35 必要である。また、医療用麻薬に対する意識(複数回答)については、「最後の
36 手段だと思う(31.5%)」、「だんだん効かなくなると思う(29.1%)」
37 という結果となっており、前回(平成26(2014)年)と比べても、改善

1 は見られず、緩和ケアは、未だに終末期のケアとの誤解があることや医療用麻
2 薬に対する誤解があること等、その意義や必要性について、患者・医療従事者
3 を含む国民に十分周知されていない状況にある。

6 (取り組むべき施策)

7 国は、学校におけるがん教育について、全国の実施状況を把握するとともに、
8 教員には、がんについての理解を促すため、外部講師には、学校でがん教育を
9 実施する上での留意点や指導方法を周知するため、教員や外部講師を対象とし
10 た研修会等を実施する。

11
12 都道府県及び市町村においては、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会
13 議体を設置し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力し、学校医やがん医療
14 に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用できるよう、国は、必要
15 な支援を行う。

16
17 国民へのがんに関する知識の普及啓発について、国や地方公共団体は、引き
18 続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進し、民間団体によって実施され
19 ている普及啓発活動をより一層支援するとともに、がん相談支援センターやが
20 ん情報サービスに関する広報を行う。

21
22 また、事業主や医療保険者は、雇用者や被保険者・被扶養者ががんに関する
23 正しい知識を得ることができるよう努める。

24
25 国、地方公共団体は、患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過
26 ごすことが保障される社会を構築するために、関係団体と連携し、関係者等に
27 対して、効果的な普及啓発を行う。

28
29 国は、国民に対する医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用
30 麻薬等の適正使用を推進するため、がん診療に携わる医療機関は、地域の医療
31 従事者も含めた院内研修を定期的実施する。また、医療用麻薬の使用法の確
32 立を目指した研究を行う。さらに、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の
33 利用について、検討する。

36 【個別目標】

37 国は、全国の実施状況を把握した上で、地域の実情に応じた外部講師の活用

1 体制を整備し、がん教育の充実に努める。

2

3 国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹
4 患しても、そのことを正しく理解し、向き合うため、国は、更に、がんに関す
5 る知識の普及啓発活動を進める。

6

1 第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

2
3 がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくため、国と地方公共
4 団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極め
5 て重要である。また、がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係
6 者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体となって努力する
7 ことが重要である。

9 1. がん患者を含めた国民等の努力

10
11 がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、
12 がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に
13 行動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するため
14 の積極的な支援・協力が望まれる。

15 なお、がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知
16 識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよ
17 う努めることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点に
18 ついても努力していくことが望まれる。

- 19
20 ● がん医療は、がん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基
21 盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者
22 やその家族も、互いに信頼関係を構築することができるよう努めること。
- 23
24 ● がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情
25 報の提示等、がんに関する十分な説明、相談支援、情報提供等が重要であ
26 るが、がん患者やその家族も、病態や治療内容等について、理解するよう
27 努めること。
- 28
29 ● がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるために、がん
30 患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、
31 都道府県の協議会等のがん対策を議論し、決定する過程に参加し、がん医
32 療や、がん患者とその家族に対する支援を強化させるという自覚を持って
33 行動するよう努めること。
- 34
35 ● 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠
36 であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国

1 民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解するよう努めること。

2 患者団体等との協力

5 国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん
6 患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要
7 な施策を講ずるよう努める。

3 都道府県による計画の策定

11 都道府県においては、本基本計画を基本として、本基本計画と、平成30（2
12 018）年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん
13 医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も
14 盛り込みつつ、なるべく早期に「都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県
15 計画」という。）」の見直しを行うことが望ましい。

16 なお、見直しの際には、都道府県の協議会等へのがん患者等の参画をはじめ
17 として、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対策の課題を抽出し、そ
18 の解決に向けた目標の設定及び施策の検討・実施、進捗状況の評価等を実施し、
19 必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。さらに、国は、都
20 道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県間の情報共有等
21 の促進を行う。

22 都道府県計画の作成に当たって、国は、都道府県計画の作成手法等を積極的
23 に助言する。一方、都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域におけ
24 る患者支援等の市町村の取組について、都道府県計画に盛り込むことが望まし
25 い。

4 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

29 基本計画による取組を、総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するた
30 めには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な
31 実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

33 一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用す
34 ることによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

36 このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各
37 施策の重複排除、関係府省間の連携強化を図るとともに、官民で、役割と費用

1 負担の分担を図る。

2
3 また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を患者に提供するため、効率
4 的かつ持続可能ながん対策を実現する。

5 6 **5. ロードマップの作成**

7
8 全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等について、
9 ロードマップ（行動計画）を作成し、本基本計画の別添として公表する。

10 11 **6. 目標の達成状況の把握**

12
13 基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成状況に
14 ついての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資する、
15 医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について、引き続き必要
16 な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

17
18 なお、国は、計画期間全体にわたり、計画の進捗状況を把握し、管理するた
19 め、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別
20 目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体とし
21 て効果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その
22 評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映する。また、協議
23 会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言を行
24 うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

25 また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するP D
26 C Aサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

27 28 **7. 基本計画の見直し**

29
30 法第10条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及
31 びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、基本計画に
32 検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」
33 と定められている。このため、計画期間が終了する前であっても、必要がある
34 ときには、本基本計画を変更する。