

# 第 6 5 回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成 2 9 年 2 月 2 3 日（木） 1 4 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0

場 所：中央合同庁舎第 5 号館 専用第 2 2 会議室

## 議 事 次 第

### 1 開 会 2 議 題

#### (1) がん対策推進基本計画の見直しについて

- ・チーム医療の推進（がんリハビリを含む）について
- ・病理診断について
- ・医薬品・医療機器の早期開発承認に向けた取組について
- ・全体目標について

#### (2) その他

### 【資 料】

- 資料 1 がん対策推進協議会委員名簿
- 資料 2 第64回がん対策推進協議会での主な御意見
- 資料 3 チーム医療の推進（がんリハビリを含む）、病理診断、医薬品・医療機器の  
早期開発承認に向けた取組について～議論の背景～
- 資料 4 チーム医療の推進（がんリハビリを含む）、病理診断、医薬品・医療機器の  
早期開発承認に向けた取組に関する主な御意見
- 資料 5 全体目標に関する主な御意見
- 資料 6 これまでのがん対策推進協議会全体を通じた主な御意見

## 【委員提出資料】

桜井委員、勢井委員、難波委員、馬上委員、若尾委員提出資料

- 1 チーム医療（がんリハビリを含む）について
- 2 病理診断について
- 3 医薬品・医療機器について

桜井委員提出資料

- ・ 次期がん対策推進基本計画骨子案

勢井委員提出資料

- ・ ひとつひとつ実行可能な体制へ

若尾委員提出資料

- ・ 第65回に向けた個別意見

門田会長提出資料

- ・ 受動喫煙防止対策に関する意見書（案）

## これまでのがん対策推進協議会全体を通じた主な意見

## 【がんの1次予防】

| 現状と課題   | 主な意見   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんの原因は、受動喫煙を含む喫煙、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など様々なものがある。</li> <li>○ たばこ対策については、たばこ製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の要望等対策を行ってきた。</li> <li>○ 2016年8月に、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめた。</li> <li>○ 男性の喫煙率は、30.1%（2015年）と諸外国と比較すると依然高い水準である。</li> <li>○ 成人の喫煙者のうち、禁煙を希望している者は、27.9%（2015年）と下げ止まり傾向である。</li> <li>○ ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ データを基にした科学的根拠に基づく効果的、効率的な予防対策を推進する。</li> <li>○ たばこ対策については、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させる。</li> <li>○ 家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。</li> <li>○ 肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、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とにより、肝がんの発症予防に努める。</li> <li>○ B型肝炎については、2016年10月より、予防接種法に基づく定期の予防接種の対象疾病に追加しており、着実に接種を推進する。</li> <li>○ HTLV-1については、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続き取り組む。</li> <li>○ ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <p>○ がんに関連する生活習慣等については、多量に飲酒する人の割合、野菜の摂取量及び果物類の摂取量に変化が見られず、普及啓発が不十分な部分がある。</p> | <p>する。</p> <p>○ その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及啓発等を行う。</p> |
|--|---|

## 【がんの早期発見、がん検診（２次予防）】

| 現状と課題   | 主な意見  |
|---|---|
| <p>1. がん検診受診率について</p> <p>○ がん検診受診率は、目標としている胃、肺、大腸については40%、乳腺、子宮頸部については50%に届いていない。</p>   | <p>○ がんの早期発見・早期治療を更に進め、がんによる死亡率の低下を目指していく上で、がん検診の更なる充実は必要不可欠である。</p> <p>○ 受診率向上につながる対策を講じて一層の向上に努めることとし、第3期基本計画では、適切な対象年齢や検査間隔を満たした上で、現在よりも高い目標を設定すべきである。</p> <p>○ 受診勧奨施策の政策評価と標準化を推進すべきである。検診台帳の全国標準化を目指すとともにコール・リコールの効果測定を行い、そのガイドラインを策定すべきである。</p> |
| <p>2. 市町村におけるがん検診の受診率及び算定方法について</p> <p>○ 市町村（特別区を含む。以下同じ。）におけるがん検診は健康増進法に基づく市町村の事業として行われている。</p> <p>○ 受診率が低い原因については、個別受診勧奨などの普及啓発が不足していることや受診者の立場に立った利便性への配慮が十分</p> | <p>○ 市町村間で比較するための指標は、全ての市町村が同じ条件で算定可能なデータを用いて算出される必要があるため、「国民健康保険の被保険者数」を分母とし、「国民健康保険の被保険者のうち市町村事業におけるがん検診を受診した者」を分子とした値を</p>   |

|  |   |
|--|---|
| <p>でないこと等が指摘されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「地域保健・健康増進事業報告」における対象者を統一し、あわせて他の保険者も含めた職域における部分の数値を把握出来るようにし、全住民を対象とした受診率を実数で算定する仕組みを早急に構築すべきではないかという意見がある。</li> </ul>  | <p>第1指標とすることが現時点においては妥当である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ また、上記の算定法による指標だけでは、国民健康保険被保険者の受診率向上のみが評価されるおそれがあるため、地域保健・健康増進事業報告におけるがん検診受診率算定のための対象者を住民全体とした受診率を第2指標とすべきである。</li> <li>○ 受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、効果的な方法を引き続き検討する必要がある。</li> <li>○ 国は、市町村が行うがん検診について、受診勧奨の方法等を継続して把握する必要がある。</li> <li>○ 市町村においてがん検診の対策を行う際、当面は、健康増進事業による検診の受診者について加入保険別に集計することを目指し、将来的には、職域で行われる検診も含め、全住民を対象とした受診率を実数で算定する仕組みを構築し、より正確な受診率について検討すべきである。</li> </ul> |
| <p>3. 科学的根拠に基づくがん検診の実施及びがん検診の精度管理について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 科学的根拠に基づき正しいがん検診を受診し、必要に応じて精密検査を受けることは、がんの早期発見、適切な治療、ひいてはがんによる死亡率の減少につながる。</li> <li>○ しかし、現在実施されているがん検診の内容の一部が、科学的根拠に基づくものとは言い難い状況がみられる。</li> <li>○ 精密検査受診率については、2013年の地域保健・健康増進事業報告によると、およそ65～85%であるが、我が国のがん対策における目標値が定められていない。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。</li> <li>○ 項目や対象年齢等について科学的根拠に基づかないがん検診は、不利益が利益を上回る可能性があり、対策型検診として実施すべきではないことについても、指針に明記すべきである。</li> <li>○ 国は、がん検診の検査項目や方法及び対象について国内外の科学的知見を収集し、検討会等において、科学的に根拠のあるがん検診の方法等を引き続き検討する必要がある。</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 精密検査受診率については、本来100%となるべき指標であるが、現状を鑑みると、我が国のがん対策における目標値として90%に設定すべきである。</li> <li>○ 国、都道府県及び市町村が、がん検診の普及啓発を行う際には、がん検診の意義、対策型検診と任意型検診の違いや、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、がんでなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の不利益についても理解を得られるよう、普及啓発活動を進める。</li> <li>○ がん検診は利益だけではなく、不利益を与える面もあり、将来的にはリスクの高い人に対して集中的に行うべきである。</li> <li>○ がん検診の年齢上限については、世界の水準と合わせていくべきである。</li> <li>○ がん検診の国際標準的な仕組みを踏まえた組織的な検診の徹底、検診における科学的根拠のある有効性の実証された検診の精度管理の問題、受診率向上については、引き続きの議論が必要である。</li> <li>○ 苦痛なく簡便で正確な検査薬や検査方法を開発すべきである。</li> </ul> |
| <p>4. 職域におけるがん検診の質の向上及び市町村との連携について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職域におけるがん検診は我が国のがん対策において、受診機会を提供する重要な役割を担っている。</li> <li>○ 市町村が実施するがん検診が健康増進法に基づく一方、職域におけるがん検診は、法的な位置づけが明確でなく任意で実施されており、検査項目や対象年齢など実施方法が様々である。</li> <li>○ また、職域におけるがん検診は、全体を定</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職域において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の実態をより一層把握するとともに、その質的な充実に努める必要がある。</li> <li>○ 職域におけるがん検診を効果的に行うためには、「職域におけるがん検診に対するガイドライン」を、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ策定し、保険者や事業主はがん検診を任意で実施する際に、これ</li> </ul>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>期的に把握する統一的なデータフォーマット等の仕組みもないため、精度管理を行うのは困難である。</p>   | <p>を参考とすることが望ましい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 将来的には、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タの把握のため、保険者や事業主、検診機関で用いるデータフォーマットの統一化や、がん検診データの収集のための仕組みを作る必要がある。</li> <li>○ 事業主から従業員にがん検診の受診勧奨をすべきである。</li> </ul>   |
| <p>5. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん検診における、費用対効果や効率性に関する議論はまだ十分には行われていないため、今後、引き続き検討する必要がある。</li> <li>○ がんの予防や早期発見の重要性に関する教育を、関係各省と連携して行う必要がある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 検診におけるID活用について検討すべきである。</li> <li>○ 検診受診に対してインセンティブ、ディスインセンティブの付与を検討すべきである。</li> <li>○ 指針外項目について実態把握及びモニタリングする。</li> <li>○ 検診受診対象年齢の上限を設けるべきである。</li> <li>○ デンスブレストについて、読影可能な人材の養成を進めるとともに、追加受診の方法、並びに、その費用負担について方向性を検討すべきである。</li> <li>○ 遺伝性がんに対する検診、予防の方向性を定めるべきである。</li> <li>○ がん教育で検診の必要性を伝えるべきである。</li> <li>○ 簡単な検査方法の開発が必要である。</li> <li>○ 医療過疎地などに対する検診未受診者のために効果的な制度導入を検討すべきである。精度の高いツールの開発など、有効で簡便・安価にできるがん検診の開発など検診弱者への対応を検討すべきである。</li> <li>○ 検診の告知方法の見直しと義務化を検討すべきである。乳房超音波検査の技師の育成、検査装置の管理や診断サポート機器などの</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん検診担当者が障害のある人の受診を想定していない場合が多い。</li> </ul> | <p>体制整備を速やかに実施すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 対策型検診と任意型検診の違いを明確にすべきである。</li> <li>○ 「乳がんの視診・触診は推奨しない」というコメントに対する報道等により、視触診のマイナス面ばかりが伝わってしまい、自己触診等への不信感が高まる恐れがあるため、自己の健康管理として視触診をすることの意義も計画の中に明記すべきである。</li> <li>○ 障害のある人が適切なサポートの元で検診が受けられる体制整備とその周知方法について検討する必要がある。</li> </ul> |
|---|---|

## 【がん教育、普及啓発】

| 現状と課題   | 主な意見   |
|---|--|
| <p>1. 学校におけるがん教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 子どもががん及びがん患者に対する正しい知識、認識及び命の大切さに対する理解を深めることは大切であり、国では2017年度よりがん教育を全国展開する予定である。</li> <li>○ また、がん教育においては、医師やがん患者・経験者等の外部講師の活用が重要であるが、地域によっては外部講師の活用が不十分であると指摘されている。</li> </ul> <p>2. 国民に対する普及啓発・社会教育</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国民に対し、緩和ケア及びがん検診について普及啓発を推進してきた。また、拠点病院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ービスにおいて、がん</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 教員や外部講師を対象とした研修会等を実施し、教員にはがんについての正しい知識や理解を促すとともに、外部講師には学校でがん教育を実施する上での留意点や指導方法を伝える。</li> <li>○ 地方公共団体においては、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、関連団体とも協力する等により、学校医やがん専門医、がん患者・経験者等の外部講師の活用等、地域連携体制構築を図るよう、国は必要な支援を行う。</li> <li>○ 国民への普及啓発について、情報へのアクセスが困難な者にも配慮しつつ、国や地方公共団体は引き続き、がん検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、が</li> </ul> |



|   |   |
|---|---|
| <p>に関する情報提供を行ってきた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ しかし、がん相談支援センターやがん情報サービスがあまり認知されていないことが指摘されており、国民に対するがんの普及啓発は十分とはいえない。</li> <li>○ また、民間団体に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ことも指摘されている。</li> </ul> | <p>んに関するキャンペーン月間を設けるなど、国民全体で普及啓発を推進する体制を検討する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん相談支援センターやがん情報サービスを周知し、がん患者を含む国民が利用しやすい方法について検討する。</li> <li>○ 医療保険者は、被保険者や被扶養者ががんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。</li> <li>○ 事業主は、産業医等と協力し、雇用者ががんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。</li> <li>○ 民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。</li> </ul> |
|---|---|

## 【がんゲノム医療】

| 現状と課題  | 主な意見  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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」への期待が高まっている。</li> <li>○ 先進諸外国では、国家プロジェクトとしてゲノム医療が推進されている。(米国における Precision Medicine Initiative や、英国における Genomics England)</li> <li>○ 我が国では、ゲノム研究基盤の整備、偶発的所見への対応の研究、一部の拠点病院に遺伝カウンセリングを行う者を配置するといった取組を開始している。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんのゲノム検査を行うに当たって、国内においても遺伝子関連検査の品質・精度が保証できる体制で検査を行うことを検討すべきである。</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんのゲノム医療を進めるには、患者の権利について特段の配慮をする必要があるが、検査機関から医療機関や研究室等にゲノム情報を渡す際の取り決め、ゲノム情報に基づいたがん治療の選択基準、遺伝カウンセリングを提供する体制等について一律の基準が定まっていない。</li> <br/> <li>○ 現状では認定遺伝カウンセラーの多くが、がんを専門としていないことが指摘されている。</li> <li>○ 拠点病院等において、認定遺伝カウンセラーと臨床遺伝専門医の両者が配置されている施設は一部に限られている。</li> <br/> <li>○ 生殖細胞系列遺伝子の変異に伴う家族性腫瘍、遺伝性腫瘍については、原因となる遺伝子によって発がんリスクが大きく異なっており、患者への情報提供の方法について議論が定まっていない。</li> <li>○ また、患者・家族の遺伝子情報による差別等の社会的な問題が生じることが懸念されている。</li> <br/> <li>○ ゲノム医療や個別化医療を推進する上で、得られた情報を研究や医療現場に還元できるような仕組みの必要性が指摘されている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ゲノム情報の専門家、臨床遺伝学に関する十分な知識を有する臨床医、遺伝カウンセリングを行う者等により構成されるエキスパートパネルを有する医療機関とエキスパートパネルを有しない医療機関の連携体制を構築する必要がある。</li> <li>○ 当面はがんのゲノム医療の提供については集約化を行うべきである。</li> <li>○ がんのゲノム医療を提供する医療機関の体制整備について一律の基準を策定すべきである。</li> <br/> <li>○ 関係学会等と連携し、がん医療に習熟した医師、遺伝カウンセリングを行う者や看護師等の相談支援に携わる者に対して研修を提供する必要がある。また、がんのゲノム医療を推進するための人材を、医療現場に適切に配置する必要がある。</li> <br/> <li>○ 生殖細胞系列遺伝子の変異に伴う家族性腫瘍、遺伝性腫瘍について、遺伝カウンセリング等による支援とともに、遺伝子情報によって患者や家族が不当な扱いを受けないようにするための対策が必要である。</li> <br/> <li>○ 得られたゲノム情報を、がん対策の重要な課題である希少がん、難治性がん、小児がん対策にも資するよう、研究や臨床現場に還元できるような一元的なデータベースを整備すべきである。</li> </ul> |
|   | <p>&lt;その他の意見&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児がん領域においてもゲノム医療の実用化が重要であり、国立成育医療研究センタ</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>一と国立がん研究センターの協働を深化させるべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ゲノム情報を適切に活用したハイリスク群に対する予防や介入方法、発症前診断や薬剤感受性の予測に基づいた医療のあり方を検討すべきである。</li> <li>○ 基礎研究からTR、臨床研究までをつなぐゲノム医療拠点が必要である。</li> <li>○ 国民へのわかりやすい情報提供、ゲノム医療に関する啓発が必要である。</li> <li>○ 効果が期待できる分野への資源の集中投入、体制整備と人材育成、均てん化と集約化のバランスを考慮した、持続可能な対策を実現させる。</li> </ul> |
|--|--|

## 【がんの手術療法、化学療法、放射線療法の更なる充実】

### 【チーム医療の推進】

| 現状と課題  | 主な意見   |
|--|--|
| <p>1. 手術療法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全ての拠点病院において、術後管理の体制整備や術中迅速病理診断を可能とする環境整備等が行われている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高難度の手術症例等については、手術の質の向上や人材育成のため、患者の集約化の視点を取り入れるべきである。</li> <li>○ 日本外科学会、日本小児外科学会で行われている症例登録等のデータを活用し、手術の質の向上に努めるべきである。</li> <li>○ 手術の対象となる高度進行がんについて、質の高い手技を安全に提供するために、技能の高い医師の確保、教育、医療安全対策や労働環境の整備が必要である。</li> <li>○ 化学療法、放射線療法に不応ながん種が未だ多く存在するため、多領域手術に対応できるような外科医師、医療チームの養成が必要である。</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <p>2. 化学療法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 外来でがん治療を受療する患者が増加している中、十分な説明時間を確保するためにはスタッフが不足している状況である。また、後方支援施設や保険薬局においてもがん医療に従事する者の不足が指摘されている。</li> <li>○ 同様に、外来患者数の増加に加えて、患者の高齢化によって、薬剤師による抗がん剤の服用薬剤管理、副作用対策の対応が重要となる。</li> </ul> <p>3. 放射線療法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全ての拠点病院等においてリニアック装置の整備、強度変調放射線治療を受療できる体制の確保がなされている。一方、これらを担う人材の不足や医療機関ごとに提供される放射線治療の質や整備状況の格差が指摘されている。</li> <li>○ 粒子線治療に関しては、先進医療等で実施され、既存治療と比較検証中である。</li> <li>○ 甲状腺がん等に対するR I 内用療法において、全国的な病床数が不足、地域ごとの格差、それに伴う入院までの待機期間等の問題があり、放射線治療病室を集約化して整備する必要性が指摘されている。</li> <li>○ 症状緩和に有用な緩和的放射線照射は、がんの骨転移、脳転移等に対して有用である</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん治療を外来で継続する患者が増えており、外来診療や在宅医療等を含めたがん診療提供体制の整備に関する検討が必要である。</li> <li>○ 外来化学療法の管理体制については、かかりつけ薬剤師・薬局等も含めた連携や、外来患者に対するがん化学療法を適切に管理・支援する取組が必要である。</li> <li>○ 放射線治療症例全国登録のデータベースの構築を推進し、標準治療の確立を行う中で適切な放射線治療を提供できる体制整備が必要である。</li> <li>○ 僻地や離島において基本的な放射線治療を提供する体制の検討が必要である。</li> <li>○ I M R T や定位放射線治療などの高精度放射線治療は情報提供による一定の均てん化、粒子線治療に関しては地域性に配慮した都道府県を越えての集約化が必要である。</li> <li>○ R I 内用療法については、我が国における必要な病床数や拠点病院等を踏まえた適切な整備のあり方について検討すると共に、適切な提供体制構築に資するネットワーク作りが必要である。</li> <li>○ これらの放射線療法を適切に提供するための人材育成が必要である。</li> <li>○ 緩和的放射線照射については、適切な症例に緩和的放射線照射を提供できるよう、医</li> </ul> |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| <p>が、必ずしも十分普及していない。</p> <p>4. チーム医療</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 全拠点病院において、集学的治療及び緩和ケアを提供する体制、セカンドオピニオンを提供可能な体制整備、がんセンターボードの開催や緩和ケアチームの規定等を整備してきた。</li> <li>○ がん治療の副作用、合併症の予防や軽減などの見地から、医科歯科連携事業等を通じて口腔管理を推進してきた。</li> </ul> | <p>療従事者に対する普及、啓発を推進することが必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 拠点病院におけるがんセンターボード等を活用し、個々の患者に応じた支援や医療従事者の教育を行う体制の整備が必要である。</li> <li>○ 拠点病院と地域や関係者との連携を図るために認定看護師や歯科医師、歯科衛生士などの役割を明確にした上でチーム医療を推進すべきである。</li> </ul> |
|--|--|

## 【希少がん、難治性がん】

| 現状と課題  | 主な意見  |
|--|---|
| <p>1. 希少がん</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 希少がんは数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、有効な診断・治療法を実用化することが難しく、情報が少ない。</li> <li>○ これまで希少がんの定義を行い、診療体制の検討を行うとともに、個別のがん種について、当該希少がんに関する治療法や治療を受けられる医療機関等の情報の収集・提供、ガイドライン普及のための対策等を検討してきた。</li> </ul> <p>2. 難治性がん</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん患者全体の5年相対生存率が約60%と改善している一方、膵がんなど有効な診断・治療法が開発されていない難治性がんの5年相対生存率は改善されていない。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 希少がん患者が適切な医療を受けられるよう、情報の収集・提供による患者の集約や施設の専門性を高める。</li> <li>○ 国立がん研究センターを中心に全国の拠点病院等が連携し、国民への情報提供、相談支援や病院間のコンサルテーションを推進するとともに、臨床データ等を蓄積する体制を構築する。</li> <li>○ 関係団体とも協力し、難治性がんの本態究明とともに、より有効性の高い診断・治療法の開発・研究を支援する。</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| ○ また、がん種によっては、転移・再発したがんに対しても有効な診断・治療法は確立していない。 | ○ 学会等とも協力し、希少がん・難治性がんに関する臨床や研究における人材育成を推進する。 |
|--|--|

### 【医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組】

| 現状と課題  | 主な意見   |
|--|--|
| ○ 未承認薬等の課題を解消するため「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」が開催されており、医療上の必要性を評価して、企業に対して開発を要請している。 | ○ 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、患者に優しい新規医療技術開発に関する研究等の推進、また、早期承認に向けた効率的な研究開発を推進することが必要である。 |
| ○ 患者からの申出を起点とする新たな保険外併用療法の仕組みとして患者申出療養制度が創設された。                                  | ○ 患者申出療養制度など、新規に創設された医療システムへの国民の公平なアクセス性を確保すべきである。   |

### 【その他（病理診断）】

| 現状と課題   | 主な意見   |
|---|--|
| ○ 拠点病院においては、その整備指針において病理診断医の配置を義務づけ、さらに術中迅速病理診断が可能な体制を確保した。   | ○ より安全で質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、関連学会等と協力し、病理コンサルテーションシステム等の体制を整備し、また病理診断のセカンドオピニオンについて検討する必要がある。 |
| ○ 一方、特に希少がんの病理診断については、十分な症例数の経験を有する病理診断医等が少ないため、病理診断が正確かつ迅速に行われず、治療開始の遅延や予後の悪化につながる場合があることも指摘されている。 |  |
| ○ こうした中、国立がん研究センターや日本病理学会の病理コンサルテーションシステム等が存在し、質の高い病理診断を支援している。                                     |  |

## 【その他（がんのリハビリテーション）】

| 現状と課題  | 主な意見   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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の割合は37.4%であり、拠点病院において理学療法、作業療法、言語聴覚療法のいずれかのリハビリテーションを受けたがん患者の割合は、19.7%となっている。</li> <li>○ がんに携わる医療従事者を対象に、がんのリハビリテーションやリンパ浮腫についての実務研修等を実施してきた。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今後の医療においては、医師以外の職種や専門職のメディカルスタッフ（例えば嚥下能力をサポートするような職種）を含めたチーム医療の構築が非常に重要性であり、リハビリテーションに関する教育が必要である。</li> </ul> |

## 【相談支援、情報提供】

| 現状と課題  | 主な意見  |
|--|---|
| <p>1. 相談支援について</p> <p>&lt;総論&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 予防・治療・共生などそれぞれの場面で相談支援、情報提供が重要な役割を担っている。</li> <li>○ 拠点病院の相談支援のネットワークは都道府県を越え、広域での取組が広がっている。</li> <li>○ 患者は単なる情報提供のみならず、精神的、心理社会的な支援を求めている。</li> <li>○ 相談支援内容は多様化、複雑化している。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 必要な情報提供や支援が受けられるよう、病院、その他の機関、地域社会において体制整備の議論が必要である。</li> <li>○ ウェブサイトの充実など一般的な情報提供のみならず、個別的な情報提供や精神的、心理社会的な相談支援に対応する体制が必要である。</li> <li>○ 個別ニーズに応じた対応と、相談支援の質の担保が必要である。</li> <li>○ AYA世代やサバイバー等に対する相談支援のあり方について検討が必要である。</li> </ul> |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 療養生活が長期に渡る場合の支援が必要である。治療が終了した後の生活にも支援が必要なことがある。</li> <li>○ がんに関する様々な分野の相談をワンストップで提供することを目的に設置された地域統括相談支援センターは、病院以外に設置されており、病院以外の第三者に気軽に相談できるという設置意義がある。</li> </ul> <p>＜医療機関における相談支援＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん相談支援センターへの相談対応件数が増加傾向にあるなど、相談支援のニーズは高いが、拠点病院を受診した患者のうちがん相談支援センターを利用した方の割合は低い。</li> <li>○ がん相談支援センターは院内の患者だけではなく、院外の患者や関係機関の相談支援業務も担っているが、そのことについて、院内での理解や協力が得られにくい。</li> <li>○ 医療機関によって、院内のがん相談支援センターの活用程度は差がある。</li> <li>○ がん相談支援センターの相談員の配置状況、質の向上などに課題がある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者と家族が希望する療養生活を送れるよう地域の医療機関・介護施設や事業所など地域の実情を把握し、支援することが必要である。</li> <li>○ 拠点病院は、病院全体としてがん相談支援センターの取組に協力する体制を構築し、がん相談支援センターが十分機能するよう努めると共に、必要な患者をがん相談支援センターにつなぐべきである。</li> <li>○ P D C A サイクルを利用した評価システムにより、質の担保と格差解消をはかる必要がある。</li> <li>○ 相談員のスキルアップのため、研修のあり方について検討が必要である。</li> <li>○ 医療従事者がコミュニケーション技術を身につけるため、医療従事者の研修受講等に関する取組を更に推進すべきである。</li> </ul> |
| <p>2. 情報提供について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 病気や治療方法だけではなく、病院に関すること、療養生活に関すること、利用できる制度に関すること等、様々な情報が求められている。</li> <li>○ 科学的根拠に基づかない情報の氾濫や医療</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者会や地域のサポートグループ等、地域の実情に即した情報についても提供すべきである。</li> <li>○ 標準的な治療をはじめ、科学的根拠に基づ</li> </ul>   |



|  |  |
|--|--|
| <p>従事者とのコミュニケーション不足により、患者や国民が適切な情報を得られないことがある。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 希少がん等に関する特殊性が高い情報については、医療従事者も十分把握されておらず、適切な情報提供が困難な場合もある。</li> <li>○ がん情報サービスの中で、音声資料を公開し、音声や点字資料作成支援を行っているが、十分に活用されていない。</li> <li>○ 国立がん研究センターは、これまで様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、電話による相談支援、相談員の研修等を行い、相談支援と情報提供の中核的な役割を担ってきた。</li> <li>○ がん情報サービスがインターネット上では上位に掲載されないなどの課題が指摘されている。</li> </ul> | <p>く情報を分かりやすく患者や国民に届けるため、情報提供のあり方について検討が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療従事者は、標準治療、ガイドライン、臨床試験、治験、その他患者に必要な情報をわかりやすく提供することが求められており、適切に情報を提供する仕組みの検討が必要である。</li> <li>○ 希少がん等に関しては、個人情報に配慮した情報提供のあり方について検討が必要である。</li> <li>○ 障害などによってコミュニケーションに困難がある人へ必要な情報が届けられるよう周知方法や対策について検討する必要がある。</li> <li>○ 国立がん研究センターは、がん登録のデータ等を活用し、希少がんを含めたがんに関する様々な情報を発信すると共に、全国ネットワークの中心としても役割を担うべきである。</li> <li>○ がん情報サービスがインターネット上で検索しやすくするための工夫が必要である。</li> </ul> |
| <p>3. ピア・サポートについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 患者はピア・サポーターに、疾患等に関する相談だけではなく、同じ病気を経験した人として寄り添いを求めている。</li> <li>○ ピア・サポートプログラムの導入が全国で十分進まず、効果が不十分という指摘がある。また、研修の質に格差があるとの懸念もある。</li> <li>○ 小児がんのピア・サポート研修は、民間の</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん患者は、がん経験者からの支援を必要としていることから、ピア・サポート活動や患者サロン等の取組を更に推進すべきである。</li> <li>○ 全国のピア・サポートの実態把握、効果検証および改善策を検討すべきである。</li> <li>○ ライフステージに応じたピア・サポート体</li> </ul>  |

|                     |   |
|---------------------|---|
| <p>助成を得て行われている。</p> | <p>制のあり方について検討すべきである。</p> <p>○ 小児がんについては、患者本人だけではなく、家族もさまざまな心理・社会的問題を抱えるため、家族の支援について検討すべきである。</p> |
|---------------------|---|

## 【地域の医療・介護サービス提供体制（拠点病院の役割を含む）】

| 現状と課題   | 主な意見  |
|---|---|
| <p>○ がん医療の均てん化のため、拠点病院等の整備を進め、標準的治療の提供、がん相談支援センターの設置、緩和ケアの提供、院内がん登録の実施、カンサーボードの実施等の一定の成果が得られている。</p>                    | <p>○ 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とした体制を維持すべきである。</p>  |
| <p>○ 一方で、拠点病院の機能の格差や地域連携クリティカルパスの運用状況の地域間格差が指摘されている。</p>  | <p>○ がん医療の質を担保するため、評価指標の開発や拠点病院間や第三者による評価、定期的な実地調査の実施等について検討すべきである。</p>                             |
| <p>○ ゲノム医療、一部の放射線治療や希少がん、小児がん、難治性がん等のがん種については、患者が必要とするアクセスの向上について検討が必要である。また、治療成績の向上等に資するよう、一定の集約化について検討することが必要である。</p> | <p>○ ゲノム医療、医療安全、支持療法等、新たに盛り込むべき項目を踏まえて整備指針を見直す必要がある。</p> <p>○ がん医療提供体制における均てん化と集約化について検討すべきである。</p> |
| <p>○ がん以外の併存疾患を持つがん患者への対応の重要性について指摘されているが、必ずしも十分な議論が尽くされていない。</p>   | <p>○ がん医療を提供する際には、拠点病院等においてがん以外の併存疾患にも適切に対応ができる体制の整備を検討する必要がある。</p>                                 |
| <p>○ 拠点病院等の要件については、「特定機能病院に対する集中検査の結果や承認要件の見直し等も参考にしつつ、備えるべき医療安</p>   | <p>○ 特定機能病院が高度な医療を提供する機能を担うことと同様、拠点病院等には質の高いがん医療を提供する機能が求められてい</p>                                  |

|  |  |
|--|--|
| <p>全に関する要件の見直しを行う」こととしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域連携は、がん領域では拠点病院を中心に行ってきたため、地域包括支援センター等との連携が不十分との指摘がある。</li> <li>○ 地域において中心的にがん診療に携わる医療機関においては、緊急時の症状緩和目的の緩和ケア病床を確保するなど、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の確実な受入れ体制の整備が不十分であるとの指摘がある。</li> <li>○ 切れ目のない医療の提供のためには、拠点病院以外の医療機関や在宅緩和ケアを提供している施設に対してもがん医療の充実を図る必要があるとの指摘がある。</li> <li>○ 介護する家族と患者が寄り添える療養環境の整備が不十分との指摘がある。</li> <li>○ 我が国の障害のあるがん患者の罹患、受診、治療などの実態が明らかになっていない。</li> <li>○ 医療機関や行政の現場で障害のあるがん患者のニーズが十分把握されていない。</li> <li>○ 障害のあるがん患者への対応、例えば院内にガイドヘルパーや手話通訳を配置している等の対応が病院ごとに異なる。</li> <li>○ 元々障害があった人だけでなく、コミュニケーションに配慮が必要な人、がん治療に伴って障害をもつことになった人への対応が必要であり、ユニバーサル支援を視野</li> </ul> | <p>るため、医療現場への過重な負担を課すだけの要件とならないよう配慮しつつ、要件を策定すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 切れ目のない医療の提供と質の向上に資するため、早期から地域医療を担う医療従事者が病院での医療に関与する体制も含め、地域の実情に応じて病院と在宅医療の連携のあり方を検討すべきである。</li> <li>○ 地域において、医師会と協働して相談支援・情報提供を行う在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ステーションを整備すべきである。</li> <li>○ 拠点病院の医療従事者が、地域で在宅医療を担う医療機関において共同診療を行ったり、地域の調整役を担う医療・介護従事者が、拠点病院で活動したりできる連携体制を検討すべきである。</li> <li>○ 患者とその家族が寄り添える療養環境を整備することを検討すべきである。</li> <li>○ 患者が速やかに介護サービスを受けられる要介護認定制度の周知方法について検討すべきである。</li> <li>○ 障害のあるがん患者のニーズや対応事例を把握し、必要とされている対応を共有することが必要である。</li> <li>○ 各専門分野を超えて連携を可能にするため、障害者福祉の専門支援機関（点字図書館、生活訓練施設、作業所等）と拠点病院の連携を促進できる仕組みについて検討する必要がある。</li> <li>○ コミュニケーション等に配慮が必要ながん患者、が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でがん対</li> </ul> |
|--|--|

|               |                  |
|---------------|------------------|
| に入れた支援が必要である。 | 策を進めていくことが必要である。 |
|---------------|------------------|

## 【がん患者の就労を含めた社会的問題（サバイバーシップ支援）】

| 現状と課題   | 主な意見   |
|---|--|
| <p>&lt;就労支援について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 仕事を持ち悪性新生物で通院している者は32.5万人存在する。</li> <li>○ がん患者の依願退職、解雇の割合は34%となっており、10年間で改善が無いという報告がある。</li> <li>○ 2015年の調査では、治療開始前の診断早期で離職している者が多い。</li> <li>○ 離職のタイミングは、診断初期だけではなく、有給休暇や傷病休暇制度がなくなったタイミング等1年以上経過した後に離職する人もいる。</li> <li>○ 拠点病院では、がん相談支援センターで就労に関する相談に対応している。</li> <li>○ 社会保険労務士等をがん相談支援センターへ配置する事業、ハローワークに専門相談員を配置する事業、治療と職業生活の両立支援関係事業が実施されている。</li> <li>○ 「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」が2016年2月に公表され、周知のための取組が行われている。</li> <li>○ 就労を継続する上で、患者自身が企業と調整を行うことが困難な場合がある。</li> <li>○ がんの治療は外来中心になっているが、連続した3日間は待機期間となる支給要件があるため、外来通院では傷病手当金が利用しにくい。また、現行制度では、最初の支</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がんの診断早期の離職防止への取組が必要である。</li> <li>○ 医療機関が離職防止と治療と仕事の両立について、更なる取組が必要である。</li> <li>○ がん患者が活用できる各種制度の周知方法について検討が必要である。</li> <li>○ がん相談支援センター、ハローワーク、産業保健総合支援センターなどの現存のリソースの活用を拡大、周知すべきである。</li> <li>○ がん相談支援センターは、介護・育児も含めた患者の個々の実情に応じた治療と仕事の両立を支援するため、企業やその他の関係機関と連携を進めるべきである。</li> <li>○ がん患者に対する就労支援・職場環境の改善を促すため、事業主に啓発を行うことが必要である。</li> <li>○ 各企業において先行している好事例を集め、周知を図ることが必要である。</li> <li>○ 症状、治療の内容などについて、患者自身が両立支援コーディネーター等の支援を受けながら企業に説明し、治療と仕事を両立するためのプランを立てられるような仕組みを構築すべきである。</li> <li>○ 傷病手当金の支給の仕組みを変更するために必要な法改正、財源の確保等の課題について検討すべきである。</li> <li>○ 柔軟な休暇制度や勤務制度の導入をする企</li> </ul> |

|   |  |
|---|--|
| <p>給日から起算して最大1年半の支給となっており、再発時に使用できないことが多い。</p> <p>○ 治療による副作用が就労の継続に影響している。</p>  | <p>業に対して、国は支援すべきである。</p> <p>○ 支持療法やアピアランス支援に関する研究を充実させるべきである。</p>  |
| <p>＜就労以外の社会的問題＞</p> <p>○ 離島やへき地、小児がん等の一部のがん種の治療においては遠方での受療が必要となることもあり、治療費だけでなく、通院費用や通院時間を確保することが困難である。</p> <p>○ がんに対する偏見が、社会生活において障害になっており、がん患者が社会から隔絶されてしまうことがある。</p> <p>○ 今後のがん対策の課題や必要とする制度を検討するためのサバイバーシップ研究が少ない。</p> <p>○ がん患者の生殖機能保持に関する情報提供が不十分である。</p> <p>○ がん治療に伴う排尿障害などの後遺症や日常生活の悩みについて相談や支援の体制が十分ではない。</p> | <p>○ がん患者の経済的な課題を明らかにし、課題解決にむけた施策を検討すべきである</p> <p>○ がんに対する偏見を払拭するための教育、啓発が必要である。</p> <p>○ 罹患後の後遺症に対するガイドライン作成、研究開発、診療体制整備、各種制度利用、法整備のエビデンスとなるサバイバーシップ研究を推進する必要がある。</p> <p>○ がん患者の生殖機能の温存を考えた治療選択が、居住地の差が無く等しく患者に届くようにするため、後遺症の説明、生殖医療との連携が必要である。</p> <p>○ がんの治療に伴う後遺症等に対し、利用できる制度等の周知が必要である。</p> |

## 【ライフステージに応じたがん対策（小児、AYA世代）】

| 現状と課題  | 主な意見  |
|--|---|
| <p>1 診療提供体制</p> <p>○ 現在、小児がん拠点病院を中心とする診療連携体制が構築されており、集約化が徐々に進みつつある。今後、希少がん対策と小児がん対策の連携や疾患に応じてさらに</p> | <p>○ 小児がん・希少がん・AYA世代のがんを連続した診療体制として整備し、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等との連携を進め、個々のがん種に応じた集約化に</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p>集約化する必要性が求められている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 一方、地域における小児がんの診療連携体制や在宅医療支援体制は十分に整備されていない。</li> <li>○ A Y A 世代は年代によってニーズが異なり、患者ごとの個別性も高い。またA Y A 世代の多くは、治療に関する意思決定への参加意欲や自己管理の意識が高い。</li> <li>○ A Y A 世代のがん患者は全国に一定の割合で存在するが、頻度は少なく、経験の少ない医療機関も存在する。またA Y A 世代の診療数の多い医療機関の方が、専門医、施設認定が充実している。</li> <li>○ A Y A 世代のがんの診療拠点を設置し、多様なニーズに対応できるよう院内外の専門家により構成されるA Y A 支援チームや入院環境を整備し、生殖・教育・就労等の包括的な相談支援や緩和ケアを行うことが求められている。</li> <li>○ 医療・教育・就労・福祉全般に渡り幅広く対応できる相談支援や患者にとって探しやすい情報発信が求められており、特にA Y A 世代のがんに関しての情報提供や支援が必要とされている。</li> </ul> | <p>よる専門性の高い診療体制と長期フォローアップ体制を構築すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児がんの初診を行う医療機関に対して、小児がんに関する情報の周知・研修を推進し、地方でも診断を可能とする体制を構築し、小児がん拠点病院との連携体制、在宅医療支援体制、小児ホスピス等を整備について検討すべきである。</li> <li>○ A Y A 世代においては治療状況だけでなく、就学・就労・経済的状況、家庭環境など個人差があるため、各年代の個別のニーズに応じた対応が必要である。</li> <li>○ A Y A 世代の診療数が多い拠点病院を中心に、教育・就労・妊よう性温存を含む包括的・継続的な相談支援や緩和ケア等の体制を構築すると共に、A Y A 世代の多様なニーズに対応できるような組織体制の整備について検討すべきである。</li> <li>○ 地域の医療機関を含む医療従事者への教育を行い、A Y A 世代の長期的な健康管理、心理社会的支援が可能なフォローアップ体制を構築する。</li> <li>○ 患者、家族へのわかりやすい情報公開のため、情報を整理し統合すると共に、A Y A 世代のがん患者・経験者のための相談支援窓口を開設し、I C T の活用を含む包括的かつ継続的な支援を行い、ピア・サポートなどの取組を推進すべきである。</li> <li>○ がん治療に伴う妊よう性への影響について、治療前に患者や家族に正確な情報提供を行い、必要に応じて専門施設への紹介等の適切な対応を行うべきである。</li> <li>○ 小児がん、希少がんなどの早期発見を目指すため、疾病に関する医学教育、および、</li> </ul> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p>2. 教育・療養環境</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院中・療養中の教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の整備とともに就学・復学支援の制度化が求められている。</li> <li>○ 長期に渡るフォローアップ体制（後遺症・合併症への対応、保育・教育・就労・自立に関する支援を含む）の整備が求められている。</li> <li>○ 患者視点での生殖・教育・就労等の包括的・継続的な情報・相談体制等の提供が十分ではない。</li> <li>○ ピア・サポートや家族支援が十分でない。</li> </ul> <p>3 研究、治療開発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 小児がん拠点病院等の複数の医療機関でデータや医療機器を共有し、有効活用することや、後遺症や合併症が少ない治療法の研究開発、ゲノム医療や個別化医療の推進が求められている。</li> </ul> | <p>かかりつけ医への症状などの注意喚起を行い、専門の医療への紹介を推進すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備、院内学級における高等部の創設推進、ITを利用した遠隔教育や特別支援学校の拡充等に加えて、治療後の復学・就学支援をより一層充実させる必要がある。</li> <li>○ ガイドラインに基づいた長期フォローアップ体制と成人診療科への移行体制を整備し、治療研究の推進、医療従事者ならびに患者への教育、情報提供・相談支援、就労支援を充実させる必要がある。</li> <li>○ 経験者によるピア・サポートを推進し、心のケアを充実すべきである。</li> <li>○ 患者だけでなく、家族への支援についても検討すべきである。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 新しい標準的治療の確立や開発研究については、集約化の制度をうまく活用し、院内がん登録や集約されたデータを共有し、治療成績に関連する要因の分析やデータの展開の方向性を検討すべきである。</li> <li>○ 後遺症や合併症が少ない治療法の研究開発、ゲノム医療や個別化医療を推進すべきである。</li> </ul> |
|---|--|

## 【ライフステージに応じたがん対策（高齢者）】

| 現状と課題                 | 主な意見 |
|-----------------------|------|
| ○ 我が国では、2025年には65歳以上の |      |

|   |   |
|---|---|
| <p>高齢者数は3,657万人（全人口の30.3%）になると推計されており、高齢者のがん対策が必要である。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢のがん患者が適切な医療を適切に受けられるよう、医療従事者だけでなく、介護従事者への教育を充実させることが必要である。</li> <li>○ 入院をきっかけに認知症の症状が悪化する場合がある。</li> <li>○ 高齢者においては、全身状態や併存疾患、その他の原因により、標準治療の適応とならないケースや主治医が標準治療を提供すべきでない判断するケース等があるが、こうした判断の指針は無く、高齢のがん患者に提供すべき医療のあり方について検討が必要である。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢のがん患者を支援するため、医療機関・介護施設などの医師、医療従事者、介護従事者の連携により、患者と家族の意思決定に沿った療養生活を支えるための教育研修体制を整備する。</li> <li>○ 認知症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思決定支援や家族、遺族に対するグリーフケアの充実を図る。</li> <li>○ QOLの観点を含めた高齢者のがん患者に適した治療法やガイドラインを確立するための研究を行う。</li> </ul> |
|---|---|

## 【がん研究（希少がん、難治性がん含む）】

| 現状と課題  | 主な意見   |
|--|--|
| <p>1. 総論</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん研究は基本計画、健康・医療戦略、医療分野研究開発推進計画に基づき開発研究と政策研究を進めている。</li> <li>○ 臨床研究の更なる推進のため、臨床研究中核病院、患者申出療養制度の創設、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の開催等の取組がなされている。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん研究に関する分かりやすい情報提供、様々な研究事業のデータベースの集約が必要である。</li> <li>○ 国際的ながん研究に積極的に参加できるよう、医師、CRC等のがん研究に携わる人材の育成が必要である。</li> <li>○ がん研究に関して分かりやすく国民に情報提供する必要がある。</li> <li>○ がん患者や家族が実施中の臨床研究や治験</li> </ul> |



|  |  |
|--|--|
| <p>2. 開発研究</p> <p>○ がん研究10か年戦略、健康・医療戦略に基づき、関係省庁一体となってジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクトとしてがん研究を行っている。</p> <p>3. 政策研究</p> <p>○ 政策研究として、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推進している。</p> | <p>について情報が得られるような仕組みの充実が必要である。</p> <p>○ がん研究においてプロトコル立案などの段階から患者が参画できるような仕組みの検討が必要である。</p> <p>○ がん研究10か年戦略を評価し、必要に応じて内容を見直す必要がある。</p> <p>○ 難治性がん、希少がん、ゲノム医療、免疫療法、支持療法について重点的に研究を推進すべきである。</p> <p>○ 特に免疫療法については、その治療効果の大きさや個別性等の観点から、更に研究を進めることが必要である。</p> <p>○ 国際共同研究を推進する視点も必要である。</p> <p>○ 希少がん、小児がん等の臨床研究を推進するための仕組みや新規薬剤や新規医療技術の早期承認を目指した取組が必要である。</p> <p>○ 日本から治療開発シーズを世界に発進するため、基礎研究への支援を強化すべきである。</p> <p>○ 医療の質を向上させるため、新規医療技術開発に力を入れるべきである</p> <p>○ 政策研究において、個々の施策の有用性、アウトカム評価が必要である。その際、患者のQOL等の視点を入れることも重要である。</p> <p>○ 科学研究費などの公費に対する医療経済評価の研究が必要である。</p> |
|--|--|

## 【がんと診断された時からの緩和ケアの推進】

| 現状と課題  | 主な意見  |
|--|---|
| <p>【緩和ケア全般について】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる。</li> <li>○ 医療従事者の理解不足のため、診断時からの緩和ケアの提供はいまだ不十分と言わざるを得ない。</li> <li>○ 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。」であり、「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」（改正がん対策基本法より）とされている。</li> <li>○ 緩和ケアは、いまだに終末期ケアと誤解されるなど、その意義や必要性について、患者を含む国民に十分に周知されていない。</li> <li>○ 患者・家族は主治医に痛みやつらさを訴えにくいという心理状況であることが指摘されているが、いまだ改善されていない。</li> </ul> <p>【緩和ケアの提供体制について】</p> <p>(1) 総論</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 拠点病院等には、緩和ケアチームやがん相談支援センターが整備されているが活用が不十分な状況である。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緩和ケアは、医療・介護・福祉の基本であり、国、地方公共団体、医療従事者は、患者とその家族等が基本的人権として痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築できるよう民間の団体等の関係団体と連携し、国民に対して効果的な普及啓発を行うべきである。</li> <li>○ 患者・家族が痛みやつらさを訴えやすくするために、医療従事者が患者の気持ちを理解し、痛みやつらさを引き出せるような教育や研修をすべきである。</li> <li>○ がん診療に携わる医療機関は、患者の療養生活の質を向上させるために、全ての医療従事者の連携を診断時からできるだけ迅速に図り、症状緩和の専門家へつなぐ手法を明確にし、医療従事者から患者・家族に相談窓口に来訪するよう積極的アプローチを</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| <p>○ 医療従事者は、患者・家族の心情に配慮し、ニーズを把握した上で、診断結果や病状、支援等について適切に伝える必要があるが、そのための体制が十分整備されていない。</p> <p>○ 緩和ケアの質については、書面のみで評価することが困難であり、そ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るわけではない。</p> <p>(2) 拠点病院について</p> <p>① 専門的な緩和ケアについて</p> <p>○ これまで緩和ケアの均てん化のため、拠点病院を中心に、専門的な緩和ケアの整備を推進してきたものの、その質の維持向上等に課題がある。</p> <p>(緩和ケアセンター)</p> <p>○ 緩和ケアセンターが十分機能しておらず、緩和ケアチーム、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ない状況である。</p> | <p>行うなど、実効性のある体制を整備すべきである。</p> <p>○ がん診療に携わる医療機関は、病状の説明の際、患者が適切に意思決定できるよう、看護師や社会福祉士等の医療従事者の同席を基本とし、面談後にも自由に相談できるような体制を強化すべきである。</p> <p>○ 治療法や緩和ケアに関するセカンドオピニオンの周知を強化すべきである。</p> <p>○ 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べきである。また、診療の内容を評価するため、遺族調査等を定期的に実施すべきである。</p> <p>○ 専門的な緩和ケアの質の向上のため、国は関係学会と連携し、精神腫瘍医、がん看護の専門・認定看護師、がん専門薬剤師、緩和薬物療法認定薬剤師、がん病態栄養専門管理栄養士、社会福祉士、公認心理師等の適正配置や共同診療等を通じた緩和ケアチームの育成のあり方を検討すべきである。</p> <p>○ 施設全体の緩和ケアの診療機能を活性化し、有機的な連携を強化するために、院内部門のコーディネート機能、ケアの質の評価・改善機能などを持った緩和ケアセンターの機能を強化すべきである。</p> <p>○ 緩和ケアセンターのない拠点病院では、既存の病院管理部門を活用し、緩和ケアの質の評価と改善を進める院内の統括体制の整備や第三者を加えた外部評価機能を有する</p> |
|--|--|

緩和ケアに関する監査体制の導入を検討すべきである。

## ② 苦痛のスクリーニングについて

- 苦痛のスクリーニングの目的は、主治医が診断時から定期的に患者の苦痛を把握し、対応するというモニタリング的な役割が重要であるが、その周知が不徹底である。
- スクリーニングが導入されている拠点病院は約9割にのぼっているが、限られた少数の部署での実施に止まっている。また、スクリーニングの結果、対応が必要となった患者へのフォローアップ体制が整っている拠点病院は約4割に止まっている。

## (3) 拠点病院以外の病院について

- 拠点病院以外の病院で入院治療を受けているがん患者は約4割いる。また、約4分の3のがん患者は拠点病院以外の場所で看取られている。しかし、拠点病院以外の病院における緩和ケアの状況については十分把握できていない。
- 拠点病院以外の病院では、専門的な医療従事者の不足等により十分な緩和ケアを提供することが困難である。
- 切れ目のない緩和ケアの提供のためには、拠点病院以外の病院に対しても緩和ケアの充実を図る必要があるとの指摘がある。
- 拠点病院以外の病院は、所在地や規模、患者層が異なっており、それぞれの役割分担が明確になっておらず、効率的な緩和ケアが提供されていないとの指摘がある。

- 拠点病院をはじめとした医療機関では、スクリーニングを診断時から行うことによって、表面化しにくい苦痛を定期的に確認し、迅速に対処するなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・強化すべきである。

- 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実地調査等を通じて把握すべきである。

- 拠点病院以外の病院においても、医師に対する緩和ケア研修等を通じて、緩和ケアの提供体制の充実を図るべきである。

- 2次医療圏の医療機関等が参加する緩和ケアに関する地域連携会議を開催し、地域におけるがん医療の状況を把握するとともに、緩和ケア研修の推進も含め、地域の実情に応じた緩和ケアを含めたがん医療全般の提供体制について協議する場等を検討すべきである。また、こうした取組を実効性あるものにするため、調整役を置くなどそ

|   |  |
|---|--|
| <p>(4) 在宅緩和ケア・地域連携について（拠点病院を中心に）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 拠点病院の緩和ケアセンターや緩和ケアチームにおいて、地域との連携を進めるにあたり、入院体制の整備や患者情報の共有、専門的な相談支援等の取組が十分に進んでいないとの指摘がある。</li> <li>○ 切れ目のない緩和ケアの提供のためには、拠点病院以外の在宅緩和ケアを提供している施設に対しても緩和ケアの充実を図る必要があるとの指摘がある。</li> </ul> <p>(5) 緩和ケア病棟について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緩和ケア病棟における緩和ケアの実態については十分把握できていない。</li> <li>○ 緩和ケア病棟の情報が十分に患者に提供されていないため、緩和ケア病棟を十分利用できていないとの指摘がある。</li> <li>○ 切れ目のない緩和ケアの提供のためには、拠点病院以外の緩和ケア病棟に対しても緩和ケアの充実を図る必要があるとの指摘がある。</li> </ul> <p>【すべての医療従事者が基本的な緩和ケアを</p> | <p>の体制を検討すべきである。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 拠点病院は、緩和ケアセンターや緩和ケアチームが地域連携の役割を担えるよう、定期的な地域との会議や勉強会を主催するなど、地域の医師会と協力し、かかりつけ医との連携を強化すべきである。</li> <li>○ 拠点病院の医療従事者が、地域で在宅医療を担う医療機関において共同診療を行ったり、地域の調整役を担う医療・介護従事者が、拠点病院の緩和ケアチームで活動したりできる連携体制を検討すべきである。</li> <li>○ 拠点病院は、定期的に緩和ケアに関する地域連携会議を開催し、関係医療機関との緊急時の相談や受入れ体制、地域での困難事例の対応等について協議し、地域における緩和ケアの質の向上を図るべきである。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緩和ケア病棟における緩和ケアの実態や患者のニーズについて実地調査等を通じて把握すべきである。</li> <li>○ 患者とその家族が緩和ケア病棟を利用しやすいように、必要とする最新情報をホームページ等に公開するなど分かりやすく提供すべきである。</li> <li>○ 緩和ケア病棟の質の維持向上のため、2次医療圏における緩和ケア病棟の機能分化等のあり方について検討・整備すべきである。</li> <li>○ 緊急に症状緩和等が必要な患者等の受入れ体制について、緩和ケア病棟を有効利用できる体制を検討すべきである。</li> </ul> |
|---|--|

身につけるための方策について】

(1) 緩和ケア研修会について

① 受講率向上について

○ 拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる者の9割以上の緩和ケア研修会の受講修了を目標としているが、2016年9月時点で受講率は約66%（暫定値）であり一層の受講率向上が求められている。

② 研修内容について

○ 研修内容は、初期臨床研修修了時の医師が達成すべき基本的な緩和ケアのレベルに設定されているため、様々なレベルの参加者に対応した目標設定ができていない。

③ 研修の対象者等について

○ 現行の研修会は、がん診療に携わる医師・歯科医師を対象に実施しているが、その他の医療従事者の参加も可能なため、全受講者のうち約4割が医師以外の職種と推定される。

○ 拠点病院は、都道府県と連携し、2次医療圏の拠点病院以外の病院を対象として、研修会の受講状況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育成に取り組むべきである。

○ 拠点病院の開催負担や受講者の負担を軽減するために、講義部分はe-learningを導入し、1日の集合研修に変更すべきである。

○ 研修内容に、患者を主治医から専門的な緩和ケアや既存の医療資源につなぐ方策について追加すべきである。また、症状緩和だけでなく、特に緩和ケア概論、全人的な苦痛の評価等を盛り込み、がん以外の診療を行う医療従事者に対しても実施できる研修会に見直すべきである。

○ 質の向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、拠点病院以外の医療機関へ対応できるよう、地域の実情に応じた実施方法や研修内容を充実させ、がん治療医が自ら緩和ケアを実践できるプログラムを検討すべきである。

○ 院内の医師・薬剤師のみならず、地域の医師・薬剤師も今後更に高度な知識を習得する必要がある、研修体制の整備に努めるべきである。

○ 地域で緩和ケアを担う医師が、拠点病院等の医師と共に研修会を受講できる体制を更に充実させるべきである。

|  |   |
|--|---|
| <p>④ 研修会の効果判定について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 研修会のアウトカムは、緩和ケア外来等を利用した割合や痛みの治療効果等の患者アウトカムで評価する必要があるが、そのため調査は実施されていない。</li> </ul> <p>(2) 卒前・卒後教育について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医学部のモデル・コア・カリキュラムや医師国家試験の出題基準等に緩和ケアに関する項目はあるが、卒前教育において、緩和ケアに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。</li> <li>○ 初期臨床研修の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことは重要であり、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年間で全ての研修医が研修会を受講することが必要という意見がある。</li> </ul> <p>【その他の事項】</p> <p>(1) 医療用麻薬について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 国民は、医療用麻薬に対する誤解から、その服用に強い抵抗感、恐怖心を持っている。</li> <li>○ 多様化する医療用麻薬の迅速かつ適正な使用の確立を目指した研究が不十分であるとの指摘がある。</li> <li>○ 特に在宅緩和ケアにおいては、拠点病院に比べて、利用できる医療用麻薬の選択肢が少なく、必要時に処方できないことがあるとの指摘がある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 研修会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ケアを利用した割合等について、定期的、継続的な調査を行い、その結果に基づいた到達目標を明確化すべきである。</li> <li>○ 今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育機関では、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、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べきである。</li> <li>○ 看護教育、薬学教育においても、基本的な緩和ケアの習得について検討すべきである。</li> <li>○ 卒後2年目までの医師の基本的緩和ケアの習得について検討すべきである。特に、拠点病院においては、全ての卒後2年目までの医師が緩和ケア研修会を受講すべきである。</li> <li>○ 国民に対する適切な啓発とともに、医療用麻薬の適正使用の普及を図るため、がん診療に携わる医療機関は院内研修を定期的実施すべきである。更に、地域の医療従事者も含めた研修も推進すべきである。</li> <li>○ 医療用麻薬の使用法の確立を目指した研究を行うべきである。</li> <li>○ 在宅緩和ケア等における適切な医療用麻薬の利用について検討すべきである。</li> </ul> |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| <p>(2) 小児・AYA世代に対する緩和ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 長期間の治療によって、教育の継続や進学、就職に関する問題等が生じ、社会的に孤立することが少なくない。また、家族は長期間の医療機関での看病等の状況に置かれているため、総合的な対策が求められる。</li> <li>○ 小児がん拠点病院であっても、小児緩和ケアを専門とする医療従事者の配置や養成のためのシステムが整っておらず、施設間の連携も十分に機能していないため、緩和ケアが小児がん患者とその家族に十分に届いていないとの指摘がある。</li> <li>○ 小児・AYA世代のがん患者への緩和ケアの提供体制は未整備であり、特に在宅療養中の患者への生活支援が不十分であるとの指摘がある。</li> </ul> <p>(3) がん患者の自殺対策について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 我が国のがん患者の自殺は診断後1年以内が多いと言われているが、現時点で取組は十分でなく、定期的に現状把握が必要である。</li> <li>○ 自殺を考える患者にとって、セーフティネットとして相談できる場があることは重要である。</li> <li>○ 自殺の問題には、医師だけでなく、全ての医療従事者が、チームとして取り組むべきであり、医療文化として根付かせることが重要である。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 緩和ケアに従事する全ての医療従事者は、小児・AYA世代のがん領域に携わる医療従事者と問題点や診療方針等を共有すると共に、入院時だけでなく外来においても必要な緩和ケア連携・提供体制の整備を図るべきである。</li> <li>○ 成人を対象とする緩和ケアの医療従事者が、小児緩和ケアに協力できるよう研修の充実を図るべきである。</li> <li>○ 小児がん、AYA世代のがん患者の緩和ケア、療養環境の創出を図るべきである。</li> <li>○ 実効性のある対策のために拠点病院における自殺の実態調査（診断後1年以内および2年目以降長期も）を、家族、医療スタッフへの影響も含めて、実施すべきである。</li> <li>○ 医療機関におけるがんに関する正しい情報を伝える努力や、社会的にがん患者と家族を支えるための普及啓発が重要である。特に、自殺予防のための相談の場を検討する。</li> <li>○ 医療従事者（医師、相談員、看護師、社会福祉士、公認心理師、臨床心理士、精神保健福祉士など）に対するコミュニケーション・スキル・トレーニング、チームによる相談支援体制の充実を図るとともに、チームとしての介入法の開発・検証を行うべきである。</li> <li>○ 身体的、心理的、経済的など患者や家族の</li> </ul> |
|---|--|



あらゆる不安や悩みに寄り添い、必要に応じて専門家へ導くために、ピア・サポーター等による支援体制を検討する。

## 【専門的な医療従事者の育成】

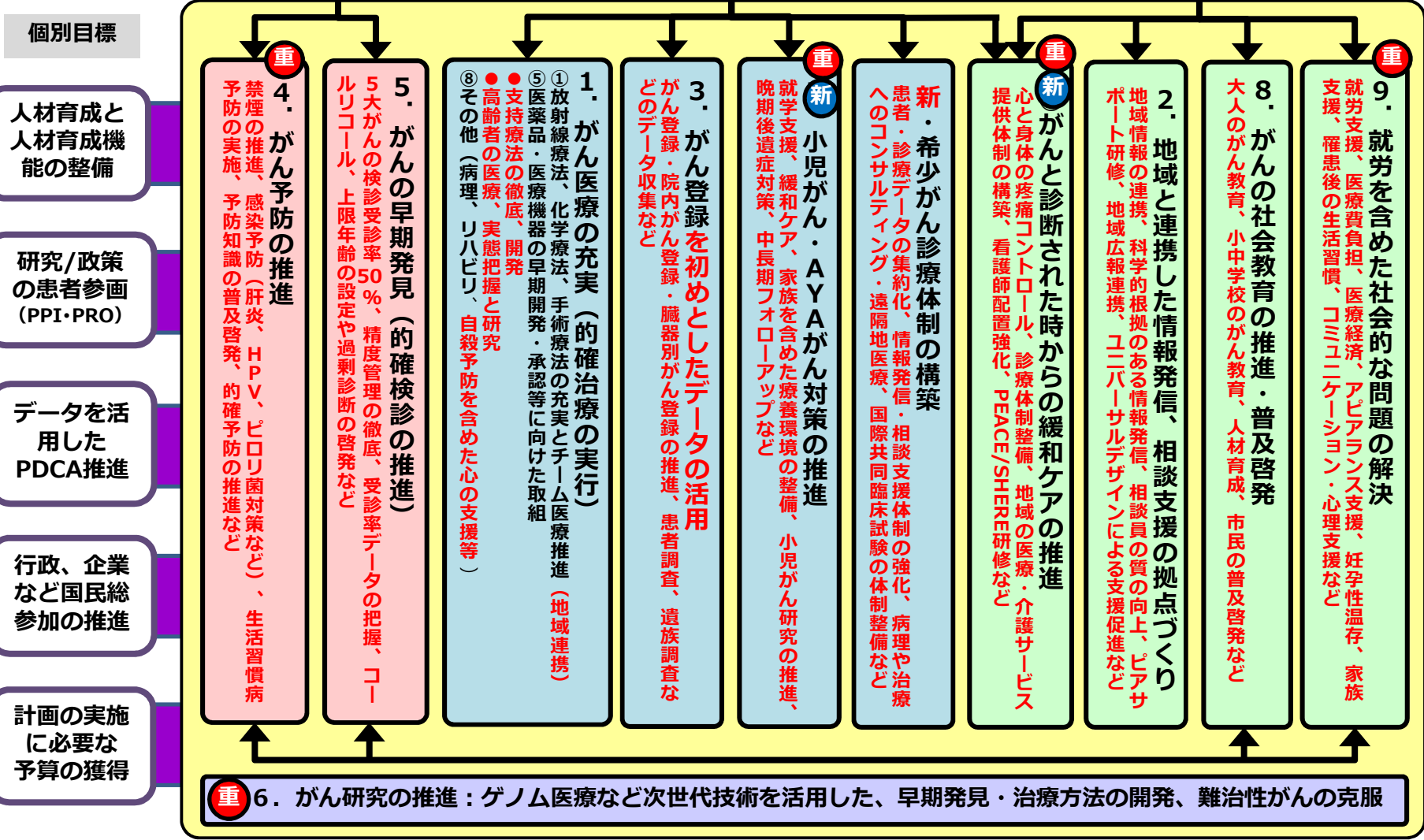
| 現状と課題  | 主な意見  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん医療の均てん化に向けて、がん医療で不足している分野の医療従事者を育成するための検討が必要である。</li> <li>○ 多くのメディカルスタッフが非常勤雇用となっている現状があり、地位の確保がなされていない。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 高齢のがん患者等に対する低侵襲治療提供の観点から、がんプロフェッショナル養成基盤推進プランによる放射線科医や腫瘍内科医の養成を継続すべきである。</li> <li>○ がん医療の標準治療を提供することが出来ない医療圏の現状を踏まえ、人材の配置や育成も含めた標準治療提供のための体制に関する検討を行うべきである。</li> </ul> |

## 【がん登録】

| 現状と課題   | 主な意見   |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん登録の推進に関する法律に基づき、全国がん登録が開始された（2016年）。</li> <li>○ 拠点病院等においては、院内がん登録が実施されている。</li> <li>○ がん登録によって得られる情報の利活用により、正確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や、発症リスクや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報提供が期待される。</li> <li>○ がん登録データと他のデータベースのデータとの連結を検討する際には、個人情報の保護に配慮する必要がある。</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ がん登録データに基づいたがん対策の実施やがん登録データを活用したがん研究を推進するための方法について検討が必要である。</li> <li>○ がん登録等のデータを活用した医療提供体制の構築について検討が必要である。</li> <li>○ がん登録データとレセプト情報・特定健診等情報データベースや臓器がん登録、小児全国がん登録といった他のデータベースとの連携について検討が必要である。</li> <li>○ がん登録で収集する項目については、研究の推進や国民への情報提供に資するよう、必要に応じて見直しを行うべきである。</li> </ul> |

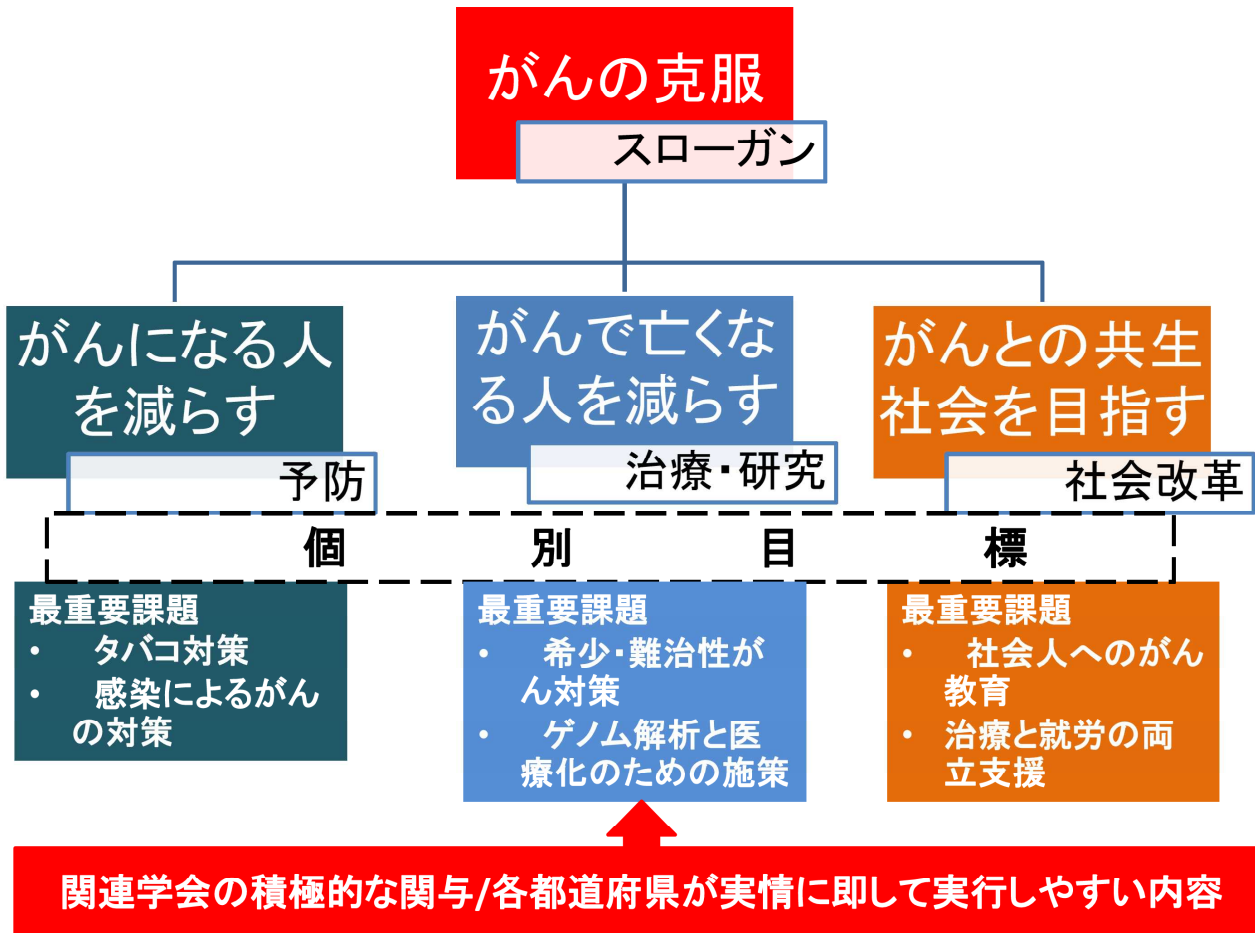
**第三期がん対策が目指すもの【予防、治療、共生による、がんの克服】**

計画の視点：①小児がん、希少がん・難治性がんの治療体制整備、②ライフステージに応じた最適化医療の整備、③がんと診断された時からの緩和ケアの推進、④社会と協働するサバイバーシップの推進



- 人材育成と人材育成機能の整備
- 研究/政策の患者参画(PPI・PRO)
- データを活用したPDCA推進
- 行政、企業など国民総参加の推進
- 計画の実施に必要な予算の獲得





## 個別目標に明記してほしい事

- 予防
  - ✓ 新しい喫煙者を出さない「喫煙撲滅施策」をがん対策として明記(オーストラリアのタバコ対策参照)
  - ✓ 感染が原因となるがんのうち、肝炎ウイルス、HPV、ピロリ菌に対する施策を明記する
- 治療・研究
  - ✓ 希少・難治性がん対策を、地域間・施設間格差なく実行できるような仕組みづくり
  - ✓ 病理診断の充実を明記
- がんと共生
  - ✓ 臨床現場の医師のコミュニケーション能力をあげる
  - ✓ がんのスティグマ解消のためにも学校での教育及び社会人向けのがん教育を充実させる

(案)

平成 29 年 2 月〇〇日

厚生労働大臣 塩崎 恭久 様

がん対策推進協議会  
会長 門田 守人  
他委員一同

## 受動喫煙防止対策に関する意見書

日本では、昭和 56 (1981) 年から死因の第 1 位はがんであり、平成 27 (2015) 年には年間約 37 万人ががんで亡くなり、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ます。依然として、がんは国民の生命と健康を脅かす重大な問題であり、がんの予防のための対策に国民が一丸となって取り組むことが、がんの死亡率を減らすためには極めて重要です。

喫煙は、がんをはじめとした様々な疾患の原因となることが科学的に証明されています。昨年 11 月には、国立がん研究センターなどの国際研究グループがたばこを 1 日 1 箱 1 年間吸い続けると肺の細胞では 150 個もの遺伝子の突然変異が生じるという研究結果を報告しています。また、喫煙しない人までもが影響を受け、被害者となる受動喫煙は、様々な疾患の原因となることが科学的に確立しており、対策が重要です。受動喫煙に関しては、肺がん、虚血性心疾患、脳卒中、呼吸器疾患、乳幼児突然死症候群等の疾患との因果関係が科学的に証明されており、平成 22 (2010) 年の WHO の報告では、全世界において、受動喫煙による死亡者数は、60 万 3 千人にのぼると推計されています。同様に、平成 28 (2016) 年 5 月には、国立がん研究センターが、日本では、受動喫煙が原因で年間約 1 万 5 千人が亡くなっているという推計を発表しました。これほどまでの尊い命が失われているのです。

さらに、同年 8 月には、「喫煙と健康」(喫煙の健康影響に関する検討会報告書)、いわゆる「たばこ白書」が公表され、受動喫煙のある人は、受動喫煙のない人に比べて肺がんのリスクが約 3 割増加することが、日本人を対象とした研究の統合解析で改めて確認されています。

受動喫煙は防ぐことができるものです。防ぐことができる受動喫煙で、疾患のリスクを上げている現状を看過することはできません。

また、受動喫煙を防ぐことは、がん予防の観点から非常に重要であるにもかかわらず、日本における受動喫煙対策は、WHO の報告で、世界の中でも最低レベルに分類されています。世界各国では、屋内での喫煙を禁止する法律が施行されたことにより、循環器疾患、呼吸器疾患の入院件数が減ったことが一致して確認されています。日本では、飲食店でいまだ 4 割を超える人が受動喫煙を受けているのが現状であり、2020 年東京オリンピック・パラリンピックに向けても訪日外国人が増加する中、早急に対応する必要があると考えます。

政府では、受動喫煙防止対策を強化するための健康増進法改正法案について、現在開会中の通常国会への提出を目指していると承知しています。一部報道によると、飲食店の経営を心配する声や自主的な取組に任せて欲しいといった、改正法案に反対する声や小規模施設に例外を設けるべきとの声があるようです。しかし、WHOの国際がん研究機関（IARC）は平成21(2009)年のハンドブックでレストラン、バーを法律で全面禁煙にしても減収はないと報告しています。何よりも、肺がんを始めとした様々な疾患を減らし、国民の健康増進を図ること、国民の命を守ることを第一に考えていただきたいと考えております。

がん対策推進協議会では、現在、がん対策推進基本計画を策定中であり特にがん予防の観点から、飲食店を含む不特定多数の人が集まる場所での受動喫煙をゼロにするため、受動喫煙完全防止に向け、建物内禁煙を基本とした実効性のある法的措置を講じることを求めます。

#### がん対策推進協議会一同

|      |       |  |
|------|-------|--|
| 会長   | 門田 守人 | 地方独立行政法人堺市立病院機構理事長                         |
| 会長代理 | 山口 建  | 静岡県立静岡がんセンター総長                             |
|      | 秋山 正子 | 株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長                  |
|      | 大江裕一郎 | 国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院副院長(教育担当)呼吸器内科呼吸器内科長 |
|      | 川本利恵子 | 公益社団法人日本看護協会常任理事                           |
|      | 北川 雄光 | 慶應義塾大学医学部外科学教授(一般・消化器外科)                   |
|      | 桜井なおみ | 一般社団法人CSRプロジェクト代表理事                        |
|      | 勢井 啓介 | NPO法人AWAがん対策募金理事長                          |
|      | 田中 秀一 | 読売新聞東京本社調査研究本部主任研究員                        |
|      | 中釜 齊  | 国立研究開発法人国立がん研究センター理事長                      |
|      | 中川 恵一 | 東京大学医学部附属病院放射線科准教授                         |
|      | 難波美智代 | 一般社団法人シンクパール代表理事                           |
|      | 檜山 英三 | 広島大学自然科学研究支援開発センター教授                       |
|      | 細川 豊史 | 京都府立医科大学疼痛・緩和医療学教室教授                       |
|      | 松村 淳子 | 京都府健康福祉部長                                  |
|      | 道永 麻里 | 公益社団法人日本医師会常任理事                            |
|      | 宮園 浩平 | 東京大学大学院医学系研究科分子病理学教授                       |
|      | 馬上 祐子 | 小児脳腫瘍の会代表                                  |
|      | 湯澤 洋美 | 株式会社足利銀行人事部業務役                             |
|      | 若尾 直子 | NPO法人がんフォーラム山梨理事長                          |