

# 第80回がん対策推進協議会議事次第

日 時： 令和4年6月30日(木)17:00～19:00

WEB開催

## 議 事 次 第

### 1 開 会

### 2 議 題

#### (1) 報告事項

①第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書について

②厚生労働科学研究班からの報告

#### (2) 報告事項を受けて意見交換

### 【資 料】

資料1           がん対策推進基本計画 中間評価報告書(令和4年6月)

資料2           第3期がん対策基本計画中間評価の概要

資料3           伊藤参考人提出資料

参考資料1    がん対策推進協議会委員名簿

参考資料2    がん対策推進基本計画(平成30年3月)

第 80 回がん対策推進協議会	資料 1
令和 4 年 6 月 30 日	

# がん対策推進基本計画 中間評価報告書

令和 4 年 6 月  
厚生労働省  
がん対策推進協議会

# 目次

第1章 第3期がん対策推進基本計画(平成30年3月閣議決定)の主旨	1
第2章 中間評価の主旨	3
第3章 中間評価	4
I 要旨	4
II 全体目標についての進捗状況	6
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	6
2. 患者本位のがん医療の実現	8
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	9
III 分野別施策の個別目標についての進捗状況	11
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	11
(1)がんの1次予防	11
(2)がんの早期発見、がん検診(2次予防)	15
2. 患者本位のがん医療の実現	21
(1)がんゲノム医療	21
(2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実	22
(3)チーム医療の推進	28
(4)がんのリハビリテーション	29
(5)支持療法の推進	30
(6)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)	33
(7)小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策	34
(8)病理診断	36
(9)がん登録	37
(10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組	38
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	39
(1)がんと診断された時からの緩和ケアの推進	39
(2)相談支援、情報提供	42
(3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援	44
(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)	46
(5)ライフステージに応じたがん対策	49
4. これらを支える基盤の整備	51
(1)がん研究	51
(2)人材育成	52
(3)がん教育、がんに関する知識の普及啓発	53

IV 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についての進捗状況	55
第4章 おわりに	58
「がん対策推進協議会」委員名簿	59
「がん対策推進協議会」開催状況	60

## 第1章 第3期がん対策推進基本計画(平成 30 年3月閣議決定)の主旨

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、令和 2 (2020) 年には、年間約 38 万人が亡くなり、生涯のうちに、約 2 人に 1 人が罹患す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。

我が国においては、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、がん対策に取り組んできた。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、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法 (平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。) が成立し、平成 19 (2007) 年 4 月に施行された。また、同年 6 月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」(以下「基本計画」という。) が策定された。

第 1 期 (平成 19 (2007) 年度～平成 23 (2011) 年度) の基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第 2 期 (平成 24 (2012) 年度～平成 28 (2016) 年度) の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、死亡率の低下や 5 年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、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るため、平成 27 (2015) 年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19 (2007) 年度からの 10 年間の目標である「がんの年齢調整死亡率 (75 歳未満) の 20%減少」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率 (75 歳未満) を着実に低下させていくためには、がんにかかる国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんにかかった場合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなった。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「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」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民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。

第 3 期の基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第 7 項の規定に基づき、第 2 期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策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、その実行期間については、平成 29（2017）年度から令和 4（2022）年度までの 6 年程度を一つの目安として定められた。また、**「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。」**ことを目標としている。

第 3 期の基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要であり、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、3 年を目途に、中間評価を行うとされた。

## 第2章 中間評価の主旨

第3期の基本計画に定める目標等を確実に達成するため、当該基本計画の進捗状況を把握することが重要であることから、中間評価を行う。

中間評価にあたっては、「がん対策推進協議会」において設定した評価指標を参考に、個々の取り組むべき施策が個別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、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映することを検討する。

### 第3章 中間評価

#### I 要旨

**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。**

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

#### 全体目標について

##### 1) 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- 「がんの罹患者を減少させる」としていたところ、がんの年齢調整罹患率は、2016 年から減少しているが、2015 年以前と比較すると、「がん登録等の推進に関する法律」(平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録法」という。)によって病院等に届出義務が課され、届出対象が拡大されたこと等により、全国がん登録初年度である 2016 年の罹患数が過大評価されている可能性があり、引き続き推移の確認が必要である。
- 「がんの死亡者の減少を実現する」としていたところ、75 歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえると、感染症対策や治療法の進歩が一部のがん種の減少傾向に影響した可能性があり、引き続き、死亡率減少に寄与する取組を地道に積み上げていく必要がある。また、がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていない。諸外国におけるデータとも比較しながら、引き続き年齢調整死亡率の減少及びがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

##### 2) 患者本位のがん医療の実現

- 「がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率化かつ持続可能ながん医療を実現する」としていたところ、がんの5年生存率は多くのがん種で上昇傾向を認め、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる結果となっている。
- がん診療連携拠点病院等を中心とする診療提供体制の整備について、全体としての底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差があり、持続可能ながん医療を実現するためには、均てん化とともに集約化に向けて、引き続き、がん診療提供体制のあり方について検討が必要である。



- 中間評価指標にない5大がん以外のがん種も含め、対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らしていくとともに、更なる充実に向けて地道な取組を着実に積み上げていく必要がある。

### 3) 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

- 「がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って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」としていたところ、自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が必要である。
- 「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を整備する」としていたところ、がん診断から治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は増加しているものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ更なる取組が求められる。

## Ⅱ 全体目標についての進捗状況

### 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

#### (目標の詳細)

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・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、がんの死亡者の減少を実現する。

#### (進捗状況及び指標測定結果)

75歳未満のがんの年齢調整死亡率については、確認できる1995年の108.4(人口10万人対)からほぼ一貫して減少し続けている。20年前や10年前の値<sup>1</sup>と比べると、それぞれ、およそ3割、2割ずつと、着実に減少してきており、全体として高く評価できる。

ただし、がん種別の年齢調整死亡率は、減少しているがん種と横ばいとなっているがん種があり、がん種ごとに異なった傾向がみられることから、全体の年齢調整死亡率の減少は、感染症対策によるがんにおける衛生状態の改善や治療法の劇的な変化などの一部の要因に下支えされている可能性がある。

1001	がんの年齢調整死亡率							
	2020 年		2019 年		2018 年		2017 年	
	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
合計	69.6	110.9	70.0	112.4	71.6	114.0	73.6	116.5
男性	85.6	147.6	86.0	149.5	88.6	152.1	92.5	157.5
女性	54.9	82.6	55.2	83.7	56.0	84.5	56.4	85.0

<sup>1</sup> 人口10万人対で、1995年が108.4、1998年が105.6、2008年が87.2。

1002	がん種別の年齢調整死亡率の変化							
	2020 年		2019 年		2018 年		2017 年	
	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢	75 歳未満	全年齢
胃がん	7.0	11.8	7.2	12.2	7.7	12.9	8.2	13.5
大腸がん	9.8	15.2	9.8	15.4	10.0	15.5	10.2	15.8
肺がん	12.5	21.2	12.5	21.5	12.8	21.6	13.1	22.1
子宮頸がん	—	2.7	—	2.9	—	2.7	—	2.7
乳がん	10.2	11.7	10.6	12.2	10.7	12.2	10.7	12.2
肝がん	3.9	6.8	4.0	7.1	4.2	7.4	4.6	8.0

年齢調整罹患率の数値は減少しているが、がん登録法に基づく全国がん登録の開始直後のデータであり、2016 年の罹患率には、2015 年以前の診断例の一部が含まれているなど、患者数が過大評価されている可能性があり、正確な評価のためにはさらに今後の推移を確認することが必要である。<sup>2</sup>

		2019 年	2018 年	2017 年	2016 年
1003	がんの年齢調整罹患率	387	385	389	402

1004	がん種別の年齢調整罹患率の変化		2019 年	2018 年	2017 年	2016 年
		胃がん	41.6	43.1	45.3	48.2
		大腸がん	58.2	57.4	58.5	61.4
		肺がん	42.4	41.8	43.3	44.4
		子宮頸がん	13.9	14.1	14.1	14.5
		乳がん	100.5	98.5	97.6	102.3
		肝がん	12.0	12.6	13.3	14.7

#### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

年齢調整死亡率については減少傾向にあるが、これを引き続き低減させていくため、がん検診による早期診断を含む予防や治療の改善について、取組の対象を明確化し、改善の手法についても工夫を凝らし、国民が利用しやすいがん検診の体制について検討を進めていく必要がある。また、予防等の評価をするため、諸外国のデータとも比較しながら、中間評価指標にないがん種の年齢調整罹患率についても引き続き注視していく必要がある。

<sup>2</sup> 2016 年のデータについては、届出対象が拡大したことや地域がん登録と全国がん登録での照合が不十分であった等の理由により実際よりも多く計上されていた可能性がある。

## 2. 患者本位のがん医療の実現

### (目標の詳細)

ビッグデータや人工知能(Artificial Intelligence)を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・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。

### (進捗状況及び指標測定結果)

5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となり、年齢調整死亡率は、継続的に減少傾向であった。医療が進歩していることを実感している患者の割合、納得のいく治療を受けられたがん患者の割合は増加傾向であった。2018 年度におけるがんの診断・治療全体の総合的評価や医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合については7割～8割となっており、一定の評価はできるものの改善の余地があるものであった。

2001	がんの5年生存率		
	2013-2014 年診断例	2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	—	—	36.3%
小細胞肺がん	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺がん	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	—	—	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	—
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	—

2002	がんの年齢調整死亡率 (75 歳未満)(1001 の再掲)	2020 年	2019 年	2018 年	2017 年
		69.6	70.0	71.6	73.6

2003 <sup>3</sup>	医療が進歩していることを実感している患者の割合	2018 年度 成人:75.6% (比較値 <sup>4</sup> :84.8%) 2019 年度 小児:71.7%	2014 年度 成人:80.1%
2004	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合	2018 年度 成人:81.4% (比較値:90.7%)	2014 年度 成人:84.5%
2005	がんの診断・治療全体の総合的評価	2018 年度 成人: 7.9 点 小児: 8.4 点	
2006	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2018 年度 成人: 71.9% 小児: 81.6%	

### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

患者本位のがん医療の実現について、一定の評価はできるものの、中間評価指標にないがん種や小児がん、AYA世代<sup>5</sup>のがん、高齢者のがん、希少がん、難治性がんについては、がん診療連携拠点病院等との連携を含む診療提供体制の更なる充実と均てん化を目指し、改善すべき領域を明確化し、その対策に取り組む必要がある。

## 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

### (目標の詳細)

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を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就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、安心して生活し、尊厳を持って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。

### (進捗状況及び指標測定結果)

これまでに、がん診療連携拠点病院等に設置しているがん相談支援センターや地域統括相談支援センター、民間団体による相談窓口、国立研究開発法人国立がん研究センターのがん対策研究所が運営する「がん情報サービス」等の様々な支援を

<sup>3</sup> 項目番号 2003-2006 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

<sup>4</sup> 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

<sup>5</sup> Adolescent and Young Adult(思春期世代と若年成人世代)の頭文字をとったもので、主に思春期(15 歳以上)から 30 歳代までの世代。(出典:国立研究開発法人 国立がん研究センター がん情報サービス)

充実させてきた。また、「がんとの共生のあり方に関する検討会」を発足し、緩和ケアや相談支援・情報提供に関する質の向上、多様なニーズへの対応の向上にむけて、対策を検討しながら取組を進めている。

自分らしい日常生活を送ることができていると感じるがん患者の割合や、治療開始前に病気のことや療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合は、それぞれ増加し、一定の評価はできるものの、改善の余地がある。また、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合は、増加しているものの更なる充実が望まれるものであった。

3001 <sup>6</sup>	自分らしい日常生活が送ることができていると感じるがん患者の割合	2018 年度 70.5% (比較値 <sup>7</sup> :80.8%)	2014 年度 77.7%
3002	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3003	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人:48.7% (比較値:57.6%) 2019 年度 小児:39.7%	2014 年度 成人:37.1%

#### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がんの診断時から、必要な支援を受け、患者が自分らしく日常生活を送ることができるよう、病気や療養生活に関する相談支援や、患者と家族の悩みや負担に関する相談支援の体制整備に向けて、ピア・サポート<sup>8</sup>体制の充実、相談支援センターやがん情報サービス等の更なる周知等の取組が必要である。

<sup>6</sup> 項目番号 3001-3003 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

<sup>7</sup> 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

<sup>8</sup> がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

### Ⅲ 分野別施策の個別目標についての進捗状況

#### 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

##### (1)がんの1次予防

##### (個別目標)

喫煙率については、「健康日本 21(第二次)」と同様、令和4(2022)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%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

令和2(2020)年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、第3期の基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ早期に実現することを目標とする。

その他の生活習慣改善については、令和4(2022)年度までに、生活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%(13.9%)・女性6.4%(8.1%)とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%(24.6%)・女性33.0%(19.8%)、65歳以上：男性58.0%(52.5%)・女性48.0%(38.0%)とすること等を実現することとする。

※( )内は、平成27(2015)年のデータ。

##### ①生活習慣について

##### (進捗状況及び指標測定結果)

これまでに、スマート・ライフ・プロジェクトや5月31日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、がん診療連携拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組を実施している。また、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率0%を目指した取組や、健康増進法の改正に基づく受動喫煙防止の取組を実施している。

現在習慣的に喫煙している者の割合については改善が不十分であり、目標達成には更に4.7%の減少が必要であった。未成年者の喫煙率は減少傾向であり、「健康日本21(第二次)」の中間評価においても、目標値の達成が見込まれるとの評価を受けている。妊娠中の喫煙率、望まない受動喫煙の機会を有する者の割合については減少傾向であり、一定の評価ができるものとなった。

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒しているハイリスク飲酒については、ウェブサイトを通じた普及啓発や地方自治体等の担当者向けの講習会、アルコール使用障害が疑われる者を専門医療機関の受診につなげることを推奨する等、「アルコール健康障害対策推進基本計画」に基づくアルコール健康障害対策を総合的に推進してい

る。ハイリスク飲酒者<sup>9</sup>の割合は、2010 年からの推移で見ると、男性では横ばい、女性では増加しており改善が必要である。

「健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド)」の周知を行うほか、「プラス・テン」(毎日プラス 10 分身体を動かそう)をテーマに掲げた周知等の取組、健康増進施設の活用等を含む運動しやすい環境づくりの整備に取り組んでいる。運動習慣のある者<sup>10</sup>の割合は、減少傾向であり改善が必要である。

特定健診・特定保健指導による肥満の改善指導のほか、文部科学省、厚生労働省、農林水産省が連携して策定している「食生活指針」の項目に「適度な運動とバランスのよい食事で適正体重の維持を。」を追加し、運動と食事の重要性について普及啓発を行っている。適正体重を維持している者<sup>11</sup>の割合は、20 歳～60 歳代男性の肥満、40 歳～60 歳代女性の肥満、20 歳代女性のやせについて、更なる改善が必要である。

食塩摂取量、野菜・果物の摂取量についても更なる改善が必要で、スマート・ライフ・プロジェクトや食生活指針、食事バランスガイド等による普及啓発を行っている。

1011	成人喫煙率	2019 年 16.7%	2018 年 17.8%	2017 年 17.7%
------	-------	-----------------	-----------------	-----------------

			2017 年	2014 年
1012	未成年者喫煙率	中学1年生 男子	0.5%	1.2%
		中学1年生 女子	0.5%	0.8%
		高校3年生 男子	3.1%	5.6%
		高校3年生 女子	1.3%	2.5%

1013	妊娠中の喫煙率	2020 年 2.0%	2017 年 2.7%	2013 年 3.8%
------	---------	----------------	----------------	----------------

1014	禁煙希望者の割合	2019 年度 26.1%	2018 年度 32.4%	2017 年度 28.9%
------	----------	------------------	------------------	------------------

<sup>9</sup> 国民健康・栄養調査における生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者。

<sup>10</sup> 国民健康・栄養調査において、1回 30 分以上の運動を週2回以上実施し、1年以上継続していると回答した者。

<sup>11</sup> 適正体重を維持している者の増加とは肥満(BMI25 以上)、やせ(BMI18.5 未満)の減少をさす



			2019 年度	2018 年度	2017 年度
1015	望まない 受動喫煙の機会を 有する者の割合	飲食店	29.6%	36.9%	42.4%
		行政機関	4.1%	7.0%	8.1%
		医療機関	2.9%	5.4%	7.4%
		職場	26.1%	28.0%	30.1%
1016	ハイリスク飲酒者 の割合	男性	14.9%	15.0%	14.7%
		女性	9.1%	8.7%	8.6%
1017	運動習慣の ある者の割合	20～64 歳 男性	23.5%	21.6%	26.3%
		20～64 歳 女性	16.9%	16.6%	20.0%
		65 歳以上 男性	41.9%	42.9%	46.2%
		65 歳以上 女性	33.9%	36.5%	39.0%
1018	適正体重を 維持している者 の割合	肥満者 20～60 歳代男性	35.1%	33.6%	32.8%
		肥満者 40～60 歳代女性	22.5%	22.0%	22.2%
		やせ 20 歳代女性	20.7%	19.8%	21.7%
1019	食塩摂取量		10.1g	10.1g	9.9g
1020	野菜の摂取量		280.5g	281.4g	288.2g
1021	果物の摂取不足の者の割合		61.6%	60.5%	58.6%

## ②感染症対策について

### （進捗状況及び指標測定結果）

HPVワクチンについては、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、個別の接種勧奨を 2022 年4月から実施している。また、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、2022 年度から3年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。

肝炎対策については、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の5本の柱からなる肝炎総合対策を進めている。

HBs 抗原・HCV 抗体陽性率はわずかに低下しており、出生年が後になるほど HBs 抗原・HCV 抗体陽性率が低い傾向が認められた。肝炎ウイルス検査の認識受検率・

受検率は、いずれも増加傾向であった。B型肝炎の予防接種については、2016 年 10 月から予防接種法(昭和 23 年法律第 68 号)に基づく定期の予防接種に位置づけられ、接種率が9割を越えている。これらについては、概ね評価できる内容となった。

成人T細胞白血病と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型(以下「HTLV—1」という。)については、2010 年に取りまとめられたHTLV—1総合対策に基づき対策を進めている。対策の推進に当たっては、患者団体、学識経験者その他の関係者から意見を求めるため、「HTLV—1対策推進協議会」を年1、2回程度開催している。また、HTLV—1関連研究については、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。)の研究班等において、HTLV-1 の実態把握と感染メカニズム解析やHTLV—1の検査法の改善等に対しての研究を行っている。

			2012-2016 年 初回供血者	2007-2011 年 初回供血者
参1	B 型・C 型 肝炎ウイルス感染率	HBs 抗原陽性	0.18%	0.20%
		HCV 抗体陽性	0.13%	0.16%

			2020 年	2017 年	2011 年
参2	B 型・C 型肝炎ウイルス 検査受検率 <sup>12</sup>	HBV 認識受検	17.1%	20.1%	17.6%
		HBV 受検率	71.1%	71.0%	57.4%
		HCV 認識受検	15.4%	18.7%	17.6%
		HCV 受検率	59.8%	61.6%	48.0%

			2019 年	2018 年	2017 年
参3	B 型肝炎定期予防接種 実施数	第 1 回	870,662 (97.4%)	889,585 (94.4%)	944,509 (98.1%)
		第 2 回	872,752 (97.6%)	891,987 (94.7%)	938,825 (97.5%)
		第 3 回	854,998 (95.6%)	869,588 (92.3%)	960,948 (99.8%)

<sup>12</sup> 認識受検とは、肝炎検査を受検したことがあり、かつ受診者自身が肝炎ウイルス検査を受診していることを自覚して受ける検査。

参4	ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率 <sup>13</sup>	2014-2015 年 0.12%	2006-2007 年 0.32%
----	---------------------------------	----------------------	----------------------

#### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

たばこ対策については、2022 年度までに成人喫煙率を 12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。

また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、2009 年から2019 年までの 10 年間でみると男性は減少し、女性は 2015 年までは減少していたものの同年以降は変化が見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、更なる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。

生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。

2022 年4月より、HPVワクチンの個別の接種勧奨が実施されていること等を踏まえ、引き続き、接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

## （2）がんの早期発見、がん検診（2次予防）

### （個別目標）

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

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

### ①受診率向上対策について

#### （進捗状況及び指標測定結果）

がん検診の受診率向上に向けて、これまでに、対象者一人一人への受診勧奨・受診再勧奨や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。2019 年4月には、「ナッジ理論<sup>14</sup>」に基づいた好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック（第2版）」を公表し、受診率向上に向けた取組を行っている。

<sup>13</sup>HTLV—1について、2006 年・2007 年はIF法による判定、2014 年・2015 年はWB法による判定を行った。

<sup>14</sup> 対象者に選択の余地を残しながらも、より良い方向に誘導する手法。

がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であったものの、ほとんどの領域で目標の 50%は達成していない。また、比較できるデータがないため正確な評価は困難であるが、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が 1～2割程度減少しているとの報告もあり、新型コロナウイルス感染症が目標達成に向けて後退する要素となっていることも踏まえ、更なる受診率向上の取組が必要である。

個別受診勧奨(コール)・個別受診再勧奨(リコール)の推進にも取り組んでおり、個別の受診勧奨は約8割、再勧奨については約4～5割の自治体で実施されていた。

			2019 年		2016 年	
			男性	女性	男性	女性
1031	がん検診 受診率 <sup>15</sup>	胃がん	48.0%	37.1%	46.4%	35.6%
		肺がん	53.4%	45.6%	51.0%	41.7%
		大腸がん	47.8%	40.9%	44.5%	38.5%
		子宮頸がん	—	43.7%	—	42.4%
		乳がん	—	47.4%	—	44.9%

<sup>15</sup> 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～69 歳。子宮頸がんは 20 歳～69 歳。健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)の中で受診したものを含む。乳がん・子宮頸がんは過去2年に受診したもの。2016 年の数値は、熊本県を除いたもの。

参5	コール・リコールを実施している市区町村の割合		
	2020 年	2018 年	2017 年
個別受診勧奨			
胃がん	80.4%	83.3%	81.2%
肺がん	78.8%	82.3%	79.8%
大腸がん	81.6%	85.2%	84.0%
子宮頸がん	81.9%	86.7%	81.9%
乳がん	81.6%	85.4%	82.5%
個別受診勧奨を実施した自治体のうち、検診未受診者に対する個別再勧奨(全員又は一部)を実施した自治体			
胃がん	37.4%	46.1%	44.7%
肺がん	36.6%	44.7%	42.7%
大腸がん	42.5%	52.5%	50.4%
子宮頸がん	50.7%	60.2%	57.3%
乳がん	52.5%	58.5%	57.3%

## ②がん検診の精度管理等について

### (進捗状況及び指標測定結果)

精密検査未受診者への郵送や電話などによる個別受診再勧奨の取組が、自治体において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えず、改善が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が、精密検査受診率にどのような影響を与えたかについては評価ができていない。

精密検査未把握率や精密検査未受診率については、未だ一定程度の割合が認められ、更なる減少に向けた取組が必要である。

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」(以下「指針」という。)に基づくがん検診を実施している市区町村の割合は、胃がんが特に低い。これは指針に基づく対象年齢・受診間隔を 2016 年度に変更したところ、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしているためであり、評価が困難である。また、乳がん検診の 40 歳未満での実施、乳がん検診や子宮頸がん検診の逐年実施を行っている市区町村が多いと考えられる。

指針に基づかないがん検診の実施率は、80%以上と高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診(PSA 検査)となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がんの検診(エコー)などがある。

がん検診の「事業評価のためチェックリスト」等により実施状況を把握することとしており、自治体において、チェックリストの全項目のうち、60～80%の項目を実施する

など、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を 2018 年 3 月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいるところであり、取組について評価できる。

			2019 年度	2018 年度	2016 年度	2015 年度
1032	精密検査 受診率 <sup>16</sup>	胃がん	84.1%	85.4%	—	—
		胃がん(X線)	—	—	80.7%	81.7%
		胃がん(内視鏡) <sup>17</sup>	—	—	83.6%	—
		肺がん	83.0%	83.1%	83.0%	83.5%
		大腸がん	69.8%	70.3%	70.6%	70.1%
		子宮頸がん	74.6%	75.0%	75.4%	74.4%
		乳がん	89.2%	89.2%	87.8%	92.9%
参6	精密検査 未把握率 <sup>18</sup>	胃がん	10.0%	8.9%	—	—
		胃がん(X線)	—	—	11.5%	7.4%
		胃がん(内視鏡)	—	—	13.6%	—
		肺がん	10.6%	11.0%	10.6%	10.0%
		大腸がん	17.8%	17.0%	16.6%	17.2%
		子宮頸がん	19.3%	18.6%	17.6%	18.3%
		乳がん	7.7%	7.9%	8.9%	9.1%

<sup>16</sup> 精検機関より精検結果の報告があったもの。もしくは、受診者が詳細(精検日・受診機関・精検法・精検結果の 4 つ全て)を申告したもの。

<sup>17</sup> 胃がん(内視鏡)は、2016 年から指針に導入。

<sup>18</sup> 精検受診の有無がわからないもの及び(精検受診したとしても)精検結果が正確にわからないもの全て(すなわち、注釈 16 の精検受診及び注釈 19 の精検未受診以外のもの全て)。

参7	精密検査未受診率 <sup>19</sup>			
	2019 年度	2018 年度	2016 年度	2015 年度
胃がん	5.9%	5.7%	—	—
胃がん(X線)	—	—	7.7%	10.9%
胃がん(内視鏡)	—	—	2.6%	—
肺がん	6.5%	5.9%	6.4%	6.5%
大腸がん	12.4%	12.7%	12.8%	12.7%
子宮頸がん	6.1%	6.4%	6.9%	7.3%
乳がん	3.1%	3.0%	3.3%	3.5%

				2020 年度	2018 年度	2017 年度
1033	指針に基づく がん検診を実施している 市区町村の割合 <sup>20</sup>	胃がん	対象年齢	6.0%	4.8%	4.2%
			受診間隔	5.2%	5.3%	4.6%
		肺がん	対象年齢	80.3%	80.1%	79.4%
			受診間隔	99.6%	98.8%	98.7%
		大腸がん	対象年齢	77.9%	76.4%	75.7%
			受診間隔	99.9%	99.6%	99.7%
		子宮頸がん	対象年齢	96.9%	97.1%	96.4%
			受診間隔	35.1%	35.1%	34.1%
		乳がん	対象年齢	83.3%	61.3%	60.2%
			受診間隔	42.3%	40.3%	39.8%
参8	指針に基づかないがん検診を実施している 市区町村の割合			81.3%	85.4%	87.2%

<sup>19</sup> 要精検者が精検機関に行かなかったことが判明しているもの(精検として不適切な、1)大腸がん検診における便潜血検査の再検、および2)肺がん検診における喀痰細胞診要精検者に対する喀痰細胞診の再検も含む)。

<sup>20</sup> 胃がん検診については、2016 年度より、指針に基づく年齢・間隔をそれまでの 40 歳以上・逐年から 50 歳以上・隔年へと変更したため、当該調査は変更後の定義を用いて実施している。一方で、指針においては、当分の間は従前の取り扱いでも差し支えないとしていることから、他のがん種に比べて指針に基づく検診の実施率が低くなっている。肺がん、乳がん、大腸がんは 40 歳～74 歳。子宮頸がんは 20 歳～74 歳。胃がんは、エックス線は 40 歳～74 歳、内視鏡は 50～74 歳。数値については、四捨五入により 100%とならない場合がある。

1034	「事業評価のためのチェックリスト」を実施している市区町村の割合			
		2020 年度	2018 年度	2017 年度
胃がん	集団	X 線 81.1% 内視鏡 73.6%	X 線 79.1% 内視鏡 66.5%	76.0%
	個別	X 線 70.1% 内視鏡 73.7%	X 線 67.4% 内視鏡 66.3%	63.6%
大腸がん	集団	80.8%	78.6%	75.6%
	個別	71.6%	68.0%	64.0%
肺がん	集団	80.7%	78.5%	75.5%
	個別	69.9%	66.3%	
乳がん	集団	81.5%	79.1%	75.7%
	個別	73.4%	69.8%	65.8%
子宮頸がん	集団	81.3%	78.9%	75.5%
	個別	73.5%	69.9%	66.2%

#### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん検診の受診率は、男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の 50%を達成できていない。さらに新型コロナウイルス感染症の影響により後退していることも想定され、それががん医療にどのような影響を与えたか、長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。引き続き、「がん検診のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、がん検診に関する情報提供、受診率向上の取組を推進する必要がある。また、未受診者の実態を把握し、国民が利用しやすい検診体制を整備していく必要がある。

職域におけるがん検診については、その位置づけが不明確であり、実施状況や精密検査の受診状況を把握する仕組みがないため、その手法について引き続き検討が必要である。

また、がん検診の精度管理について、指針に基づかないがん検診の実施率は、全国で改善が見られていない。がん検診受診後の精密検査受診につなげる取組を推進しつつ、指針に基づくがん検診の実施や、チェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。



## 2. 患者本位のがん医療の実現

### (1)がんゲノム医療

#### (個別目標)

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「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」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、2年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

#### (進捗状況及び指標測定結果)

2018年8月に、がんゲノム医療の第三者的立場での科学的評価と、それに基づくがんゲノム医療の方向性の策定等の役割を担う「がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議」が発足した。その後、2019年6月に、がんに関する遺伝子パネル検査2品目が保険収載され、がんゲノム医療が本格的に開始された。全ての都道府県でがんゲノム医療中核拠点病院等が整備され、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2020年度には206施設となった。がんゲノム医療に従事する者の数も増加した。その結果、2021年3月までに、年間およそ1万例、総計およそ1万5千例の患者がパネル検査を受検した。また、これらに伴い、がんゲノム医療中核拠点病院等において遺伝カウンセリングを実施した患者数についても増加した。これら一連の対応については、概ね評価できるものであった。

ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、2018年6月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始している。全てのがん患者のうち、ゲノム情報を活用したがん医療について必要な情報を取得できたと感じている割合は、2018年度は17.0%であり、更なる取組が必要である。

また、2019年12月に「全ゲノム解析等実行計画(第1版)」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

		2022 年度	2020 年度	2019 年度
2011	がんゲノム医療 中核拠点病院等の数	233 中核拠点病院:12 拠点病院:33 連携病院:188	206 中核拠点病院:12 拠点病院:33 連携病院:161	167 中核拠点病院:11 拠点病院:34 連携病院:122

		2021 年度	2020 年度	2018 年度
2012	がんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている都道府県数	47	47	47
2013	遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数	1,064	938	801
2014	遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者の数	624	542	437
2015	遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数	1,251	1,049	871
2016	薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数	743	725	687
2017	遺伝子パネル検査を受けた患者数	12,262	7,467	927
2018	遺伝カウンセリングを実施した患者数	18,854	11,562	7,373
2019	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	16,090	10,549	4,336

2020	ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が必要な情報を取得できた割合	2018 年度 17.0%
------	--------------------------------------	------------------

#### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。がんゲノム医療を一層推進していくために、遺伝子パネル検査結果に基づいて提示された治療薬を投与された患者数等、アウトカム評価の手法の検討や、関係する医療従事者の必要数を踏まえた人材育成、ゲノム医療に関する情報提供及び普及啓発について、引き続き、一層の取組が必要である。また、「全ゲノム解析等実行計画(第1版)」の着実な推進も必要である。

#### (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

##### (個別目標)

国は、新たながん医療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて拠点病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。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

**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、制度の持続可能性等)**

**(進捗状況及び指標測定結果)**

がん医療提供体制について、2018 年7月に「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」(以下「整備指針」という。)を改定し、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びがんサージカルボードの実施等を推進しており、全体としての医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めている。

標準的治療の実施割合については、QI研究<sup>21</sup>が行われており、一定の割合で適切な治療がなされているとは考えられるものの、これらの評価については、患者の背景や標準的治療の推奨の程度、最終的な結果としての5年生存率等を踏まえて評価をする必要があり、更なる知見の集積が必要である。

がんの5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となっており、7～8割の患者が医療の進歩を実感している。また、9割を超える患者が納得のいく治療を受けられたとしており、がんの診断・治療全体の総合的評価について、2018 年度は、10 点満点中、成人で 7.9 点、小児で 8.4 点であった。これらの内容については、概ね評価できるものの改善の余地があるものであった。

がん相談支援センターでは、セカンドオピニオンの提示が可能な医師の配置や医療機関の紹介ができるような体制整備を行っているところであり、がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合は、2018 年度で 34.9%であった。この数値については、どの程度であれば適切な割合なのかという点についても議論が必要ではあるが、更なる増加が望まれるものである。

また、EBM<sup>22</sup>普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は、それぞれ増加している。学会やアカデミアの努力によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている状況については評価できるが、患者用診療ガイドラインについては、更なる取組の推進が求められる。

<sup>21</sup> 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究。

<sup>22</sup> Evidence Based Medicine の頭文字で、根拠に基づく医療。

2021	標準的治療の実施割合		
		2017 年	2016 年
StageⅢと診断された大腸癌患者のうち、術後8週間以内に標準的 化学療法が施行された割合		54.8%	54.1%
胃癌に対して根治手術を受け組織学的に取り扱い規約 StageⅡ、 Ⅲ (pT1,pT3N0 を除く)の進行癌と診断され6週以内に退院した患者 のうち S-1 または CapeOX による術後化学療法が施行された割合		66.9%	68.1%
StageⅠ～Ⅱ の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、外科治療又 は定位放射線治療が実施された割合		88.8%	88.1%
StageⅡ、ⅢA の非小細胞肺癌と診断された患者のうち、プラチナ 製剤を含む術後化学療法が行われた割合		40.2%	41.9%
乳房温存術を受けた 70 歳以下の患者のうち、術後全乳房照射が 行われた割合		74.9%	76.6%
乳房切除術が行われた再発ハイリスクの患者のうち、術後照射が 行われた割合		38.0%	40.1%
催吐高リスクの抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的 制吐剤が使用された割合		90.9%	86.0%
外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1か 月以内に緩下剤の処方がされた割合		59.7%	61.0%

2022	がんの5年生存率（2001 の再掲）		
	2013-2014 年診断例	2012-2013 年診断例	2010-2011 年診断例
胃がん	62.1%	62.0%	61.5%
大腸がん	63.3%	63.3%	63.5%
肺がん	—	—	36.3%
小細胞肺がん	10.2%	10.4%	10.6%
非小細胞肺がん	41.9%	41.1%	38.8%
乳がん	87.6%	87.7%	87.9%
肝臓がん	—	—	35.1%
肝細胞癌	39.2%	38.7%	—
肝内胆管癌	18.3%	16.8%	—

2023 <sup>23</sup>	医療が進歩していることを 実感している患者の割合 (2003 の再掲)	2018 年度 成人:75.6%(比較値 <sup>24</sup> :84.8%) 2019 年度 小児 71.7%	2014 年度 80.1%
2024	納得のいく治療を受けられた がん患者の割合 (2004 の再掲)	2018 年度 成人:81.4%(比較値:90.7%)	2014 年度 成人:84.5%
2025	がん治療前に セカンドオピニオンに関する話を 受けたがん患者の割合	2018 年度 成人:34.9%	2014 年度 成人:40.3%
2026	がんの診断・治療全体の 総合的評価 (2005 の再掲)	2018 年度 成人:7.9 点 2019 年度 小児:8.4 点	
2027	診療ガイドラインの数	2021 年度 385	2020 年度 268
2028	患者用診療ガイドラインの数	2021 年度 35	2020 年度 28

## ②各治療法について

### (ア)手術療法について

#### (進捗状況及び指標測定結果)

身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の少ない治療等の普及に関わる取組を推進しており、ロボット支援下手術も含むがんの鏡視下手術が広く実施されていることについて一定の評価はできるが、鏡視下手術の割合がどの程度であれば適切かの判断に当たっては、更に知見を集積する必要がある。

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推進してきたところであり、拠点病院等における5大がん患者の術後 30 日以内の死亡率は、低いレベルに保たれている。

<sup>23</sup> 項目番号 2023-2026 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

<sup>24</sup> 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

			2016 年	2015 年
2031	がんの鏡視下手術 (保険診療に係るもの) の割合	胃がん	48.9%[334 施設] 参考値 <sup>25</sup> :47.1%[433 施設]	—
		大腸がん	67.8% [334 施設] 参考値:65.3% [433 施設]	
		肺がん	86.4%[310 施設] 参考値:81.9%[393 施設]	
		前立腺がん	83.1%[299 施設] 参考値:82.1%[379 施設]	
2032	拠点病院等における 5大がん患者の 術後 30 日以内の死亡率	胃がん	0.26%	0.26%
		大腸がん	0.35%	0.31%
		肺がん	0.33%	0.29%
		乳がん	0.02%	0.02%
		肝がん	0.6%	0.38%
		5大がん	0.25%	0.22%

#### (イ)放射線療法について

##### (進捗状況及び指標測定結果)

がん診療連携拠点病院等のうち、外来放射線照射、直線加速器による定位放射線治療、IMRT<sup>26</sup>をそれぞれ行っている割合、放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院等の割合は増加傾向であり、評価できるものであった。

また、緩和ケア研修の中でも緩和的放射線療法が教育項目として組み込まれているが、その修了者数は増加しており評価できる。

2033	外来放射線照射診療料をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 70.6%	2018 年度 65.9%	
2034	直線加速器による定位放射線治療加算をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 72.5%	2018 年度 67.0%	
2035	IMRT加算をとっている拠点病院等の割合	2019 年度 57.8%	2018 年度 52.2%	
2036	放射線治療専門医が 常勤で配置されている拠点病院等の割合	2021 年度 81.9%	2019 年度 78.7%	2018 年度 76.4%

<sup>25</sup> 2031 の参考値は院内がん登録データのみ。

<sup>26</sup> 強度変調放射線治療。

2037	自施設で核医学治療を実施している拠点病院等の割合	2021 年度 69.8%	2019 年度 57.8%	2018 年度 56.5%
2038	緩和ケア研修修了者数 (医師・医師以外)	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人

#### (ウ)薬物療法について

##### (進捗状況及び指標測定結果)

がん診療連携拠点病院等において、転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合、がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合、1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数はいずれも横ばいであった。患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備に努めているほか、また、学会等の取組による、専門人材の増加も進めているところであるが、更なる充実に向けた取組の工夫が必要である。

2039	転移・再発5大がん患者の化学療法を内科医が担当している拠点病院等の割合 <sup>27</sup>	2019 年度 28.9%	2018 年度 30.0%	
2040	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院等の割合	2021 年度 83.9%	2019 年度 86.7%	2018 年度 86.5%
2041	1拠点病院等あたりのがん薬物療法専門医数	2021 年度 2.08 人	2019 年度 1.90 人	2018 年度 1.90 人

#### (エ)科学的根拠を有する免疫療法について

##### (進捗状況及び指標測定結果)

近年「免疫チェックポイント阻害剤」等の免疫療法が治療の選択肢の一つとなっているが、免疫療法については保険適用外で科学的根拠が十分でないものも多い。整備指針において、「保険適応外の免疫療法を提供する場合は、原則として治験を含めた臨床研究、先進医療の枠組みで行うこと。」と定めており、拠点病院等に対して科学的根拠の乏しい免疫療法が適切な評価を行うことなく提供されることのないよう求めている。正しい知識の普及啓発のため、がん情報サービス等において、がん免疫療法に関する情報提供を行っているところであるが、「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」という認識を持つ国民の割合は低く、更なる取組が求められる。

<sup>27</sup> 5大がんの転移・再発症例の全身化学療法のうち、8割以上を内科医が主となり担当しているがん診療連携拠点病院等の割合。

2042	臨床研究または先進医療の枠組みで免疫療法を実施している拠点病院等の割合	2021 年度 35.5%	2019 年度 35.8%	2018 年度 42.6%
2043	科学的根拠を有する免疫療法について国民が必要な情報を取得できている割合	2019 年 9.5% <sup>28</sup>		

### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。適切な評価のためには、更なる知見の集積やより適切な中間評価指標の設定が必要な項目も認められた。また、セカンドオピニオンに関する情報提供、患者用診療ガイドラインの整備、科学的根拠を有する免疫療法についての適切な普及啓発など、患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

### （3）チーム医療の推進

#### （個別目標）

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、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医療の体制を強化する。

#### （進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等における医療従事者間の連携を更に強化するために、緩和ケアチームを含む様々な専門チームに依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制が取られるよう環境の整備が進められている。

全てのがん診療連携拠点病院等において、専門チームが整備されており、殆どの施設で多数の専門チームが整備されていることは評価できる。一方で、がん診療連携拠点病院等以外の医療機関においては更なる改善が求められる。

がん診療を統括する診療部（腫瘍センター等）はがん診療連携拠点病院等のおよそ半数に設置されており、1拠点病院あたりのカンサーボード<sup>29</sup>開催数は、年間約200回と総合的ながん診療の推進が進んできており、評価できる。主治医以外にも相談しやすいスタッフがいた患者の割合は、成人で48.8%、小児で78.0%と小児で高く

<sup>28</sup> 複数選択の中の「がんの免疫療法の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う」と回答した者の割合。

<sup>29</sup> 手術、放射線診断、放射線治療、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をいう。



なっており、成人に対しても更なる取組が求められる。

2051	専門チームを整備し、がん患者に関して コンサルテーションを行っている 拠点病院等の割合	2021 年度 100%	2019 年度 100%	2018 年度 100%
2052	緩和ケアチームを設置している 一般病院 <sup>30</sup> の割合	2020 年 15.6%	2017 年度 14.8%	2014 年度 13.3%
2053	拠点病院等以外の病院で 緩和ケアチームの新規介入患者数が 年間 50 件以上の病院数	2018 年度 215 病院		
2054	がん診療を統括する診療部(腫瘍センター 等)が設置されている拠点病院等の割合	2021 年度 51.0%	2019 年度 51.4%	2018 年度 47.8%
2055 <sup>31</sup>	主治医以外にも 相談しやすいスタッフがいた患者の割合	2018 年度 成人:48.8% 2019 年度 小児:78.0%		
2056	1 拠点病院等あたりの がんサージカルボード開催数	2018 年度 192.5 回	2017 年度 206.6 回	

#### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められているが、拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。特に拠点病院等以外の医療機関に対しては、人員や体制の確保など課題も多く、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、引き続き、拠点病院等における取組との連携も含め、どのような取組を進めていくべきか検討が必要である。

#### (4)がんのリハビリテーション

##### (個別目標)

国は、がんのリハビリテーションに携わる有識者の意見を聴きながら、拠点病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

<sup>30</sup> 精神科病院以外の病院をいう。

<sup>31</sup> 項目番号 2055 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

### （進捗状況及び指標測定結果）

リハビリテーション専門医が配置されているがん診療連携拠点病院等の割合、通院・入院中のがん患者でリハビリテーションを受けた患者の割合、がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は、それぞれ増加しており評価できる。

がんのリハビリテーションが適切に提供されるよう、がんリハビリテーション研修が実施され、国内各地で研修を受講できる体制が構築されている。また厚生労働科学研究において、グループワークを中心とした集合学習とeラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定に関する研究が行われており、引き続き、その効果について検証が行われている。

他方で、がんのリハビリテーションについては、整備指針に明記されておらず、施設ごとのリハビリテーション提供体制に差がある。整備指針の改定に向けて議論をすすめる方針であったが、予定に遅れがあり、2022年の改定に向けて検討していく方針となっている。

2061	リハビリテーション専門医が配置されている 拠点病院等の割合	2021年度 51.0%	2019年度 46.6%	2018年度 43.9%
2062	拠点病院等に通院・入院中のがん患者で リハビリテーションを受けた患者の割合	2016年度 30.7%	2012年度 19.7%	
2063	がんリハビリテーション研修プログラムを 修了した医療従事者の人数	2020年度 43,841人	2019年度 42,813人	2018年度 37,630人

### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られるが、リハビリテーションは患者の残された機能を最大限に活かす観点や、社会復帰の観点から重要なテーマである。拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められていることから、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」等での議論を踏まえ、引き続き検討及び対策の充実が必要である。

## （5）支持療法の推進

### （個別目標）

国は、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QOL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。

### （進捗状況及び指標測定結果）

がん診療連携拠点病院等では、高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方など、一定の支持療法が実施されており、評価できる。さらに、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のQOLを向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究等が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者支援も重視した支持療法に関するガイドラインの作成が進められており、ガイドライン数が増加していることについて一定の評価はできるものの、更なる充実が必要である。

治療による副作用の見通しを持てた患者の割合、身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、いずれも初めて調査が実施され、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。いずれにせよ、より適切な情報提供や相談支援ができるよう、取組を充実させる必要がある。

リンパ浮腫外来、ストーマ外来が設置されているがん診療連携拠点病院等の割合は、いずれも増加傾向で評価はできるが、対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施が求められる。リンパ浮腫については、がんリハビリテーション研修の一環として行われる「新・リンパ浮腫研修」により、人材育成が進められている。

2071	拠点病院等において支持療法に関する標準診療を実施された患者の割合	
	2016 年	2015 年
高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率	75.0%	75.5%
高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率 (リンパ腫を除外 <sup>32</sup> )	86.0%	85.9%
外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率	61.0%	61.7%

<sup>32</sup> リンパ腫については、催吐高リスクに該当する化学療法が行われ得るものの、レジメンによっては多量のステロイドを併用することがあり、催吐高リスクの化学療法で推奨されている「アプレピタント、5-HT<sub>3</sub> 受容体拮抗型制吐剤、デキサメサゾン」の3剤併用による予防的制吐剤の投与が必要かは議論があるところである。そのため、リンパ腫も含めて計算すると過小評価となる可能性があり、リンパ腫を除外した割合についても記載している。

2072	支持療法に関する標準診療を実施している医師の割合 <sup>33</sup>	
	2018 年度	
	拠点病院等	拠点病院等以外の病院
①がん疼痛に対するオピオイドの処方を適切に実施している医師の割合	69.1%	70.7%
②神経障害性疼痛に関する標準的診療を実施している医師の割合	59.4%	59.1%
③呼吸困難に関する標準的診療を実施している医師の割合	65.4%	66.7%
④せん妄に関する標準的診療を実施している医師の割合	47.6%	48.8%

2073	支持療法に関するガイドラインの数	2021 年度 20		2020 年度 13
2074 <sup>34</sup>	治療による副作用の見通しを持てた患者の割合	2018 年度 成人:61.9% 2019 年度 小児:69.2%		
2075	身体的なつらさがある時に、 すぐに医療スタッフに相談ができる と思う患者の割合	2018 年度 成人:46.5%		
2076	外見の変化に関する相談ができた 患者の割合	2018 年度 成人:28.3% 2019 年度 小児:51.8%		
2077	リンパ浮腫外来が設置されている 拠点病院等の割合	2021 年度 56.1%	2019 年度 51.6%	2018 年度 49.9%
2078	ストーマ外来が設置されている 拠点病院等の割合	2021 年度 90.3%	2019 年度 89.2%	2018 年度 86.3%

**（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）**

支持療法について、一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。一方で、治療による副作用の見通しが持て、身体的苦痛や外見の変化等があった際に医療スタッフに容易に相談できるような体制や、リンパ浮腫やストーマ管理などの専門的なケアが受けられる、外来も含めた体制の確

<sup>33</sup> がん疼痛、神経障害性疼痛、呼吸困難、せん妄に関し、それぞれの標準的な支持療法を行っているかどうかについて、「そう思う」または「とてもそう思う」と回答した医師の割合を拠点病院と非拠点病院について算出。

<sup>34</sup> 項目番号 2074-2076 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

保・充実に向けて、更なる取組が必要である。

#### (6)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)

##### (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、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備する。

国は、希少がん及び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、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。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ための体制づくりを進める。

##### (進捗状況及び指標測定結果)

国立がん研究センターにおいて、希少がんの各地域における診療実績を公開しているが、2018年度の公開がん種数は2種類と少なく、更なる充実が強く求められる。

また、がん情報サービスでは、希少がんを含めたがんの解説などの情報提供を行っており、希少がんセンターでは、希少がんに関する情報発信や、患者やその家族だけでなく、医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインなどを整備している。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」において、国立がん研究センターを希少がん中央機関として位置づけ、希少がん医療を統括することとし、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講じている。一方で、希少がん患者の初診から診断までの時間が1ヶ月以内であった割合はやや減少し、また、診断から治療開始までの時間が1ヶ月以内であった割合は増加したものの、2週間未満であった割合は減少しており、円滑な連携のための更なる取組が求められている。

希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は80.0%と評価できるものであった。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ための体制整備を進めている。

厚生労働科学研究において、国立がん研究センターに加えて、国内数か所に広域拠点となる地域希少がんセンターを整備し、これらのセンターを中核として、希少がん患者ができるかぎり住み慣れた場所の近くで、納得のいく信頼できる診療や医療相談を受けられる体制・ネットワークを構築するためのモデルを作成することを目指している。

2081	希少がん情報公開専門施設における公開がん種数	2021 年度 3種類	2018 年度 2種類
------	------------------------	----------------	----------------

2082	希少がん患者の 初診から診断までの時間、 診断から治療開始までの時間			2018 年度	2014 年度
		初診から 診断	2週間未満	38.1%	42.1%
			2週間以上 1ヶ月未満	28.3%	28.4%
		診断から 治療開始	2週間未満	31.2%	34.4%
			2週間以上 1ヶ月未満	41.1%	31.1%
2083	希少がんについて、専門的な医療を受けられた と感じているがん患者の割合			80.0%	

**（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）**

希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。また、希少がんの定義<sup>35</sup>はゲノム医療等の成果によって変更が加えられる可能性が指摘されており、こうした状況も踏まえた対策の在り方やより適切に評価できる中間評価指標についても、次期基本計画において検討が必要である。

また、難治性がん対策について、第3期の基本計画においてはがん研究を推進することで取組を進めてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、次期基本計画において、どのような評価指標を用いることが可能か、検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

**（7）小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策**

**（個別目標）**

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

国は、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、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

<sup>35</sup> 罹患率が人口 10 万人当たり6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ものを政策的な対応を要する希少がんとして扱っている。（出典：希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書）

### （進捗状況及び指標測定結果）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、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る診療体制の構築が進められている。整備指針の見直しについては、新型コロナウイルス感染症への対応等により進捗が遅れているが、2022年中に実施するべく、ワーキンググループが発足している。

小児がん患者、AYA世代で発症したがん患者の3年生存率は、それぞれ85%を越えており、一定の評価ができるが、今後はより長期間の指標で評価をする必要がある。

小児がん拠点病院は、「AYA世代への対応の強化」にも重点を置き、AYA世代がん患者について、がん診療連携拠点病院等への紹介も含めた適切な医療を提供できる体制を構築することとしている。一方で、がん診療連携拠点病院等では、AYA世代がん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、必要に応じて、対応できる医療機関やがん相談支援センターに紹介することとして、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等とが互いに連携をとりながらAYA世代がん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40歳未満）、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はされていると評価できるものの、更なる改善が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。

高齢者のがん対策については、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に対するがん種共通のガイドラインの策定を行っている。

		2015 年	2014 年
2091	小児がん患者の3年生存率	86.7%	87.7%
2092	AYA世代で発症したがん患者の3年生存率	87.8%	87.2%

2093 <sup>36</sup>	治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合	成人 (40 歳未満)	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年 53.8%	

<sup>36</sup> 項目番号 2093 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

#### **（がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）**

小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策は、第3期の基本計画の「がんとの共生」分野のライフステージに応じたがん対策の項目にも記載されている。次期基本計画においては、「がん医療」分野と「がんとの共生」分野のそれぞれで取り組むべき事項をより明確化していくとともに、それぞれの分野における取組の棲み分けを再検討することも求められる。

小児がん及びAYA世代のがん対策については、含まれる分野が幅広く、必ずしも均一な対策が適切とは言えない可能性もあり、次期基本計画においては、それらの特徴を考慮した対策を、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」や「がんとの共生のあり方に関する検討会」等における検討内容も踏まえ、検討する必要がある。また、がんの遺伝的素因や晩期合併症等に対し長期のフォローアップが求められることを考慮した中間評価指標を検討していく必要がある。

2021年度より、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始されたところではあるが、必要な方に支援が届くことが重要であり、普及啓発にも取り組む必要がある。

また、高齢者のがんについては、様々な部分で高齢化の影響を考慮する必要があるが、第3期の基本計画において評価指標設定のための研究を開始したところではあるが、未だ十分な評価ができていない。次期基本計画においては、当該研究結果も踏まえ、高齢者のがん対策について基本計画の中でどのように位置づけ、どのような対策及びその評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

#### **（8）病理診断**

##### **（個別目標）**

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を整備する。

##### **（進捗状況及び指標測定結果）**

整備指針においては、がん診療連携拠点病院の病理診断の体制について「専従の病理診断に携わる常勤の医師を1人以上配置すること」と定め、拠点病院への病理医の配置を推進しているところ、常勤の病理専門医が1名以上配置されている拠点病院等の割合は微増していた。

「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」において、正しく迅速な病理診断が必須とされたことを踏まえ、希少がん病理診断力の向上、国民の希少がん医療への貢献を目的に、日本病理学会と連携し、希少がん診断のための病理医育成事業が2018年度より行われている。



2101	常勤の病理専門医が1名以上 配置されている拠点病院等の割合 <sup>37</sup>	2021年度 84.3%	2019年度 83.5%	2018年度 82.2%
------	--	-----------------	-----------------	-----------------

**(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)**

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」での議論を踏まえ、引き続き質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

**(9)がん登録**

**(個別目標)**

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

**(進捗状況及び指標測定結果)**

2016年のがん登録法の施行後から届出件数は増加している。全国がん登録の精度管理については、MI比は横ばいであるものの、%DCOは低下しており、登録情報の内容がより充実してきていると考えられる。また、安全管理に留意しつつも、がん登録情報の効果的な利活用についても検討しており、例えば、がん登録情報を活用して、市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出や、予後調査ができるような体制を構築することについて検討が進められている。

2111	全国がん登録の精度指標 としてのMI比 <sup>38</sup> ・%DCO <sup>39</sup>		2019年	2017年	2016年
		全国(男女)MI比	0.38	0.38	0.37
		%DCO	1.92%	2.06%	3.23%

**(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)**

精度管理については一定の成果が見られ、引き続き、がん登録情報を用いた研究や患者への情報提供等、さらに利活用が推進されるよう取組を進めていく必要がある。

<sup>37</sup> がん診療連携拠点病院においては常勤の病理医を1人以上配置することを求めているが、医師・歯科医師・薬剤師調査に基づく当該医療圏の医師数(病院の従事者)が概ね300人を下回る医療圏においては、2022年3月31日までの間、専従の病理医が常勤であることを拠点病院の必須要件としていなかった。また、本指標に含まれる地域がん診療病院においては、常勤の病理医の配置を必須としていない。

<sup>38</sup> 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratioの略。

<sup>39</sup> がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。Death Certificate Onlyの略。

## (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

### (個別目標)

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必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。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

### (進捗状況及び指標測定結果)

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は8割近くにのぼり、抗がん剤に関する治験については、2020年度で320件と多くの治験が実施されている点は評価できる。拠点病院等において、臨床試験を行う場合は、患者に対して適切な情報提供を行うこと及び必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求めている。がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の充実に向け、取組が進められた。また情報提供において、厚生労働科学研究では公益社団法人や企業等との協力によるパイロット事業の検討を行っている。

「がん研究10か年戦略」に基づき、革新的な治療法等を創出するための研究開発を推進しており、AMEDを通じて、アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発についても研究が進められているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、がんゲノム医療に関連し、がんゲノム情報管理センターに集約しているゲノム情報及び臨床情報等を利活用するとともに、「全ゲノム解析等実行計画(第1版)」によって収集される全ゲノム情報等の利活用についても併せて推進し、革新的な新規薬剤を開発するための環境整備に向けた取組が行われている。

2121	臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院の割合	2021年度 78.1%	2019年度 78.0%	2018年度 76.4%
2122	抗がん剤に関する治験の数	2020年度 320件 企業治験 287件 医師主導治験 33件	2019年度 282件 企業治験 237件 医師主導治験 45件	

2123	アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発		
		2020 年度	2019 年度
①医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において要望され抗がんWGにおける検討品目とされた数		6件	4件
②抗がんWGにて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した数		3件	3件
③抗がんWGにて検討され、医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議において開発要請した品目のうち、承認された数		2件	1件

### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

がん研究については、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、順調に進められている。「がん研究 10 か年戦略」中間評価の結果も踏まえつつ、患者のニーズに応じたがん研究が推進されるよう、次期戦略や次期基本計画の策定において、引き続き検討が必要である。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても、引き続き推進が必要である。

## 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

### (1)がんと診断された時からの緩和ケアの推進

#### (個別目標)

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、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

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て、医師はもちろんのこと、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るよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携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せる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の可否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

#### ①緩和ケアの提供について

##### (進捗状況及び指標測定結果)

緩和ケアの提供に係る患者のニーズを把握するために、患者体験調査や遺族調査を実施したことは評価できる。これら調査により、心のつらさがあるときに、すぐに

医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、それぞれ約3～4割と一定の割合を占めており、更なる緩和ケアの充実が求められている。

亡くなる前1か月間の療養生活について、痛みが少なくなかった割合、からだの苦痛が少なくなかった割合、おだやかな気持ちで過ごせなかった割合は、それぞれ約4～5割と、こちらも更なる改善が求められた。

都道府県がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」の機能を充実させるため、2018年7月の整備指針改定において、ジェネラルマネージャーに関する要件の強化等を行った。また、地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方については「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ」において設置の可否について検討されたが、その人員の要件等については十分な検討を行う必要があることから、慎重な議論が必要であるとされた。

2021年から「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに「がんの緩和ケアに係る部会」を発足し、緩和ケアに関する課題に対して、改めて課題を整理し、必要な取組について議論を開始している。

3011 <sup>40</sup>	心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	2018 年度 32.8%	
3012	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 44.6%	2014 年度 42.6%
3013	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 38.0%	2014 年度 38.5%
3014	身体的・精神心理的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合	2018 年度 30.8%	
3015	療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 40.4%（痛み） 47.2%（からだの苦痛）	
3016	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	2018 年度 42.3%	

<sup>40</sup> 項目番号 3011-3014 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

## ②緩和ケア研修会について

### (進捗状況及び指標測定結果)

緩和ケア研修の修了者数は累計でおよそ 14 万人に達し、着実に増加している。引き続き研修を充実するために、2018 年度より e-ラーニングを導入し、また、患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供についての研修プログラムを追加する等の見直しを行った。さらに、対象疾患をがん以外の疾患、受講者を医師以外の医療従事者、開催病院を拠点病院等以外に拡大した。

3017	緩和ケア研修修了者数(医師・医師以外) (2038 の再掲)	2021 年度 157,715 人	2020 年度 145,727 人	2019 年度 139,467 人
------	-----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## ③普及啓発について

### (進捗状況及び指標測定結果)

「がんと診断されたときからの緩和ケア」を推進するために、日本緩和医療学会に事業委託し、国民に対する緩和ケアの普及啓発活動を行っている。この中で「オレンジバレーンプロジェクト」として、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発等を進めている。「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合はおよそ半数に留まり、今後、さらに国民に正しい知識を持って頂けるよう普及啓発に取り組む必要がある。

		2019 年度	2016 年度
3018	国民の緩和ケアに関する認識 <sup>41</sup>	52.2%	56.1%
3019	国民の医療用麻薬に関する認識 <sup>42</sup>	48.3%	52.7%

### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

緩和ケアの提供について、地域の実情や今後のがん診療提供体制のあり方を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。その上で、緩和ケアの質の向上に向けて、専門的な緩和ケアを提供する人材の育成についても検討する必要がある。身体的・精神心理的・社会的苦痛等の緩和、苦痛を感じている患者への相談支援の体制や、緩和ケアに係る国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められており、「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和

<sup>41</sup> 「緩和ケアを開始すべき時期」について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合。

<sup>42</sup> 「医療用麻薬に対する認識」について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合。

ケアに係る部会」等での議論を踏まえ、今後の取組について、引き続き検討が必要である。

## **(2)相談支援及び情報提供**

### **(個別目標)**

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、関係学会との連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、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

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するための体制を整備する。

### **①相談支援について**

#### **(進捗状況及び指標測定結果)**

がん患者が、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、取組を促している。

そのような中で、患者の3人中2人ががん相談支援センターについて知っているものの、利用したことがある人は、成人で14.4%、小児で34.9%に留まっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人は、8割を越えていることを踏まえると、利用していない者に、本当にニーズがなかったのかを十分に見極める必要がある。その観点から、少なくとも成人については、利用者の更なる増加が求められる。

ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合、利用したことがある人の割合は低く、課題である。また、ピア・サポート<sup>43</sup>活動の質の充実も必要である。「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援、がん患者・拠点病院等・都道府県向けの研修等を行っている。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、成人では増加しており、一定の評価はできるが、更なる充実が必要である。

---

<sup>43</sup> がん患者・経験者やその家族が、同じような経験を持つ者と体験を共有し、問題解決のために共に考える取組のこと。

3021 <sup>44</sup>	がん診断～治療開始前に 病気や療養生活について 相談できたと感じるがん患者の割合 (3002 の再掲)	2018 年度 76.3%	2014 年度 67.4%
3022	家族の悩みや負担を 相談できる支援が十分である と感じているがん患者・家族の割合 (3003 の再掲)	2018 年度 成人:48.7% (補正值 <sup>45</sup> :57.6%) 2019 年度 小児:39.7%	2014 年度 成人:37.1%
3023	がん相談支援センター/相談支援センター について知っているがん患者・家族の割合	2018 年度 成人:66.4% 2019 年度 小児:66.4%	2014 年度 成人:56.0%
3024	ピア・サポーターについて 知っているがん患者の割合	2018 年度 27.3%	

## ②情報提供について

### (進捗状況及び指標測定結果)

がん患者と家族、医療従事者及びがんとの共生を目指す社会にとって、がんに係る正しい情報を整備し、それを分かりやすい手法で届けることが重要である。

がんに関する情報は、膨大で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。そのため、国立がん研究センターがん対策研究所「がん情報サービス」においては、標準治療や治験、療養等に関する情報提供を行っているが、「がん情報サービス」にアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、概ね7割でほぼ横ばいとなっており、一定の評価はできるものの、さらに高みを目指すべきである。また、整備指針において、自施設で標準的治療を提供できるがん種についてホームページ等で広報することや、がんゲノム医療やAYA世代にあるがん患者への治療・支援などについて、患者へ情報提供を行うことを求めているが、その状況について改善の余地がある。

がん教育についても、がん診療連携拠点病院等に対して、学校などに医療従事者を外部講師として派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めるよう求めるなど、関係各所と連携して普及啓発に取り組んでいる。

コミュニケーションに配慮が必要な人に対しての、情報へのアクセスを確保するた

<sup>44</sup> 項目番号 3021-3024 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

<sup>45</sup> 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

め、国立がん研究センターがん対策研究所は関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成しており、順次更新作業を行っている。また、視覚や聴覚等の障がいをもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

		2021 年度	2019 年度	2018 年度
3025	がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた者の割合	71.0%	71.6%	71.1%
3026	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	93 コンテンツを更新	更新なし	8コンテンツ(音声)を更新

### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん診療連携拠点病院等を中心として、患者と家族への相談支援や情報提供についての体制整備が進められてきているが、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められている。「情報の均てん化」に向けて、患者と家族のニーズや課題等を把握した上で更なる活用を進めるとともに、相談支援ネットワーク体制の構築や、より効果的な手法等について検討が必要である。また、ピア・サポーターについては、認知度が低く、改善が必要である。ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の活用状況の改善について、どのような対策が効果的であるか、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

## （3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

### （個別目標）

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、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。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を3年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

### ①拠点病院等と地域との連携について

#### （進捗状況及び指標測定結果）

地域連携体制や、がん診療連携拠点病院等の地域における緩和ケアの提供体制



について検討を行い、整備指針に「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること。」を新たに定めており、1拠点病院あたりの平均開催数(年間)は、5.5回となっており、評価できるものとなっている。

一方で、がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、減少している。「話はなかった」と回答した人(65.1%)のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないものと考えられる。

3031	1拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	2019年度 5.5回	2018年度 5.0回
3032	がん治療前に、セカンドオピニオンに関する話を受けたがん患者の割合(2025の再掲)	2018年度 34.9%	2014年度 40.3%

## ②在宅緩和ケアについて

### (進捗状況及び指標測定結果)

がん患者とその家族が、望んだ場所で、適切な医療や支援を利用しながら過ごすことができるよう、取組を進めている。拠点病院等において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所リストの作成や、在宅療養支援診療所の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施するとともに、地域緩和ケアネットワーク構築事業で、関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成している(平成28(2016)年度～令和元(2019)年度修了:延べ307チーム、959名)。

在宅で亡くなったがん患者の満足度は、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度(82.4%)に次いで割合が高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は他の疾患と比較すると最も高かったが、半数程度に留まり、一定の評価はできるものの更なる改善に向けた取組が求められる。

3033	在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	2018年度 78.8%
3034	望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	2018年度 47.7%

### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

「がんとの共生のあり方に関する検討会」や「がんの緩和ケアに係る部会」での議論も踏まえ、セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができるような在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

#### (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)

##### (個別目標)

国は、3年以内に、「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の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン(仮称)」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

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し、その普及を開始する。

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、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

#### ①就労支援について

##### (ア)医療機関等における就労支援について

##### (進捗状況及び指標測定結果)

がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、両立支援コーディネーター<sup>46</sup>の育成・配置や、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」「企業・医療機関連携マニュアル」等を作成し、普及啓発を進めている点は評価できる。

また、診断時から個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」<sup>47</sup>を開発し、モデル事業を経て「がん患者の就労に関する総合支援事業」を拡充し、同プランを活用した就労支援を実施している点についても評価できる。

診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は4割程度に留まり、がん治療の開始前までに退職した人が多い点については、課題である。

がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数は、年間 25,000 件の目標値を超えており、評価できる。

		2018 年度
3041 <sup>48</sup>	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	39.5%
3042	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	82.3%
3043	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	56.8%

<sup>46</sup> 独立行政法人労働者健康安全機構において研修を実施し、2021 年3月末時点で 7,531 人を養成。(目標:2020 年度までに 2,000 人養成)

<sup>47</sup> 2017 年度厚生労働科学研究「働くがん患者の就労継続および職場復帰に資する研究」の研究班で作成。

<sup>48</sup> 項目番号 3041-3043、3046-3047 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上。

		2021 年度	2019 年度	2018 年度
3044	ハローワークと連携した 就職支援を行っている拠点病院等の数	257 病院	216 病院	158 病院
3045	がん相談支援センターにおける 就労に関する相談件数 <sup>49</sup>	29,528 件	29,070 件	22,497 件

## (イ)職場や地域における就労支援について

### (進捗状況及び指標測定結果)

社内制度の導入を進めるために、「治療と仕事の両立支援助成金」の活用を促している。また、ポータルサイトによる情報発信や、シンポジウムの開催等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、企業文化の抜本改革、両立支援の普及推進を図っている。2019 年には全ての都道府県産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、産業医が不在の中小企業等に対し、制度導入や教育等について具体的な支援を実施している。

治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した人の割合は 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した人の割合は増加しており、一定の評価ができるものの更なる改善の余地があるものと考えられる。

3046	治療と仕事を両立するための社内制度 等を利用した患者の割合	2018 年度 36.1%	
3047	治療と仕事を両立するための勤務上の 配慮がなされているがん患者の割合	2018 年度 65.0% (比較値 <sup>50</sup> : 70.8%)	2014 年度 68.3%

## ②就労以外の社会的な問題について

### (進捗状況及び指標測定結果)

治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、ガイドラインの改訂や医療従事者プログラムの実装化に向けた研究を進めている。また、2018 年 12 月には、運転免許証の申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと(帽子やウィッグを使用すること)が認められるよう、道路交通法施行規則の一部改正を行った。同様に、2020 年4月、障害者手帳の交付申請時の写真について、身体障害者福祉法施行規則、療育手帳制度要綱及び精神障害者保健福祉手帳制度実施要領の一部改正を

<sup>49</sup> 2019 年度報告の対象は 436 病院で、1 病院あたり平均 66.7 件、2018 年度報告の対象は 437 病院で、1 病院あたり平均 51.5 件となっている。

<sup>50</sup> 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

行った。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、初めて調査が実施され、成人で 28.3%、小児で 51.8%であり、一定の取組がなされていることが明らかになったが、今回の調査結果のみをもって評価することは難しく、相談できなかった理由の把握等、更なる知見の集積が必要である。

治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人(40歳未満)、小児のそれぞれで5割を越え、一定の周知はなされていると評価できるものの、更なる徹底が求められるものであった。2021年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され、有効性等のエビデンスの集積も進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組の全国展開が図られており、評価できるものとなっている。(再掲)

がん患者の自殺については、2016 年1～6月にがんと診断された患者 546,148 人のうち、がん診断後6ヶ月以内に 144 人が自殺で亡くなっていた(がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6ヶ月以内に死亡した全がん患者の 0.17%)。これは同じ時期の一般人口と比較すると 2.7 倍の自殺者がいることを示しており、このリスクは診断後の期間が短いほど高く(1ヶ月以内では 4.1 倍、3ヶ月以内では 3.3 倍)、大きな課題の一つと認識された。

3048 <sup>51</sup>	外見の変化に関する相談ができた がん患者の割合(2076 の再掲)	2018 年度 成人:28.3% 2019 年度 小児:51.8%		
3049	治療開始前に、生殖機能への影響に 関する説明を受けたがん患者・家族 の割合(2093 の再掲)	成人 (40 歳未満)	2018 年度 52.0%	2014 年度 48.2%
		小児	2019 年 53.8%	
3050	がん患者の自殺数	2016 年度(1～6月) <sup>52</sup> 144 人 2016 年度(1～12 月) <sup>53</sup> 449 人 2017 年度(1～12 月) <sup>54</sup> 439 人		

#### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

サバイバーシップ支援について、治療開始前における就労支援に係る情報提供を

<sup>51</sup> 項目番号 3048・3049 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

<sup>52</sup> 2016 年1～6月にがんと診断されたがん患者 542,556 人のうち、がん診断後6か月以内に自殺された方の人数。

<sup>53</sup> 2016 年 1～12 月にがんと診断されたがん患者 1,082,318 人のうち、がん診断後 12 か月以内に自殺された方の人数。

<sup>54</sup> 2017 年 1～12 月にがんと診断されたがん患者 1,048,576 人のうち、がん診断後 12 か月以内に自殺された方の人数。

はじめとして、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き支援を充実させていく取組が必要である。また、大企業だけでなく中小企業に勤務している患者に対する治療と仕事を両立するための制度等の利用など、医療機関だけでなく、企業や雇用・労働関係機関における取組についても一層の推進が求められる。

がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。また、アピアランスケア<sup>55</sup>や生殖機能への影響に関する説明、がん患者の自殺など、社会的な問題について、「がんとの共生のあり方に関する検討会」での議論も踏まえ、引き続き検討が必要である。

### **(5) ライフステージに応じたがん対策**

#### **(個別目標)**

国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」と整備指針の見直しを行う。

また、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、拠点病院等に普及させることを検討する。

#### **(進捗状況及び指標測定結果)**

小児・AYA世代のがん患者については、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の連携が重要であるとの視点に立ち、2018年7月に「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」を改定し、小児がん拠点病院に求められる要件を明確化した。現時点で全国に15か所指定している小児がん拠点病院では、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設(長期滞在施設)またはこれに準じる施設が整備されていることを指定要件に定めており、すべての小児がん拠点病院に設置されている点は評価できる。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は68.1%、治療中に、学校や教育関係者から治療と教育を両方続けられるような支援があったと回答した人の割合は76.6%と、一定の評価はできるものの全ての患者に対応できるよう更なる充実が求められる。

また、高等学校段階の取組が遅れていることが指摘されていることから、文部科学

---

<sup>55</sup> 広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」と定義（出典：国立がん研究センター中央病院アピアランス支援センターHPより）。

省では、2019 年度及び 2020 年度において「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施した。また、2021 年度からは「高等学校段階の病氣療養中等の生徒に対する ICT を活用した効果的な遠隔教育の調査研究事業」を実施している。厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

さらに、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。

3051	小児がん拠点病院のうち 院内学級体制・宿泊施設を整備している 施設の割合 <sup>56</sup>	2021 年度 100%	2019 年度 100%	2018 年度 100%
3052 <sup>57</sup>	治療開始前に教育支援等について、 医療従事者から説明を受けた がん患者・家族の割合	2019 年度 68.1%		
3053	治療中に、学校・教育関係者から、 治療と教育の両立に関する支援を 受けた家族の割合	2019 年度 76.6%		
3054	家族の悩みや負担を相談できる支援が 十分であると感じている がん患者・家族の割合 (3003 の再掲)	2018 年度 成人:48.7% (比較値 <sup>58</sup> :57.6%) 2019 年度 小児:39.7%	2014 年度 成人:37.1%	

#### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

小児・AYA世代については、拠点病院等以外の医療機関や自宅等における教育支援の充実や、小中学生だけでなく、高校生に対する教育支援についても治療と教育の両立の更なる推進が必要である。また、教育支援も含めた、医療機関におけるオンライン環境の整備について検討する必要がある。

高齢者に係る「がんとの共生」分野のがん対策については、第3期の基本計画において、中間評価指標の設定がなかったため、十分な評価ができなかった。厚生労

<sup>56</sup> 新型コロナウイルス感染拡大による現場の状況を鑑み、2019 年実績の報告は一部の医療機関を除き中止したため、小児がん拠点病院のみのデータとなっている。

<sup>57</sup> 項目番号 3052-3054 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

<sup>58</sup> 前回調査と比較するために、実測値に比較補正係数をかけた値。

働科学研究の結果も踏まえ、次期基本計画においては、多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、評価指標の設定、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討を行っていく必要がある。

#### 4. これらを支える基盤の整備

##### (1)がん研究

##### (個別目標)

国は、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。

##### (進捗状況及び指標測定結果)

2018年に「がん研究10か年戦略」の中間評価を行い改定を行った点、「健康・医療戦略」等におけるがん領域における研究開発に関する目標を達成している点などについては評価ができる。中間評価の指標としては、主にAMEDにおける研究開発の状況を踏まえたものになっているが、全体の評価については、民間の研究開発の状況等も踏まえて実施する必要がある。

また、2019年12月に「全ゲノム解析等実行計画(第1版)」が作成され、全ゲノム解析についても日常診療への導入を目指す研究開発を加速させている。

		2019年度	2018年度
4011	日本発の治療薬の創出に向けて 導出された治験の数	1件 累積15件	1件 累積14件
4012	日本発の診断薬の創出に向けて 導出された治験の数	1件 累積2件	1件 累積1件
4013	日本発の医療機器の創出に向けて 導出された治験の数	2件 累積2件	0件 累積0件
4014	日本臨床研究実施計画・研究概要公開システム (JRCT)に登録された研究数 <sup>59</sup>	70課題 (14課題)	61課題 (19課題)

##### (がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

「がん研究10か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

<sup>59</sup> 括弧内は、当該年度において新規採択した課題数。

## (2)人材育成

### (個別目標)

国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

### (進捗状況及び指標測定結果)

緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数は、それぞれ増加しており一定の評価はできる。

文部科学省では2017年より5年間、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進している。その結果、がん緩和ケアに特化した講座を設置している医学部医学科を置く大学の数が増加している。

その一方で、がんの標準医療の現場を担う人員が不足しており、病院間、地域間格差の要因の一つとなっている。今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがんサバイバーのケアにあたる人材、QOL向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。同時に、進化するがん医療の各分野において、創薬を担う人材や関連学際領域に対応できる人材、医療ビッグデータの解析専門家など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

4021	緩和ケア研修修了者数 (医師・医師以外)(2038の再掲)	2021年度 157,715人	2020年度 145,727人	2019年度 139,467人
4022	がんゲノム医療コーディネーター 研修会参加人数 <sup>60</sup>	2021年度 976人 (累計2,202人)	2020年度 674人 (累計1,226人)	2019年度 216人 <sup>61</sup>
4023	小児・AYA世代のがんの 長期フォローアップに関する 研修会参加人数	2021年度 257人 (累計946人)	2019年度 214人 (累計527人)	2018年度 204人

<sup>60</sup> 厚生労働省委託事業「がんゲノム医療従事者研修事業」の修了者を算出。

<sup>61</sup> 2019年度は2回開催予定であったが、新型コロナウイルス感染症の影響により1回とした。



4024	緩和ケアに特化した講座を設置している大学の数	2021 年度 28 大学	2020 年度 24 大学	2016 年度 18 大学
------	------------------------	------------------	------------------	------------------

### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

がん医療の人材育成については、医学教育、各種教育・研修課程、拠点病院等における On the Job Training などが進んでおり、評価できる。

一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足が解消しておらず、対応が必要である。また、「がんとの共生」の実現に向けて患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。さらに、創薬、ビッグデータの活用等、高度化したがん医療・研究を支える学際的専門職の育成も今後の課題である。

今後のがん医療・研究のあり方を踏まえ、必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省のがん専門医療人材養成事業などとも連携しつつ、医療関係職能団体、各種学会、拠点病院等の協力を得て推進していく必要がある。

### （3）がん教育、がんに関する知識の普及啓発

#### （個別目標）

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

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患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

#### （進捗状況及び指標測定結果）

新学習指導要領に基づくがん教育及び地域の実情に応じた取組を支援するとともに、各自治体等での取組の成果を横展開することにより、がん教育の促進に努めている。また、がん教育実施上の留意事項や効果的な進め方についての講義、先進事例の発表や協議等を盛り込んだ実践的な研修会等が実施されており、「2020 年度がん教育研修会・シンポジウム」では計 1,293 名の参加申込があった。さらに、外部講師によるがん教育の一層の充実を図るために、がん教育推進のための教材、外部講師を活用したがん教育ガイドライン、指導参考資料の改訂を行い、周知啓発を行うとともに、外部講師の活用体制を整備するための各都道府県の取組への支援が行われている。

学校でのがん教育について、がん教育への外部講師の活用は進みつつあるものの、がん教育をより効果的なものにするためにも一層その活用を促す必要がある。た

だし、現場の負担等を考慮すると、同等の効果が得られるような教材の充実などによる対応も検討すべきであると考えられる。

職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」を実施している。本事業に賛同する企業・団体（推進パートナー）の参加を促進してきた結果、参加企業数は、事業開始から着実に増加してきており、2020 年度で 3,553 社・団体となった。参加企業数については一定の評価はできるものの、それぞれが実際にどの程度の活動を行っているかが重要である。

4031	外部講師を活用して がん教育を実施した学校の割合 <sup>62</sup>	2018 年度 8.1%	2017 年度 7.2%
4032 <sup>63</sup>	がん相談支援センター/相談支援センターを 知っている患者・家族の数 (3023 の再掲)	2018 年度 成人:66.4% 2019 年度 小児:66.4%	2014 年度 成人:56.0%
4033	がん対策推進企業アクションの 参加企業数	2020 年度 3,553	2018 年度 2,908

#### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

学校教育及び社会教育におけるがん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要とされている。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、外部講師の更なる活用を含め、地域の実情に応じたがん教育の効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

<sup>62</sup> 外部講師を活用してがん教育を実施した学校／調査校の総数。

<sup>63</sup> 項目番号 4032・4033 の患者体験調査の対象となる患者は 19 歳以上、小児患者体験調査の対象となる患者は 18 歳以下で回答者はその家族等。

## IV 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についての進捗状況

### (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. 関係者等の連携協力の更なる強化

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には、国、地方公共団体、関係者等が、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ことが重要である。

国及び地方公共団体は、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重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、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整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

#### 2. 都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成30(2018)年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん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「都道府県計画」という。)の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等にごがん患者等が参画するなど、都道府県は、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、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、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。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

#### 3. がん患者を含めた国民の努力

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、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- ・ がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- ・ 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報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- ・ 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、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- ・ 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

#### 4. 患者団体等との協力

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な施策を講ずるよう努める。

#### 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

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。

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。

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、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

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

#### 6. 目標の達成状況の把握

国は、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、ロードマップを作成し、公表する。

国は、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

に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医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、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、施策全体とし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ものとする。また、協議会は、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。

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PDCAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

#### （進捗状況及び指標測定結果）

全ての都道府県で都道府県計画の策定が行われており、その協議の場において患者委員の参画を認めている点は評価できる。一方で、全委員に対する患者委員の割合は、13.7%と国の「がん対策推進協議会」の割合（5/20＝25%）よりも低くなっている点については、改善の余地がある可能性がある。

4001	都道府県がん対策推進計画の策定過程における がん患者を代表する者の参加割合 <sup>64</sup>	2020 年度 13.7%	2019 年度 13.6%
------	--	------------------	------------------

#### （がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項）

都道府県計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加については、国のがん対策推進協議会の参加割合を参考にし、各都道府県とも連携し、偏りのない性別や世代、様々ながん種のがん患者等の意見の把握及び施策への反映を推進していく体制を確保する必要がある。

<sup>64</sup> 計算方法は、患者代表委員の人数／都道府県がん対策推進協議会委員総数。  
（分子・分母ともに4月1日時点の各都道府県の合計）

## 第4章 おわりに

- (1) 中間評価を踏まえて、第4期の基本計画を策定することが望ましい。
- (2) 第3期の基本計画では、高齢者のがん対策、難治性がん対策等、中間評価指標が設定できなかった施策があり、また、施策が行われる前の数値が明確になっていない項目が多かった。そのため、第4期の基本計画では、それらの中間評価指標を検討するとともに、新たに指標を設定する場合には、施策が行われる前の数値を明確にしておくことが望ましい。
- (3) 第3期の基本計画では、一部の中間評価指標は、指標の数値の推移が直近の1～2年間のものしか分からず、評価が困難であった。第4期基本計画においては、各中間評価指標について、十分に評価できる期間を設定することが望ましい。
- (4) 第3期の基本計画では、第2の2.(7)の「小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策」や、同(4)②の「就労以外の社会的な問題について」のように、大きく異なる分野が1つの項目にまとめられていたが、第4期の基本計画においては、各分野の関連性を考慮した構成とすることが望ましい。
- (5) 第3期の基本計画では、計画策定時に評価指標は決定しておらず、目標への達成状況について評価が困難な施策があったため、第4期の基本計画策定時には、目標の設定と併せて、それらをモニタリングする指標についても検討することが望ましい。

**「がん対策推進協議会」委員名簿(令和4年6月時点)**

氏名	所属・役職
飯野 奈津子	ジャーナリスト
池田 真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
石岡 千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
大賀 正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
大西 啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
小原 眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 副会長
木澤 義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
茂松 直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
谷口 栄作	島根県健康福祉部医療統括監
鶴岡 優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
土岐 祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
○ 中釜 斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
根岸 茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
長谷川 一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
羽鳥 裕	公益社団法人日本医師会常任理事
久村 和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
松田 一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
三上 葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
森内 みね子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
◎ 山口 建	静岡県立静岡がんセンター総長

◎…会長 ○…会長代理 (50音順、敬称略)

## 「がん対策推進協議会」開催状況

### 【第69回】

日 時： 平成30年6月27日（水） 16:00～18:00

場 所： 全国都市会館 3階 第2会議室

議題：

- (1) 会長の選任等について
- (2) 我が国のこれまでのがん対策について
- (3) 第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方について
- (4) その他

### 【第70回】

日 時： 平成30年8月30日（木） 13:00～15:00

場 所： 全国都市会館 3階 第2会議室

議題：

- (1) がん診療連携拠点病院等の整備について
- (2) 治療と仕事の両立支援に関する報告
  - ・ 働き方改革関連法について
- (3) がん予防分野に関する報告
  - ・ 健康増進法の一部を改正する法律について
  - ・ がん検診の実情について
- (4) 中間評価について①
  - ・ がん予防分野の指標について
  - ・ 中間評価に用いる調査について
    - (ア) 患者体験調査
    - (イ) 緩和ケアに関する医療従事者調査・施設調査
- (5) その他



【第71回】

日 時： 平成30年11月21日(水) 13:00～15:00

場 所： 厚生労働省 18階 専用第22会議室

議題：

- (1) 中間評価指標①
  - ・ がん予防分野の指標について
- (2) 中間評価指標②－1
  - ・ がん医療分野の指標について
- (3) その他

【第72回】

日 時： 平成31年1月31日(木) 16:00～18:00

場 所： 厚生労働省 12階 専用第15会議室

議題：

- (1) 中間評価に用いる調査について
  - ・ 患者体験調査(小児版)について
- (2) 中間評価指標について
  - ・ ②－2がん医療分野の指標について
  - ・ ③がんと共生分野の指標について
- (3) その他

【第73回】

日 時： 令和元年6月28日(金) 14:00～16:00

場 所： TKP 赤坂駅カンファレンスセンター ホール14B(14階)

議題：

- (1) がん診療連携拠点病院等の整備について
- (2) がん研究 10 か年戦略報告書(中間評価)について
- (3) 中間評価指標について
  - ・ ④基盤整備
  - ・ 中間評価指標のとりまとめ
- (4) その他

【第74回】

日 時： 令和2年10月16日(金) 13:00～15:00

場 所： TKP 新橋カンファレンスセンター ホール14E(14階)

議題：

- (1) 会長の選任等について
- (2) 第3期がん対策推進基本計画と中間評価の実施について
- (3) がん予防分野の中間評価について
- (4) その他

【第75回】

日 時： 令和3年3月11日(木) 15:00～17:00

WEB開催

議題：

- (1) 報告事項
  - ① 小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会について
  - ② 新型コロナウイルス感染症下におけるがん検診受診状況の変化について
  - ③ 新型コロナウイルス感染症下におけるがん診療実施状況の変化について
  - ④ 患者体験調査・小児患者体験調査の結果について
  - ⑤ 遺族調査の結果(がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業)について
- (2) 第74回がん対策推進協議会でのご意見に対する対応について
- (3) 「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
- (4) その他

【第76回】

日 時： 令和3年10月7日(木) 14:00～17:00

WEB開催

議題：

- (1) 第75回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
- (2) 「がんとの共生」「これらを支える基盤の整備」分野の中間評価について
- (3) 「医療の充実」分野の中間評価について

**【第77回】**

日 時： 令和3年12月3日(金) 13:00～16:00

WEB開催

議題：

- (1) 第76回がん対策推進協議会での主なご意見に対する対応について
- (2) 第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

**【第78回】**

日 時： 令和4年3月16日(水) 13:00～16:00

WEB開催

議題：

- (1) 報告事項
  - ① 中間評価指標に関連する各種データについて
  - ② がん対策推進協議会と基本計画に基づく主な検討会等について
- (2) 第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について

**【第79回】**

日 時： 令和4年4月28日(木) 14:00～17:00

WEB開催

議題：

- (1) 第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書案について
- (2) 報告事項
  - ① がん対策の主な施策について
  - ② 国立がん研究センターがん対策研究所について

第80回がん対策推進協議会

資料 2

令和 4 年 6 月 30 日

## 第 3 期がん対策推進基本計画中間評価報告書の概要

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 第3期がん対策推進基本計画中間評価の概要

## 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。

がん診療連携拠点病院等を中心に、がん医療の均てん化のため、診療提供体制の整備が進められてきており、一定の進捗が認められるが、地域間及び医療機関間で進捗状況に差がある。また、あらゆる分野で、がんに係る正しい情報の提供及びがん患者を含めた国民への普及啓発の推進が求められており、より効果的な手法等について検討が必要である。

#### ①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- がんの年齢調整罹患率は、2016年から減少しているが、引き続き推移の確認が必要である。
- 75歳未満のがんの年齢調整死亡率については着実に減少してきている。ただし、がん種別の年齢調整死亡率においてがん種ごとに異なる傾向が見られることを踏まえ、引き続き、死亡率減少に寄与する取組が必要である。
- がん検診受診率は上昇傾向であるものの、多くの領域で目標を達成できていない。諸外国とも比較しながら、引き続きがん検診受診率の向上のための対策を検討する必要がある。

#### ②患者本位のがん医療の充実

- がんの5年生存率は多くのがん種で上昇傾向、年齢調整死亡率は減少傾向にあり、その他の指標も概ね評価できる。
- 診療提供体制の整備について、全体の底上げはなされているが、地域間及び医療機関間の進捗状況に差があり、均てん化とともに集約化に向けて、引き続き、検討が必要である。
- 中間評価指標にないがん種も含め、更なる充実に向けた取組が必要である。

#### ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

- 相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合については増加し、一定の評価はできるものの、十分なレベルには達しておらず、その背景等を把握しつつ、より一層の相談支援及び情報提供に係る取組が求められる。

## 「①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」分野

### (1) がんの1次予防

- たばこ、飲酒、運動習慣、食習慣等の生活習慣については、目標を達成できていない項目もあり、一層の対策が必要である。
- 生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。
- HPVワクチンの接種状況を注視するとともに、子宮頸がん検診の受診勧奨を進め、子宮頸がんの年齢調整罹患率の推移を踏まえた適切な対応を行っていく必要がある。

### (2) がんの早期発見、がん検診（2次予防）

- がん検診の受診率は男女とも全てのがん種で上昇傾向にあるが、男性の肺がん検診を除いて、目標値の50%を達成できていない。
- 新型コロナウイルス感染症が、がん医療にどのような影響を与えたか長期的に年齢調整罹患率や年齢調整死亡率、がん検診受診率等の推移を注視していく必要がある。
- 職域におけるがん検診の実態を把握する仕組みについて、引き続き検討が必要である。
- 指針に基づくがん検診の実施やチェックリストの実施について、市区町村への働きかけをより一層推進していく必要がある。

## 「②患者本位のがん医療の充実」分野（1 / 2）

### （1）がんゲノム医療

- がんゲノム医療の診療提供体制の整備について一定の評価はできる。また、「全ゲノム解析等実行計画（第1版）」の着実な推進も必要である。

### （2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

- がんの医療提供体制及び各治療法については、一定の取組の成果が見られるが、地域間及び医療機関間において取組状況に差が見られる。
- 患者への適切な情報提供や普及啓発に関して、より一層の取組が必要である。

### （3）チーム医療の推進について

- がん診療連携拠点病院等では、チーム医療の体制整備が進められている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関における取組の充実や、医療機関同士の連携が求められる。

### （4）がんのリハビリテーション

- がん診療連携拠点病院等を中心とした取組の成果が見られている。がん診療連携拠点病院等以外の医療機関や在宅医療等においても推進していくことが求められる。

### （5）支持療法の推進

- 一定の実態把握がなされたものの、適正な評価のためには更なる知見の集積が必要である。
- 容易に相談できるような体制や、専門的なケアが受けられる外来も含めた体制の確保・充実が必要である。



## 「②患者本位のがん医療の充実」分野（2／2）

### （6）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）

- 希少がん対策について、取組の成果が見られる部分もあるが、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、より一層の推進が必要である。
- 難治性がん対策については、次期基本計画において、どのような評価指標を用いるか検討を行う。また、患者への情報提供や医療機関及び専門医との連携について、一層の推進が必要である。

### （7）小児がん、A Y A（※）世代のがん、高齢者のがん対策（※）Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人

- 小児がん及びA Y A世代のがん対策については、それらの特徴を考慮した対策を検討する必要がある。また、2021年より開始された「小児・A Y A世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」について、普及啓発に取り組む必要がある。
- 高齢者のがんについては、次期基本計画において、どのように位置づけ、どのような対策や評価指標の設定が可能であるか、引き続き検討が必要である。

### （8）病理診断

- 引き続き、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制整備を進めていく必要がある。

### （9）がん登録

- 精度管理については一定の成果が見られており、さらに利活用が推進されるよう取組を進めて行く必要がある。

### （10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調に進められている。がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制の整備についても推進が必要である。



# 「③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」分野

### (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 緩和ケアの提供について、地域の実情等を踏まえ、提供体制やそれらを担う人材のあり方を検討する必要がある。
- 苦痛を感じている患者の相談支援や、国民への普及啓発について、更なる取組の充実が求められる。

### (2) 相談支援及び情報提供

- 「情報の均てん化」に向けて、患者のニーズや課題等を把握した上で、情報提供及び普及啓発について更なる活用が求められている。
- ピア・サポートを含む相談支援や情報提供体制の改善が求められ、どのような対策が効果的であるか、引き続き検討が必要である。

### (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

- セカンドオピニオンに関する情報提供や、患者の望む場所で過ごすことができる地域における緩和ケア提供体制の検討、在宅緩和ケアの一層の周知が必要である。

### (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）

- 治療開始前における就労支援に係る情報提供については、がん患者だけでなく、その家族及び企業等の支援者に対しても引き続き充実させていく取組が必要である。
- がん患者の経済的な課題の把握や利用可能な施策の更なる周知が求められる。
- アピアランスケア等の社会的な問題について、一定の取組の成果が見られているが、更なる知見の集積を行い、検討が必要である。

### (5) ライフステージに応じたがん対策

- 小児・AYA世代については、小児がん拠点病院を中心に連携体制や院内学級等の施設整備が進められてきた点は評価できる。
- 教育支援も含めた医療機関におけるオンライン環境の整備について検討が必要である。
- 多様な高齢のがん患者の療養生活を支えるための対策や、医療と介護の連携の更なる強化について、引き続き、検討が必要である。

## 第3期がん対策推進基本計画中間評価の概要

### 「④これらを支える基盤の整備」分野

#### (1) がん研究

- 「がん研究10か年戦略」に基づき、順調な進捗であるが、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要がある。

#### (2) 人材育成

- がん医療の人材育成については、評価できる。
- 一方で、高度化するがん医療現場を担う人材の不足への対処が必要であり、患者・家族ケアを実践する医療従事者の育成も重要である。
- 必要な職種・人員、育成のあり方、具体的なスケジュールなどについて、文部科学省とも連携しつつ、推進していく必要がある。

#### (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- がん教育やがんに関する知識の普及啓発については、更なる推進が必要である。特に、学校教育において、文部科学省と連携し、地域の実情に応じた効果的な取組について引き続き検討していく必要がある。

# がん対策における健康格差の視点

大阪医科薬科大学 医学研究支援センター 医療統計室  
室長・准教授 伊藤ゆり

本報告は以下の厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究)研究班の分担研究者としての研究に一部基づく

- ・ 「がん対策の年齢調整死亡率・罹患率に及ぼす影響に関する研究」(研究代表者:片野田耕太)
- ・ 「次期がん対策推進基本計画に向けた新たな指標及び評価方法の開発のための研究」(研究代表者:東 尚弘)
- ・ 「がん診療連携拠点病院等の実態把握とがん医療提供体制における均てん化と集約化のバランスに関する研究」(研究代表者:若尾文彦)



大阪医科薬科大学

Osaka Medical and Pharmaceutical University



# 健康格差とは

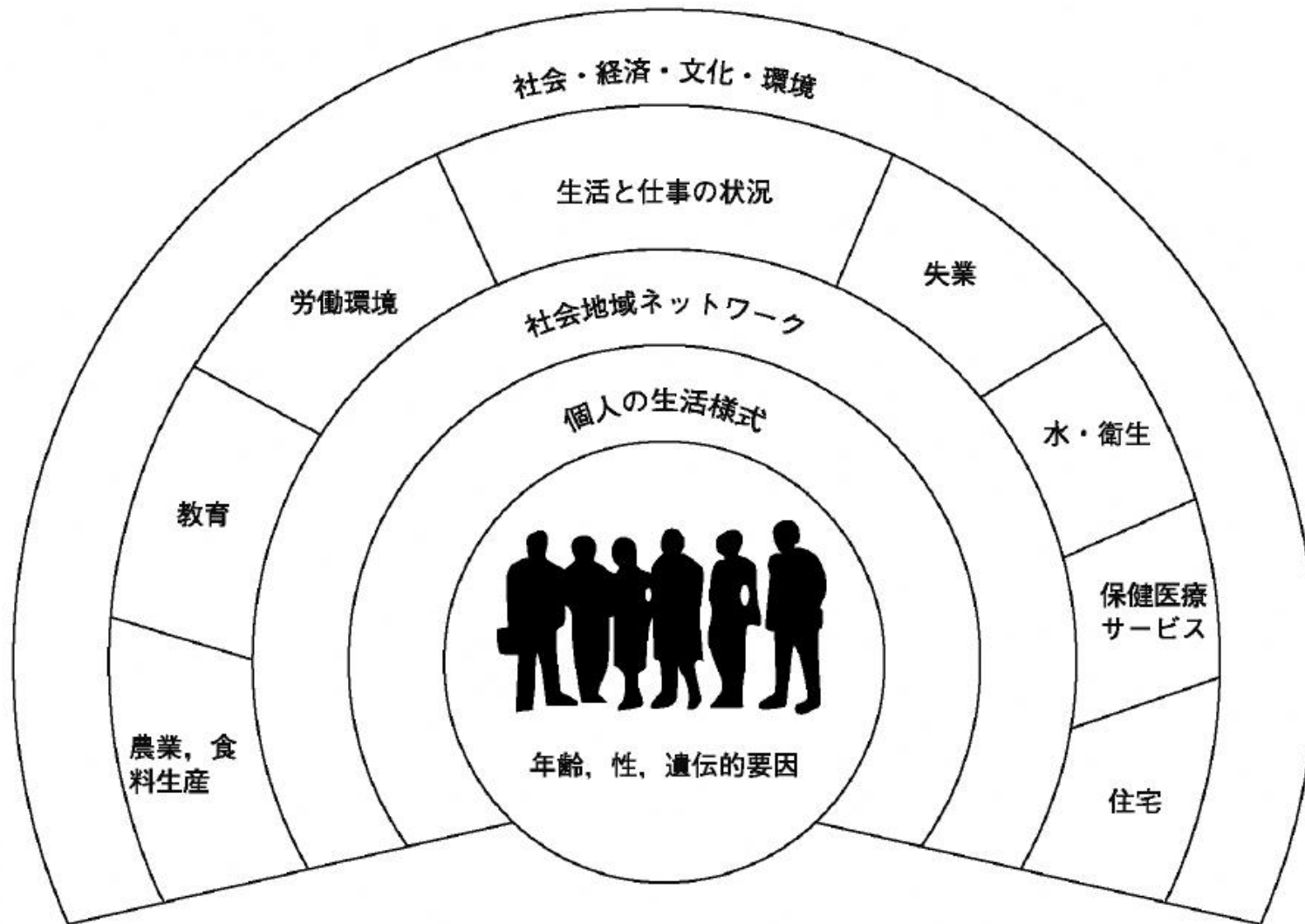
- 日本 • あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差(**地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差**をいう)の縮小を実現する。(健康日本21)  
[https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf)
- 米国 • Healthy People 2030は健康格差(Health Disparity)を**社会的、経済的、環境的な不利と密接に関係する特定の健康状態における差**と定義する。健康格差は人種や民族、宗教、社会経済的地位、性別、年齢、精神衛生状況、認知・知覚・身体的障害、性的指向や性自認、地理的位置、その他歴史的に差別や排除につながる特性に基づいて健康に対して体系的に大きな支障をきたしてきた集団に対して、悪影響を与える。(Healthy People 2030)  
<https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-equity-healthy-people-2030>
- 英国  
イングランド • 健康格差(Health inequalities)とは、**社会の中での社会的、環境的、経済的状态の不平等な分布により生じる集団、住民、個人間の健康状態における予防可能で不平等かつ不当な差**のことであり、それは、人々が病気になるリスクや、疾病を予防する能力、また、病気になった際に、行動を起こし、治療にアクセスする機会を規定するものである。(NHS)  
<https://www.england.nhs.uk/about/equality/equality-hub/resources/>





# 健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health: SDH)

Osaka Medical and Pharmaceutical University



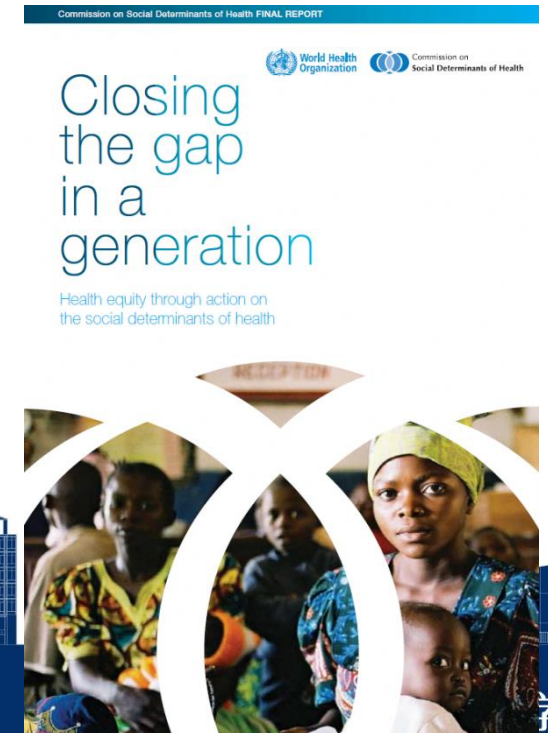
藤野善久. 近藤克則. 日本公衛誌  
2011. 58(4)300-305より

原典: Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm.



# 目標としての健康格差の縮小

- SDGs (Sustainable Developing Goals) において、全ての目標に関し「**誰一人取り残さない (Leave no one behind)**」を掲げる
- SDGsとSDHは深い関係にあり、モニタリングが必要 (Marmot. 2018. Epidemiology)
- 「(健康格差における)問題を測定し、アクションを評価し、知識基盤を拡大し、健康の社会的決定要因についてトレーニングされた人材を開発し、健康の社会的決定要因に関する国民の意識を向上させる。」(WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) “Closing the gap in a generation” 2008. )

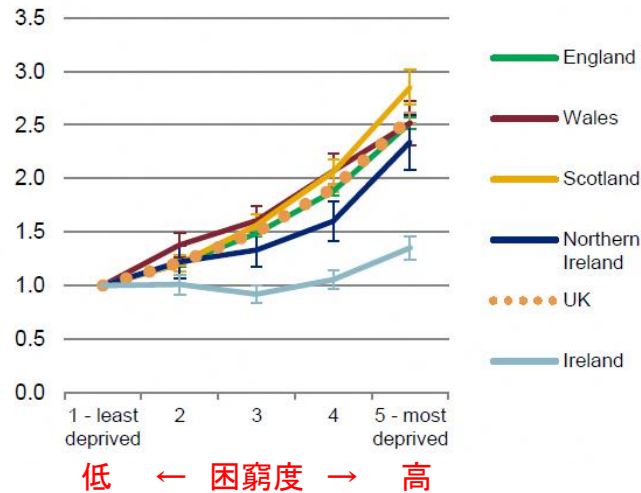


# 諸外国の健康格差モニタリング事例

Osaka Medical and Pharmaceutical University

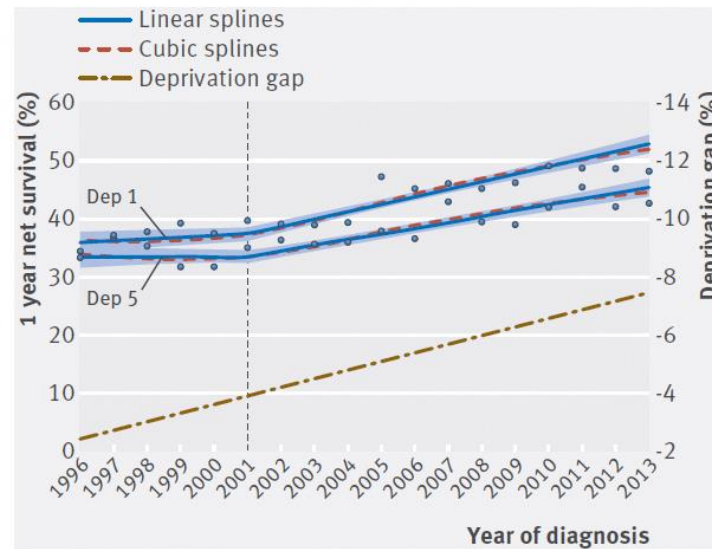
## ・英国

男性肺がん年齢調整罹患率における  
居住地の社会経済指標による比  
(困窮度の最も低い地域を1とした場合)



Public Health England, National Cancer Registration and Analysis Service. Deprivation and cancer: in search of a common measure across England, Wales, Scotland, Northern Ireland and Ireland (2016)  
(<http://www.ncin.org.uk/publications/reports/>)

1年生存率の格差のトレンド



NHS Cancer Plan (2000)の後も格差は拡大傾向

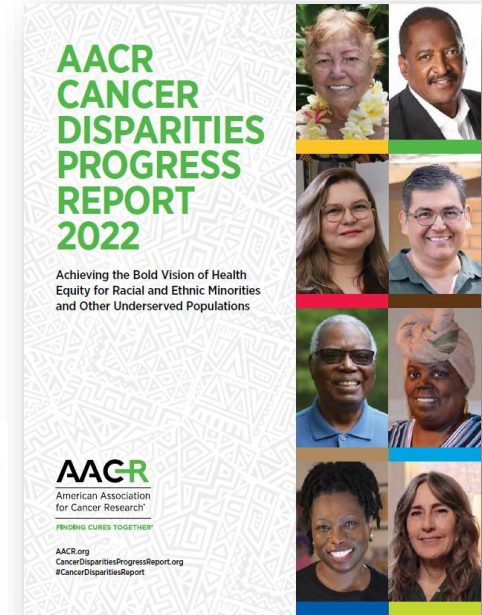
Exarchakou A et al. *BMJ*. 2018; 360: k764.

## ・米国: AACR

- ・2020年からプログ्रेसレポートを発行
- ・人種別の各種アウトカム、プロセス指標を分野別にカバー

・ Compared to the White population:

80% higher	AI/AN population has 80 percent higher incidence rate of kidney cancer
HIGHER incidence	Asian population has higher incidence of cancers caused by infectious agents
More than DOUBLE	Black population has more than double the mortality rate of multiple myeloma
More than DOUBLE	Hispanic population has more than double the mortality rate of liver cancer
3X mortality	NHOPI population has nearly 3 times the mortality rate of stomach cancer.

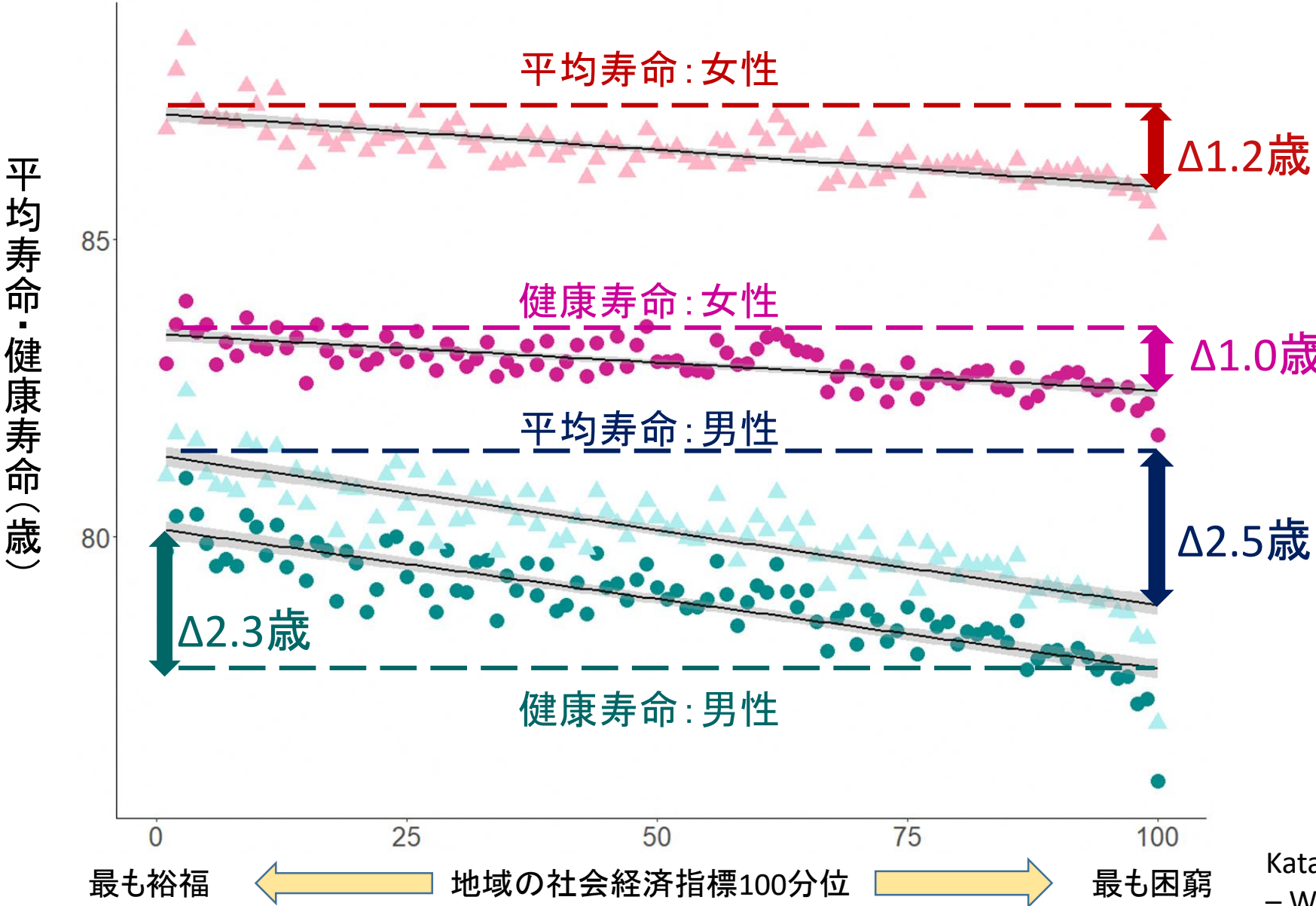


<https://cancerprogressreport.aacr.org/disparities/>





# 地域の社会経済指標による寿命の格差（2010-2014年）



※健康寿命の算出  
市区町村別の算出のため不健康な状態は「介護保険の要介護2以上」と定義した算出方法であり、健康日本21で使用されている健康寿命の算出方法とは異なる

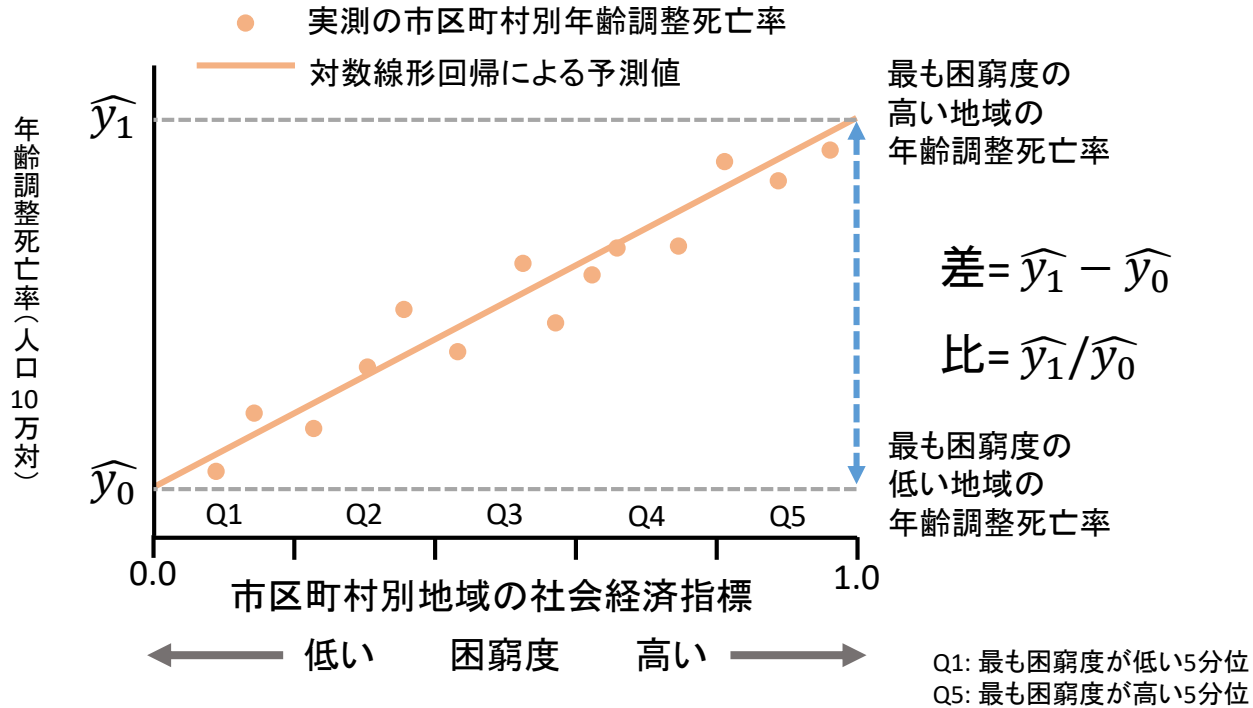
地域の社会経済指標  
(市区町村別指標)が  
悪いほど平均寿命・  
健康寿命が短い



# どの死因の格差が全体の死亡率格差に大きく寄与するか

Osaka Medical and Pharmaceutical University

## 【死亡率の格差の計測方法】



Nakaya T. and Ito Y. eds. The Atlas of Health Inequalities. Springer. 2019.

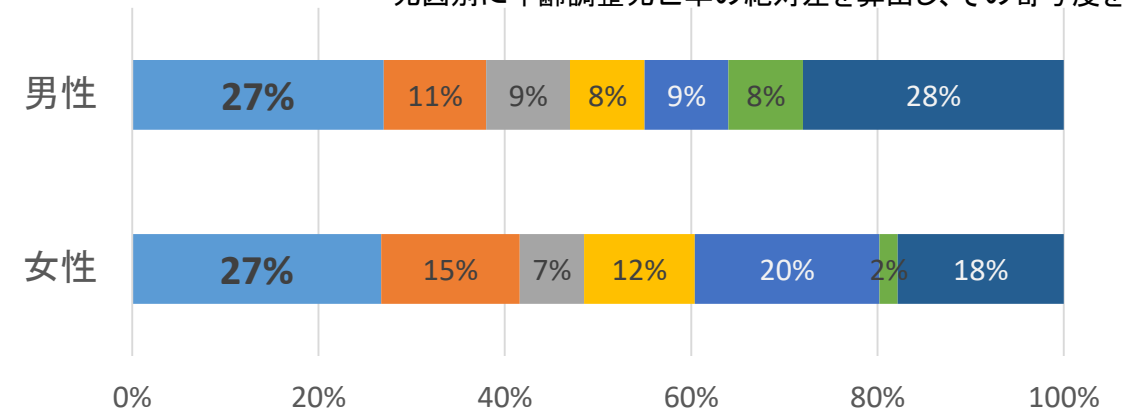
## ・全死亡の年齢調整死亡率の格差

- ・ 男性: 117人/人口10万
- ・ 女性: 30人/人口10万 (2010-2014年死亡)



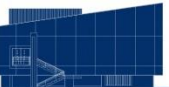
各死因別死亡率の格差が寄与する割合

死因別に年齢調整死亡率の絶対差を算出し、その寄与度を計算



■がん ■心疾患 ■脳血管障害 ■肺炎 ■不慮の事故 ■自殺 ■その他

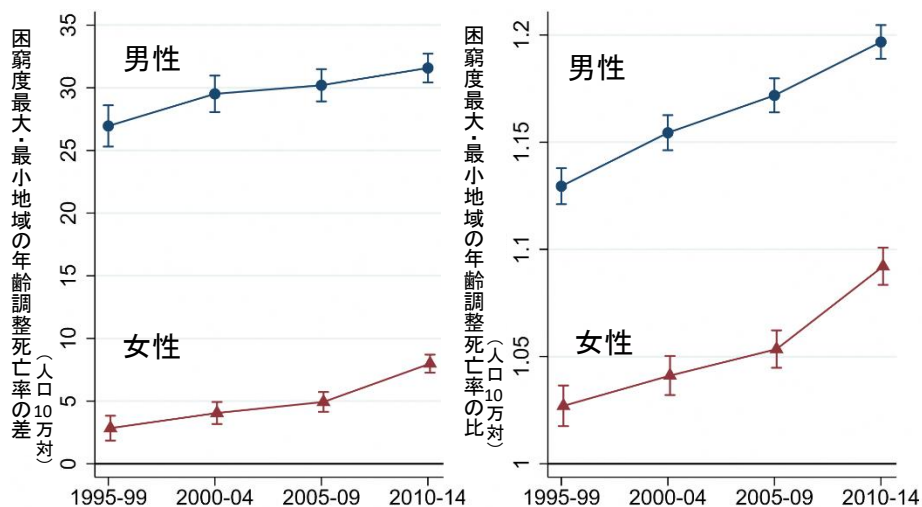
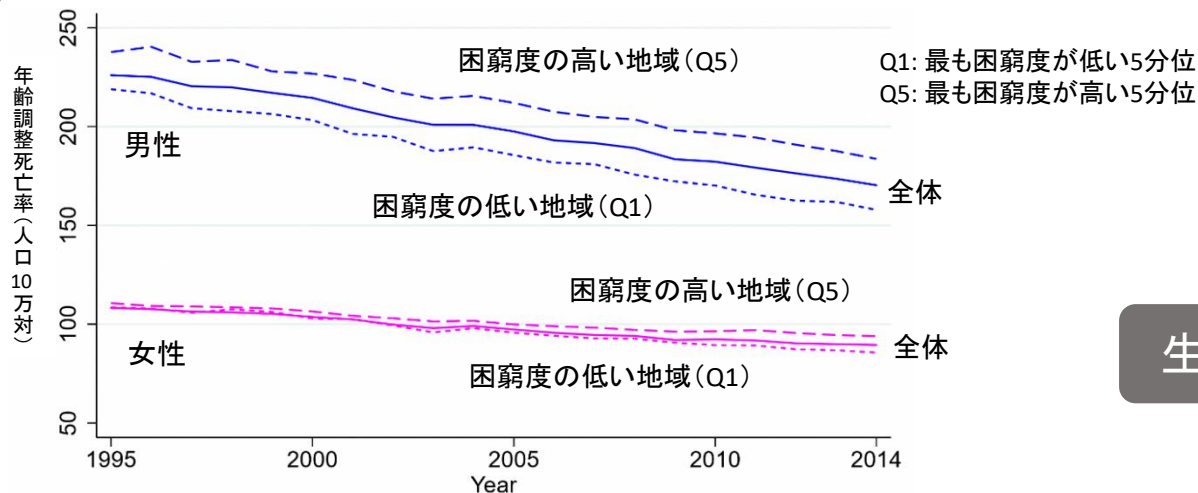
がん死亡の格差は全体の死亡率格差に大きく寄与している



# 日本におけるがんの格差

## 死亡率

### 全がん年齢調整死亡率の格差の推移



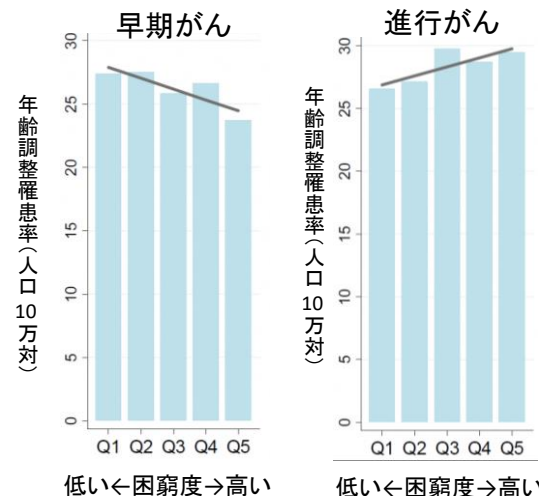
困窮度の高い地域と低い地域との全がん年齢調整死亡率の格差は絶対的にも相対的にも拡大傾向にある

Nakaya T. and Ito Y. eds. The Atlas of Health Inequalities. Springer. 2019.

## 罹患率

### 胃がん年齢調整罹患率の格差

大阪府がん登録  
1999-2004年診断症例



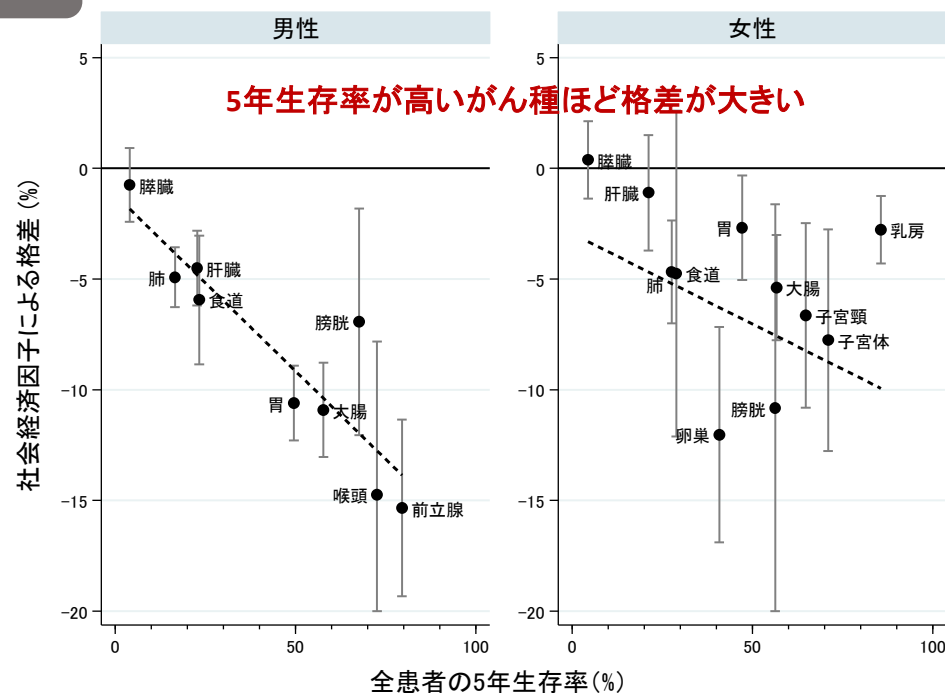
困窮度の高い地域では進行がんの罹患率が高い(早期がんが少ない)

伊藤ゆり. 癌と化学療法. 2020.

## 生存率

### がん患者の5年生存率の格差

大阪府がん登録  
1993-2004年診断症例



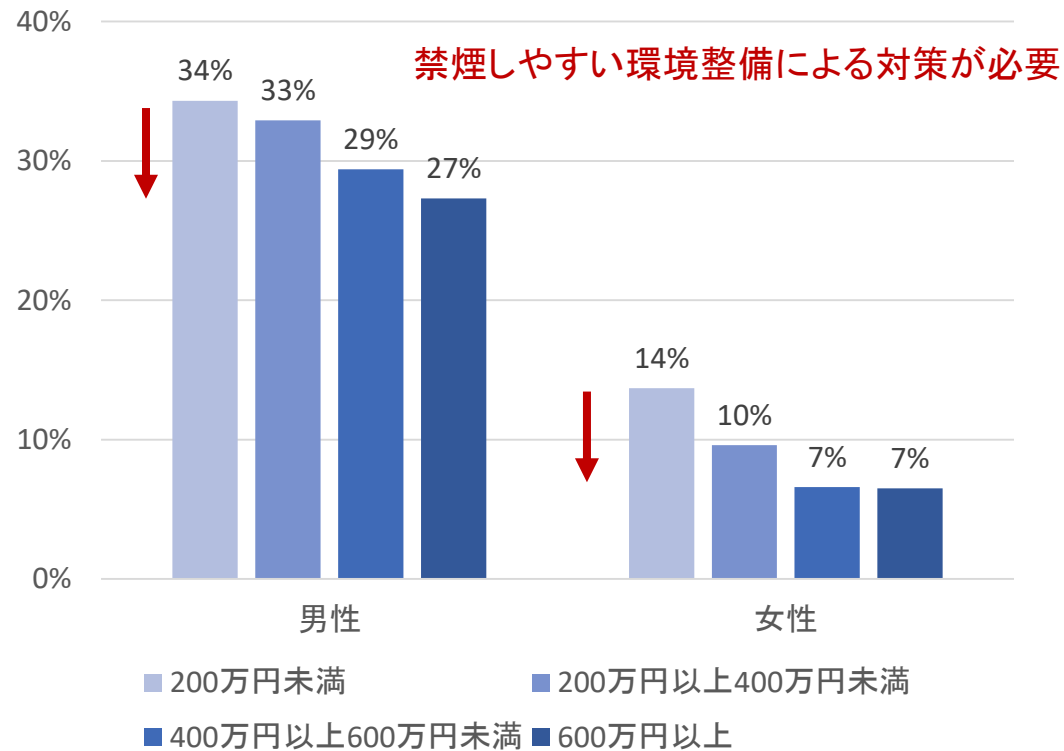
Ito Y. et al. Acta Oncologica 2014.

# がん予防・検診分野における格差

e-Statの公表集計値より

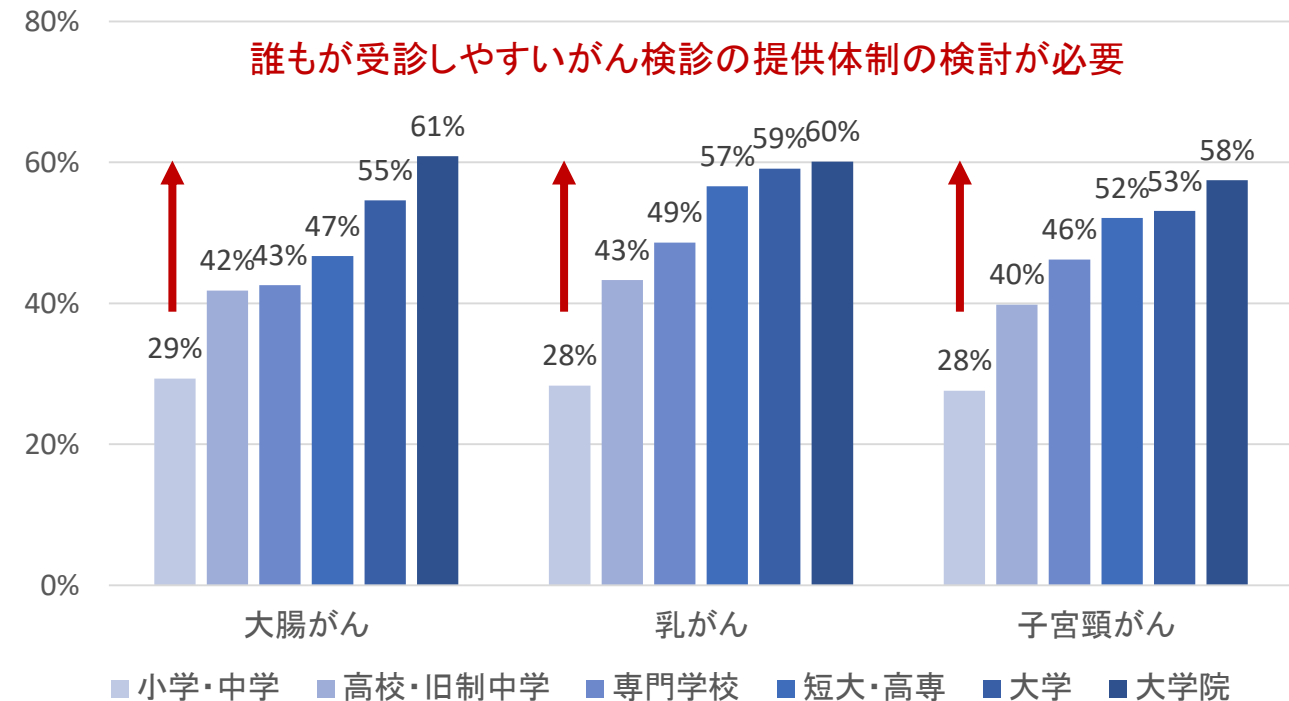
Osaka Medical and Pharmaceutical University

## 喫煙率 世帯収入別



2018年国民健康栄養調査 習慣的に喫煙している者の割合 世帯の年間収入別(年齢・世帯員数調整)

## がん検診受診率 最終学歴別



2019年国民生活基礎調査(健康票) がん検診受診状況(複数回答)、最終学歴別  
受診率は 受けた÷総数 で算出  
大腸がん、乳がんは40-69歳  
子宮頸がんは20-69歳  
乳がん、子宮頸がんは過去二年間



# がん医療・共生分野における格差

- 全国がん登録(2016年診断症例)
  - がん種別1年生存率に格差(地域の社会経済指標最も困窮度が低い地域Q1と高い地域Q5との差)
  - 例)白血病(男性):13ポイント、卵巣:4ポイント、肺(女性):4ポイント
- 患者体験調査(2018年)
  - 退職した割合(\*65歳未満で診断時収入のある仕事をしていた個人事業主以外)
  - 経済的理由による治療中止・変更した割合

		退職した*		経済的理由による 治療中止・変更	
		男性 (n=490)	女性 (n=1023)	男性 (n=3316)	女性 (n=3117)
全体		6.1%	12.4%	4.7%	4.2%
年齢	18-39歳	6.8%	8.6%	6.9%	12.1%
	40-64歳	6.1%	12.7%	8.0%	4.8%
診断時職業	正社員	4.0%	6.3%	8.5%	2.8%
	非正規雇用	16.3%	16.6%	5.7%	6.3%
	個人事業主	-	-	5.2%	4.1%
	無職	-	-	3.7%	4.1%

診断治療後の就労継続や経済的理由による治療中止・変更など、不利なサブグループの存在



患者の社会的な背景に基づく適切な支援の検討が必要



# 介入による格差縮小効果

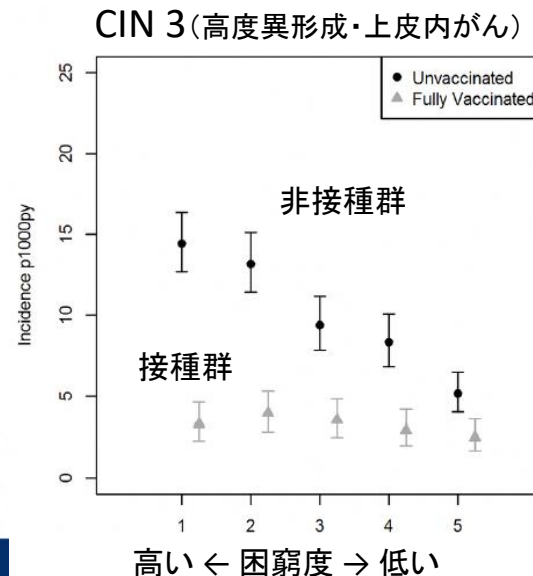
## • 子宮頸がん

HPVワクチンのない時代：格差拡大傾向

- 米国：教育期間が長い群で死亡率減少  
(Simard EP, et al. Cancer. 2012;118(20):5110-6.)
- フィンランド：職業に基づくSocial Classごとの子宮頸がん組織型別罹患率の推移  
→HPVと関連のある扁平上皮がんでは格差拡大  
(Pukkala E, et al. Acta Oncol. 2010;49(2):180-4.)

HPVワクチンの導入により格差縮小

- スコットランド：  
ワクチン非接種群では格差が大きく、接種群では格差が小さい  
(Cameron RL, et al. J Epidemiol Community Health 2017, 71(10):954-960.)



## • 米国デラウェア州 Screening for Life

- 黒人でがん死亡率や進行がん罹患率が高く、生存率が低かった
- たばこ会社が州に支払っている医療費返還訴訟の賠償金を活用して、無料のがん検診・治療キャンペーン
- がん検診を受けてもらうために「navigator」を組織して、検診受診率が低い地域のスーパーにチラシやブース設置、宗教的リーダーに依頼したり、検診車派遣したりした
- その結果、がん死亡率が州全体で下がり、特に黒人で顕著に減少

<https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/03/07/1084317639/delaware-is-shrinking-racial-gaps-in-cancer-death-its-secret-patient-navigators>





# まとめ

- 健康格差の縮小はすでに国内外の目標として設定されている
- 日本においても健康格差が生じており、特にがんでの格差が大きい
- 死亡率、罹患率、生存率などががん対策のアウトカム指標における格差が計測可能である
- 分野別目標における格差も存在し、各種施策介入による格差縮小のメカニズムを検討し、実装していく段階にある



がん対策推進協議会委員名簿

第80回がん対策推進協議会	参考資料 1
令和4年6月30日	

氏名	所属・役職
イイノ ナツコ 飯野 奈津子	ジャーナリスト
イケダ マミ 池田 真実	小児がん経験者の会 Fellow Tomorrow メンバー
イシオカ チカシ 石岡 千加史	東北大学大学院医学系研究科臨床腫瘍学分野教授 東北大学病院腫瘍内科長 公益社団法人日本臨床腫瘍学会理事長
オオガ ショウイチ 大賀 正一	九州大学大学院医学研究院成長発達医学分野教授 日本小児・血液がん学会理事長
オオニシ ヒロユキ 大西 啓之	特定非営利活動法人キュアサルコーマ理事長 一般社団法人日本希少がん患者会ネットワーク副理事長
オハラ マチコ 小原 眞知子	日本社会事業大学社会福祉学部教授 公益社団法人日本医療ソーシャルワーカー協会 副会長
キザワ ヨシユキ 木澤 義之	筑波大学附属病院病院教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
シゲマツ ナオユキ 茂松 直之	慶應義塾大学医学部放射線科学教室教授 公益社団法人日本放射線腫瘍学会理事長
タニグチ エイサク 谷口 栄作	島根県健康福祉部医療統括監
ツルオカ ユウコ 鶴岡 優子	つるかめ診療所所長 日本在宅医療連合学会理事
ドキ ユウイチロウ 土岐 祐一郎	大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学教授 日本癌治療学会理事長
ナカガマ ヒトシ 中釜 斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
ネギシ モトミ 根岸 茂登美	藤沢タクシー株式会社代表取締役
ハセガワ カズオ 長谷川 一男	特定非営利活動法人肺がん患者の会ワンステップ理事長 日本肺がん患者連絡会理事長
ハトリ ユタカ 羽鳥 裕	元公益社団法人日本医師会常任理事
ヒサムラ カズホ 久村 和穂	学校法人金沢医科大学医学部公衆衛生学非常勤講師 石川県がん安心生活サポートハウス ソーシャルワーカー 一般社団法人日本サイコオンコロジー学会代議員
マツダ カズオ 松田 一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長 一般社団法人日本消化器がん検診学会監事
ミカミ ヨウコ 三上 葉子	東京女子医科大学病院脳神経外科家族の会「にじいろ電車」代表
モリウチ ミネコ 森内 みね子	公益社団法人日本看護協会 常任理事
ヤマグチ ケン 山口 建	静岡県立静岡がんセンター総長

第 80 回がん対策推進協議会	参考資料 2
令和 4 年 6 月 30 日	

## がん対策推進基本計画

平成 3 0 年 3 月





## 目次

はじめに.....	1
<b>第 1 全体目標 .....</b>	<b>3</b>
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 .....	3
2. 患者本位のがん医療の実現 .....	3
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 .....	3
<b>第 2 分野別施策と個別目標 .....</b>	<b>4</b>
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 .....	4
(1) がんの 1 次予防 .....	4
(2) がんの早期発見及びがん検診（2 次予防） .....	11
2. 患者本位のがん医療の実現 .....	16
(1) がんゲノム医療 .....	16
(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実 .....	20
(3) チーム医療の推進 .....	27
(4) がんのリハビリテーション .....	28
(5) 支持療法の推進 .....	29
(6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策） .....	30
(7) 小児がん、AYA 世代のがん及び高齢者のがん対策 .....	33
(8) 病理診断 .....	36
(9) がん登録 .....	38
(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 .....	40
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 .....	43
(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 .....	43
(2) 相談支援及び情報提供 .....	50
(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 .....	54

(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） .....	57
(5)    ライフステージに応じたがん対策 .....	65
4.    これらを支える基盤の整備 .....	68
(1)    がん研究 .....	68
(2)    人材育成 .....	71
(3)    がん教育・がんに関する知識の普及啓発 .....	73

### 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 ....75

1.    関係者等の連携協力の更なる強化 .....	75
2.    都道府県による計画の策定 .....	75
3.    がん患者を含めた国民の努力 .....	75
4.    患者団体等との協力 .....	76
5.    必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 .....	76
6.    目標の達成状況の把握 .....	77
7.    基本計画の見直し .....	77

## 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 27（2015）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 人が罹患す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。

我が国においては、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 年総合戦略」、平成 6（1994）年に策定された「がん克服新 10 年戦略」、平成 16（2004）年に策定された「第 3 次対がん 10 年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。また、平成 26（2014）年からは、「がん研究 10 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、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年 4 月に施行された。また、同年 6 月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第 1 期の「がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」が策定された。

第 1 期（平成 19（2007）年度～平成 23（2011）年度）の基本計画では、「がん診療連携拠点病院」の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第 2 期（平成 24（2012）年度～平成 28（2016）年度）の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、死亡率の低下や 5 年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、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るため、平成 27（2015）年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 10 年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんにかか<sup>かか</sup>る国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんにかかった場合

にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であること等が明らかとなってきた。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「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」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民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。

本基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第 7 項の規定に基づき、第 2 期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策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、その実行期間については、平成 29（2017）年度から平成 34（2022）年度までの 6 年程度を一つの目安として定める。また、本基本計画では、「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。」ことを目標とする。

今後は、本基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要である。

## 第1 全体目標

がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、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受け、尊厳を持って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」及び「がんとの共生」を3つの柱とし、平成29（2017）年度から平成34（2022）年度までの6年程度の期間の全体目標として、以下の3つを設定する。

### 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防する～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・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、がんの死亡者の減少を実現する。

### 2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

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

### 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～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を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就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、安心して生活し、尊厳を持って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。

## 第2 分野別施策と個別目標

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

がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの約40%は予防できるため、がん予防は、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<sup>1)</sup>」とされており、より積極的にがん予防を進めていくことによって、避けられるがんを防ぐことが重要である。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、がんのリスクの減少（1次予防）、国民が利用しやすい検診体制の構築、がんの早期発見・早期治療（2次予防）の促進を図るとともに、予防・検診に関する取組を進めることによって、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者や死亡者の減少を実現する。

#### （1）がんの1次予防

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は、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、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など、様々なものがある。近年、がん予防・健康寿命の延伸については、日本人のエビデンスの蓄積が進んでいるが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

#### ＜がんの予防法<sup>2)</sup>＞

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

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

<sup>2)</sup> 国立がん研究センターの「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」を参照。

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

## ① 生活習慣について

### （現状・課題）

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となっていることが知られている。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要である。我が国においては、これまで、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく受動喫煙防止対策を行ってきた。平成17（2005）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効されたことから、我が国も、同条約の締約国として、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を記載した通知の発出、たばこ税率の引上げ等の対策を行った。平成24（2012）年からは、新たな「21世紀における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」こと等について目標を定め、取組を進めている。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）年）から18.2%（平成27（2015）年）に減少した<sup>3</sup>。しかし、第2期基本計画において掲げている「平成34（2022）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%とすること」という目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準<sup>4</sup>にあり、喫煙率減少のための更なる取組が求められている。

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検討会報告書<sup>5</sup>」の中で、我が国では、能動喫煙によって年間約13万人が死亡していること

<sup>3</sup> 平成27（2015）年「国民健康・栄養調査」

<sup>4</sup> このほか参考として、平成26（2014）年度実施分の特定健診データのうち標準的な質問票の回答（約2,600万人分）を分析したところ、特定健康診査受診者の喫煙率は23.0%（男性34.2%、女性9.4%）。特に40～44歳の男性の喫煙率が41.1%と高い。

<sup>5</sup> 厚生労働省健康局長の下に設置した「喫煙の健康影響に関する検討会」（座長：祖父江友孝）において、平成28（2016）年8月にとりまとめたもの。



や、肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されている。また、同報告書では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。さらに、受動喫煙を原因と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の推計がなされており、がんの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。

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%となっている。また、職場における受動喫煙防止対策については、平成27（2015）年6月に施行された改正労働安全衛生法によって、受動喫煙防止対策が事業者の努力義務となったが、平成27（2015）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、職場で受動喫煙の機会を有する者の割合は30.9%となっており、更なる対策が必要となっている。

また、平成27（2015）年11月には、「2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための基本方針」（以下「オリパラ基本方針」という。）が閣議決定され、「受動喫煙防止対策については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する」とされている。これを踏まえ、現在、政府内において、平成32（2020）年東京オリンピック・パラリンピック競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策の徹底のための検討が進められている。

飲酒、身体活動、体形や食生活等の生活習慣については、「健康日本21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきたが、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者<sup>6</sup>の割合、運動習慣のある者<sup>7</sup>の割合及び野菜の摂取量については、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。

（参考）

・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（平成27年のデータ。（ ）内

<sup>6</sup> 「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。

<sup>7</sup> 「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。

は平成 24 年のデータ。)

男性 13.9 (14.7) % 女性 8.1 (7.6) %

・運動習慣のある者の割合 (平成 27 年のデータ。( ) 内は平成 24 年のデータ。)

男性 37.8 (36.1) % 女性 27.3 (28.2) %

・野菜の摂取量 (平成 27 年のデータ。( ) 内は平成 24 年のデータ。)

293.6 (286.5) g

### (取り組むべき施策)

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、特定保健指導等の様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。加えて、禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル (第二版)」の周知を進めるとともに、内容の充実を図る。

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状況を踏まえつつ、関係省庁が連携して、必要な対策を講ずる。

受動喫煙の防止については、オリパラ基本方針も踏まえ、受動喫煙防止対策を徹底する。

さらに、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、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

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、

- ・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。
- ・身体活動量が少ない者の割合を低下させる。
- ・適正体重を維持している者の割合を増加させる。
- ・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割合を減少させる。

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・プロジェクト<sup>8</sup>、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り組む。

---

<sup>8</sup> 「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。

## ② 感染症対策について

### （現状・課題）

発がんに関与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も発がんに関与する因子となっている<sup>9</sup>。発がんに関与するウイルスや細菌としては、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「HPV」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）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。）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等がある。

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患率<sup>10</sup>は、平成14（2002）年は、人口10万人あたり9.1であったものが、平成24（2012）年には、11.6と増加傾向にあり、国は、これまでHPVワクチンの定期接種化等を行うなど、子宮頸がんの予防対策を行ってきた。

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（2016）年10月から実施）や、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。平成23（2011）年度の調査<sup>11</sup>によると、検査を受けたことがある者は、国民の約半数にとどまっている。また、検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない者もいる。

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

胃がんについては、胃がんの年齢調整死亡率<sup>12</sup>は、人口10万人あたり40.1（昭

<sup>9</sup> 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

<sup>10</sup> 「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したり、同じ集団の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。

<sup>11</sup> 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>

<sup>12</sup> 「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したり、同じ集団の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。

和 50（1975）年）から 10.1（平成 27（2015）年）へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第 3 位<sup>13</sup>となっており、引き続き対策が必要である。なお、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あるかどうかについては、まだ明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている<sup>14</sup>。

#### （取り組むべき施策）

HPV ワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的に判断していく。

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。また、B 型肝炎については、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）による定期の予防接種を着実に推進するとともに、ウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を、引き続き推進していく。

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き取り組む。

胃がんについては、胃がんの罹患率が減少していること等を踏まえ、国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

#### 【個別目標】

喫煙率については、「健康日本 21（第二次）」と同様、平成 34（2022）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% とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び 20 歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

2020 年東京オリンピック・パラリンピックに向けて受動喫煙対策を徹底し、本基本計画の計画期間中において、望まない受動喫煙のない社会をできるだけ

---

<sup>13</sup> 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

<sup>14</sup> 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

早期に実現することを目標とする。

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%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（ ）内は、平成27年のデータ。

## （２） がんの早期発見及びがん検診（２次予防）

がん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がん罹患している者を早めに発見し、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の検討会<sup>15</sup>を開催するなど、科学的根拠に基づくがん  
検診の実施を推進してきた。

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。  
以下同じ。）の事業が行われており、職域におけるがん検診としては、保険者  
や事業主による検診が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、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死  
亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上及び精度管理の更  
なる充実が必要不可欠である。

### ① 受診率向上対策について

#### （現状・課題）

国は、これまで、平成 28（2016）年度までに、がん検診受診率を 50%以上に  
することを目標に掲げ、がん検診無料クーポンや検診手帳の配布、市町村と企  
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。地方公共  
団体においても、普及啓発活動や様々な工夫によって、がん検診の受診率の向  
上を図るための取組が行われてきた。

しかしながら、現状のがん検診の受診率は 30～40%台<sup>16</sup>であり、いずれのがん  
も、第 2 期基本計画における受診率の目標値（50%。胃、肺、大腸については  
当面 40%）を達成できていない。欧州では、公共政策として、乳がん・子宮頸  
がんを中心に、組織型検診<sup>17</sup>といわれる検診の実施体制が整備されており、高い  
検診受診率を維持している国もあるが、我が国のがん検診の受診率は、依然と  
して、諸外国に比べて低い状況にあり、引き続き、対策を講ずる必要がある。

<sup>15</sup> 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に設置した「がん検診のあり方に関する検  
討会」（座長：大内憲明）

<sup>16</sup> 平成 28（2016）年「国民生活基礎調査」

<sup>17</sup> 「組織型検診」とは、がんの死亡率減少をより確実にするために、欧州で公共政策とし  
て行われている検診のこと。なお、「組織型検診」の基本条件として、①対象集団の明確化、  
②対象となる個人が特定されている、③高い受診率を確保できる体制、④精度管理体制の  
整備、⑤診断・治療体制の整備、⑥検診受診者のモニタリング、⑦評価体制の確立、が挙  
げられている（国立がん研究センターがん情報サービス「がん検診について」）。

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（内閣府）（平成 28（2016）年）」等において、「受ける時間がないから」、「健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を受診できるから」等が挙げられており、がん検診についての正しい認識を持ち、正しい行動を取ってもらうよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められている。

### （取り組むべき施策）

国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。

市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。

また、国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用にも努める。

## ② がん検診の精度管理等について

### （現状・課題）

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要である。組織型検診といわれる検診の実施体制が整備されている国では、高い精度管理を維持し、がん死亡率減少に成功している例もある。一方、我が国においては、市町村が住民を対象として実施するがん検診について、精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加しているものの、十分とは言えない状況にある。また、職域において、被保険者等を対象として行うがん検診については、精度管理ができる体制は整備されていない。市町村及び職域における全てのがん検診について、十分な精

度管理を行うことが必要である。

がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査が必要と判定された受診者が、その後、実際に精密検査を受診することが必要であるが、本来 100% であるべき精密検査受診率（精密検査受診者数／要精密検査者数）は、およそ 65～85%<sup>18</sup>にとどまっている。

指針<sup>19</sup>に定められていないがん検診については、当該検診を受けることによる合併症や過剰診断等の不利益が利益を上回る可能性があるが、平成 28（2016）年度の市町村におけるがん検診の実施状況調査集計結果によれば、指針に定められていないがん種に対するがん検診を実施している市町村は、全体の 85.7%（1,488 市町村）となっている。

#### （取り組むべき施策）

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がん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会<sup>20</sup>の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。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に取り組む。

国、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、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及びがんだけでなくがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。

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、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を進め、必要に応じて導入を目指す。

---

<sup>18</sup> 平成 27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

<sup>19</sup> 「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）

<sup>20</sup> 「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の動向を把握し、また、市町村、医療保険者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。



### ③ 職域におけるがん検診について

#### （現状・課題）

職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の 30～60%程度（胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%）<sup>16</sup>が受けているものであるが、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いるものであり、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

職域におけるがん検診については、対象者数、受診者数等のデータを定期的に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理を行うことが困難である。

#### （取り組むべき施策）

国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。

保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。

国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。

#### 【個別目標】

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を 50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

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

## 2. 患者本位のがん医療の実現

### ～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を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・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。さらに、ゲノム情報や臨床情報を収集し分析することで、革新的医薬品等の開発を推進し、がんの克服を目指す。

#### (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<sup>21</sup>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、7.5 万人 (10 万ゲノム) のゲノム配列を解読し、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、環境及び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、健康・医療戦略推進本部の下に設置されている「ゲノム医療実現推進協議会」の中間とりまとめ (平成 27 (2015) 年 7 月) において、ゲノム医療の実現が近い領域のひとつとして、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」の意見とりまとめにおいては、遺伝子関連検査の品質・精度の確保、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<sup>22</sup>や臨床情報等とゲノム情報を統合したデータベースの構築といった基盤整備や、次世

<sup>21</sup> 「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もとにして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

<sup>22</sup> 「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。

代シーケンサー<sup>23</sup>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る研究事業が進められている。また、拠点病院等<sup>24</sup>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も行われている。さらに、平成 29 (2017) 年 3 月より、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の下に設置された「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」において、最新のがんゲノム医療を提供する仕組みを構築するために必要な機能や役割について検討され、同年 6 月に報告書がとりまとめられた。

今後、拠点病院等や小児がん拠点病院において、がんゲノム医療を実現するためには、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える体制の整備等を進めていく必要がある。また、遺伝カウンセリングを行う者等のがんゲノム医療の実現に必要な人材の育成やその配置を進めていく必要がある。

希少がん、小児がん及び難治性がんをはじめとして、全てのがんについて、ゲノム医療によって得られた情報を集約し、革新的治療薬の開発や個人に最適化された治療選択等に活用できる仕組みを構築する必要性が指摘されている。

ゲノム情報の取扱いについて、患者、その家族及び血縁者が安心できる環境を整備していくことも求められている。

#### （取り組むべき施策）

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「ゲノム医療実現推進協議会」、「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」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の議論も踏まえ、本基本計画に基づき、具体的な取組を進める。

国は、本基本計画に基づき、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（「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）」）の整備及び拠点病院等や小

---

<sup>23</sup> 「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。

<sup>24</sup> 本基本計画における「拠点病院」とは、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、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。また、「拠点病院等」とは、「拠点病院」と地域がん診療病院の総称を指す。

児がん拠点病院を活用したがんゲノム医療提供体制の構築を進める。これによって、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。患者・家族の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備も進める。

国は、質の高いゲノム医療を提供するため、質と効率性の確保されたゲノム解析機関や、ゲノム解析結果を解釈する際の基礎情報となる「がんゲノム知識データベース（仮称）」を構築するための基盤を、民間事業者の参画を得て整備する。

国は、がんゲノム医療の実現に向けて、遺伝子関連検査（遺伝子パネル検査等）の制度上の位置づけや、条件付き早期承認による医薬品の適応拡大等を含めた施策の推進等の薬事承認や保険適用等の適切な運用等を検討する。

国は、関係機関等と連携し、医療の現場で遺伝カウンセリングに関わる人材等のがんゲノム医療に必要な人材の育成を推進し、適切な配置がなされるよう、必要な支援を行う。また、ゲノム情報解析を専門的に行うバイオインフォマティシャン、人工知能の研究開発に携わる技術者等の医療従事者以外の人材育成についても検討を行う。

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院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発するため、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行う。併せて、集約したゲノム情報等を管理・運用し、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「がんゲノム情報管理センター（仮称）」を整備する。さらに、治験・臨床試験情報の集約、医師主導治験等の支援を行い、小児がん、希少がん及び難治性がんをはじめとした全てのがんに対する治療開発を加速させる。

国は、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ノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備を進める。

国は、患者・国民を含めたゲノム医療の推進に係る関係者が、それぞれの立場で運営に参画する「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成し、それぞれの機能や役割を継続的に確認しながら、意見の集約、事業者等の審査、国等

への意見具申等を行う体制を構築する。

**【個別目標】**

国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、「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」や「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」の報告書を踏まえ、本基本計画に基づき、段階的に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成すること、2年以内に拠点病院等の見直しに着手することなど、がんゲノム医療を提供するための体制整備の取組を進める。

## （２） がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

がん医療の進歩は目覚ましく、平成 18（2006）年から平成 20（2008）年までに診断された全がんの 5 年相対生存率<sup>25</sup>は 62.1%と、3 年前（58.6%）に比べて 3.5%上昇しており、年齢調整死亡率も、1990 年代後半から低下傾向にある。一方、膵がん、肺がん及び肝がんの 5 年相対生存率は、それぞれ、7.7%、31.9% 及び 32.6%となっており、依然として 5 年相対生存率が低いがん種もある。

### 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、制度の持続可能性等）

#### （現状・課題）

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や緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）の提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの普及に努めてきた。また、拠点病院等を中心に、がんセンターボード<sup>26</sup>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、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、がん医療の均てん化を進めてきた。

しかしながら、標準的治療の実施や相談支援の提供など、拠点病院等に求めら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。

また、近年、医療安全に関する問題が指摘されているが、拠点病院等においても事故が度々報告されるなど、医療安全に関する取組の強化が求められている。

医療技術の発達により、革新的ではあるが非常に高額な治療法が出現してい

---

<sup>25</sup> 「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、生まれた年及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』）。

<sup>26</sup> 「がんセンターボード」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。

る。一部のがん種に対する新たな選択肢としてそうした治療法が期待されているが、近年の厳しい財政事情の下で、制度の持続可能性も考慮することが必要である。

### （取り組むべき施策）

国は、がん医療提供体制について、これまで、拠点病院等を中心とした体制を整備してきた現状を踏まえ、引き続き、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及びがんサージカルボードの実施等の、均てん化が必要な取組に関して、拠点病院等を中心とした取組を進める。

国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた他の医療機関との比較、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調査等の方策について検討する。

国は、拠点病院等の整備指針の要件を満たしていない可能性のある拠点病院等に対する指導方針や、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検討する。

国は、拠点病院等の要件の見直しに当たっては、ゲノム医療、医療安全、支持療法<sup>27</sup>など、新たに追加する事項を検討する。なお、ゲノム医療、一部の放射線療法、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、患者のアクセス、病院の特徴や規模など、地域の状況に十分配慮した上で、がん医療における診療機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置など、一定の集約化のあり方について検討する。

国は、国民皆保険の持続性を確保しつつ、医療技術の一層の向上を図り、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、がん治療への国民負担の軽減と医療の質の向上に関する必要な取組を、患者の声を聴きながら実施する。

---

<sup>27</sup> 「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、治療及びケアのこと。



## ② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法）

### （ア） 手術療法について

#### （現状・課題）

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行ってきた。

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。

一方、手術療法に関連する合併症の軽減など、更なる治療成績の向上を図るため、平成 23（2011）年より、一般社団法人日本外科学会等の外科系諸学会では、症例登録のデータベース（National Clinical Database<sup>28</sup>。以下「NCD」という。）の構築を開始した。

また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん及び高度進行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があることから、対応可能な医療機関が偏在しており、今後は、医療提供体制を整備していくことが求められる。

#### （取り組むべき施策）

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

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。また、安全かつ新たな治療法に資する医療機器の開発を推進する。

関係団体は、NCDを活用するなど、手術療法の質の担保と向上を図る。

国は、関係団体と協力し、定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや

---

<sup>28</sup> 「National Clinical Database」とは、外科手術情報等のデータベースのこと。なお、一般外科医が行う手術の95%以上の情報（参加4,000施設以上。年間120数万件）が登録されており、施設等のベンチマークや、手術を受ける患者のリスク予測等への応用が可能となっている。

難治性がん等について、患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築するとともに、当該仕組みの情報提供を行う。また、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。

## **(イ) 放射線療法について**

### **(現状・課題)**

放射線療法については、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した医療従事者の配置や、リニアック等の機器の整備など、集学的治療を提供する体制の整備が行われてきた。粒子線治療等の新たな医療技術については、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。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わる専門職の必要性が指摘されている。

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、今後の方向性としては、各がん種における有効性・安全性や費用対効果を十分に検証し、より効率的な利用を進めていく必要がある。

核医学治療（R I :Radioisotope 内用療法<sup>29</sup>等）の体制については、近年、有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など、体制面が不十分との指摘がある。

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及が必要との指摘がある。

### **(取り組むべき施策)**

国は、標準的な放射線療法の提供体制について、引き続き、均てん化を進める。強度変調放射線治療や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、都道府県を越えた連携体制や医学物理士<sup>30</sup>等の必要な人材のあり方について検討する。

---

<sup>29</sup> 「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。

<sup>30</sup> 「医学物理士」とは、一般財団法人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 日時点で 958 名。

関係団体は、公益社団法人日本放射線腫瘍学会等で行われている症例登録のデータベース（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進する。

国は、関係団体等と連携しながら、核医学治療について、当該治療を実施するために必要な施設数、人材等を考慮した上で、核医学治療を推進するための体制整備について総合的に検討を進める。

国及び関係団体は、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」をがん治療の選択肢の一つとして普及させるため、当該療法に関することを緩和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啓発を進める。

## **（ウ） 薬物療法について**

### **（現状・課題）**

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、薬剤師、看護師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努めてきた。

薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来で受け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、新規薬剤への対応等の負担が増大している。

### **（取り組むべき施策）**

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

国は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、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体制を強化するために必要な施策を講ずる。

国は、患者の病態に応じた適切な薬物療法を提供するため、専門的な医師や薬剤師、看護師、がん相談支援センターの相談員等の人材育成、適正配置に努める。また、それらの専門職等が連携し、患者に適切な説明を行うための体制整備に努める。

## (エ) 科学的根拠を有する免疫療法について

### (現状・課題)

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剤<sup>31</sup>」等の免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっている。

しかしながら、免疫療法と称しているものであっても、十分な科学的根拠を有する治療法とそうでない治療法があり、これらは明確に区別されるべきとの指摘がある。国民にとっては、このような区別が困難な場合があり、国民が免疫療法に関する適切な情報を得ることが困難となっているとの指摘がある。

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ており、その管理には専門的な知識が求められている。

免疫療法については、近年、新たな作用機序を持つ抗体医薬品など、単価が高く市場が大きい医薬品が登場している。

### (取り組むべき施策)

国は、薬事承認を受けた免疫療法が提供される際には、安全で適切な治療・副作用対策が行われるよう、関係団体等が策定する指針等に基づいた適切な免疫療法の実施を推進する。関係団体は、免疫療法の科学的根拠の形成に努める。

国は、免疫療法に関する適切な情報を患者や国民に届けるため、情報提供のあり方について、関係団体と連携して検討を行う。

国は、革新的であるが非常に高額な医薬品について、適切で、効果的な使用のあり方を検討し、周知を図る。

---

<sup>31</sup> 「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。

**【個別目標】**

国は、新たながん医療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて拠点病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。

国は、がん医療の質の担保と効率的・効果的な推進に資するため、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法に関するそれぞれの専門的な学会が、それらの治療法に関する最新の情報について互いに共有した上で、周知啓発を行うよう要請する。

### **（３） チーム医療の推進**

#### **（現状・課題）**

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で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る。

これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、カ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関と薬局との連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制を整備してきた。

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、がん治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化によって、状況に応じた最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、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療を提供することが求められている。

#### **（取り組むべき施策）**

国は、拠点病院等における医療従事者間の連携を更に強化するため、カンサーボードへの多職種の参加を促す。また、専門チーム（緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等）に依頼する等により、一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、在宅での療養支援も含めて患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備する。

#### **【個別目標】**

国は、がん患者が入院しているときや、外来通院しながら在宅で療養生活を送っているときなど、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医療の体制を強化する。

## **(4) がんのリハビリテーション**

### **(現状・課題)**

がん治療の影響から、患者の嚥下<sup>えんげ</sup>や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じることがある。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、著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

平成 19 (2007) 年から平成 25 (2013) 年にかけて行われた「が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、がんに関わる医療従事者を対象とした研修プログラムの開発、研修会等が実施された。

「第 2 期基本計画中間評価 (平成 27 (2015) 年) (以下「中間評価」という。)」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況にある。

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、リハビリテーションが必要との指摘がある。

### **(取り組むべき施策)**

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、リハビリテーションを含めた医療提供体制のあり方を検討する。

### **【個別目標】**

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聴きながら、拠点病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3 年以内に検討し、その結果について、拠点病院等での普及に努める。

## （５） 支持療法の推進

### （現状・課題）

がん患者の実態調査<sup>32</sup>によって、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、この 10 年で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。

がん種別に見ると、胃がん患者については、胃切除術後の食事や体重減少に、乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者については、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となっている。

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。

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十分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治療が確立していない状況にある。

### （取り組むべき施策）

国は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の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、適切な診療の実施に向けた取組を行う。

### 【個別目標】

国は、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ＱＯＬ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。

---

<sup>32</sup> 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 <https://www.sccchr.jp/book/houkokusho.html> を参照。



## （６） 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

希少がん及び難治性がんに関する研究については、平成 28（2016）年の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ものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。希少がんについては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院による連携の強化等を行うとともに、それらを広く周知することが必要である。難治性がんについては、有効性の高い診断・治療法の研究開発、そのための人材育成の体制整備等が求められている。

### ① 希少がんについて

#### （現状・課題）

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必要とされた。

平成 27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」においては、希少がんを「概ね罹患率人口 10 万人当たり 6 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」がん種と定義し、医療や支援のあり方に関する検討を行った<sup>33</sup>。

また、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ループ」を設置し、当該ワーキンググループにおいて、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や提供のための対策等について検討している。

希少がん診療の集約化は進めるべきであるが、患者のアクセスへの懸念、専門施設と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院とのシームレスな連携の必要性、専門的知識を有する質の高い医療従事者を継続的に育成するシステムの必要性、

---

<sup>33</sup> 詳細な課題及び取り組むべき対策については「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」を参照。 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095430.html>

各々の希少がんを専門とし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。

#### （取り組むべき施策）

国は、希少がんに関する情報を集約・発信する体制、全国のがん相談支援センターとの連携体制及び病理コンサルテーションシステム<sup>34</sup>等を通じた正確・迅速な病理診断を提供する体制を整備する。また、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、医療従事者の育成、基礎研究の支援、効率の良い臨床試験の実施等について、中核的な役割を担う医療機関を整備する。

国は、各々の希少がんに関し、状況に応じた適切な集約化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」等の議論を踏まえ、検討を行う。中核的な役割を担う医療機関は、関係機関、学会及び患者団体と協力し、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集し公表する。国は、患者の集約や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対策を講ずる。

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、薬物療法及び免疫療法の充実とともに、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う、国は、学会、臨床研究団体、患者団体等との連携を一層強化し、基礎研究から臨床研究までの一貫した研究・治療法の開発を推進する。

## ② 難治性がんについて

#### （現状・課題）

平成 18（2006）年から平成 20（2008）年までに診断された全がんの 5 年相対生存率は 62.1%と、その 3 年前（58.6%）に比べて 3.5%上昇しているが、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等の性質を持ち、5 年相対生存率が改善されていない膵がんやスキルス胃がんのような、いわゆる

---

<sup>34</sup> 「病理コンサルテーションシステム」とは、病理診断が困難である症例の診断確定等について、全国の拠点病院等の病理医から、各種がんに精通する病理医に相談（コンサルテーション）するシステムのこと。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。

る難治性がんは、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっている。

#### **（取り組むべき施策）**

国は、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越えた人材育成の体制整備を促進する。

国は、難治性がんの研究を推進するに当たっては、その研究結果が、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につながるようなネットワーク体制を整備する。

国は、難治性がんについて、有効性が高く革新的な診断法・治療法を創出するため、ゲノム医療やリキッドバイオプシー<sup>35</sup>等を用いた低侵襲性診断技術や早期診断技術、治療技術等の開発を推進する。

#### **【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、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備する。

国は、希少がん及び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、国際的な研究ネットワークの下で行うなど、がん研究を推進するための取組を開始する。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ための体制づくりを進める。

---

<sup>35</sup> 「リキッドバイオプシー」とは、主にがんの領域で、針等を使って腫瘍組織の一部を直接採取する従来の生検（バイオプシー）に代えて、血液等の体液サンプルに含まれているがん細胞やがん細胞由来のDNA等を使って診断する技術のこと。

## (7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、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・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、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症<sup>36</sup>への対応が必要である。

高齢者のがん対策については、特に、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。

### ① 小児がんについて

#### (現状・課題)

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を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に、平成25(2013)年2月に、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る診療体制の構築を進めてきた。

しかしながら、脳腫瘍のように標準的治療が確立しておらず診療を集約化すべきがん種と、標準的治療が確立しており一定程度の診療の均てん化が可能ながん種とを整理することが求められている。また、提供体制については、小児がん拠点病院と地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークや、患者・家族の希望に応じて在宅医療を実施できる支援体制の整備が求められている。

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

---

<sup>36</sup> 「晩期合併症」とは、がんの治療後における治療に関連した合併症又は疾患そのものによる後遺症等を指し、身体的な合併症と心理社会的な問題がある。特に、成長期に治療を受けた場合、臓器障害や、身体的発育や生殖機能の問題、神経・認知的な発達への影響など、成人とは異なる問題が生じることがある。

### （取り組むべき施策）

国は、小児がん等の更なる生存率の向上を目指して、より安全で迅速な質の高い病理診断、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、新薬の開発につながる研究を推進する。

国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割、小児がん診療の集約化及び均てん化の状況を把握した上で、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療が可能な体制を構築すること、及び必要があれば、在宅医療を実施できるような診療連携体制を構築することについて検討を行う。

## ② A Y A世代のがんについて

### （現状・課題）

A Y A世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療が受けられないおそれがある。他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、A Y A世代は、年代によって、就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、患者視点での教育、就労、生殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではない。心理社会的状況も様々であるため、個々のA Y A世代のがん患者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、支援体制及び診療体制の整備等が求められている。

### （取り組むべき施策）

国は、A Y A世代のがんについて、小児がん拠点病院で対応可能な疾患と成人領域の専門性が必要な病態とを明らかにし、その診療体制を検討する。

国は、A Y A世代の多様なニーズに応じた情報提供や、相談支援・就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化に関する検討を行う。

国は、関係学会と協力し、治療に伴う生殖機能等への影響など、世代に応じた問題について、医療従事者が患者に対して治療前に正確な情報提供を行い、

必要に応じて、適切な生殖医療を専門とする施設に紹介できるための体制を構築する。

### ③ 高齢者のがんについて

#### （現状・課題）

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）年には、65 歳以上の高齢者の数が 3,657 万人（全人口の 30.3%）に達すると推計されている。また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増えることから、高齢のがん患者へのケアの必要性が増すとの指摘がある。

高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があること等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医によって標準的治療を提供すべきでないと判断される場合等があり、こうした判断は、医師の裁量に任されているところであるが、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。また、特に 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。

#### （取り組むべき施策）

国は、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確立するための研究を進める。現行の各がん種に関する診療ガイドラインに高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、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定する。

#### 【個別目標】

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

国は、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、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

## （８） 病理診断

### （現状・課題）

拠点病院等や小児がん拠点病院においては、病理診断医の配置を要件とし、また、必要に応じて遠隔病理診断を用いることにより、全ての拠点病院等や小児がん拠点病院で、術中迅速病理診断が可能な体制を確保することとしてきた。また、病理診断医の養成や病理関連業務を担う医療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の不足が指摘されている。

特に、希少がん及び小児がんの病理診断については、希少がん及び小児がんそれ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が少ないことから、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ものが懸念されている。

こうした中、国は、国立がん研究センターの病理診断コンサルテーション・サービス、一般社団法人日本病理学会の病理コン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た取組を推進している。

また、国は、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ＡＩ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。

### （取り組むべき施策）

国は、引き続き、病理診断医の育成等の支援を実施するとともに、認定病理検査技師<sup>37</sup>や細胞検査士<sup>38</sup>等の病理関連業務を担う臨床検査技師等の適正配置について検討する。

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、関係団体や学会等と協力し、病理コンサルテーションなど、正確かつ適正な病理診

---

<sup>37</sup> 「認定病理検査技師」とは、一般社団法人日本臨床衛生検査技師会及び一般社団法人日本病理学会が認定する資格。平成 26（2014）年から病理組織検査において熟練した技術と知識を有することが認められた者を「認定病理検査技師」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 555 名。

<sup>38</sup> 「細胞検査士」とは、公益社団法人日本臨床細胞学会及び一般社団法人日本臨床検査医学学会が認定する資格。昭和 44（1969）年から、細胞診スクリーニング及び技術に関する実務を、責任をもって確実に実施しうる技師を「細胞検査士」として認定している。平成 29（2017）年 6 月時点で 7470 名。

断を提供する体制を強化する。

国は、ビッグデータやＡＩ等を活用する病理診断支援システムの研究開発を推進する。

**【個別目標】**

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を整備する。



## （９） がん登録

### （現状・課題）

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されてきたが、都道府県間で登録の精度が異なることや、国全体のがんの罹患数の実数による把握ができないことが課題となっていた。

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 月より、がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）に基づく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、一元的に管理されることとなった。

全国がん登録の情報の公表については、平成 30（2018）年末を目途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利活用により、正確な情報に基づくがん対策の実施及び各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の進展並びに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。

また、拠点病院等や小児がん拠点病院においては、全国がん登録に加えて、従前より、より詳細ながんの罹患・診療に関する情報を収集する院内がん登録が実施されており、院内がん登録は、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。

がん登録情報の利活用については、全国がん登録や院内がん登録によって得ら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る可能性があるが、データの連携に当たっては個人情報の保護に配慮する必要がある。

また、がん登録によって得られる情報を、患者にとってより理解しやすい形に加工して提供する必要があるとの指摘がある。

### （取り組むべき施策）

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上で参考となる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

ん対策やがん研究の推進のあり方について検討する。

上記の検討に当たっては、がん登録データの効果的な利活用を図る観点から、全国がん登録データと、院内がん登録データ、レセプト情報等、臓器や診療科別に収集されているが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。

国及び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、がん登録で収集する項目を必要に応じて見直す。

国及び国立がん研究センターは、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資するよう、希少がんや小児がんの情報を含めたがんに関する情報の適切な提供方法について、個人情報に配慮しながら検討する。

#### **【個別目標】**

国は、がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリスクやがん予防等についての研究の推進及び患者やその家族等に対する適切な情報提供を進める。

## (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

### (現状・課題)

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」及び「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・適応外薬検討会議」及び「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申請ラグ<sup>39</sup>が 32.9 か月から 5.7 か月に、審査ラグ<sup>40</sup>が 1.6 か月から 0 か月に短縮した。さらに、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（日本版コンパッションエートユース）制度」を開始した。

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 月に「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。

また、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に基づき、平成 27（2015）年より、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発等に必要な質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院を「臨床研究中核病院」として承認している。

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 月に「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。

なお、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品や医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について、平成 27（2015）年より、迅速に承認するための「先駆け審査指定制度」が開始されている。

---

<sup>39</sup> 「申請ラグ」とは、当該年度に国内で承認申請された新薬について、米国における申請時期との差の中央値のこと。

<sup>40</sup> 「審査ラグ」とは、当該年度（米国は暦年）における日米間の新薬の新規承認された総審査期間（中央値）の差のこと。

一方、希少がん、難治性がん及び小児・AYA世代のがんについては、依然として、患者の必要とする医薬品の開発等が進んでいないとの指摘もある。

患者申出療養等の新たな「保険外併用療養費制度」や医師主導治験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や小児がん拠点病院と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や小児がん拠点病院との連携が十分ではないとの指摘がある。

こうした既存の制度を活用して、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がないように、留意が必要である。

個々の患者に適切な治療を提供するためには、治験・臨床試験を含めた治療選択肢を速やかに検討する必要があるが、これらの情報を提供する体制が十分ではないとの指摘がある。

#### （取り組むべき施策）

国は、臨床研究中核病院等と拠点病院等や小児がん拠点病院との連携を、情報共有等により一層強化する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

国は、希少がん、難治性がん、小児・AYA世代のがん等の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用できるよう、「拡大治験制度」、「最先端医療迅速評価制度」及び「患者申出療養制度」について、患者や医療従事者に対する周知を行う。

国は、革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとともに、画期的な医薬品、医療機器、体外診断用医薬品及び再生医療等製品について「先駆け審査指定制度」等の仕組みを活用することによって、早期の承認を推進する。

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、研究開発投資の促進を図るために、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。

**【個別目標】**

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必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。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

### 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～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、がんと共生していくためには、患者本人ががんと共存していくこと及び患者と社会が協働・連携していくことが重要である。

平成 28（2016）年に改正された法の基本理念には、新たに「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」という条文が加えられ、また、その実現のために、がん対策は「国、地方公共団体、第5条に規定する医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること」とされた。

本基本計画においては、上記の事項を実践するため、「がんと共生」を全体目標に掲げ、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目指すこととした。そのためには、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が求められている。

#### （１） がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、法第 15 条において、「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」と定義されている。また、法第 17 条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「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・社会的苦痛等の「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て、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、「緩和ケアの推進」については、第1期基本計画から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この10年間で、全ての拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備す

ること、全てのがん診療に携わる医師に対して、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こと、「がん緩和ケアガイドブック」を改訂することなど、緩和ケアの充実を図ってきた。

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、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、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。その際、緩和ケアが、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されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とする必要がある。

## ① 緩和ケアの提供について

### （現状・課題）

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、苦痛のスクリーニング<sup>41</sup>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た緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評価においても、「身体的苦痛や精神心理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」との指摘があり、がん診療の中で、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供されていない状況にある。

苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から緩和ケアチームへとつなぐ<sup>42</sup>体制が機能していないとの指摘がある。また、施設内での連携が十分にとられておらず、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が十分に発揮されていない状況にある。

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

---

<sup>41</sup> 「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、身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛など、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。

<sup>42</sup> ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケアについて、緩和ケアチームや緩和ケア外来等に相談し、その後も双方向性に協働すること。

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な体制を整備する必要がある。

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おり、また、評価のため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。

今後、拠点病院等以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を把握する必要があるとの指摘がある。

#### （取り組むべき施策）

拠点病院等は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニングを診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

国は、患者等とのコミュニケーションの充実など、患者とその家族が痛みやつらさを訴えやすくするための環境を整備する。また、医療従事者が患者とその家族の訴えを引き出せるための研究、教育及び研修を行う。

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事者間の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内すること、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取組を進める。

拠点病院等における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、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つ「緩和ケアセンター<sup>43</sup>」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を

---

<sup>43</sup> 「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。



検討する。

国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和医療専門医<sup>44</sup>、精神腫瘍医<sup>45</sup>、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤師<sup>46</sup>、緩和薬物療法認定薬剤師<sup>47</sup>、がん病態栄養専門管理栄養士<sup>48</sup>、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

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、実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの質の向上策の立案に努める。

国は、実地調査等を通じて、拠点病院等以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズを把握する。拠点病院等以外の病院においても、患者と家族のQOLの向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提供体制を充実させる。

国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。その上で、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と従来の療養中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

---

<sup>44</sup> 「緩和医療専門医」とは、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師として、特定非営利活動法人日本緩和医療学会が認定する資格。平成 29（2017）年 4 月時点で 178 名。

<sup>45</sup> 「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又は心療内科医のことをいう。

<sup>46</sup> 「がん専門薬剤師」とは、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薬剤師として、一般社団法人日本医療薬学会が認定する資格。平成 29（2017）年 1 月時点で 529 名。

<sup>47</sup> 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、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として、一般社団法人日本緩和医療薬学会が認定する資格。平成 29（2017）年 4 月時点で 595 名。

<sup>48</sup> 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、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として、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が認定する資格。平成 29（2017）年 3 月時点で 344 名。

## ② 緩和ケア研修会について

### （現状・課題）

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アを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院において、がん診療に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。緩和ケア研修会の修了者数については、平成29（2017）年7月末時点で、研修会の修了証書の累積交付枚数が101,019枚（累積開催回数5,187回）と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる医師の研修会受講率として9割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、平成29（2017）年6月末時点で、85.2%にとどまっており、より一層の受講促進が求められる。

研修会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ること、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及び地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められている。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア<sup>49</sup>についても、研修会を通じて充実を図ることが求められている。

初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと<sup>50</sup>は重要である。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の指摘がある。

### （取り組むべき施策）

国及び拠点病院等は、拠点病院等以外の医療機関を対象として、研修会の受講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和ケアを実践できる人材の育成に取り組む。また、国は、チーム医療の観点から、看護師、薬剤師等の医療従事者が受講可能となるよう、研修会の内容・体制を検討する。

国は、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアが実施されるよう、患者の視点を取り入れつつ、地域の実情に応じて、研修会の内容や実施方法を充実させる。また、主治医が自ら緩和ケアを実施する場合の方法、緩和ケアチー

---

<sup>49</sup> 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組のこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

<sup>50</sup> 「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。

ムへのつなぎ方、コミュニケーションスキル等、研修会の内容の充実を図る。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することができた割合等について調査を行った上で、達成すべき目標を明確にする。

国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負担や受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分は e-learning を導入すること、1日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを行う。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供に必要な研修プログラムを策定し、緩和ケア研修会等の内容に追加する。

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いて検討する。また、拠点病院等において、卒後2年目までの全ての医師が、緩和ケア研修会を受講するよう、拠点病院等の整備指針を見直すなど、必要な施策を実施する。

### ③ 普及啓発について

#### （現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」において、「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ら（20.5%）」となっている。がんと診断された時からの緩和ケアの推進については、一定の成果を上げてはいるものの、同調査において、「がんが治る見込みがなくなったときから（16.2%）」となっていることを踏まえば、より一層の取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複数回答）については、「最後の手段だと思う（31.5%）」及び「だんだん効かなくなると思う（29.1%）」という結果となっており、前回（平成26（2014）年）と比べても改善していない。緩和ケアについては、未だに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、患者・医療従事者を含む国民に十分周知されていない状況にある。

#### （取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築するため、関係団体と連携して、関係者等に対して、正しい知識の普及啓発を行う。

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

### 【個別目標】

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、医療従事者は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

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て、医師はもちろんのこと、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るよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

都道府県がん診療連携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せる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3年以内に検討する。

拠点病院等以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態及び患者のニーズを調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

## （２） 相談支援及び情報提供

医療技術や情報端末が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず、医療従事者が抱く治療上の疑問や、精神的・心理社会的な悩みに対応していくことが求められている。また、がんに関する情報があふれる中で、患者と家族が、その地域において確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるような環境を整備していくことが求められている。

### ① 相談支援について

#### （現状・課題）

拠点病院等や小児がん拠点病院のがん相談支援センターは、自院の患者だけでなく、他院の患者や医療機関からの相談にも対応しており、相談件数は、年々増加している。また、二次医療圏や都道府県域を越えた相談支援のネットワークが構築されつつある。

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、分析及び発信を行っており、その成果を基に、患者、その家族及び医療従事者からの相談支援や、相談員に対する研修等を行っている。このように、国立がん研究センターは、相談支援や情報提供等の中核的な役割を担っている。

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対応することを目的として、地域統括相談支援センター<sup>51</sup>や民間団体による相談支援の場等が設置されており、病院以外の場においても相談が可能となっている。

しかし、平成 26（2014）年度の患者体験調査<sup>52</sup>によれば、がん相談支援センターの利用率は 7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者ががん相談支援センターを十分利用するに至っていない。

相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対す

---

<sup>51</sup> 「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）。

<sup>52</sup> 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評価指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

る更なる研修の必要性が指摘されている。

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供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、都道府県等は、ピア・サポート<sup>53</sup>研修を行い、ピア・サポーターを養成している。しかしながら、平成 28（2016）年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった 36 の拠点病院のうち、ピア・サポーターの活動実績のある拠点病院の数は、26 施設にとどまっていた。

### （取り組むべき施策）

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、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等や小児がん拠点病院は、がん相談支援センターの目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が、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など、院内のがん相談支援センターの利用を促進させるための方策を検討し、必要に応じて、拠点病院等や小児がん拠点病院の整備指針に盛り込む。

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、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会<sup>54</sup>等を通じて、ネットワークの形成や、相談者からのフィードバックを得るための取組を引き続き実施する。また、PDCAサイクル<sup>55</sup>により、相談支援の質の担保と格差の解消を図る。

国は、相談支援に携わる者の質を継続的に担保するための方策を検討し、必要に応じて拠点病院等の整備指針に盛り込む。

ピア・サポートについては、国が作成した研修プログラムの活用状況に係る実態調査を行う。ピア・サポートが普及しない原因を分析した上で、研修内容の見直しや、ピア・サポートの普及を図る。

---

<sup>53</sup> 「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。

<sup>54</sup> 「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地域がん診療病院等と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下に設けられた 4 部会のうちの 1 つ。

<sup>55</sup> 「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。

## ② 情報提供について

### （現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」によれば、がんに関する情報を、インターネットを通じて得ている国民は 35%を超えており、特に、39 歳以下の年齢では約 6 割となっている。

しかしながら、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいているとはいえない情報が含まれていることがあり、国民が正しい情報を得ることが困難な場合がある。

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者に対して、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れている。

### （取り組むべき施策）

国は、インターネット等を通じて行われる情報提供について、医療機関のウェブサ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強化に努める。

国、国立がん研究センター及び関係学会等は、引き続き協力して、がんに関する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。また、ウ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。

国及び国立がん研究センターは、関係団体と協力し、障害等の関係で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者の情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、普及に努める。

### 【個別目標】

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、関係学会との連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、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3 年以内に研修内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

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するための体制を整備する。



### （３） 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って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ためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「がんとの共生社会」を実現させることが重要である。

#### ① 拠点病院等と地域との連携について

##### （現状・課題）

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<sup>56</sup>、緩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など、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

しかし、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、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。

「地域連携クリティカルパス」は、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するためのツールであるが、その運用は、それぞれの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。

拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携体制が十分に構築できていないことから、退院後も、継続的な疼痛緩和治療を在宅で受けることが出来るようにする必要があるとの指摘がある。

がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、地域統括相談支援センター、地域包括支援センター<sup>57</sup>等が設置されているが、こ

---

<sup>56</sup> 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）

<sup>57</sup> 「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の配置による 3 職種のチームアプローチによって、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で、その保健医療の向上及び福祉の増進を包

これらの機関での連携についても、地域ごとに差があり、利用が進まない状況にある。

#### （取り組むべき施策）

国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップ<sup>58</sup>のあり方について検討する。

国は、拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における専門・認定看護師、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、「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しについて検討する。

国は、地域で在宅医療を担う医療機関等において、拠点病院等の医療従事者が連携して診療を行うこと、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカンファレンスに参加したりすること等の活動を可能とする連携・教育体制のあり方を検討する。

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、緊急時の受入れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域における患者支援の充実を図る。また、国は、こうした取組を実効性あるものとするため、施設間の調整役を担う者の養成等について必要な支援を行う。

## ② 在宅緩和ケアについて

#### （現状・課題）

在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、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。しかしながら、拠点病院等をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニ

---

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（平成9年法律第123号）第115条の46第1項）。全国に4,685か所ある（平成27(2015)年4月末時点）。

<sup>58</sup> 「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。

ズの高い要介護者の受入れ体制は、十分整備されているとはいえない。このような状況において、切れ目のなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療の質の向上を図っていく必要がある。

在宅緩和ケアにおける医療と介護との連携について、65 歳未満のがん患者が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。

### **（取り組むべき施策）**

国及び地方公共団体は、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会や薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療所・病院、薬局、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施する。

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

### **【個別目標】**

国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けられるよう、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。

拠点病院等は、医療と介護との連携を図りつつ、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケアの提供体制について検討する場を3年以内に設けるなど、地域における他の医療機関との連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

#### （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<sup>59）</sup>

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、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対して、主に、就労支援に関する対策に取り組んできた。しかし、依然として、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 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しくさせている理由として、周囲の理解に関することが挙げられている<sup>60</sup>。

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

##### ① 就労支援について

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によれば、平成 24（2012）年において、がん患者の約 3 人に 1 人は、20 歳から 64 歳までの就労可能年齢でがんに罹患している<sup>61</sup>。また、平成 14（2002）年において、20 歳から 64 歳までのがんの罹患者数は、約 19 万人であったが、平成 24（2012）年における 20 歳から 64 歳までの罹患者数は、約 26 万人に増加しており、就労可能年齢でがんに罹患している者の数は、増加している。

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、56.9%（平成 12（2000）年～平成 14（2002）年）、58.6%（平成 15（2003）年～平成 17（2005）年）、62.1%（平成 18（2006）年～平成 20（2008）年）と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらかん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく活き活きと働き、安心して暮らせる社

---

<sup>59</sup> 「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のこと。

<sup>60</sup> 「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：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」と答えた者の割合が 21.3%（平成 26（2014）年 11 月同調査：22.2%）となっている。

<sup>61</sup> 全がん罹患者数 86.5 万人のうち、20 歳から 64 歳の者は 26 万人（地域がん登録全国推計値（平成 24（2012）年）より）。

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を充実させていくことが強く求められている。

## (ア) 医療機関等における就労支援について

### (現状・課題)

平成 25 (2013) 年に実施されたがん患者の実態調査<sup>32</sup>では、がんと診断された後の仕事の状況の変化について、依願退職又は解雇された者の割合 (34.6%) が、平成 15 (2003) 年 (34.7%) と比べて変化していない。引き続き、がん患者の離職防止を支援していくことが必要である。

拠点病院等では、専門的な就労相談に対応するため、がん相談支援センターを中心に、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きた。しかしながら、この取組を実施している拠点病院等は、平成 28 (2016) 年では約 3 分の 1 にとどまっており、充実した就労支援を提供するには至っていない。

平成 27 (2015) 年の厚生労働省研究班による調査<sup>62</sup>では、がんと診断され、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退職した者が 4 割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑をかけたくなかった」、「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」及び「治療と仕事を両立する自信がなかったから」といった、がん治療への漠然とした不安が上位に挙がっている。このため、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受けることが重要である。

また、医療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かかわらず、がん相談支援センターの利用度 (7.7%) は低い<sup>52</sup>。

平成 29 (2017) 年 3 月の「働き方改革実現会議<sup>63</sup>」において決定された「働き方改革実行計画」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組みを整えることや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とが打ち出された。

---

<sup>62</sup> 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究事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」

<sup>63</sup> 「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 月から開催された内閣総理大臣を議長として政府に置かれた会議のこと。

がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立については、企業は、支援を必要とするがん患者に対し、患者の治療状況等についての主治医の意見書等の必要な情報を踏まえた上で、就業上の措置等を講ずることが重要である。その場合においては、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、勤務情報等を整理することは難しい場合があるため、がん患者が自分の置かれている状況を整理した上で、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を充実させていくことが求められている。

国は、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、転職や再就職の相談に対応するため、公共職業安定所（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<sup>64</sup>」と拠点病院等と連携した就職支援事業等に取り組んでいる。当該事業における就職率について、事業開始年度である平成 25（2013）年度は 40.0%（実施安定所は 5 か所）、平成 26（2014）年度は 43.6%（12 か所）及び平成 27（2015）年度は 51.2%（16 か所）となっており、一定の成果をあげている。平成 28（2016）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。

#### （取り組むべき施策）

国は、全国のどの拠点病院等においても、より充実した就労相談支援を受けられるようにするため、拠点病院等で就労支援に携わる者が、患者の状況を踏まえた適切な支援に必要な知識を身につけることができるよう、必要な研修を実施する。

国は、拠点病院等において、治療の早期から患者ががん相談支援センターを認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、拠点病院等におけるが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など、がん相談支援センターの利用を促す方策を検討し、必要に応じて、拠点病院等の整備指針に反映することを検討する。また、国は、社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、相談の質の確保及びその評価の方策を検討する。

---

<sup>64</sup> 「就職支援ナビゲーター」とは、公共職業安定所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。

診断早期の離職を防止するため、拠点病院等をはじめとする医療機関の協力の下、ポスターやリーフレットを活用すること等によって、がん患者に対する治療と職業生活の両立支援について、周知を図る。

国は、患者が安心して復職できるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援、患者の相談支援及び主治医や企業・産業医と復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、拠点病院等、関係団体及び独立行政法人労働者健康安全機構との連携の下に育成・配置し、主治医等、会社・産業医及び「両立支援コーディネーター」による、患者への「トライアングル型サポート体制<sup>65</sup>」を構築する。

「トライアングル型サポート」を行うためには、拠点病院等で相談支援に携わる者や「両立支援コーディネーター」が、がん患者の治療の状況のみならず、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、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、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、患者と事業主との間で復職へ向けた調整を支援する。

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

## （イ） 職場や地域における就労支援について

### （現状・課題）

「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」では、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」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。

---

<sup>65</sup> 「トライアングル型サポート体制」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、主治医等、会社・産業医及び患者に寄り添う「両立支援コーディネーター」によるトライアングル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。

がん患者の実態調査<sup>32</sup>では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、企業内におけるがん患者への理解や協力も必要である。

「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、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の整備の推進が求められている。

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立支援のためのガイドライン<sup>66</sup>」を作成し、また、企業ががん治療の特徴を踏まえた治療と仕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・普及を図る必要がある。さらに、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ンター<sup>67</sup>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。

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、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。

#### （取り組むべき施策）

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

企業において、「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」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、産業保健総合支援センター等において、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。

---

<sup>66</sup> 「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の。

<sup>67</sup> 「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を行う支援機関のこと。



国は、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、がん患者と事業場の間の個別調整支援等を実施するとともに、支援が活用されるよう周知を図る。

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

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。

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、企業等における「健康経営」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、「病気の治療と仕事の両立の促進に向けた取り組み」を盛り込んだ。

国は、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、必要な措置を講ずる。

## ② 就労以外の社会的な問題について

### （現状・課題）

がんにかかっている者は、現在 163 万人<sup>68</sup>である。がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患者・経験者の QOL 向上に向けた取組が求められる。

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（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の温存、後遺症及び性生活（セクシャリティ）に関する相談支援並びに情報提供の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ていない。

---

<sup>68</sup> 平成 26（2014）年「患者調査」

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<sup>69</sup>があるが、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にある。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、がん患者の自殺の問題に取り組むことが求められる。

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いない。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、対応も病院ごとに異なる。また、罹患前から障害を持つだけでなく、がん治療によって障害を持つ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。がんを罹患した後も、治療により長期に生存することが可能になっているが、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指摘もある。

#### （取り組むべき施策）

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」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、民間団体や患者団体等の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設ける。

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に関する周知の方法や、その他の課題の解決に向けた施策を検討する。

国は、がん患者の更なるＱＯＬ向上を目指し、医療従事者を対象としたアピアランス支援研修等の開催や、生殖機能の温存等についての的確な時期に治療の選択ができるよう、関係学会等と連携した相談支援及び情報提供のあり方を検討する。

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

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った上で、効果的な介入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ーネットが必要であり、専門的・精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を

---

<sup>69</sup> 「Psychooncology 2014; 23: 1034-41.」より引用。

行う。

国は、障害のあるがん患者の実態やニーズ、課題を明らかにする。各専門分野を越えた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、生活訓練施設、作業所等）と拠点病院等との連携を促進させる仕組みについて検討する。コミュニケーションに配慮が必要ながん患者や、がん治療に伴って障害をもった患者等について、ユニバーサルな視点<sup>70</sup>を取り入れることを検討する。

### 【個別目標】

国は、３年以内に、「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の関係者間の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を用いた生活、介護及び育児の状況など、個々の事情に応じた就労支援を行うための体制整備を進める。

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し、その普及を開始する。

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、既存の施策の強化や普及啓発など、更なる施策の必要性について検討する。

---

<sup>70</sup> 「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。

## （５） ライフステージに応じたがん対策

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、小児・ＡＹＡ世代や高齢者のがん対策など、他の世代も含めた「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。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、平成 28（2016）年の法の一部改正によって、法第 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」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

### ① 小児・ＡＹＡ世代について

#### （現状・課題）

小児・ＡＹＡ世代のがんは、他の世代に比べて患者数が少なく、疾患構成も多様であり、医療従事者に診療や相談支援の経験が蓄積されにくいこと、乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフステージで発症し、晩期合併症のため、治療後も長期にわたりフォローアップを要すること及び年代によって就学、就労、生殖機能等の状況が異なり、心理社会的状況も様々であって個々の状況に応じた多様なニーズが存在することから、成人のがんとは異なる対策が求められている。

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することを余儀なくされている者がいる。しかし、小児・ＡＹＡ世代のがん患者のサポート体制は、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、取組が遅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。

小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労支援に当たっては、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る必要がある。利用可能な制度や相談機関が、がん患者・経験者と家族に周知されていない場合があること、周知されていても十分に活用

されていない場合があること等の指摘がある。

小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族が離職する場合があるなど、家族の負担が非常に大きい。また、小児の在宅医療に対応できる医療関係者は限られており、緩和ケア病棟もほとんどないとの指摘がある。

#### （取り組むべき施策）

国は、医師・看護師等の医療従事者に対し、長期フォローアップ<sup>71</sup>に関する教育を充実させる。「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」<sup>72</sup>等を活用しながら長期フォローアップの体制を整備する。晩期合併症対策を専門とする医療体制を構築するとともに、晩期合併症に関する研究を推進する。

国及び地方公共団体は、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（ICT）を活用した高等学校段階における遠隔教育など、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や、復学・就学支援など、療養中の生徒等に対する特別支援教育をより一層充実させる。

国は、小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップについて、晩期合併症への対応、保育・教育・就労・自立・心理的課題に関する支援を含め、ライフステージに応じて成人診療科と連携した切れ目のない相談等の支援の体制整備を推進する。

国は、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<sup>73</sup>等を含む就労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。

国は、緩和ケアに従事する医療従事者が、小児・AYA世代のがん医療に携

---

<sup>71</sup> 「長期フォローアップ」とは、原疾患の治療がほぼ終了し、診療の重点が晩期合併症、後遺症や副作用対策が主となった時点からの対応のこと（出典：がん対策推進協議会小児がん専門委員会資料）。

<sup>72</sup> 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](http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf)

<sup>73</sup> 「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。

わる診療従事者と問題点や診療方針等を共有できるようにすること、入院中だけでなく外来や在宅においても連携できるようにすることを目的として、例えば、小児がん緩和ケア研修会を実施するなど、小児・AYA世代のがん患者に対する緩和ケア提供体制の整備や在宅療養環境の整備等に必要な方策を検討する。

## ② 高齢者について

### （現状・課題）

高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合や、既にあ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いて、一定の基準が必要と考えられるが、現状そのような基準は定められていない。

高齢者ががんに罹患した際には、医療と介護との連携の下で適切ながん医療を受けられることが重要であり、医療従事者のみならず、介護従事者についても、がんに関する十分な知識が必要とされている。

### （取り組むべき施策）

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思決定を支援するための方策について、検討を行う。

国は、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、医療従事者及び介護従事者が連携し、患者とその家族の意思決定に沿った形で患者の療養生活を支えるための方策を検討する。

### 【個別目標】

国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目なく診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

また、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、拠点病院等に普及させることを検討する。

#### 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として、「がん研究」、「人材育成」及び「がん教育・がんに関する知識の普及啓発」を位置づけ、一層の対策を講ずる。

##### (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」（平成26（2014）年7月22日閣議決定）を踏まえ、平成26（2014）年度に、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。

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。なお、サバイバーシップに関する研究は、「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。

依然として、小児がん、希少がん及び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。

また、がんの克服を目指し、目覚ましい発展を遂げているゲノム解析や人工知能を含めた情報通信技術等をがん医療に応用すること等による、革新的な診断法や治療法の開発が求められている。

治験、臨床試験に関する計画立案の段階から、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、患者の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れている。

#### （取り組むべき施策）

「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すこととしており、国は、現状のニーズや我が国に求められる研究について、有識者の意見を参考にしつつ見直す。

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ため、有望な基礎研究の成果の厳選及び医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組を推進する。

「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ドラインの策定及びバイオマーカー<sup>74</sup>の開発に向けた取組をより一層推進する。

また、新たな治療法の開発が期待できるゲノム医療や免疫療法について、重点的に研究を推進する。

国は、ゲノム医療に関しては、「がんゲノム情報管理センター（仮称）」に集積された情報を分析すること等により、戦略的にがん研究を進める体制を整備する。

---

<sup>74</sup> 「バイオマーカー」とは、血液や尿等の体液や組織に含まれるタンパク質や遺伝子等の生体内の物質で、病気の変化や治療に対する反応に相関し、指標となるもの。バイオマーカーの量を測定することで、病気の存在、進行度及び治療の効果の指標の1つとすることができ、腫瘍マーカーもバイオマーカーの一種である（出典：国立がん研究センターがん情報サービス）。



国は、革新的な診断法や治療法を創出するため、リキッドバイオプシー等を用いた低侵襲性診断技術や早期診断技術の開発、新たな免疫療法に係る研究等について、戦略的に研究開発を推進する。

国は、健康に関心な層に対して、がんの予防法を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、関係機関等が一体となって推進する。

国は、患者の声を取り入れながら、がん罹患後の社会生活に関する研究や、中長期的な後遺症に対する診療ガイドラインを作成するための研究など、サバイバーシップ研究を推進する。

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

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）年度より、患者及び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始する。また、国は、研究の計画立案と評価に参画可能な患者を教育するためのプログラムの策定を開始する。

国は、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。

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院と臨床研究中核病院等との連携を一層強化し、がん患者に対して、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。

#### 【個別目標】

国は、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。

## （２） 人材育成

### （現状・課題）

集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる薬剤師、看護師等の人材を養成していく必要がある。

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集学的治療等を提供するため、「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研修等の人材育成のための支援を行ってきた。

文部科学省では、平成 24（2012）年度から平成 28（2016）年度まで、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン<sup>75</sup>」を実施し、全国の大学に、がんに特化した臓器横断的な講座が整備され、手術療法、放射線療法及び薬物療法のほか、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、歯科医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行ってきた。

一方、近年、ゲノム医療等のがん医療が進歩し細分化が進んだことや、希少がん、難治性がん及び小児・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必要とされていることにより、専門的な人材の育成を更に進めていくことが求められているものの、どのよ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。

医学部のモデル・コア・カリキュラム<sup>76</sup>や医師国家試験の出題基準等においては、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。

---

<sup>75</sup> 「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。

<sup>76</sup> 「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。

### **（取り組むべき施策）**

国は、がん医療や支援の均てん化に向けた、幅広い人材の育成について、検討を行う。

国は、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や、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への対応が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、看護教育及び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、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあり方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

### (3) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

#### (現状・課題)

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ものとする」とされている。

健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが健康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が大切である。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・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。

国は、平成 26 (2014) 年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、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。しかし、地域によっては、外部講師の活用が不十分であること、教員のがんに関する知識が必ずしも十分でないこと及び外部講師が学校において指導する際の留意点<sup>77</sup>等を十分認識できていないことについて指摘がある。

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」の中で推進してきた。しかし、民間団体が実施し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る。また、拠点病院等や小児がん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、がんに関する情報提供を行っているが、それらが国民に十分に周知されていないとの指摘がある。

---

<sup>77</sup> がん教育の実施に当たっては、以下のような事例について授業を展開する上で配慮が求められるとされている。①小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒がいる場合、②家族にがん患者がいる児童生徒や、家族をがんで亡くした児童生徒がいる場合、③生活習慣が主な原因とならないがんもあり、特に、これらのがん患者が身近にいる場合、④がんに限らず、重病・難病等にかかったことのある児童生徒や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒がいる場合（出典：外部講師を用いたがん教育ガイドライン；文部科学省）。

### **（取り組むべき施策）**

国は、学校におけるがん教育について、全国での実施状況を把握する。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た研修会等を実施する。

都道府県及び市町村において、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、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、国は必要な支援を行う。

国や地方公共団体は、引き続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進する。また、民間団体や患者団体によって実施され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ん情報サービスに関する広報を行う。

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

### **【個別目標】**

国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

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罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、国は、がんに関する知識の普及啓発を更に進める。

### 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. 関係者等の連携協力の更なる強化

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には、国、地方公共団体、関係者等が、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ことが重要である。

国及び地方公共団体は、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重要である。

国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、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整備への理解を図るとともに、相談支援や情報提供を行うことにより、国民とともに、地域における「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

#### 2. 都道府県による計画の策定

都道府県においては、本基本計画を基本としながら、本基本計画と、平成 30（2018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、がん患者に対するがん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「都道府県計画」という。）」の見直しを行うことが望ましい。

なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等ががん患者等が参画するなど、都道府県は、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、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、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。国は、都道府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対して好事例の情報提供を行うなど、都道府県との情報共有に努める。

都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域における患者支援等の市町村の取組についても都道府県計画に盛り込むことが望ましい。

#### 3. がん患者を含めた国民の努力

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、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- 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報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- 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、がん患者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県におけるがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 国や地方公共団体が国民の理解を得るために行う普及啓発は重要であるが、治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可欠であることから、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を理解するよう努めること。

#### 4. 患者団体等との協力

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な施策を講ずるよう努める。

#### 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

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。

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。

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、各施策の重複排除及び関係省庁間の連携強化を図るとともに、官民で役割と費用負担の分担を図る。

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

## 6. 目標の達成状況の把握

国は、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、ロードマップを作成し、公表する。

国は、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医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は、計画期間全体にわたり、基本計画の進捗状況を把握し、管理するため、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、施策全体とし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ものとする。また、協議会は、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。

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PDCAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

## 7. 基本計画の見直し

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」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、必要があるときには、本基本計画を変更するものとする。