

第81回がん対策推進協議会 議事次第

日 時： 令和4年9月5日(月)15:00～18:00

WEB開催

議 事 次 第

1 開 会

2 議 題

- (1) 会長の選任等について
- (2) 報告事項
 - ① これまでのがん対策の歩みについて
 - ② 各検討会の開催状況について
- (3) 今後の議論の進め方について
- (4) 計画策定及び評価指標の考え方について
- (5) がん対策推進基本計画の見直しについて
 - ・新型コロナウイルス感染症拡大を受けて
 - ・今後の議論に向けて都道府県の立場から
 - ・全体目標について
 - ・その他

【資 料】

- | | |
|--------|------------------|
| 資料 1-1 | がん対策推進協議会委員名簿 |
| 資料 1-2 | がん対策推進協議会令 |
| 資料2 | これまでのがん対策の歩み |
| 資料3 | 各検討会の開催状況について |
| 資料4 | 今後の議論の進め方について(案) |
| 資料5 | 祖父江参考人提出資料 |
| 資料6 | 石岡委員提出資料 |
| 資料7 | 高橋参考人提出資料 |
| 資料8 | 谷口委員提出資料 |
| 資料9 | 山口参考人提出資料 |

- 資料 10 全体目標に係るがん対策推進基本計画の見直しについて(案)
- 参考資料1 がん対策基本法
- 参考資料2 がん対策推進基本計画(平成 30 年3月)
- 参考資料3 がん対策推進基本計画中間評価報告書(令和4年6月)
- 参考資料4 「経済財政運営と改革の基本方針 2022」より抜粋
- 参考資料5 第4期がん対策推進基本計画に向けた要望書(前田委員提出資料)
- 参考資料6 ロジックモデルの活用について

がん対策推進協議会委員名簿

第 81 回がん対策推進協議会

資料 1-1

令和 4 年 9 月 5 日

氏名	所属・役職
あくつ ゆき 阿久津 友紀	北海道テレビ放送株式会社東京編成業務部長 SODANE 編集長
いしおか ちかし 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
おおい けんいち 大井 賢一	認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティー事務局長
おおが しょういち 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 一般社団法人日本小児・血液がん学会理事長
おほら まちこ 小原 真知子	学校法人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
きざわ よしゆき 木澤 義之	筑波大学医学医療系緩和医療学教授 特定非営利活動法人日本緩和医療学会理事長
くろせ いわお 黒瀬 巖	公益社団法人日本医師会常任理事
さいとう ともこ 齋藤 朋子	株式会社松下産業ヒューマンリソースセンター長
さや ひでゆき 佐谷 秀行	一般社団法人日本癌学会理事長 藤田医科大学がん医療研究センター特命教授兼センター長
しげまつ なおゆき 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
たにくち えいさく 谷口 栄作	島根県健康福祉部医療統括監
つるおか ゆうこ 鶴岡 優子	つるかめ診療所所長 一般社団法人日本在宅医療連合学会理事
どき ゆういちろう 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 一般社団法人日本癌治療学会理事長
なかがま ひとし 中釜 斉	国立研究開発法人国立がん研究センター理事長
ひぐち まいこ 樋口 麻衣子	富山 AYA 世代がん患者会 Colors 代表
ひさむら かず穂 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oncology学会代議員
まえだ るり 前田 留里	特定非営利活動法人京都ワーキング・サバイバー理事長 一般社団法人全国がん患者団体連合会 理事
まつだ かずお 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
もりうち みねこ 森内 みね子	公益社団法人日本看護協会常任理事
やじま ゆういちろう 谷島 雄一郎	ダカラソククリエイト 発起人・世話人 / カラクリ Lab. 代表

(50 音順、敬称略)

がん対策推進協議会令
(平成十九年三月二十八日政令第七十六号)

第 81 回がん対策推進協議会	資料
令和 4 年 9 月 5 日	1-2

内閣は、がん対策基本法(平成十八年法律第九十八号)第二十条第四項の規定に基づき、この政令を制定する。

(委員の任期)

第一条 がん対策推進協議会(以下「協議会」という。)の委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(会長)

第二条 協議会に、会長を置き、委員の互選により選任する。

2 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(専門委員)

第三条 協議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

3 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、非常勤とする。

(議事)

第四条 協議会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

2 協議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(庶務)

第五条 協議会の庶務は、厚生労働省健康局がん・疾病対策課において処理する。

(雑則)

第六条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この政令は、平成十九年四月一日から施行する。

附 則 (平成二四年三月二二日政令第四九号) 抄

(施行期日)

1 この政令は、平成二十四年四月一日から施行する。

附 則 (平成二七年九月一八日政令第三三〇号)

(施行期日)

第一条 この政令は、平成二十七年十月一日から施行する。

第81回がん対策推進協議会

資料 2

令和4年9月5日

これまでのがん対策のあゆみ

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

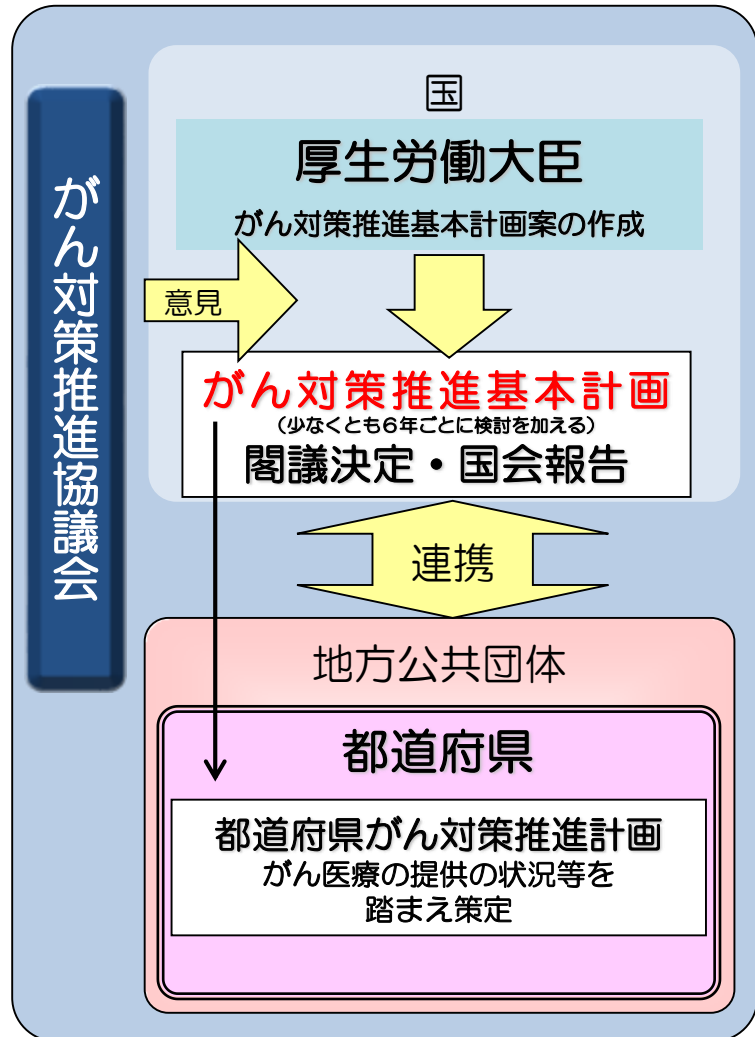
がん対策のあゆみ

年次	
昭和37年2月	国立がんセンター設置
昭和56年	悪性腫瘍が我が国の死亡原因の一位となる
昭和58年2月	老人保健法施行（胃がん・子宮頸がん検診の開始 その後、順次対象拡大）
昭和59年4月	「対がん10カ年総合戦略」の開始（第1次～第3次 昭和59年～平成25年）
平成13年8月	地域がん診療拠点病院制度の開始
平成18年6月	がん対策基本法が成立
平成19年6月	がん対策推進基本計画（第1期）閣議決定
平成24年6月	がん対策推進基本計画（第2期）閣議決定
平成25年12月	がん登録等の推進に関する法律が成立
平成26年4月	「がん研究10カ年戦略」の開始
平成30年3月	がん対策推進基本計画（第3期）閣議決定

がん対策基本法（平成18年法律第98号）

（平成18年6月成立、平成19年4月施行、平成28年12月改正・施行）

がん対策を総合的かつ計画的に推進



第一節：がん予防及び早期発見の推進

- がんの予防の推進
- がん検診の質の向上等

第二節：がん医療の均てん化の促進等

- 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成、医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

第三節：研究の推進等

- がんに関する研究の促進並びに研究成果の活用
- 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 等

第四節：がん患者の就労等

- がん患者の雇用の継続等
- がん患者における学習と治療との両立
- 民間団体の活動に対する支援

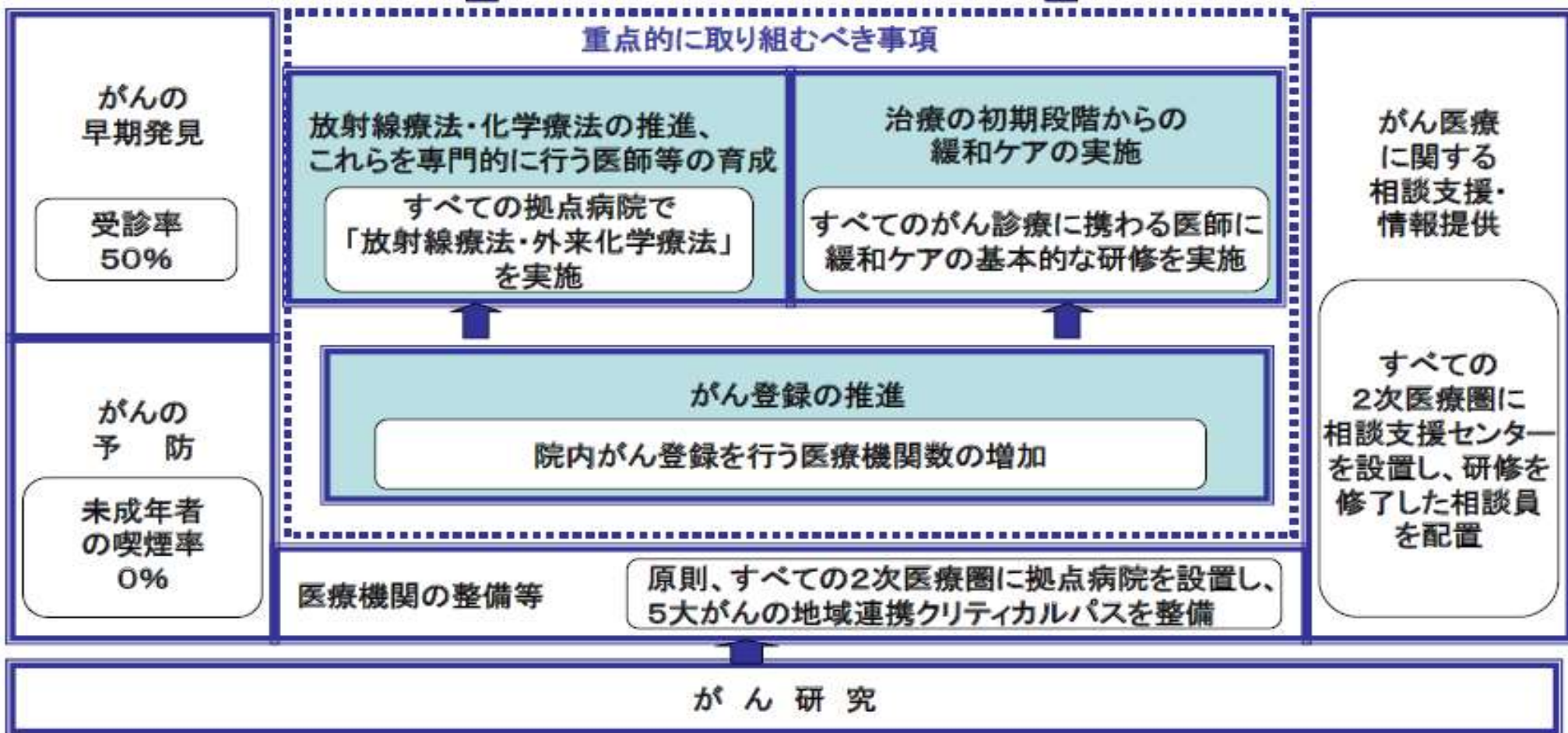
第五節：がんに関する教育の推進

- 学校教育等におけるがんに関する教育の推進

国

民

がん対策推進基本計画（平成19年6月閣議決定）



第2期がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

(※)は第2期から盛り込まれた項目

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に
行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの
緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

(4) 働く世代や小児への
がん対策の充実(※)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死亡者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築(※)

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ①放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進
- ②がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- ⑤医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組(※)
- ⑥その他(希少がん、病理診断、リハビリテーション)

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定する。

7. 小児がん(※)

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

8. がんの教育・普及啓発(※)

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. がん患者の就労を含めた社会的な問題(※)

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月9日閣議決定）（概要）

第1 全体目標

「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」

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

第2 分野別施策

1. がん予防

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

2. がん医療の充実

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

3. がんとの共生

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

4. これらを支える基盤の整備

- (1) がん研究
- (2) 人材育成
- (3) がん教育、普及啓発

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

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

1. がん予防

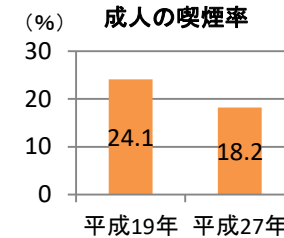
1次予防(がんにならないための予防)

現状・課題

- ◆ 喫煙(受動喫煙を含む)に対する更なる対策が必要。
- ◆ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者、運動習慣のある者等の割合に大きな変化がない。
- ◆ 肝炎ウイルス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がいる。

取り組むべき施策

- ◆ 喫煙の健康影響に関する普及啓発活動、禁煙希望者に対する禁煙支援、受動喫煙防止対策の徹底
- ◆ スマート・ライフ・プロジェクト、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発
- ◆ 肝炎ウイルス陽性者への受診勧奨・普及啓発、B型肝炎については、定期予防接種の推進や治療薬の開発



受動喫煙の機会を有する者

場所	割合 (%)
飲食店	41.4
遊技場	33.4
職場	30.9
路上	30.9

喫煙以外の生活習慣について	男性	女性
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 (%)	13.9 (14.7)	8.1 (7.6)
運動習慣のある者の割合 (%)	37.8 (36.1)	27.3 (28.2)

出典: 平成27年国民健康・栄養調査 ()内は平成24年のデータ

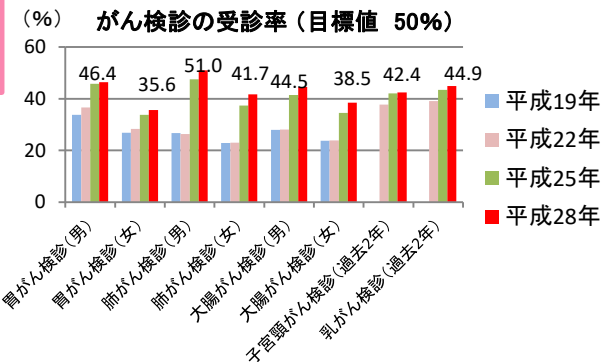
2次予防(がんを早期に発見し早期に治療することでがんによる死亡を減らすこと: がん検診)

現状・課題

- ◆ がん検診の受診率が目標値に達しておらず、精密検査受診率も低い。
- ◆ 指針に定められていないがん種に対するがん検診等、科学的根拠に基づかないがん検診が実施されている。
- ◆ がん検診受診者の30-60%程度は職域で受診しているが、任意で実施されているため、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

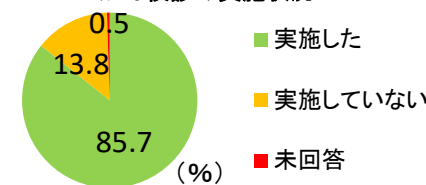
取り組むべき施策

- ◆ 効果的な受診勧奨、受診者の立場に立った利便性の向上等、受診率向上のための方策の検討
- ◆ 指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理向上の取組
- ◆ 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
- ◆ 職域におけるがん検診に関するガイドライン(仮称)の策定



出典: 平成28年国民生活基礎調査

指針に定められていないがん種に対するがん検診の実施状況



(全1,737市町村(特別区を含む)から回答)

出典: 平成28年度市町村におけるがん検診の実施状況調査

精密検査受診率(目標値 90%)

がん検診の種類	%
胃がん	79.5
肺がん	79.8
大腸がん	66.9
子宮頸がん	72.4
乳がん	85.1

出典: 平成27年度地域保健・健康増進事業報告

職域でがん検診を受けている者の割合

がん検診の種類	%
胃がん(40-69歳)	58
肺がん(40-69歳)	63
大腸がん(40-69歳)	55
子宮頸がん(20-69歳、過去2年)	32
乳がん(40-69歳、過去2年)	36

出典: 平成28年国民生活基礎調査

2. がん医療の充実

がんゲノム医療

現状・課題

- ◆ がんゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等が求められている。
- ◆ がんゲノム医療の実現に必要な人材育成等が必要である。

取り組むべき施策

- ◆ 「がんゲノム医療中核拠点病院」の整備等、がんゲノム医療提供体制の構築
- ◆ がんゲノム医療に必要な人材の育成の推進
- ◆ 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「がんゲノム情報管理センター」の整備



出典：平成29年4月14日 未来投資会議資料より一部改変

がん医療提供体制

現状・課題

- ◆ がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心に、がん医療の均てん化を進めてきた。
- ◆ 拠点病院等の取組において、医療安全等の強化が必要との指摘がある。
- ◆ 免疫療法については、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、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。

取り組むべき施策

- ◆ ゲノム医療、医療安全、支持療法など、新たに拠点病院等の要件に追加する事項の検討
- ◆ ゲノム医療や一部の放射線療法等について、集約化のあり方の検討
- ◆ 免疫療法等に関する情報提供のあり方の検討

希少がん及び難治性がん対策

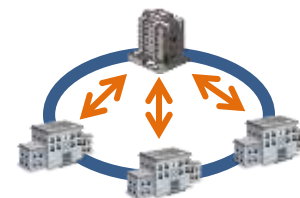
現状・課題

- ◆ 希少がん診療の専門施設と地域の拠点病院等との連携の必要性等が指摘されている。
- ◆ 難治性がんは、有効な診断・治療法の開発が必要とされている。

取り組むべき施策

- ◆ 希少がん医療における中核的な役割を担う医療機関の整備
- ◆ 難治性がんの診断法・治療法についての研究・開発の推進

希少がん中央機関
(国立がん研究センター)



小児がん、AYA*世代のがん及び高齢者のがん対策

※Adolescent and Young Adult (思春期と若年成人)

現状・課題

- ◆ 小児がん拠点病院と他の医療機関とのネットワークの整備が必要。
- ◆ AYA世代のがんは、年代や個々の状況に応じたニーズに対応できるような体制の整備が必要。
- ◆ 高齢者のがん患者については、標準治療の提供に明確な判断基準が示されていない。

取り組むべき施策

- ◆ 小児がん拠点病院以外の地域の連携病院での診療体制の検討
- ◆ AYA世代のがんの診療体制及び相談支援・就労支援体制の検討
- ◆ 高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインの策定及び普及



3. がんとの共生

緩和ケア

現状・課題

- ◆ 患者の苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分提供されていない。
- ◆ 緩和ケア研修会の受講勧奨、受講の利便性の改善、内容の充実が求められている。

全国のがん患者の患者体験調査	(n=7080)
からだのつらさがあると答えた患者の割合	34.7%
気持ちのつらさがあると答えた患者の割合	24.0%

出典：平成30年患者体験調査



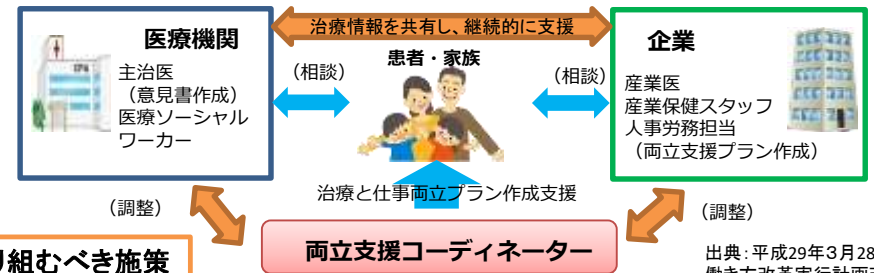
取り組むべき施策

- ◆ 苦痛のスクリーニングの診断時からの実施、緩和ケアの提供体制の充実
- ◆ 緩和ケア研修会の内容や実施方法の充実

がん患者の就労支援・社会課題への対策

現状・課題

- ◆ 離職防止や再就職等の就労支援に、充実した支援が求められている。
- ◆ アピアランスや生殖機能温存等の相談支援、情報提供する体制が構築されていない。



取り組むべき施策

- ◆ がん患者への「トライアングル型サポート体制」の構築
- ◆ アピアランス支援研修会の開催、生殖機能温存等に関する相談支援、情報提供のあり方の検討

相談支援・情報提供

現状・課題

- ◆ がん相談支援センターが十分に利用されていない。
- ◆ がんに関する情報が氾濫し、正しい情報取得が困難な場合がある。

取り組むべき施策

- ◆ 治療早期からのがん相談支援センターの利用促進、体制整備
- ◆ 科学的根拠に基づく情報提供、医業等のウェブサイト監視体制強化

社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

現状・課題

- ◆ 拠点病院等と地域の医療機関等との連携、在宅医療を提供する施設におけるがん医療の質の向上を図る必要がある。

取り組むべき施策

- ◆ 多職種連携の推進、地域の施設間の調整役を担う者の養成

ライフステージに応じたがん対策

現状・課題

- ◆ 小児・AYA世代において、多様なニーズが存在し、成人のがんとは異なる対策が必要とされている。
- ◆ 高齢者は、認知症を合併することが多いが、がん医療における意思決定等の基準は定められていない。

取り組むべき施策

- ◆ 小児・AYA世代のがん経験者の長期フォローアップ体制の整備
- ◆ 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支援策の検討

4. これらを支える基盤の整備

がん研究

現状・課題

- ◆「がん研究10か年戦略」に基づき、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。
- ◆一方で、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。

取り組むべき施策

- ◆「がん研究10か年戦略」の見直し
- ◆AMEDによる、基礎的な研究から実用化に向けた研究までの一体的な推進
- ◆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
- ◆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の研究の推進



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

人材育成

現状・課題

- ◆がん医療の進歩・細分化が進んだことや、がんの特性・ライフステージに応じた対応のため、専門的な人材育成が求められている。



取り組むべき施策

- ◆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の検討
- ◆がん医療を専門とする医療従事者の養成の継続
- ◆ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応や、ライフステージに応じた対応ができる医療従事者等の育成



がん教育・がんに関する知識の普及啓発

現状・課題

- ◆学校におけるがん教育について、地域によって外部講師の活用や、教員の知識等が不十分。
- ◆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。



取り組むべき施策

- ◆学校でがん教育を実施するため、教員や外部講師を対象とした研修会等の実施
- ◆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の支援



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。

第81回がん対策推進協議会

資料3

令和4年9月5日

各検討会の開催状況について

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

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

- がん対策推進基本計画の各分野に対応するように以下の検討会等にて、分野別の議論を進めている。

がん予防

- がん検診のあり方に関する検討会

がんとの共生

- がんとの共生のあり方に関する検討会
 - がんの緩和ケアに係る部会

がん対策推進協議会

がん医療の充実

- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
 - 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
 - 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
 - がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ

がん検診のあり方に関する検討会の開催状況

○議題

第34回（令和4年2月4日より書面持ち回り開催）

（1）報告事項

- ・職域におけるがん検診について
- ・今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について
- ・新型コロナウイルス感染症が発生している中でのがん検診・がん診療の状況について

（2）今後のがん検診の受診率向上に資する方策について

（3）第4期がん対策推進基本計画に向けた議論について

第35回（令和4年5月25日）

（1）第4期がん対策推進基本計画に向けた議論

（2）子宮頸がん検診におけるHPV検査導入の検討

（3）がん検診のアクセシビリティ向上策等の実証事業の紹介

第36回（令和4年7月15日）

（1）第4期がん対策推進基本計画に向けた提言案

（2）がん登録を利用したがん検診の精度管理方法の検討

（3）報告事項

①協会けんぽ・健康保険組合における被保険者のがん検診について

②企業での検診受診率と実施率について

○概要

- 第4期基本計画に向けて、受診率向上の取組、適切な精度管理、科学的根拠に基づく検診の実施の3つの観点から検討を行い、検討会としての意見をとりまとめたところ。
- とりまとめた意見については協議会へ報告予定。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会等の開催状況

○議題

各ワーキンググループにおいてがん診療連携拠点病院等の指定要件に関する議論を行い、第14回検討会に報告した。

第14回（令和4年7月21日）

- （1）がん診療連携拠点病院等の指定要件の見直しについて
- （2）小児がん拠点病院等の指定要件の見直しについて
- （3）がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件の見直しについて
- （4）その他

○概要

- 本検討会の下に、「がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するWG」、「がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するWG」、「小児がん拠点病院等の指定要件に関するWG」を設置し、各拠点病院の指定要件の見直しに係る議論を進めてきた。
- 各WGでとりまとめた意見を、がん診療提供体制のあり方に関する検討会へ報告し、議論の上、8月1日に改定された整備指針を発出した。
- 主に診療提供体制の総論部分の議論について、協議会へ報告予定。

がんとの共生のあり方に関する検討会等の開催状況

○議題

第6回（令和4年5月18日）

- （1） 「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の見直しについて
- （2） 「がんの緩和ケアに係る部会」からの報告について
- （3） その他

（連携する「がんの緩和ケアに係る部会」の状況について）

第6回（令和4年8月31日）

- （1） 「終末期の緩和ケア」について
- （2） 「第4期がん対策推進基本」に対する提案について

○概要

- 第4期基本計画に向けて、相談支援、社会連携、就労支援・社会課題への対策、小児・AYA世代や、高齢がん患者の支援等について、第3期計画における課題や今後の対策等について議論を行ってきた。
- 第7回において「がんの緩和ケアに係る部会」でとりまとめた意見も踏まえて、議論を行い、第4期基本計画に向けた提言をとりまとめる予定。
- とりまとめた意見を協議会へ報告予定。

第81回がん対策推進協議会

資料 4

令和4年9月5日

今後の議論の進め方について（案）

厚生労働省

健康局　がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

今後の議論の進め方について（案）

- 第3期がん対策推進基本計画（平成30年3月閣議決定）及び第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書（令和4年6月）を踏まえて、次期基本計画策定に向けた議論を進めていく。
- 「がん検診のあり方に関する検討会」、「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」、「がんとの共生のあり方に関する検討会」における議論をとりまとめ、協議会へ報告いただく。
- 協議会では、各検討会や厚生労働科学研究班からの報告も踏まえ、次期基本計画に盛り込むべき事項を議論する。

がん対策推進基本計画の見直しに向けたスケジュール（案）

2022年度

6月

7月

8月

9月

10月

11月

12月

1月

2月

3月

第4期がん対策推進基本計画策定に向けた議論

第3期中間評価及び各検討会からの提言内容を踏まえ議論を進めていく

全体的方向性に関する議論

6/30

第80回
協議会

9/5

第81回
協議会

分野別の議論

とりまとめ
の議論

パブコメ
等

第4期基本計画に係る
各検討会からの提言

第4期基本計画に係る
協議会への提言とりまとめ

第4期基本計画に向けた
課題整理・提言内容とりまとめ

がん検診のあり方に関する検討会

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

がんとの共生のあり方に関する検討会

第4期がん対策推進基本計画
協議会案

第4期がん対策推進基本計画
閣議決定（予定）

※第4期基本計画策定の議論の進捗を踏まえ、適宜スケジュールの見直しを行う。

がん対策計画策定の際の 基礎知識

国立がん研究センターがん対策研究所

副所長 祖父江友孝

(大阪大学大学院医学系研究科環境医学教授)

アウトライン

1. がん対策推進基本計画の概要
2. ロジックモデルの基本
3. 評価指標とデータソース
4. 海外・都道府県事例

がん対策推進基本計画の主な経緯

2006(H18) : がん対策基本法成立

2007(H19) : がん対策推進基本計画（第1期）

2010(H22) : がん対策推進基本計画中間報告書（第1期）

2012(H24) : がん対策推進基本計画（第2期）

2013(H25) : がん登録推進法成立

2015(H27) : がん対策推進基本計画中間評価報告書（第2期）

2015(H27) : がん対策加速化プラン

2016(H28) : がん対策基本法改正

2018(H30) : がん対策推進基本計画（第3期）

2022(R4) : がん対策推進基本計画中間評価報告書（第3期）

第1期から第3期の「がん対策推進基本計画」の全体目標および分野別施策の項目

第1期 がん対策推進基本計画 (H19年6月)	第2期 がん対策推進基本計画 (H24年6月)	第3期 がん対策推進基本計画 (H30年3月)
全体目標 1. がんによる死亡者の減少 2. すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上	全体目標 1. がんによる死亡者の減少 2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上 3. <u>がんになっても安心して暮らせる社会の構築</u>	全体目標 1. <u>科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実</u> 2. 患者本位のがん医療の実現 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
分野別施策と個別目標 1. がん医療 2. 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成 3. 緩和ケア 4. 在宅医療 5. 診療ガイドラインの整備 6. 医療機関の整備等 7. がん医療に関する相談支援及び情報提供 8. がん登録 9. がんの予防 10. がんの早期発見 11. がん研究	分野別施策と個別目標 1. がん医療 (1) 放射線療法、化学療法、 <u>手術療法</u> の更なる充実とチーム医療の推進 (2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成 (3) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 (4) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築 (5) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 (6) その他（希少がん・病理診断・リハビリテーション） 2. がんに関する相談支援と情報提供 3. がん登録 4. がんの予防 5. がんの早期発見 6. がん研究 7. <u>小児がん</u> 8. <u>がんの教育・普及啓発</u> 9. <u>がん患者の就労を含めた社会的な問題</u>	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 (1) がんの1次予防 (2) がんの早期発見及びがん検診（2次予防） 2. 患者本位のがん医療の実現 (1) <u>がんゲノム医療</u> (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 (3) チーム医療の推進 (4) がんのリハビリテーション (5) 支持療法の推進 (6) 希少がん及び難治性がん対策（ <u>それぞれのがんの特性に応じた対策</u> ） (7) 小児がん、 <u>A Y A世代のがん及び高齢者のがん対策</u> (8) 病理診断 (9) がん登録 (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 3. 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 (2) 相談支援及び情報提供 (3) <u>社会連携に基づくがん対策・がん患者支援</u> (4) <u>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）</u> (5) <u>ライフステージに応じたがん対策</u> 4. 支える基盤の整備 (1) がん研究 (2) 人材育成 (3) がん教育・がんに関する知識の普及啓発

がん対策推進基本計画

- 全体目標
- 分野別施策と個別目標
- 各章の構成：現状・課題・取り組むべき施策

- これまでの策定順序

現状把握→課題抽出→取り組むべき施策→個別目標

- 個別目標と全体目標のつながりが不明確

アウトライン

1. がん対策推進基本計画の概要
2. ロジックモデルの基本
3. 評価指標とデータソース
4. 海外・都道府県事例

1_「ロジックモデル作成ガイド」

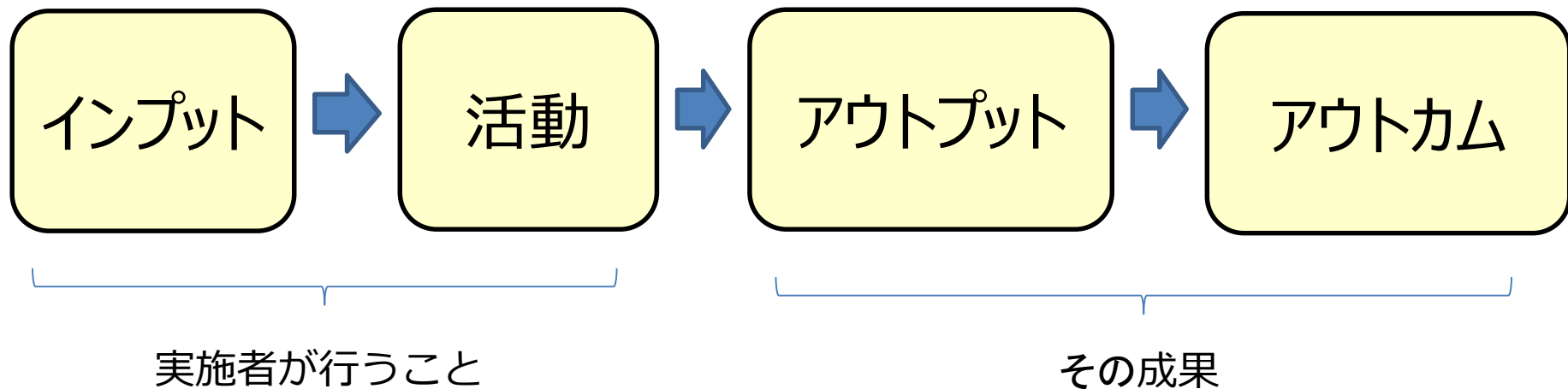
https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2019/01/gra_pro_soc_gui_03.pdf

2_「Logic Models: A Beginner's Guide」

https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/leo/Folder20/Developing_a_Logic_Model_Guidex.pdf?rev=d4c120d3afc248e98404450806b4db30

ロジックモデルとは

- 事業や組織が最終的に目指す変化・効果の実現に向けた道筋を体系的に図示化したもの
- インプット、活動、アウトプット、アウトカムを矢印でつなげる



ロジックモデルの構成要素

(テーマ 例：食生活改善支援事業)

インプット

実施者がプログラムに投資するもの
(例：資金、人材、時間、設備、技術など)

活動

プログラムで行うこと
(例：教育、食事の提供、指導)

アウトプット

プログラム活動の直接の成果
どれだけの活動が提供されたか
(例：教育を受けた人数、講義回数など)

アウトカム

プログラムによって対象者にもたらされた利益
プログラムによって何が変わったのか
(例：知識の変化、態度の変化)

プログラム

対象者

アウトプットとアウトカムの違い

- アウトプットは実施者がしたことであり、アウトカムは対象者に起こった変化である。
- 実施者が行うことと、その結果対象者に生じた変化とを混同しないように。
- 出資者は、単に実施者が何をしたのかではなく、実施者によってどんな変化がもたらされたのかを知りたい。

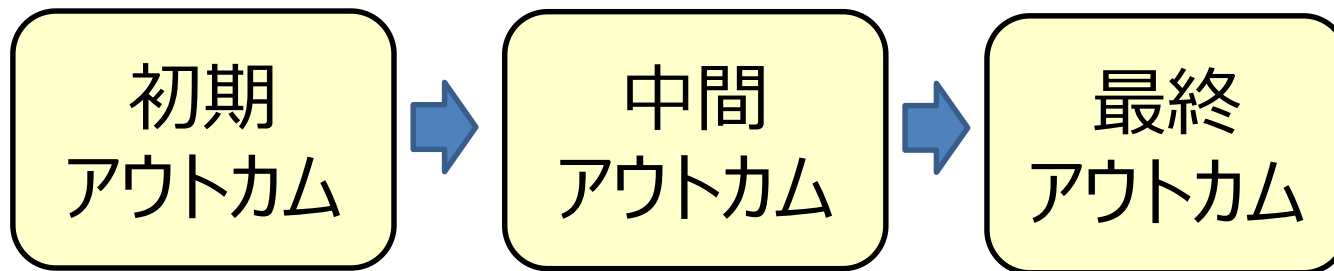
3種類のアウトカム

アウトカムは初期、中間、最終の3つに分類される

初期：知識、態度の変化

中間：習慣、新しい知識の結果生じた変化

最終：生活の状況や状態に生じた変化



ロジックモデルの作成手順

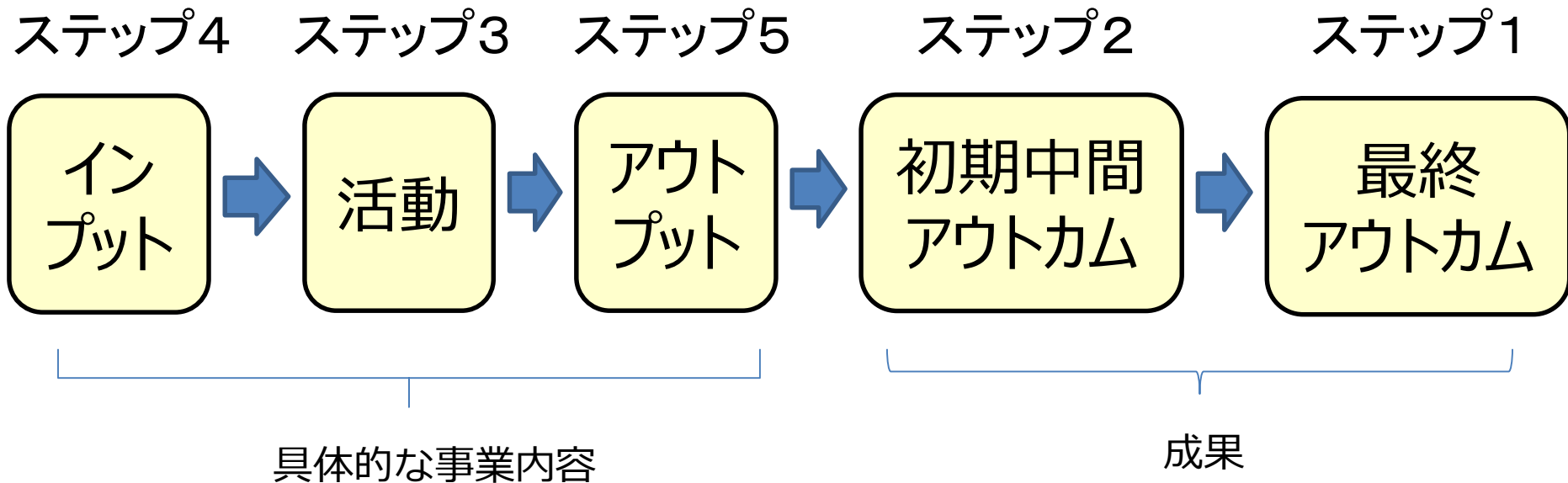
ステップ1:最終アウトカムを決める

ステップ2:初期中間アウトカムを決める

ステップ3:活動を決める

ステップ4:インプットを決める

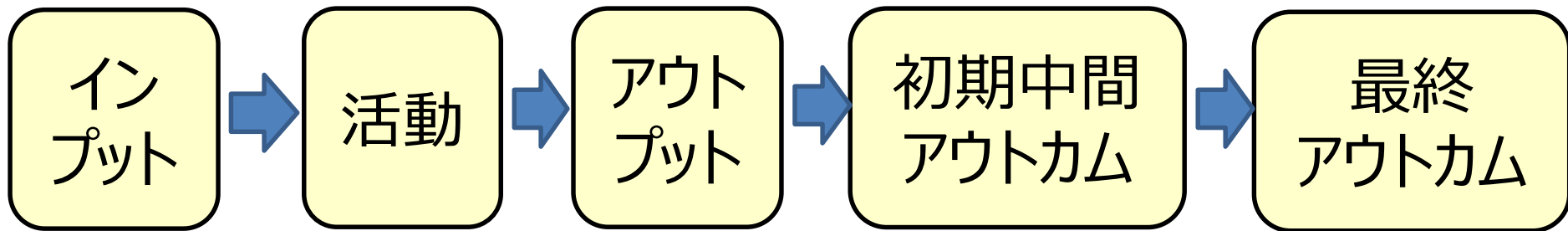
ステップ5:アウトプットを決める



ロジックモデルの作成手順

矢印は「もし・・・ならば、どうなる」(if-then)を意味する。

プログラム にはイン プットが必 要	もしインプ ットが獲得でき れば、活動 を遂行でき る。	もし活動が 実施されれ ば、アウト プットが達 成できる。	もし、アウトプ ットが達成され ば、初期中間ア ウトカムが実現 する。	もし、初期中間 アウトプットが実 現すれば、最終 アウトカムが実 現する。
-----------------------------	--	---	---	---



推論のチェーン (chain of reasoning)

ロジックモデルの例

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業

「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」

2020年度（令和2年度）総括・分担研究報告書

研究代表者 辻 一郎（東北大学大学院医学系研究科）

（2022年度厚生労働行政推進調査事業費補助金 循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究」で継続検討中）

喫煙のロジックモデル

アウトカム
(生活習慣)

成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）：未成年者の喫煙をなくす：妊娠中の喫煙をなくす：
受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少

*喫煙には加熱式タバコを含む

アウトプット
(行動・環境)

【個人】

禁煙啓発広告を見た者の割合の増加
タバコ製品パッケージの警告表示を見た者の割合の増加
タバコ製品の広告を見た者の割合の減少
禁煙相談支援・専門医療機関の利用の増加
禁煙治療（オンライン、禁煙治療アプリを含む）の実施件数の増加
禁煙を試みた者・継続的な禁煙に成功している者の割合の増加
複数のタバコ製品を併用する者の割合の減少
喫煙に伴うリスクについての知識向上

*アウトプットの評価は未成年及び成人について行う

【環境】

禁煙アドバイス実施件数の増加（診療・健診・検診・薬局等）
受動喫煙防止に取り組む企業数の増加
受動喫煙の社会格差の縮小
受動喫煙防止条例を制定する自治体数の増加

【個人アプローチ】

学校・職場・地域・家庭における禁煙啓発活動（メディアキャンペーンを含む）の実施
禁煙治療受診の促進
タバコ製品パッケージにおける警告表示の推進
未成年喫煙者の補導強化

【環境アプローチ】

禁煙アドバイス実施の義務付け（診療・健診・検診・薬局等）
受動喫煙防止政策（改正健康増進法）の推進
タバコ製品価格およびタバコ税の引き上げ
タバコ製品の広告・販売・提供に関する規制法の制定
禁煙に関する社会的支援（相談支援、自助グループ等）の拡充

【セッティング】

保育所・学校における対策（健診・保健指導、教育、広報、啓発、環境整備等）
職場における対策（健診・保健指導、教育、広報、啓発、環境整備等）
地域における対策（健診・保健指導、相談支援、専門医療機関、禁煙自助グループ、広告・販売・提供規制、少年補導等）

プロセス
(取組・対策)

飲酒のロジックモデル

アウトカム (飲酒)

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（一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）の割合の減少 未成年者の飲酒をなくす 妊娠中の飲酒をなくす アルコールに起因する健康障害などの減少

* アルコールに起因する健康障害：アルコール依存症、アルコール性肝疾患、アルコール健康障害に関連する飲酒運転・暴力・虐待・自殺等（他者への悪影響含む）



アウトプット (行動・環境)

【個人】

飲酒に伴うリスクに関する知識及びアルコール依存症に対する認識の向上

自動車教習所における飲酒運転防止に係るカリキュラムの履行率上昇

アルコール健康障害に関連する飲酒運転・暴力・虐待・自殺等（他者への悪影響含む）の減少

アルコール性肝疾患による受診者・死亡者の低減

【環境】

アルコールの有害使用の社会格差の縮小

飲み放題を提供している飲食店の減少

酒類業界における広告・宣伝に関する自主基準の違反率減少

酒類業界における交通広告の全面自粛

酒類業者における酒類販売管理研修の受講率向上

販売価格の適正化

アルコール依存症専門医療機関の全都道府県整備

地域において、アルコール健康障害を有している者とその家族が適切な支援を受けられる体制を構築

飲酒に関するガイドライン策定

【個人アプローチ】

依存症患者のモニタリング(AUDIT 15点以上（依存症のレベル・8点以上（飲酒関連問題があるレベル））

成人におけるheavy episodic drinkingのモニタリング

学校教育・職場教育・家庭への啓発

自動車教習所への啓発

アルコール健康障害に関連して飲酒運転・暴力・虐待・自殺未遂等をした者に対する指導

健康診断及び保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニングとブリーフインターベンションの実施評価

アルコール依存症患者の受療率向上

【環境アプローチ】

酒類業界における広告・宣伝に関する自主基準の厳守

酒類業者・風俗営業等における未成年者への販売・提供禁止の徹底・指導・取締りの強化

酒類業者における酒類販売管理研修の定期的な受講

致酔性、依存性等の酒類の特殊性を踏まえた販売価格設定

酒類を飲用等した少年の補導の強化

アルコール依存症の治療等の拠点となる医療機関の整備・医療連携

地域における相談支援体制の明確化

社会復帰(就労および復職、依存症からの回復)の支援

自助グループや民間団体の活動に対する支援

【セッティング】

保育所・学校における対策（教育・広報・啓発）

職場における対策（教育・広報・啓発）

地域における対策（健康診断・保健指導、相談支援、専門医療機関、自助グループ、広告・表示・販売・提供・少年補導）

プロセス (取組・対策)

循環器疾患分野のロジックモデル

<循環器疾患(疾病)の予防>

脳血管疾患の年
齢調整死亡率の
減少

脳血管疾患の年
齢調整入院率の
減少

虚血性心疾患の
年齢調整死亡率
の減少

虚血性心疾患の年齢
調整入院率の減少

<危険因子(基礎的病態)の低減>

4つの危険因子の目標を達成した場合

血圧
収縮期血圧
平均値の低下

成人喫煙率の
減少

糖尿病
年齢調整有病率の
低下

高(LDL)コレステロール
血症の有病率の減少

糖尿病改善・予防のた
めの生活習慣の改善
(糖尿病分野参照)

<生活習慣の改善>

栄養・食生活

・食塩摂取量の減少
・野菜・果物摂取量の増加
・肥満者の減少

身体活動・運動

・歩数の増加
・運動習慣者の割合
の増加

飲酒

・生活習慣病のリ
スクを高める量を
飲酒している者の
割合の減少

高血圧者にお
ける降圧剤服
用率の増加

飽和脂肪
摂取割合の
減少

高コレステロー
ル血症者にお
ける服薬治療率
の増加

生活習慣の改善は、「栄養・食生活」、「身体活動・運動」、「飲酒」の分野と連携（環境整備含む）

糖尿病分野のロジックモデル

<重症化予防>

第3段

**糖尿病性腎症による
透析患者数の減少**

糖尿病関連の健康障害の減少
失明、大血管障害、認知症、サルコペニア等

<包括的なリスク管理>

第2段

糖尿病
**年齢調整有病率の低下
HbA1c 8.0%以上の減少
治療中断・未治療者の減少**

血圧管理の
改善

脂質代謝の
改善

**適正体重維持
メタボリックシンドローム
肥満・フレイル予防**

<生活習慣等の改善>

第1段

栄養・食生活

- ・適切なエネルギー摂取量
- ・栄養バランスの維持
- ・高GIの食品摂取の減少
- ・塩分摂取量の減少

身体活動・運動

- ・**歩数の増加**
- ・運動習慣者の増加
- ・サルコペニア予防

節度のある
飲酒

禁煙

口腔保健
歯周病予防

特定健診・保健指導の実施率向上

がん分野のロジックモデル

第3段

がんの年齢調整罹患率の増加の抑制

がんの年齢調整死亡率の減少

＜生活習慣の改善＞

＜感染症対策＞

＜がん検診＞

第2段

- ・成人喫煙率の減少
- ・未成年・妊婦の喫煙ゼロ
- ・受動喫煙の機会を有する者の減少
- ・ハイリスク飲酒者の減少
- ・運動習慣のある者の増加
- ・適正体重を維持している者の増加
- ・食塩摂取量の減少
- ・野菜・果物の摂取量の増加

- ・B型・C型肝炎ウイルス感染率の減少
- ・B型・C型肝炎ウイルス検査受検率の増加
- ・B型肝炎定期予防接種実施率の増加
- ・HTLV-1 感染率の減少

- ・受診率向上（50%）
- ・精検受診率の向上（90%）
- ・職域におけるがん検診の普及

第1段

- ・生活習慣の各領域における取組
- ・学校におけるがん教育の普及
- ・スマートライフプロジェクトなどでの普及啓発

- ・B型・C型肝炎ウイルス検査と治療の普及啓発
- ・HTLV-1 感染とスクリーニングの普及啓発

- ・コールリコールを実施する市町村の割合の向上
- ・市町村用がん検診チェックリスト実施率の向上
- ・市町村における精検未把握率の減少
- ・健康宣言の中にがん検診受診を推奨する事業所の数の増加
- ・がん検診の感度・特異度を把握する都道府県の増加

アウトライン

1. がん対策推進基本計画の概要
2. ロジックモデルの基本
3. 評価指標とデータソース
4. 海外・都道府県事例

良い目標の条件

SMART Objectives

- Specific : 明確であること

- Measurable : 測定可能であること

- Attainable/Achievable : 達成可能であること

- Realistic/Relevant : 現実的であること

- Time-bound : 時間設定があること

SMART objectivesの例:

- ◆ 2009年までに（時間設定あり）、
- ◆ ○○県における脳卒中の症状に関する知識や救急車を呼ぶことの重要性を知っている人(明確・現実的)の割合を、
- ◆ ○○%（2005年実施の○○調査の結果）から○○%に増加させる（測定可能、達成可能）。

第3期がん対策推進基本計画中間評価指標一覧

第73回がん対策推進協議会	資料6
令和元年6月28日	一部改定

指標	用いる調査
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～	
全体目標	
1001 がんの年齢調整死亡率	がん登録・統計
1002 がん種別の年齢調整死亡率の変化	がん登録・統計
1003 がんの年齢調整がん罹患率	がん登録・統計
1004 がん種別の年齢調整がん罹患率の変化	がん登録・統計
(1)がんの一次予防	
①生活習慣について	
1011 成人喫煙率	国民健康・栄養調査
1012 未成年喫煙率	厚生労働科学研究
1013 妊娠中の喫煙率	厚生労働科学研究
1014 禁煙希望者の割合	国民健康・栄養調査
1015 望まない受動喫煙の機会を有する者の割合	国民健康・栄養調査
1016 ハイリスク飲酒者の割合	国民健康・栄養調査
1017 運動習慣のある者の割合	国民健康・栄養調査
1018 適正体重を維持している者の割合	国民健康・栄養調査
1019 食塩摂取量	国民健康・栄養調査
1020 野菜・果物の摂取量	国民健康・栄養調査
1021 野菜・果物の摂取不足の者の割合	国民健康・栄養調査
②感染症対策について	
参 B型・C型肝炎ウイルス感染率	厚生労働科学研究
参 B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	厚生労働科学研究
参 B型肝炎定期予防接種実施率	地域保健・健康増進事業報告
参 ヒト細胞白血病ウイルス1型感染率	AMED
(2)がんの早期発見及びがん検診	
①受診率向上対策について	
1031 がん検診受診率	国民生活基礎調査
参 コールリコールを実施している市区町村の割合	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
②がん検診の精度管理などについて	
1032 精密検査受診率	地域保健・健康増進事業報告
参 精密検査未把握率	地域保健・健康増進事業報告
参 精密検査未受診率	地域保健・健康増進事業報告
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	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
参 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	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1034 市町村用がん検診チェックリスト実施率(全国、全項目)	全国がん検診実施状況データブック
③職場におけるがん検診について	

指標のデータソース

- 通常指標（死亡率、罹患率、喫煙率、検診受診率）
 - がん登録（全国がん登録、院内がん登録全国集計）
 - その他の既存統計
人口動態統計・国民健康栄養調査・地域保健事業報告・国民生活基礎調査等
 - 現況報告
- 患者体験指標
 - 患者体験調査
 - 遺族調査

アウトライン

1. これまでのがん対策推進基本計画
2. ロジックモデルの基本
3. 評価指標とデータソース
4. 海外・都道府県事例

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「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」2020年度、2021年度報告書（研究代表者 片野田耕太）

National Comprehensive Cancer Control Program 米国CDCの州がん対策支援プログラム



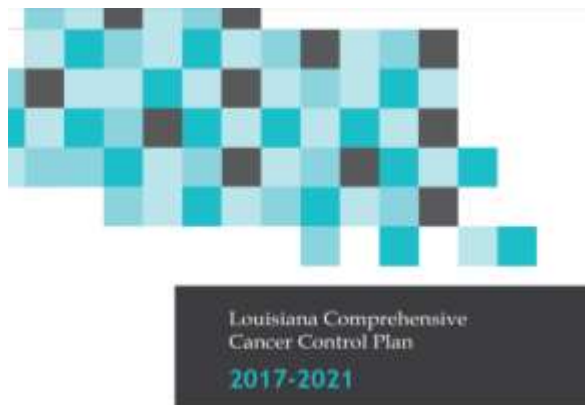
Comprehensive Cancer Control Branchには約30人のスタッフが配置。各州などの窓口である「計画評価連携チーム」、調査研究をする「科学支援臨床応用チーム」、教育訓練などをする「研修コミュニケーションチーム」の3つからなる。10人弱の「計画評価連携チーム」のそれぞれの担当者が3～5州ずつを担当し、好事例の提供や進め方のアドバイスを実施。

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「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」2020年度報告書



<https://www.cdc.gov/cancer/ncccp/index.htm>

ルイジアナがん対策計画



https://ftp.cdc.gov/pub/Publications/Cancer/ccclouisiana_ccc_plan.pdf

TABLE OF CONTENTS

Executive Summary	i
Commonly Used Abbreviations	iii
Organizations & Programs	iii
Medical Terminology	iv
Other Terms	iv
Figures	vii
Introduction	1
Comprehensive Cancer Control Program	1
Purpose of the Plan	1
Implementation of the Plan	2
Louisiana Comprehensive Cancer Control Program Strategies	3
Breast Cancer	7
Goals, Objectives, and Strategies	7
Burden and Disparities in Louisiana	8
Breast Cancer Screening Recommendations	12
Cervical and HPV-Related Cancers	13
Goals, Objectives, and Strategies	13
Burden and Disparities in Louisiana	14
Cervical Cancer Screening Recommendations	16
HPV-Related Cancers	16
Safety	17
Recommendations	17
Colorectal Cancer	18
Goals, Objectives, and Strategies	18
Burden and Disparities in Louisiana	19
Colorectal Cancer Screening Recommendations	22
Lung and Other Tobacco-Related Cancers	25
Goals, Objectives, and Strategies	25
Burden and Disparities in Louisiana	26
Other Tobacco-Related Cancers	28
Disparity in Tobacco-Related Cancers	29
Screening Recommendations	31
Melanoma of the Skin, Prostate and Liver Cancers	32
Skin Cancer	32
Goals, Objectives, and Strategies	32
Burden and Disparities in Louisiana	33
Prostate Cancer	35
Goals, Objectives, and Strategies	35
Burden and Disparities in Louisiana	35
Screening Recommendations	36
Liver Cancer	36
Burden and Disparities in Louisiana	36
A Spotlight on Genetic Cancers	37
Goals, Objectives, and Strategies	37
Burden and Disparities in Louisiana	38
A Spotlight on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health and Cancer	40
Obesity and Cancer: A Closer Look	42
Goals, Objectives, and Strategies	42
Burden and Disparities in Louisiana	43
Health Systems Change: Patient Navigation, Cancer Survivorship, and Access to Care	44
Goals, Objectives, and Strategies	44
Patient Navigation	44
Cancer Survivorship	45
Goals, Objectives, and Strategies	45
Evaluation Plan	48
Appendix A	52
Louisiana Colorectal Cancer Roundtable	52
Louisiana Healthy Communities Coalition	54
Statewide Tobacco Control Workgroup	55
References	57

主な構成

- ・主要ながん種（乳房、子宮頸部 + HPV関連、大腸、肺、メラノーマ、前立腺、肝）
- ・遺伝性腫瘍
- ・性的マイノリティ
- ・肥満、生活習慣
- ・医療アクセス
- ・サバイバーシップ

社会環境アプローチ



Complete streets

英語から翻訳・完全な道路は、交通手段に関係なく、あらゆる年齢と能力のユーザーが安全で便利で快適な旅行とアクセスを可能にするために、道路を計画、設計、運用、維持することを要求する交通政策と設計アプローチです。コンプリートストリートでは、ウォーキング、サイクリング、自動車の運転、公共交通機関の利用、商品の配達などで安全に移動できます。
ウィキペディア（英語）

原文を見る



「肥満を減らすためのPolicy, systems, and environmental changesを実行」

Obesity and Cancer: A Closer Look

GOALS, OBJECTIVES, AND STRATEGIES

Goal 9

Reduce cancer risk by reducing obesity

Objectives

Objective 1: Decrease the percentage of adults, ages 18+, who report no leisure time physical activity

■ Where We Are: 29.5%
■ National Average: 23.7%
■ Our Goal: 23.7%

Objective 2: Increase the percentage of adults, ages 18+, who consumed 1 or more vegetables per day

■ Where We Are: 67.3%
■ National Average: 77.6%
■ Our Goal: 77.6%

Strategies

1. Increase physical activity access and outreach within communities
2. Encourage healthful eating behaviors through guidance, trainings, and promotional materials
3. Coordinate with local farmers markets to expand the use of SNAP benefits at markets
4. Expand participation in Walk-Ahead
5. Promote health through the consumption of healthful diets
6. Make health foods more appealing with junk food relative pricing
7. **Increase the amount of infrastructure to support walking and bicycling**
8. Increase consumption of fruits and vegetables

「歩行と自転車使用をサポートするインフラの増加」

https://ftp.cdc.gov/pub/Publications/Cancer/ccc/louisiana_ccc_plan.pdf

EXECUTIVE SUMMARY		3. HOW SHOULD WE IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER TREATMENT AND AT THE END OF LIFE?	
1.	THE CURRENT LANDSCAPE OF CANCER IN ENGLAND	7	7.1 LIVING WITH AND BEYOND CANCER
2.	AMBITIONS AND PERFORMANCE METRICS	12	7.2 MEASURING QUALITY OF LIFE
2.1	CANCER INCIDENCE	12	7.3 COMMISSIONING SERVICES FOR PEOPLE LIVING WITH AND BEYOND CANCER
2.2	CANCER SURVIVAL	12	7.4 FOLLOW-UP PATHWAYS
2.3	PATIENT EXPERIENCE AND QUALITY OF LIFE	12	7.5 CANCER REHABILITATION
2.4	UNDERPINNING METRICS	12	7.6 DEPRESSION
3.	PRINCIPLES	13	7.7 PROVISION OF CARE IN THE COMMUNITY
4.	HOW SHOULD WE REDUCE THE GROWTH IN THE NUMBER OF CANCER CASES?	13	7.8 SUPPORTING PEOPLE WITH CANCER TO RETURN TO WORK
4.1	LIFESTYLE AND AWARENESS	16	7.9 END OF LIFE AND PALLIATIVE CARE
4.2	SMOKING	16	
4.3	OBESITY AND OVERWEIGHT	17	
4.4	ALCOHOL	17	
4.5	UV RADIATION EXPOSURE	18	
4.6	HPV INFECTION	18	
4.7	DRUGS TO PREVENT CANCER	19	
4.8	LIFESTYLE-BASED SECONDARY PREVENTION	20	
4.9	OCCUPATIONAL EXPOSURES	20	
5.	HOW SHOULD WE IMPROVE SURVIVAL?	21	
5.1	SCREENING	21	
5.2	EARLY DIAGNOSIS	22	
5.3	TREATMENT	22	
5.4	MOLECULAR DIAGNOSTICS	22	
5.5	ENHANCING TREATMENT SERVICE DELIVERY	23	
5.6	SPOTLIGHT ON TARGET GROUPS	23	
5.7	EARLY ACCESS TO PALLIATIVE CARE AND AHP SERVICES	24	
5.8	RESEARCH AND INNOVATION	24	
6.	HOW SHOULD WE IMPROVE EXPERIENCES OF CARE, TREATMENT AND SUPPORT?	25	
6.1	MEASURING PATIENT EXPERIENCE	25	
6.2	INCENTIVISING CONTINUOUS IMPROVEMENT IN PATIENT EXPERIENCE	26	
6.3	STAFF EXPERIENCE	26	
6.4	SHARED DECISION-MAKING	26	
6.5	DIGITAL COMMUNICATION	27	
6.6	WORKFORCE COMMUNICATION SKILLS	27	
6.7	ROLE OF CLINICAL NURSE SPECIALISTS	27	
6.8	CANCER SUPPORT GROUPS	27	

- ・罹患の減少（予防）
- ・生存率の向上（検診、治療、医療提供体制、アクセス）
- ・患者の体験、治療選択、コメディカル
- ・QOLの向上
- ・効率的・効果的遂行
- ・コスト

地域別*のがん成績表



全国平均↑

*英国では国民保健サービス（NHS）を委託された
200～300の診療委託グループ（CCG）が一次医療
を担う

カナダ・オンタリオ州

医療・サバイバーシップ、患者体験が中心

Quality of life & patient experience	Safety	Equity
GOAL Ensure the delivery of responsive and respectful care, optimizing individuals' quality of life across the cancer care continuum	GOAL Ensure the safety of patients and caregivers in all care settings	GOAL Ensure health equity for all Ontarians across the cancer system
STRATEGIC OBJECTIVES - Drive excellence in the development of policies, programs, strategies and evaluation by partnering with patients and their families to ensure services and care reflect their needs and preferences. - Expand and integrate access to palliative, psychosocial and rehabilitation services to improve quality of life and patient experience in cancer centres and the community. - Capture a range of real-time patient-reported information that is meaningful to patients to improve the quality of care. - Increase understanding of wait times from the patient's perspective and identify opportunities to improve the patient experience. - Support healthcare providers, patients and families with training, tools and resources to improve communication, decision-making, self-management and quality of life.	STRATEGIC OBJECTIVES - Expand the use of technologies and tools for providers that drive adherence to evidence-based guidelines across care settings, including the home. - Develop and implement patient safety tools in collaboration with patients and families that enable safer care in settings outside the hospital, including the home. - Identify opportunities for system-level oversight for safety related to cancer services. - Advance peer review of care plans to ensure concordance with evidence-informed practice and appropriateness of care that will lead to improved patient safety and clinical effectiveness. - Describe cancer-specific requirements for regulated healthcare providers delivering cancer care.	STRATEGIC OBJECTIVES - Develop and implement the third Aboriginal (FNMI) Cancer Strategy, building on successes of previous FNMI cancer strategies as well as the established relationship protocol agreements between Cancer Care Ontario and FNMI communities. - Assess, expand, enhance and utilize data to better understand and improve equity issues in the regions. - Develop locally relevant policies and programs in partnership with community service providers to improve access to services for specific populations and support healthcare providers with training, data and tools to deliver equitable services. - Advise governments in the development of provincial policies and programs to improve access to services for specific populations, including equitable access to specialized services.

Integrated care	Sustainability	Effectiveness
GOAL Ensure the delivery of integrated care across the cancer care continuum	GOAL Ensure a sustainable cancer system for future generations	GOAL Ensure the provision of effective cancer care based on best evidence
STRATEGIC OBJECTIVES - Stratify patients by risk, based on clinical factors, comorbid conditions and social determinants of health, to determine the supports that patients and families require to navigate their care pathway. - Ensure that standardized care plans are developed and communicated to all members of the care team, across the cancer care continuum, to facilitate an integrated approach to care that is centred on the patient. - Enhance communication among all providers across the cancer care continuum and care settings to facilitate smoother care transitions. - Increase the availability of relevant patient clinical information to patients and providers across care settings to support informed decision-making. - Determine opportunities for improving the transition of adolescents and young adults, when appropriate, from the pediatric to adult cancer system.	STRATEGIC OBJECTIVES - Develop and execute on a chronic disease prevention strategy that focuses on reducing the incidence of the major chronic disease modifiable risk factors and exposures. - Continue to implement organized cancer screening programs for breast, cervical and colorectal cancer. - Assess value from a patient experience, population health and cost perspective to inform decision-making across the cancer system. - Optimize the model of care delivery to achieve the greatest benefit for patients and the cancer system. - Strengthen and expand system capacity planning to ensure resources are most optimally allocated and utilized.	STRATEGIC OBJECTIVES - Expand measurement of clinical and patient-reported outcomes to enable effective, high-quality care. - Expand our performance management model to include non-hospital healthcare organizations and performance at the provider level in order to be more effective with our quality and access programs across the system. - Leverage and expand the use of evidence-based guidance to improve the appropriateness of care. - Develop a unifying strategy for personalized medicine for cancer care including personal and tumour genetics, and incorporate recommendations into clinical practice.



【持続可能性】

- ・慢性疾患予防
- ・対策型検診
- ・医療資源最適化

【効果】

- ・モニタリング
- ・ガイドライン普及



主な構成

【QOLと患者の体験】

- ・緩和・心理的ケアへのアクセス
- ・Patient-reported outcome
- ・待ち時間
- ・Shared decision-making

【安全】

- ・ガイドライン順守
- ・ケアプランのレビュー

【公平】

- ・先住民との格差解消

<http://cancer.ca/en/outreach/ontario-cancer-plan-iv-%E2%80%93-transforming-cancer-care-ontario>

カナダ・オンタリオ州 がん登録データ利用制度

Institute for Clinical Evaluative Sciences

The screenshot shows the ICES website with a 30th Anniversary banner. The navigation bar includes links for ABOUT ICES, RESEARCH, PUBLICATIONS, DATA & PRIVACY, NEWSROOM, and DATA & ANALYTIC SERVICES. The main content area is titled "Mission, Vision & Values" and describes ICES as a not-for-profit research institute. It outlines the mission (translating data into trusted evidence), vision (improved health and health care), and values (excellence, integrity, relevance, and collaboration).

ICES MISSION
Our mission is translating data into trusted evidence that makes policy and health care better and people healthier.

ICES VISION
Our vision is improved health and health care for everyone through world-leading research and analytics.

ICES VALUES

- **We Strive For Excellence** — demonstrated by the quality, innovation and rigour of our work.
- **We Behave With Integrity** — expressed through independence, transparency and impartiality.
- **Our Work is Relevant** — by providing actionable and timely analyses that lead to improved health equity, outcomes and value and are responsive to health priorities.
- **We Collaborate** — through effective partnerships, accessible data and a spirit of openness.

I WANT TO...
— Select —

FRANÇAIS
Renseignements disponibles en français

ABOUT ICES

- Mission, Vision & Values
- New Name and Logo
- About ICES Resources
- ICES 25th Anniversary
- Top 25 in 25
- Key Contacts
- Corporate Reports
- Board of Directors
- Scientific Advisory Committee
- Public Engagement
- Public Advisory Council
- Jack Tu Memorial Award



IC/ESの研究者がデータ作成、解析計画を支援

<https://www.ices.on.ca/About-ICES/Mission-vision-and-values>
<https://www.ices.on.ca/DAS/Public-Sector/Access-to-ICES-Data-Process>

第3期大阪府がん対策推進計画基本的な考え方（第4章）

基本理念

がんを知り、がん予防を進めるとともに、がんになっても心身ともに適切な医療を受けられ、安心して暮らせる社会の構築

全体目標

がん死亡率の減少
(二次医療圏間の差の縮小)

がん罹患率の減少
(二次医療圏間の差の縮小)

がん患者や家族の生活の質の確保

基本的な取組み

(1)がんの予防・早期発見

- がんの1次予防
(たばこ対策、がん教育等)
- がんの早期発見、がん検診
(2次予防)
- 肝炎肝がん対策の推進

(2)がん医療の充実

- 医療提供体制の充実
- 小児・AYA世代、希少がん等、高齢者のがん対策
- 新たな治療法の活用
- がん登録の推進
- 緩和ケアの推進

(3)患者支援の充実

- がん患者の相談支援
- がん患者への情報提供
- 就労支援などがんサバイバーシップ支援

(4)がん対策を社会全体で進める環境づくり

- 社会全体での機運づくり
- 大阪府がん対策基金
- がん患者会等との連携促進

第3期大阪府がん対策推進計画の基本的な考え方

第3期大阪府がん対策推進計画 個別取組体系（基本的な取組み）

1 がんの予防・早期発見

(1) がんの1次予防

- ① たばこ対策
- ② 喫煙以外の生活習慣の改善
- ③ がん教育、がんに関する知識の普及啓発
- ④ がんに関する感染症対策

(2) がん検診によるがんの早期発見（2次予防）

- ① 市町村におけるがん検診受診率の向上
- ② がん検診の精度管理の充実
- ③ 職場におけるがん検診の推進

(3) 肝炎肝がん対策の推進

- ① 肝炎肝がんの予防
- ② 肝炎ウイルス検査の受診促進
- ③ 肝炎肝がん医療の推進
- ④ 肝炎肝がんに関する普及啓発の推進

2 がん医療の充実

(1) 医療提供体制の充実

- ① がん診療拠点病院の機能強化
- ② がん医療連携体制の充実
- ③ 人材育成の充実

(2) 小児・AYA世代のがん・高齢者のがん・希少がん等の対策

- ① 小児・AYA世代のがん
- ② 高齢者のがん医療
- ③ 希少がん等

(3) 新たな治療法（がんゲノム医療・先進的な放射線治療）の活用

(4) がん登録の推進

- ① がん登録の精度向上
- ② がん登録による情報の提供
- ③ がん登録による情報の活用

(5) 緩和ケアの推進

- ① 緩和ケアの普及啓発
- ② 質の高い緩和ケア提供体制の確立
- ③ 緩和ケアに関する人材育成
- ④ 在宅緩和ケアの充実

【目標】（モニタリング指標）

○成人の喫煙率の減少
○官公庁、学校など全面禁煙の割合の向上
○受動喫煙の機会を有する者の割合の減少

○がん検診受診率の向上
○精密検査受診率の向上

○肝炎ウイルス検査累積受診者数の増加
○肝炎ウイルス精密検査受診率の向上

○がん患者の5年相対生存率の向上

<モニタリング指標>

- ・がん診療拠点病院における集学的治療の推進
年間新入院がん患者数、悪性腫瘍手術件数
放射線治療延べ患者数、外来化学療法延べ患者数
- ・地域連携クリティカルパスを適用した延べ患者数
- ・小児・AYA世代の5年実測生存率
- ・DC0%<がん登録データの精度の維持>
- ・がん登録データなどの情報提供件数
- ・緩和ケアチームの新規診療症例数
- ・緩和ケア研修累積受講者数
- ・在宅緩和ケアに取り組む医療機関数

がんの年齢調整り患率の減少※
（二次医療圏間の
がんの年齢調整り患率の差の縮小）

がんの年齢調整り死亡率の減少
（二次医療圏間のがんの年齢調整り死亡率の差の縮小）

3 患者支援の充実

(1) がん患者の相談支援

- ①がん相談支援センターの機能強化
- ②がん相談支援センターの周知と利用促進

(2) がん患者への情報提供

(3) 就労支援等のがんサバイバーシップ支援

- ①小児・AYA 世代への支援
- ②全ての働く世代のがん患者の就労支援の推進
- ③高齢者の支援
- ④新たな課題（アビランスケア・生殖機能の温存等）への対応

○がん患者の緩和ケアに対する満足度の向上

○がん患者のがん相談支援センターに対する認知度の向上

<モニタリング指標>

- ・がん相談支援センターの相談件数
（就労、アビランスケアなど）
- ・がん登録データなどの情報提供件数
- ・がん患者の緩和ケアに対する理解度の向上

4 がん対策を社会全体で進める環境づくり

(1) 社会全体での機運づくり

(2) 大阪府がん対策基金

(3) がん患者会等との連携推進

<モニタリング指標>

- ・がん対策基金による企画提案公募事業累積採択延べ件数
- ・がん検診受診推進員認定数
- ・患者会、患者支援団体及び患者サロン数

2022年（令和4年）9月5日（月）
第81回がん対策推進協議会

第81回がん対策推進協議会	資料6
令和4年9月5日	

「新型コロナウイルス感染症の蔓延下における がん薬物療法の影響調査」 の概要報告

公益社団法人日本臨床腫瘍学会
理事長 石岡千加史

「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」 研究の位置づけ

厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

新型コロナウイルス感染症に対応した新しい生活様式による生活習慣の変化およびその健康影響の解明に向けた研究—生活習慣病の発症および重症化予防の観点から—（20CA2046）

分担研究（分担研究者 門田守人・日本医学会連合会長）

新型コロナウイルス感染症における直接的な健康影響及び他の疾患の医療に与えた影響の調査に関する研究

① 臨床内科グループ

研究1. 新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査

研究分担者	門田 守人	一般社団法人日本医学会連合	会長
研究1			
研究協力者	室 圭	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員長
研究協力者	松岡 宏	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 副委員長
研究協力者	大木 恵美子	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員
研究協力者	沖 英次	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員
研究協力者	小林 由夏	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員
研究協力者	近藤 千紘	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員
研究協力者	西尾 誠人	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員
研究協力者	牧野 好倫	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員
研究協力者	舩石 俊樹	公益社団法人日本臨床腫瘍学会	JSMO会員委員会 委員

新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査 調査結果について（会員）

1 回目

994人



1. 目的

この度、日本臨床腫瘍学会では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）蔓延下における日本のがん診療、とくにがん薬物療法の実態を広く調査することとなりました。今後、パンデミックが起きた際に想定されるがん診療の Clinical Question への解決および発展に寄与することを目的としております。

この調査内容は、日本臨床腫瘍学会（JSMO）の会員委員会が主体となって作成いたしました。会員を対象とした Web 調査であり、回答に記載された内容は記入者が特定されないように配慮しております。

2. 実施概要

- 実施期間：2020 年 11 月 27 日～2021 年 2 月 21 日
- 実施対象：日本臨床腫瘍学会員（2020 年 11 月 27 日時点の全会員）
- 実施方法：インターネットアンケート提供サービス(survey monkey)を利用，URL を email にて配信
設問数全 60 問，所要時間 10 分程度，無記名形式

新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査 調査結果について（会員）

2 回目
749人

1. 目的

2020 年に引き続き、2021 年度も日本臨床腫瘍学会では、「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」を実施いたしました。

本調査は一般社団法人日本医学会連合による厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症による他疾患等への影響調査研究 門田分担班」にて実施しております「新型コロナウイルス感染症が広く診療等に与える影響」との協力実施となります。

2021 年度の調査も、日本臨床腫瘍学会（JSMO）の会員委員会が主体となって作成した会員を対象とした Web 調査であり、回答に記載された内容は記入者が特定されないように配慮しております。また、全会員を対象としておりますが、医師とそれ以外の職種の方では質問内容と回答する範囲が異なります。

本調査では、いわゆる第 5 波の COVID-19 禍（2021 年 6 月下旬～9 月頃、第 5 波についてはスライド参照のこと）の時期における、会員自身のがん診療や薬物療法の実態について回答いただきました。

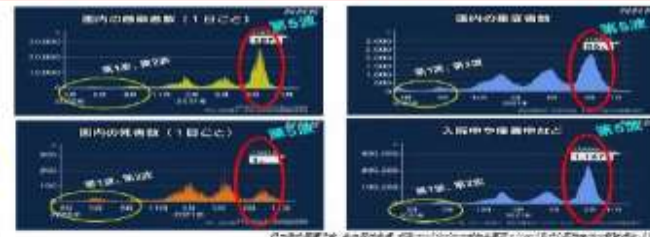
新型コロナウイルス感染症蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査

新型コロナウイルス感染症のフェーズについて

- いわゆる「第1波」： 2020年2月頃～5月頃
- いわゆる「第2波」： 2020年7月頃～9月頃
- いわゆる「第3波」： 2020年11月頃～2021年2月頃
- いわゆる「第4波」： 2021年4月頃～6月頃
- いわゆる「第5波」： 2021年6月下旬～9月頃

前回の調査対象期間

今回の調査対象期間



2. 実施概要

調査期間：2021 年 12 月 22 日～2022 年 1 月 24 日

調査対象：日本臨床腫瘍学会員（2021 年 12 月 22 日時点の全会員）

調査方法：インターネットアンケート提供サービス（Survey Monkey）を使用して実施した。

URL を email にて配信し、設問数全 60 問、回答所要時間 5-15 分程度、無記名形式とした。

新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査 調査結果について **(施設)**



2 回目は 会員と施設に実施



(推測)
施設回答のほうが精度が
高い可能性→主に施設アン
ケート結果を解説

回答は106施設
回答者の多くは
専門医

1. 目的

2020年に引き続き、2021年度も日本臨床腫瘍学会では、「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」を実施する事となりましたが、全国的な影響をより正確に把握するために、会員向けと共に、コロナ禍における各施設様での状況も調査したく、皆様に調査のご協力をお願いしました。

コロナ禍は中長期的にもがん診療に深刻な影響をもたらすことが世界的に懸念されております。本調査は、コロナ禍でのがん診療における課題をあぶり出し解決策の検討に役立てるとともに、今後、パンデミックが起きた際に想定されるがん診療の Clinical Question への解決および発展に寄与することが期待されます。

尚、本調査は一般社団法人日本医学会連合による厚生労働科学特別研究事業「新型コロナウイルス感染症による他疾患等への影響調査研究 門田分担班」にて実施しております「新型コロナウイルス感染症が広く診療等に与える影響」との協力実施となります。

調査研究結果の提供および今後の公表（調査結果の学会 HP 等への掲載や学会・学術誌等への発表）に同意する場合のみご回答いただきました。

2021年度の調査も、日本臨床腫瘍学会（JSMO）の会員委員会が主体となって作成した会員を対象とした Web 調査であり、回答に記載された内容は記入者が特定されないように配慮しております。また、全会員を対象としておりますが、医師とそれ以外の職種の方では質問内容と回答する範囲が異なること、および会員向けと所属施設向けとで質問の趣旨が異なります。

本調査では、いわゆる第5波の COVID-19 禍（2021年6月下旬～9月頃）の時期における、施設を代表する立場で、所属施設の薬物療法の実態について回答いただきました。

2. 実施概要

調査期間：2021年12月22日～2022年2月3日

調査対象：日本臨床腫瘍学会認定施設485施設

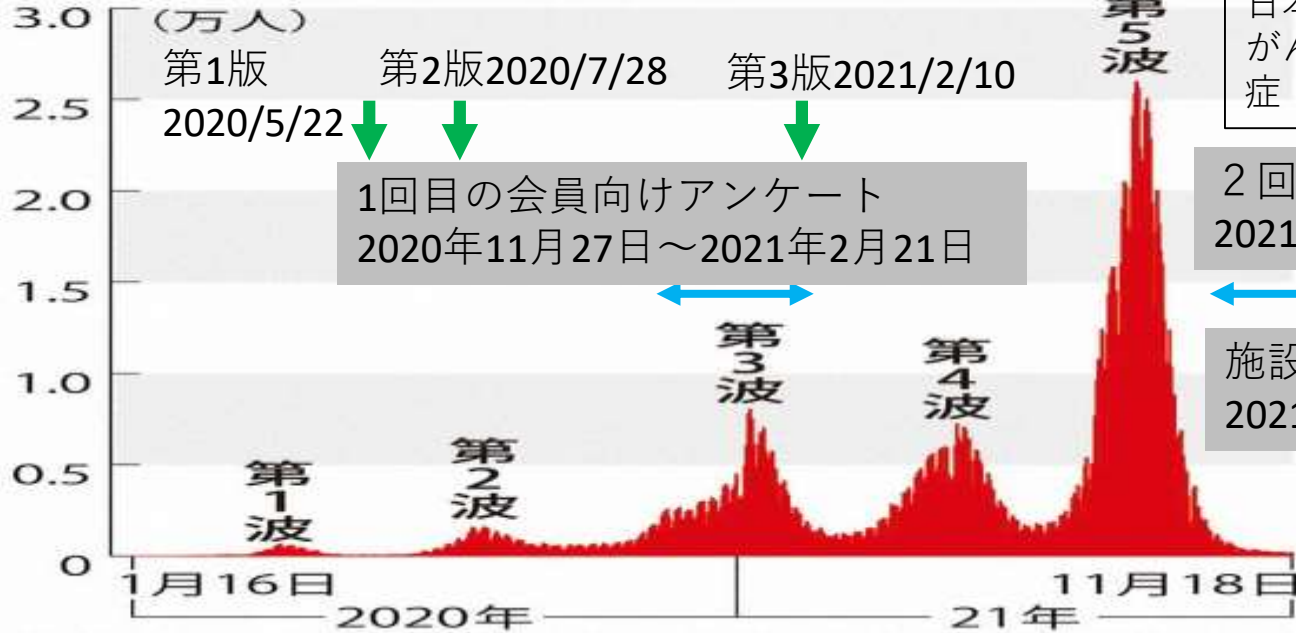
(2021年12月22日時点の認定研修施設担当医及びがん薬物療法専門医)

調査方法：インターネットアンケート提供サービス（Survey Monkey）を使用して実施した。

URLをemailにて配信し、設問数全60問、回答所要時間5-15分程度、無記名形式とした。

日本における新型コロナウイルス感染症患者数の推移と調査時期

全国の新規感染者数の推移 (厚生労働省まとめ)



↓ 日本癌治療学会, 日本癌学会,
日本臨床腫瘍学会 (3学会合同作成)
がん診療と新型コロナウイルス感染症:
医療従事者向けQ&A

2回目の会員向けアンケート
2021年12月22日～2022年1月24日

施設向けアンケート
2021年12月22日～2022年2月3日

国内の感染者数 (1日ごと)

NHK



NHKまとめ 8月9日23:59時点
クルーズ船を除く・ただし帰宅後の感染確認は含む

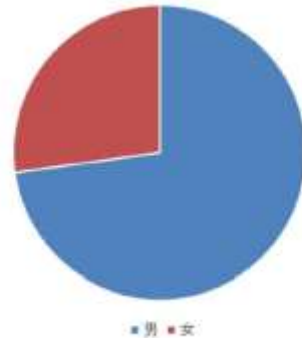
→施設アンケートの
結果を中心に概要説明

2回目の会員アンケート回答者の背景

回答数749人（1回目は994人） 性別、年齢、地域分布はほぼ会員全体の特徴と同じ
 会員数は約9,000人（回答率は約8%、約11%）

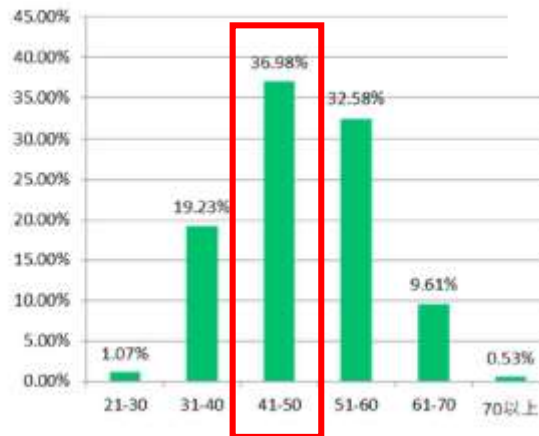
Q1. 参加性別

	%	n
男	72.76%	545
女	27.24%	204
計	100.00%	749



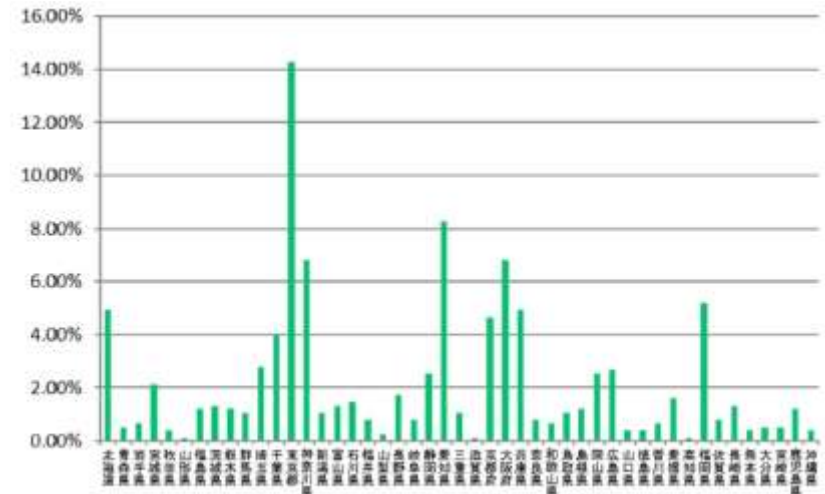
Q2. 年齢

	%	n
21-30	1.07%	8
31-40	19.23%	144
41-50	36.98%	277
51-60	32.58%	244
61-70	9.61%	72
70以上	0.53%	4
計	100.00%	749



Q3. 勤務地の都道府県

	%	n		%	n		%	n
北海道	4.9%	37	石川県	1.5%	11	岡山県	2.5%	19
青森県	0.5%	4	福井県	0.8%	6	広島県	2.7%	20
岩手県	0.7%	5	山梨県	0.3%	2	山口県	0.4%	3
宮城県	2.1%	16	長野県	1.7%	13	徳島県	0.4%	3
秋田県	0.4%	3	岐阜県	0.8%	6	香川県	0.7%	5
山形県	0.1%	1	静岡県	2.5%	19	愛媛県	1.6%	12
福島県	1.2%	9	愛知県	8.3%	62	高知県	0.1%	1
茨城県	1.3%	10	三重県	1.1%	8	福岡県	5.2%	39
栃木県	1.2%	9	滋賀県	0.1%	1	佐賀県	0.8%	6
群馬県	1.1%	8	京都府	4.7%	35	長崎県	1.3%	10
埼玉県	2.8%	21	大阪府	6.8%	51	熊本県	0.4%	3
千葉県	4.0%	30	兵庫県	4.9%	37	大分県	0.5%	4
東京都	14.3%	107	奈良県	0.8%	6	宮崎県	0.5%	4
神奈川県	6.8%	51	和歌山県	0.7%	5	鹿児島県	1.2%	9
新潟県	1.1%	8	鳥取県	1.1%	8	沖縄県	0.4%	3
富山県	1.3%	10	島根県	1.2%	9	計	100.02%	749

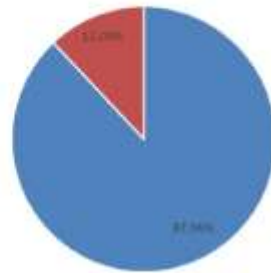


施設アンケート回答者の背景

施設 = 日本臨床腫瘍学会認定施設（485施設、回答108施設、回答率22.6%）

Q1. 性別

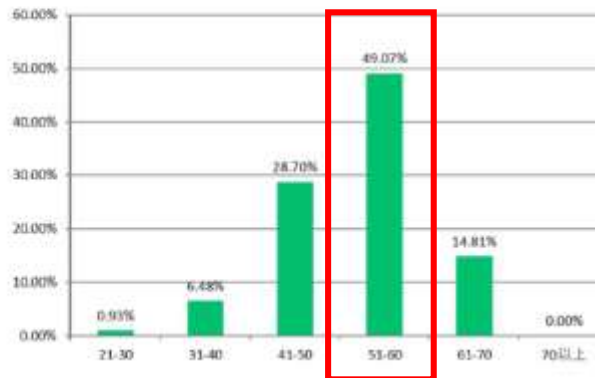
	%	n
男	87.96%	95
女	12.04%	13
計	100.00%	108



●男 ●女

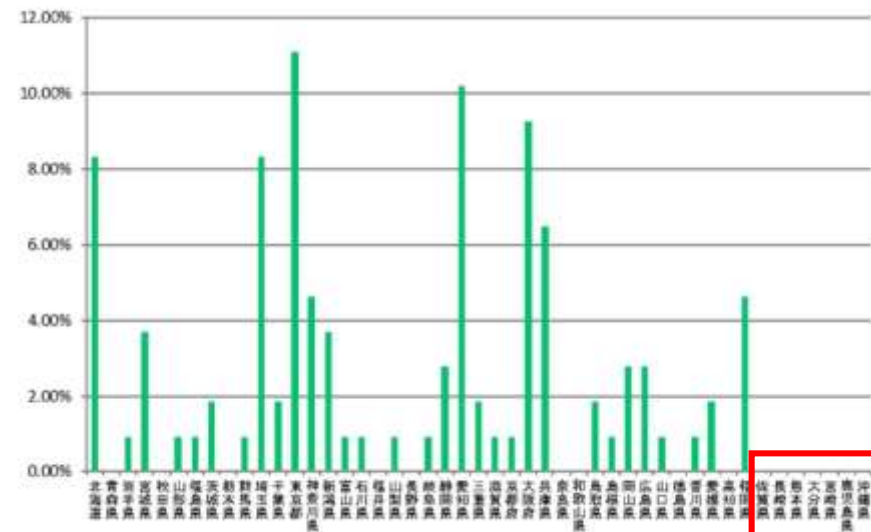
Q2 年齢

	%	n
21-30	0.93%	1
31-40	6.48%	7
41-50	28.70%	31
51-60	49.07%	53
61-70	14.81%	16
70以上	0.00%	0
	99.99%	108



Q3 勤務地

	%	n		%	n		%	n
北海道	8.33%	9	石川県	0.93%	1	岡山県	2.78%	3
青森県	0.00%	0	福井県	0.00%	0	広島県	2.78%	3
岩手県	0.93%	1	山梨県	0.93%	1	山口県	0.93%	1
宮城県	3.70%	4	長野県	0.00%	0	徳島県	0.00%	0
秋田県	0.00%	0	岐阜県	0.93%	1	香川県	0.93%	1
山形県	0.93%	1	静岡県	2.78%	3	愛媛県	1.85%	2
福島県	0.93%	1	愛知県	10.19%	11	高知県	0.00%	0
茨城県	1.85%	2	三重県	1.85%	2	福岡県	4.63%	5
栃木県	0.00%	0	滋賀県	0.93%	1	佐賀県	0.00%	0
群馬県	0.93%	1	京都府	0.93%	1	長崎県	0.00%	0
埼玉県	8.33%	9	大阪府	9.26%	10	熊本県	0.00%	0
千葉県	1.85%	2	兵庫県	6.48%	7	大分県	0.00%	0
東京都	11.11%	12	奈良県	0.00%	0	宮崎県	0.00%	0
神奈川県	4.63%	5	和歌山県	0.00%	0	鹿児島県	0.00%	0
新潟県	3.70%	4	鳥取県	1.85%	2	沖縄県	0.00%	0
富山県	0.93%	1	島根県	0.93%	1	計	100.00%	108



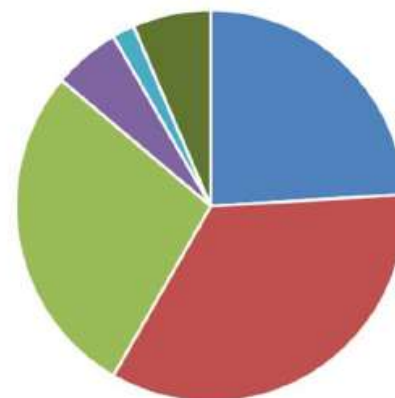
「会員」よりも

- 女性男性比率が高い
- 年齢層がやや高い

施設アンケート回答者の背景

Q4 所属先

	%	n
大学	24.07%	26
国公立病院	34.26%	37
私立病院	27.78%	30
がんセンター	5.56%	6
開業	1.85%	2
基礎研究	0.00%	0
教育	0.00%	0
企業	0.00%	0
その他	6.48%	7
	100.00%	108



■ 大学
 ■ 国公立病院
 ■ 私立病院
 ■ がんセンター
 ■ 開業
■ 基礎研究
 ■ 教育
 ■ 企業
 ■ その他

Q5 職種

	%	n		%	n
医師	95.28%	101	理学療法士	0.00%	0
施設担当者	4.72%	5	作業療法士	0.00%	0
獣医師	0.00%	0	臨床試験コーディネーター (CRC)	0.00%	0
薬剤師	0.00%	0	生物統計家	0.00%	0
看護師	0.00%	0	基礎研究者	0.00%	0
放射線技師	0.00%	0	データマネージャー	0.00%	0
検査技師	0.00%	0	ソーシャルワーカー	0.00%	0
			計	100.00%	106

施設アンケート回答者の背景

Q6 所属先の COVID-19 受け入れ態勢について教えてください。

	%	n
①感染症指定医療機関	44.76%	47
②感染症指定医療機関ではないが施設・自身の患者がCOVID-19感染（疑い	3.81%	4
③感染症指定医療機関ではないが新規患者がCOVID-19感染（疑い含む）の	44.76%	47
④COVID-19患者を受け入れていない	6.67%	7
計	100.00%	105

- 93.3%の施設が何らかの形で感染者を受入

Q7 受け入れありの場合。状況について教えてください（複数回答可）

	%	n
①特別な病院体制をとらず通常診療のまま	7.29%	7
②COVID-19専用病棟を作った	88.54%	85
③手術件数の制限	42.71%	41
④化学療法件数や化学療法内容の制限	9.38%	9
⑤その他（具体的に）	15.63%	15
計	163.55%	96

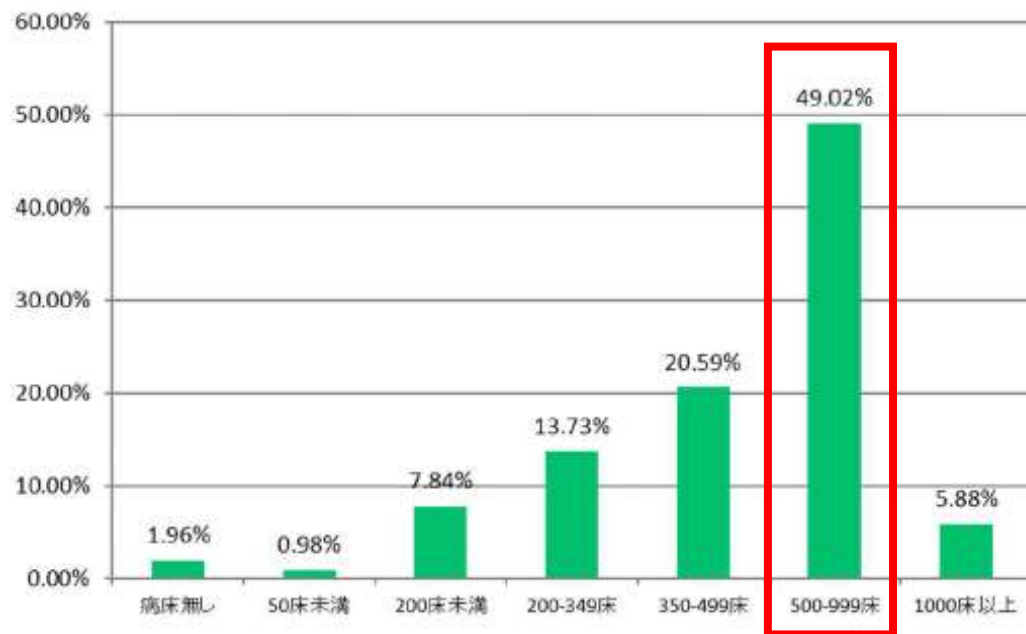
- 88.5%の施設が専用病棟を設置
- 42.7%の施設は手術件数を制限
- 9.4%の施設は化学療法の件数や内容に制限

手術よりは影響が小さい

施設アンケート回答者の背景

Q8 病床数

	%	n
病床無しのクリニック	1.96%	2
50床未満のクリニック ・個人病院など	0.98%	1
200床未満	7.84%	8
200-349床	13.73%	14
350-499床	20.59%	21
500-999床	49.02%	50
1000床以上	5.88%	6
計	100.00%	102

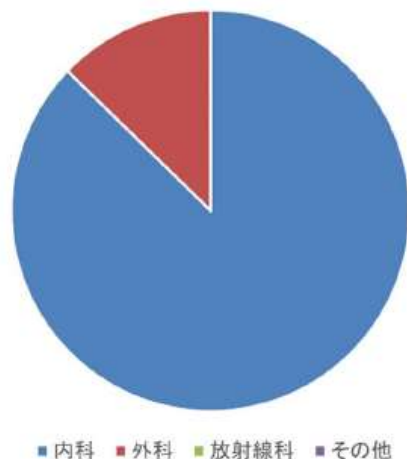


- 500～999床の病院が49%
- 500床以上の比較的規模の大きい病院が約55%

施設アンケート回答者の背景

Q9 専門領域 1

	%	n
内科	87.25%	89
外科	12.75%	13
放射線科	0.00%	0
その他	0.00%	0
計	100.00%	102



Q10. 専門領域 2

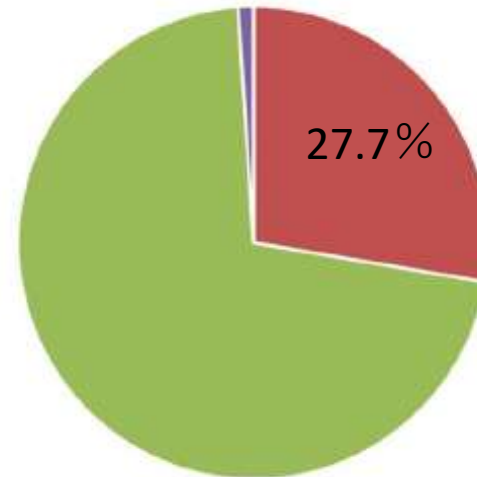
	%	n		%	n		%	n
腫瘍内科	51.96%	53	血液	20.59%	21	がん看護	0.00%	0
脳神経	0.00%	0	内分泌	0.00%	0	がん薬剤師	0.00%	0
頭頸部	0.00%	0	小児	0.00%	0	疫学	0.00%	0
呼吸器	9.80%	10	緩和	0.00%	0	生物統計学	0.00%	0
乳腺	8.82%	9	精神医学	0.00%	0	臨床薬理	0.00%	0
消化管	5.88%	6	放射線治療	0.00%	0	創薬研究開発	0.00%	0
肝胆膵	0.98%	1	放射線診断	0.00%	0	臨床試験支援	0.00%	0
婦人科	0.98%	1	IVR	0.00%	0	医療行政	0.00%	0
泌尿器	0.00%	0	病理学	0.00%	0	製薬企業	0.00%	0
皮膚	0.00%	0	基礎医学	0.00%	0	医療連携	0.00%	0
骨軟部	0.00%	0	臨床検査	0.00%	0	その他	0.98%	1
						計	99.99%	102

がん薬物療法の診療の変化

Q1. COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 5 波の時期において ご施設の
実践されるがん薬物療法に変化はありましたか？

第5波当時、すでに発出されていた、日本癌学会、
日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会（3学会）合
同作成の医療従事者向けQ&A改訂第3版を91%が
知っており、その指針・Q&Aを参考に52%ががん
薬物療法の対応を変更したと回答した。

	%	n
大きく変わった	0.00%	0
少し変わった	27.66%	26
変わらなかった	71.28%	67
がん薬物療法を実施していない	1.06%	1
計	100.00%	94



■ 大きく変わった ■ 少し変わった ■ 変わらなかった ■ がん薬物療法を実施していない

「少し変わった」は、

- ・ 会員よりも施設で少ない
- ・ 会員1回目より2回目で減少

施設回答者と会員回答者

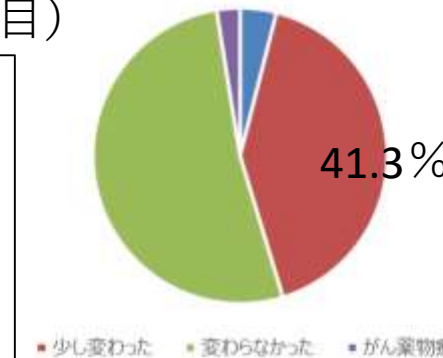
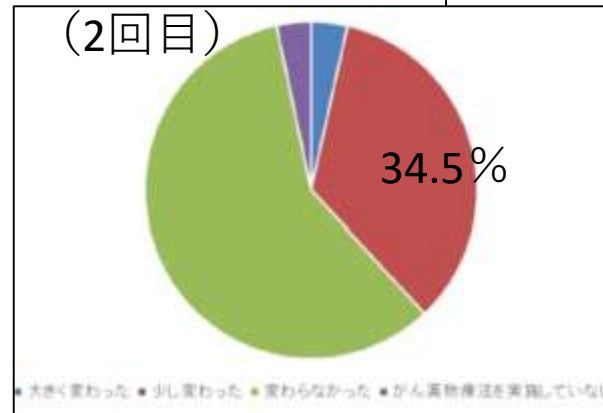
（2回目539人,1回目702人）の違い

1. 所属施設の学会認定、規模
2. 施設代表（的）か
3. 専門性（腫瘍内科医か）

会員アンケート

（1回目）

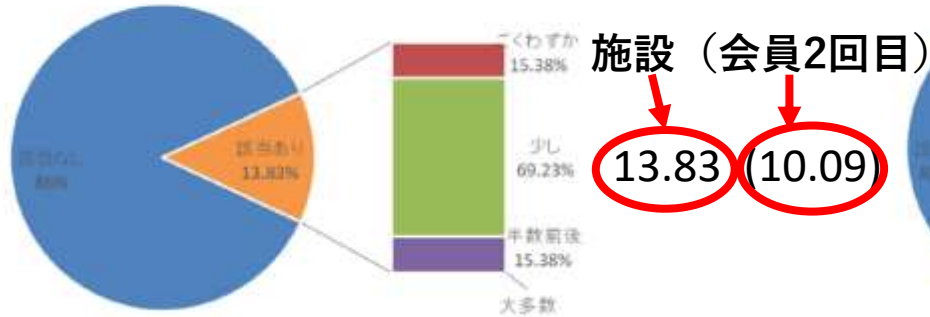
（2回目）



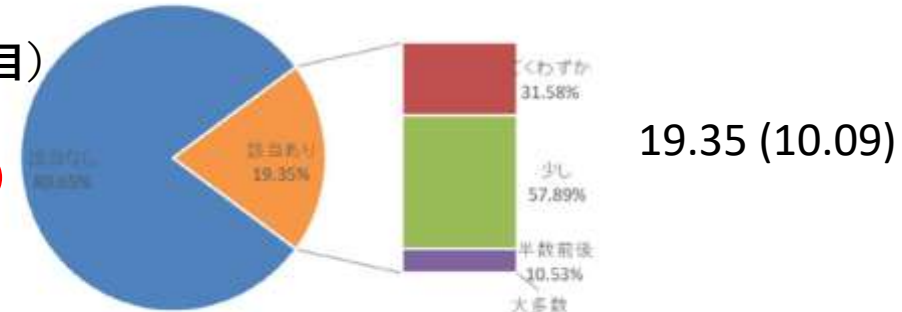
■ 大きく変わった ■ 少し変わった ■ 変わらなかった ■ がん薬物療法を実施していない

Q4. がん薬物療法に関して、COVID-19 蔓延前（2020 年2 月まで）と比較して、第5 波の時期におけるがん診療の変化（治療適応時の変化）

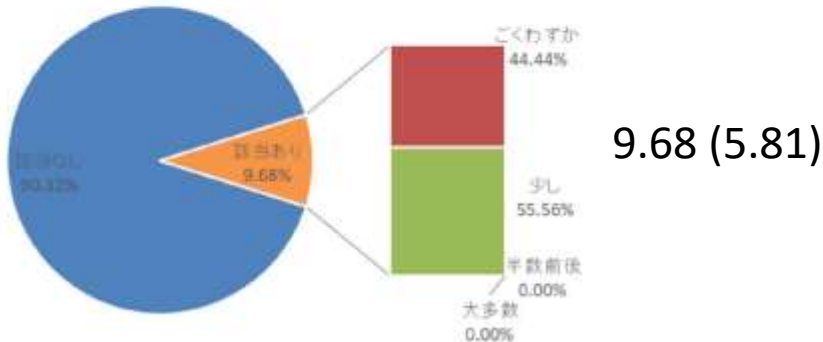
Q4-1 寛解状態（あるいは落ち着いた状態）にある患者の維持療法を中断した



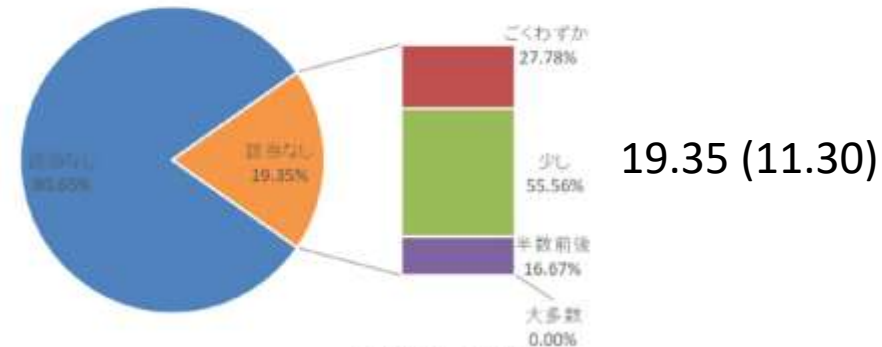
Q4-4 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（補助療法）



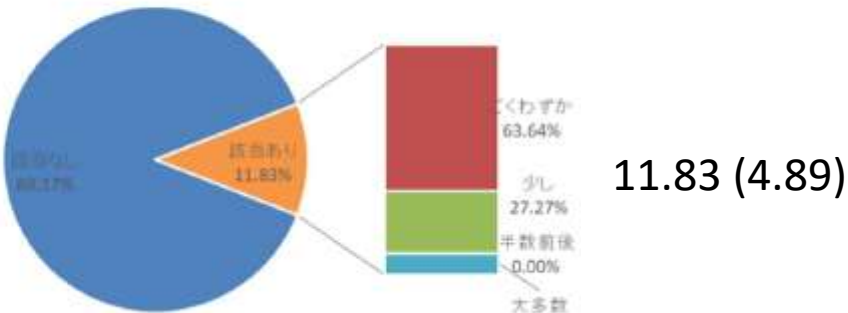
Q4-2 再発リスクの低い患者で、術後化学療法を中止・延期した



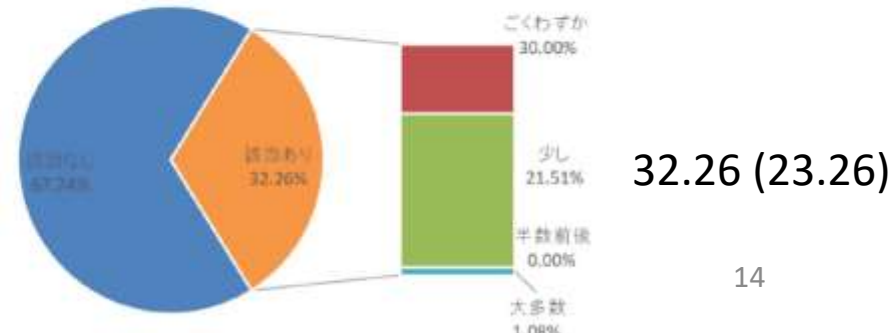
Q4-5 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（進行癌）



Q4-3 通常手術先行していた患者で、術前治療を実施した

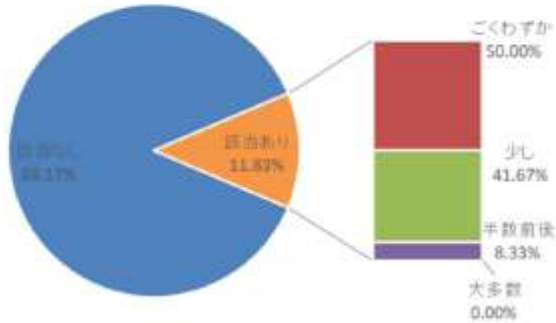


Q4-6 投与間隔が長めのレジメンに変更した



Q4. がん薬物療法に関して、COVID-19 蔓延前（2020 年2 月まで）と比較して、第5 波の時期におけるがん診療の変化（治療適応時の変化）

Q4-7 投与時間（院内滞在時間）が短いレジメンに変更した



11.83 (8.46)

Q4-8 骨髄抑制の少ないレジメンに変更した

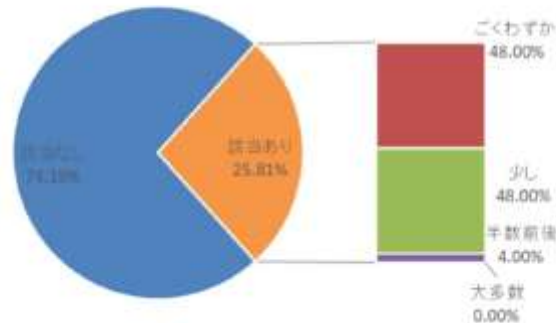


21.51 (16.17)

「該当あり」は、

- 10～30%
- 施設アンケートの方が会員アンケートよりも多い

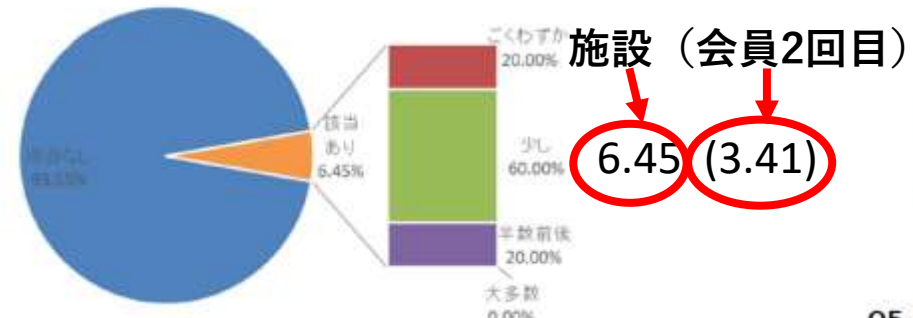
Q4-9 COVID-19 の影響を鑑みて投与間隔・期間を延長あるいはスキップした



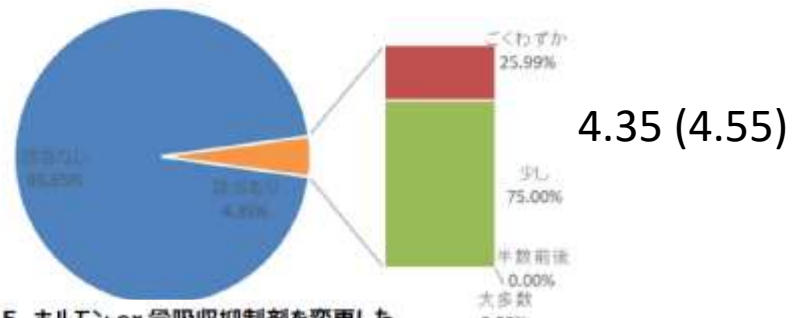
25.81 (28.44)

Q5. 薬物療法について、以下のケースに対しCOVID-19の影響を鑑みて何らかの
治療計画の変更が生じた割合について回答ください。（治療内容変更・治療中
止・延期・投与間隔延長・減量・スキップなど）

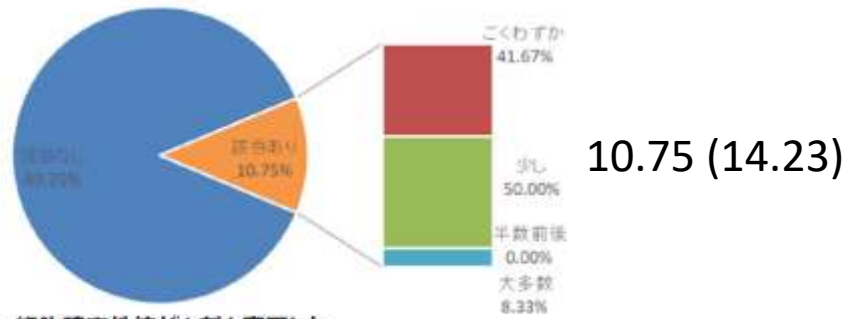
Q5-1 術前・術後補助療法を変更した



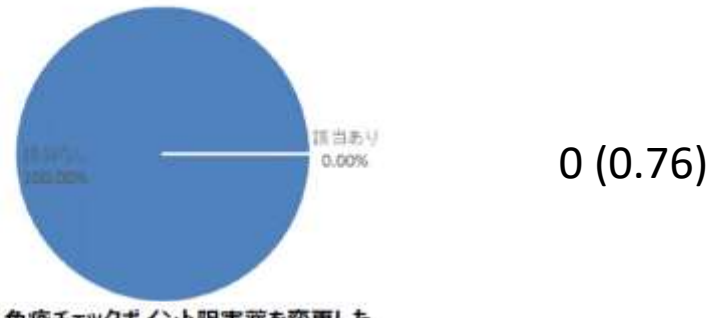
Q5-4 分子標的治療薬を変更した



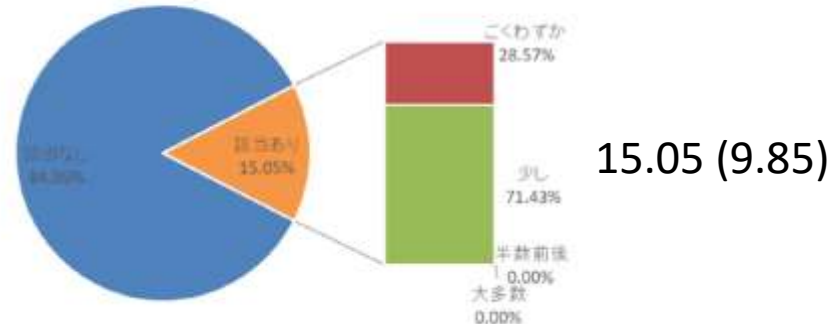
Q5-2 緩和・姑息的治療を変更した



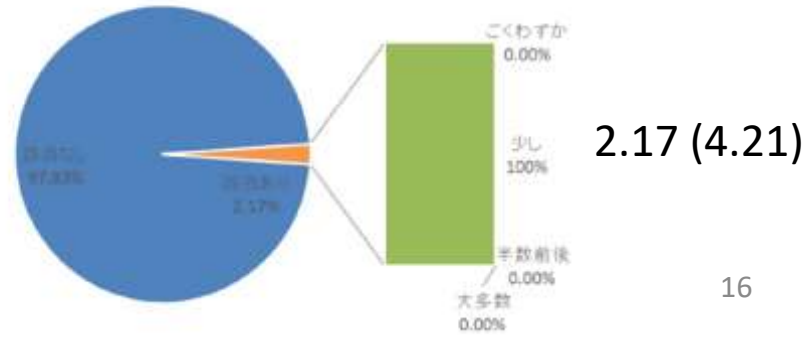
Q5-5 ホルモン or 骨吸収抑制剤を変更した



Q5-3 細胞障害性抗がん剤を変更した

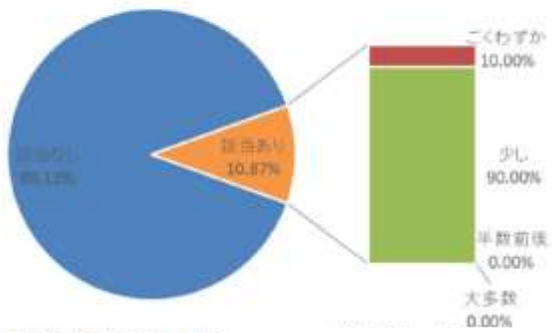


Q5-6 免疫チェックポイント阻害薬を変更した



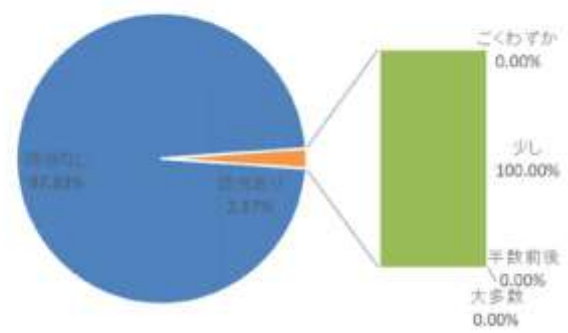
Q5. 薬物療法について、以下のケースに対しCOVID-19の影響を鑑みて何らかの治療計画の変更が生じた割合について回答ください。（治療内容変更・治療中止・延期・投与間隔延長・減量・スキップなど）

Q5-7 ステロイド（支持療法を目的とした使用）を変更した



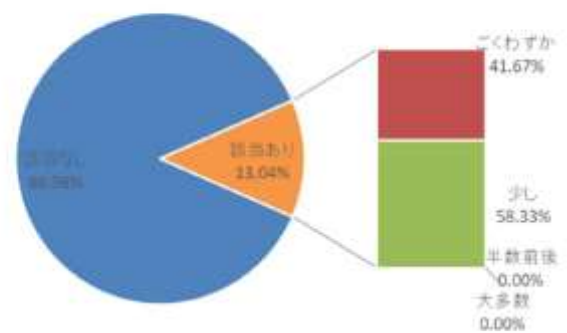
10.87 (6.27)

Q5-10 経皮投与を変更した



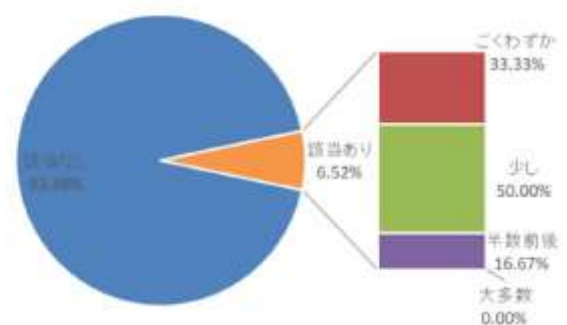
2.17 (0.96)

Q5-8 静脈内投与を変更した



13.04 (4.78)

Q5-9 経口投与を変更した



6.52 (3.44)

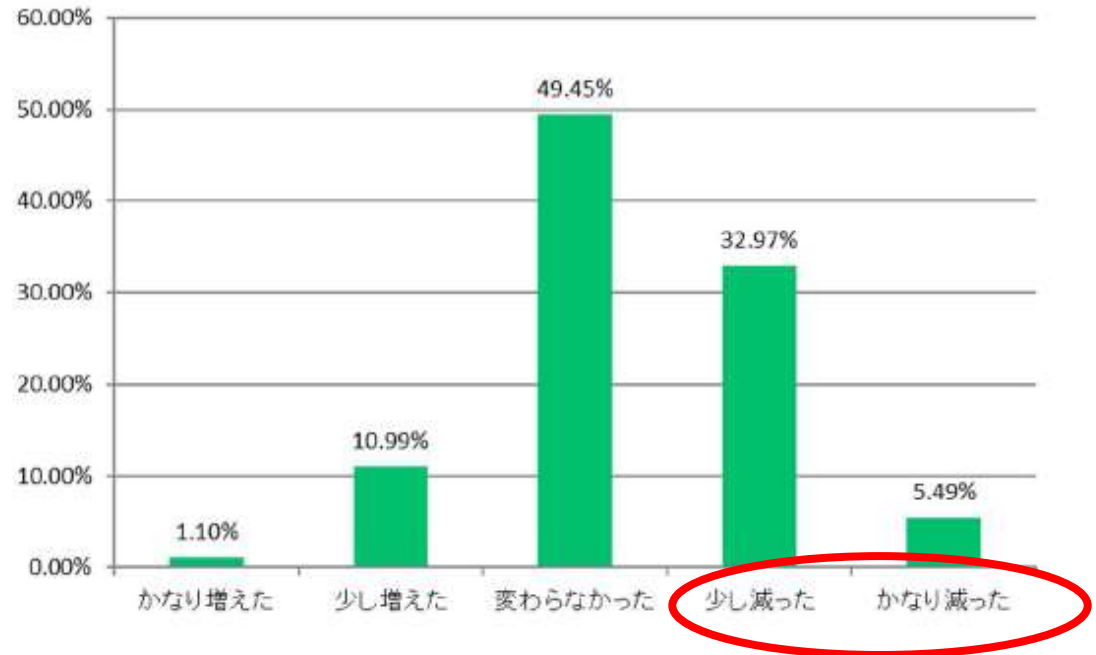
「該当あり」は、

- 0～15%
- 施設アンケートの方が会員アンケートよりも多い

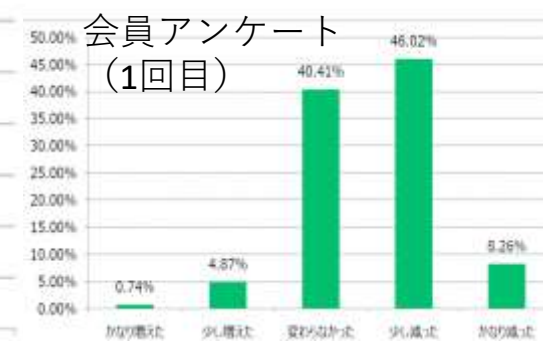
患者数

Q6 COVID-19 蔓延前（2020 年 2 月まで）と比較して、いわゆる第 5 波の時期において診療される患者数に変化がありましたか？

	%	n
かなり増えた	1.10%	1
少し増えた	10.99%	10
変わらなかった	49.45%	45
少し減った	32.97%	30
かなり減った	5.49%	5
計	100.00%	91



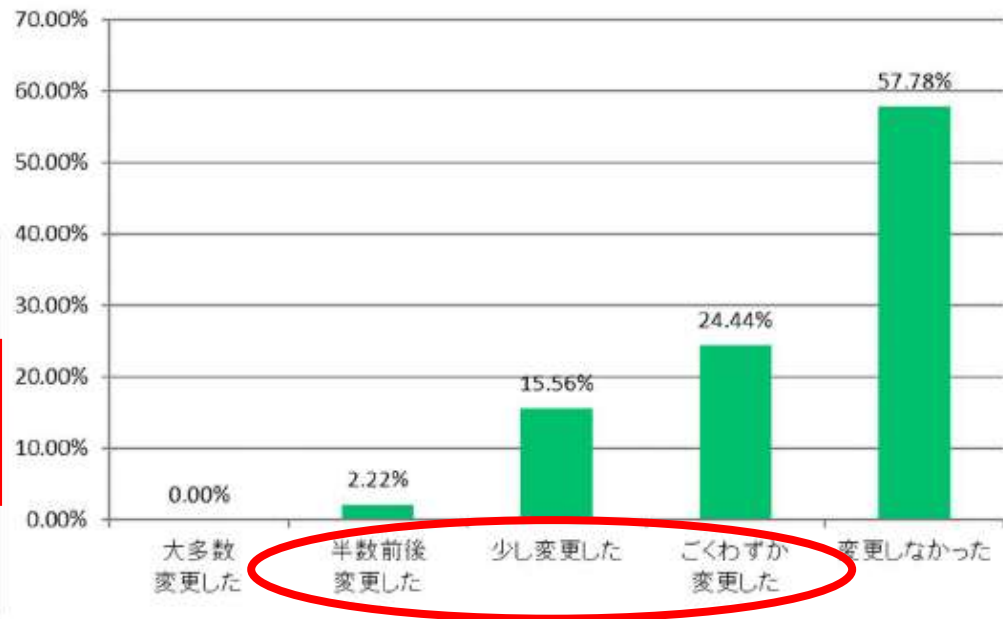
- 会員アンケート2回目とほぼ同じ
- 会員アンケート1回目より2回目は減少



重症化リスクを有する患者へのがん薬物療法の対応

Q7 高齢者、糖尿病、循環器疾患など、COVID-19 の重症化リスク因子を持つ患者に対して、リスクが少ないと思われる患者と比べて、がん薬物療法の対応を変更しましたか？

	%	n
大多数変更した	0.00%	0
半数前後変更した	2.22%	2
少し変更した	15.56%	14
ごくわずかが変更した	24.44%	22
変更しなかった	57.78%	52
計	100.00%	90



何らかの変更があったのは、

- 施設：42.2%
- 会員（2回目） 34.2%
- 会員（1回目） 36.8%

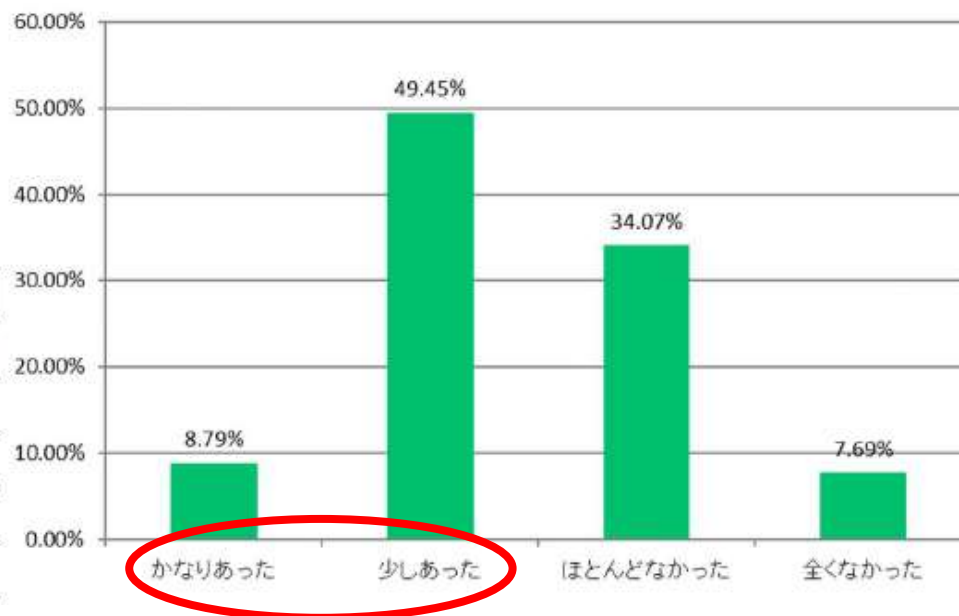
施設でやや高い



がん薬物療法を受けている患者からの要望・問い合わせ

Q8 がん薬物療法を受けている患者さんから COVID-19 を意識した治療に関する要望・問い合わせがありましたか？

	%	n
かなりあった	8.79%	8
少しあった	49.45%	45
ほとんどなかった	34.07%	31
全くなかった	7.69%	7
計	100.00%	91

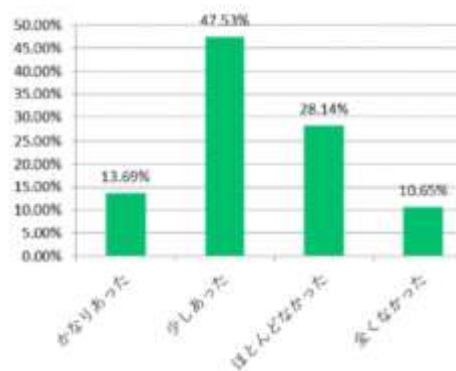


要望・問会わせは、

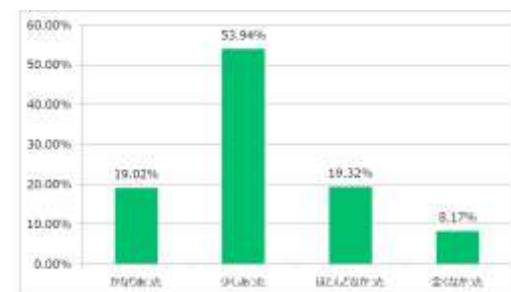
- 施設：58.2%
- 会員（2回目）61.2%
- 会員（1回目）73.0%

かなり高い
施設でやや低い
1回目より減少

会員アンケート（2回目）



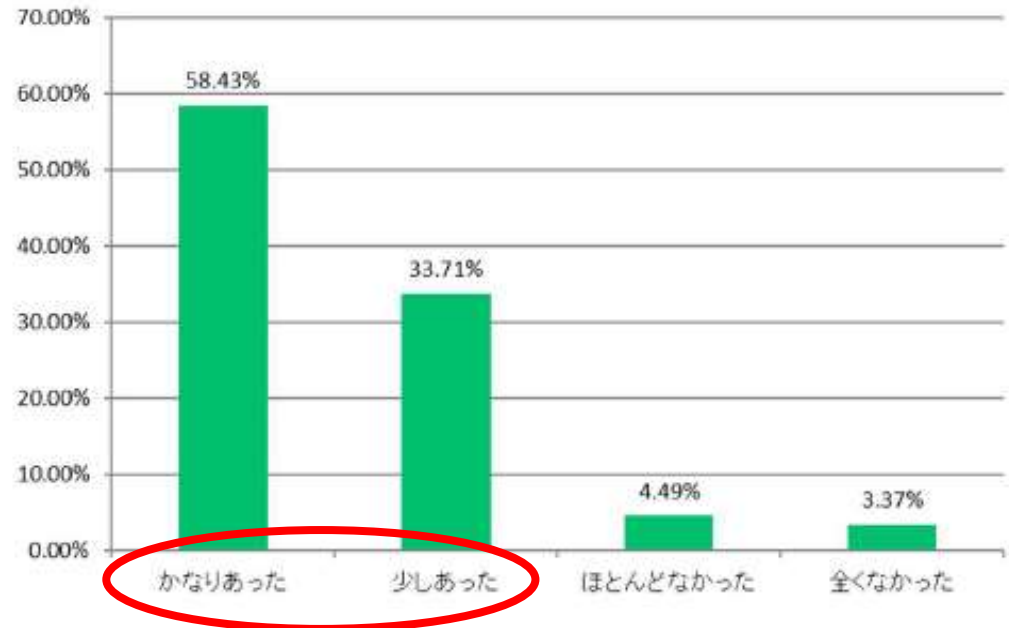
（1回目）



家族の面会制限や付き添い禁止と、終末期の患者の診療

Q10 家族等の面会制限や付き添い禁止のため、終末期の患者の診療に苦慮した。※病床有りの施設が
ご回答ください

	%	n
かなりあった	58.43%	52
少しあった	33.71%	30
ほとんどなかった	4.49%	4
全くなかった	3.37%	3
計	100.00%	89



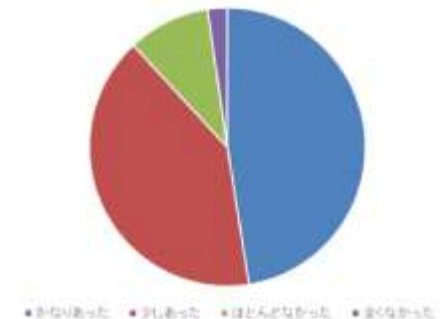
終末期診療の苦慮は、

- 施設：92.1%
- 会員（2回目）88.1%
- 施設・会員ともに非常に多い
- 「かなりあった」は施設で高い（58.4% vs. 47.5%）

1回目は実施せず

Q10 家族等の面会制限や付き添い禁止のため、終末期の患者の診療に苦慮した。

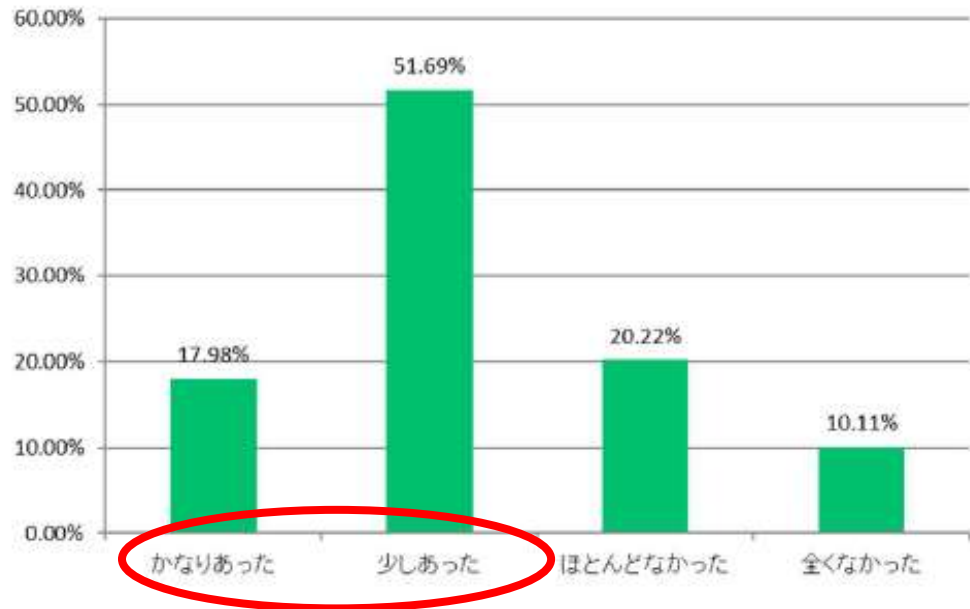
	%	n
かなりあった	47.50%	247
少しあった	40.58%	211
ほとんどなかった	9.62%	50
全くなかった	2.31%	12
計	100.00%	520



家族の面会制限や付き添い禁止と、在宅ケアや在宅看取り

Q11 入院での緩和ケアや看取りの予定であった患者が、面会制限や付き添い禁止のため、在宅ケアあるいは在宅看取りにせざるを得なかった。※病床有りの施設がご回答ください

	%	n
かなりあった	17.98%	16
少しあった	51.69%	46
ほとんどなかった	20.22%	18
全くなかった	10.11%	9
	100.00%	89



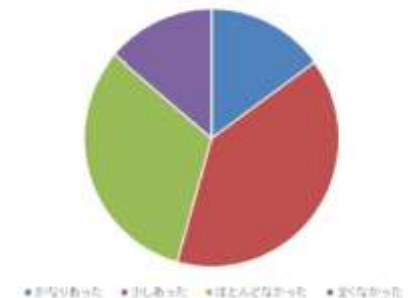
やむを得ない在宅ケアや在宅看取りは、

- 施設：69.7%
- 会員（2回目）54.4%
- 施設・会員ともに高い
- 施設で高い

1回目は実施せず

Q11 入院での緩和ケアや看取りの予定であった患者が、面会制限や付き添い禁止のため、在宅ケアあるいは在宅看取りにせざるを得なかった。

	%	n
かなりあった	14.95%	77
少しあった	39.42%	203
ほとんどなかった	31.84%	164
全くなかった	13.79%	71
計	100.00%	515

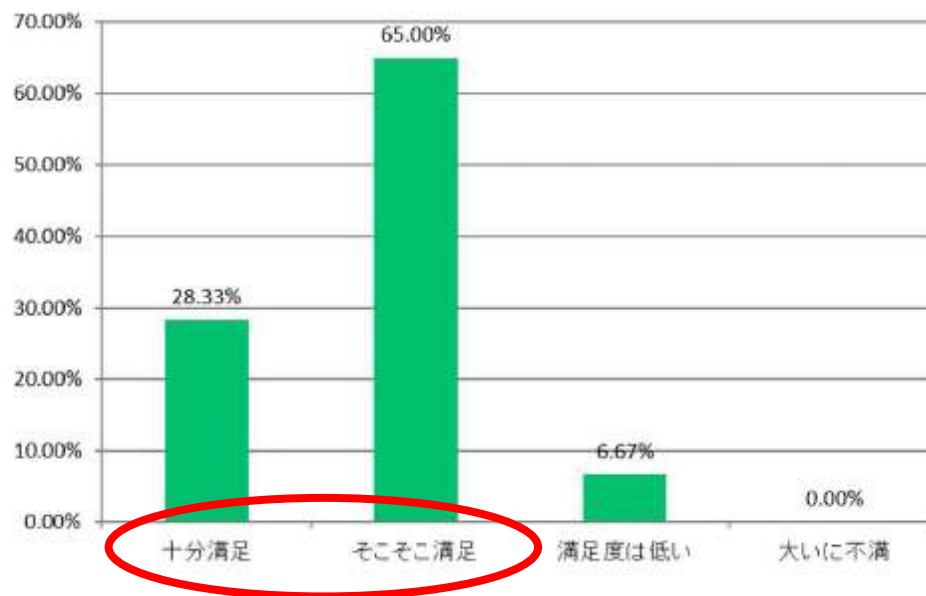


在宅ケア、在宅看取りにおけるケアや看護体制

Q12 在宅ケア、在宅看取りとしたケースにおいて在宅ケアや在宅看護の体制は満足 of いくものでしたか？

(Q11 において、かなりあった、少しあったと回答した方)

	%	n
十分満足	28.33%	17
そこそこ満足	65.00%	39
満足度は低い	6.67%	4
大いに不満	0.00%	0
計	100.00%	60



ケアや看護体制の満足度（低い、多いに不満）は、

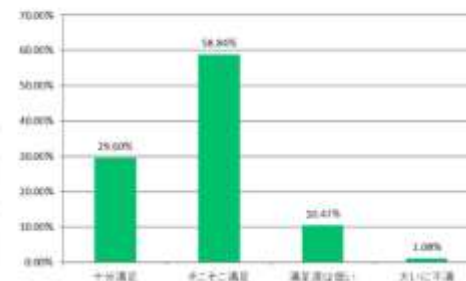
- ・ 施設：6.7%
- ・ 会員（2回目）11.6%

- ・ 施設・会員ともに不満少ない
- ・ 会員でやや高い

1回目は実施せず

Q12 在宅ケア、在宅看取りとしたケースにおいて、在宅ケアや在宅看護の体制は満足 of いくものでしたか？ (Q11 において、かなりあった、少しあったと回答した方の回答)

	%	n
十分満足	29.50%	82
そこそこ満足	58.84%	163
満足度は低い	10.47%	29
大いに不満	1.08%	3
計	99.99%	277



「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」 報告書の結果（概要）

報告書には、臨床内科グループの研究1. 「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」の施設アンケートの結果が記述

がん薬物療法の変化

- 寛解状態（あるいは落ち着いた状態）にある患者の維持療法を中断した－該当あり14%（内訳：ごくわずか15%、少し69%、半数前後15%）。
- 再発リスクの低い患者で、術後化学療法を中止・延期した－該当あり10%（内訳：ごくわずか44%、少し56%）
- 通常手術先行していた患者で、術前治療を実施した－該当あり11%（内訳：ごくわずか64%、少し27%、大多数9%）
- 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（補助療法）－該当あり19%（内訳：ごくわずか32%、少し58%、半数前後11%）
- 注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更した（進行癌）－該当あり19%（内訳：ごくわずか28%、少し56%、半数前後17%）
- 投与間隔が長めのレジメンに変更した－該当あり32%（内訳：ごくわずか30%、少し22%）
- 投与時間（院内滞在時間）が短めのレジメンに変更した－該当あり12%（内訳：ごくわずか50%、少し42%、半数前後8%）
- 骨髄抑制の少ないレジメンに変更した－該当あり22%（内訳：ごくわずか25%、少し65%、半数前後5%、大多数5%）
- COVID-19の影響を鑑みて投与間隔・期間を延長あるいはスキップした－該当あり26%（内訳：ごくわずか48%、少し48%、半数前後4%）
- 術前・術後補助療法を変更した－該当あり6%（内訳：ごくわずか20%、少し60%、半数前後20%）
- 緩和・姑息的治療を変更した－該当あり11%（内訳：ごくわずか42%、少し50%、大多数8%）
- 細胞傷害性抗がん剤を変更した－該当あり15%（内訳：ごくわずか29%、少し71%）
- 分子標的治療薬を変更した－該当あり4%（内訳：ごくわずか26%、少し75%）
- 免疫チェックポイント阻害薬を変更した－該当あり2%（内訳：少し100%）
- COVID-19蔓延前（2020年2月まで）と比較して、第5波の時期において診療される患者数に変化があったか？－かなり増えた1%、少し増えた11%、変わらなかった49%、少し減った33%、かなり減った5%
- 高齢者、糖尿病、循環器疾患など、COVID-19の重症化リスク因子を持つ患者に対して、リスクが少ないと思われる患者と比べて、がん薬物療法の対応を変更したか？－半数前後変更した2%、少し変更した16%、ごくわずか変更した24%、変更しなかった58%
- がん薬物療法を受けている患者さんからCOVID-19を意識した治療に関する要望・問い合わせがあったか？－かなりあった9%、少しあった49%、ほとんどなかった34%、全くなかった8%

「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」 報告書での考察（概要）

- コロナ禍の影響が**がん薬物療法**に対して、**外科手術ほどの非常に大きい影響を与えた訳では無い**ようだが、患者の診療や治療内容に**少なからず影響はあった**と言える。
- 各施設において、**3学会合同の指針・Q&Aの認知度はかなり高く（91%）**、かつ半数（52%）はそれに基づいたがん薬物療法対応の変更を行っていた点は、COVID-19感染症蔓延下において、適正ながん薬物療法を行おうと考える医療者側の意思が浮き彫りになった結果と考える。
- がん薬物療法の変化に関して、**注射薬レジメンから内服薬レジメンに変更が19%、投与間隔が長めのレジメンに変更が32%、投与時間（院内滞在時間）が短めのレジメンに変更が12%、骨髄抑制の少ないレジメンに変更が22%と目立っていた。****COVID-19感染のリスクを減らす工夫が見て取れた。**
- また、薬物療法を受ける患者数の変化に関して、「**変わらない**」が49%と最多だった。ここでは結果を示していないが、第1波を調査した際（ただし会員対象調査なので注意が必要）には、「**減少した**」が全体の54%と大半を占めていた。**本来治療を受けるべき患者がコロナ禍の影響で受けられてない状況が、第5波の時期にはその対策が講じられ少し改善された可能性が示唆された。**
- 家族等の面会制限や付き添い禁止の影響から、「**終末期の患者の診療に苦慮**することがあったか？」の設問に対して、かなりあった58%、少しあった34%、とあった割合が全体の92%を占め、**緩和ケア・終末期ケアの影響が多大であったことを認める結果**であった。また、かなりと少しを合わせて合計60%の施設で**予定外の在宅ケア・在宅看取り**となったという結果であった。

結論

1. COVID-19 の蔓延ががん薬物療法に与えた影響は少ない。
2. 終末期ケアに与えた影響は多大である。

新型コロナウイルス感染症第7波中のがん薬物療法の影響

—宮城県がん診療連携協議会化学療法部会調査（2022年8月24-25日アンケート）—

第7波の現在、院内（入院、外来）でがん薬物療法を実施する上で新型コロナウイルス感染症の影響がありましたか？

1. 入院での治療について影響は？：（1）かなり有った、（2）多少有った、（3）殆ど無かった
2. 入院での治療について、影響がかなりまたは多少有った場合、その原因は：
（1）スタッフの確保（感染や濃厚接触）、（2）患者の増加、（3）コロナ病床設置と診療体制変更、（4）その他（ ）
3. 外来での治療について影響は？：（1）かなり有った、（2）多少有った、（3）殆ど無かった
4. 外来での治療について、影響がかなりまたは多少有った場合、その原因は：
（1）スタッフの確保（感染や濃厚接触）、（2）患者の増加、（3）コロナ病床設置と診療体制変更、（4）その他（ ）

医療機関	1. 入院での影響	2. その理由	3. 外来での影響	4. その理由	コメント
A	多少	スタッフ* コロナ病床	多少	スタッフ*	*第7波期間に看護師の感染・濃厚接触・保育園休園等で看護体制が逼迫
B	<u>かなり</u>	スタッフ* コロナ病床	多少	スタッフ*	*病棟内患者・看護師クラスター・濃厚接触者等
C	なし	—	多少	スタッフ*	*新型コロナの入院患者の増加に伴いコロナ病棟への看護師の配置換え、主として看護師の感染・濃厚接触者による欠勤
D	多少	スタッフ コロナ病床	<u>かなり</u>	スタッフ その他*	*患者感染に対する問い合わせや受診変更の増加
E	多少	スタッフ コロナ病床	多少	スタッフ 患者増*	*入院から外来への移行 発熱患者の電話対応等
F	かなり	スタッフ コロナ病床	なし		
G	多少	スタッフ	多少	スタッフ 患者増	*コロナ感染・濃厚接触のスタッフ・患者増
H	多少	スタッフ	なし	—	

「新型コロナウイルス感染症の蔓延下におけるがん薬物療法の影響調査」

今後

その後、大きな第6～7波を迎え状況は更に変化

日本臨床腫瘍学会は

→令和4年9月3日（土）に教育セミナー予定（右）

→令和4年11～12月頃（3回目）に再調査予定



全体司会 高橋 雅信 先生
東北大学病院 腫瘍内科 部長

副会長 榎 博成 先生
神戸大学 腫瘍科 部長

1
感染症基礎と
COVID-19関連

講師 岡山ブライアン 先生
がん治療学 感染症科 副部長
がん治療学 感染症科 副部長

2
各施設での経験と工夫、取り組み

清水 秀文 先生
国立がん研究センター がん医療政策部 がん医療政策課 課長

久山 彰一 先生
国立がん研究センター がん医療政策部 がん医療政策課 課長

小山 泰明 先生
神戸大学 医学部附属病院 腫瘍科 部長

船越 洋平 先生
神戸大学 医学部附属病院 腫瘍科 部長

Panel Discussion

- 通常の緩和化学療法への対応
- 緩和ケア・看取りはどうしているか
- 小児がんは？
- COVIDの診断・治療と病期診断・病期分類
- 濃厚接触者に対する対応は？

副会長 榎 博成 先生
神戸大学 腫瘍科 部長

JSMO
COVID-19関連
教育事業Webセミナー

事前登録はこちら
https://register.3esys.jp/register/jsmo_220903

2022.9.3 14:00～16:00

QRコード

Jsmo
Program
COVID-19

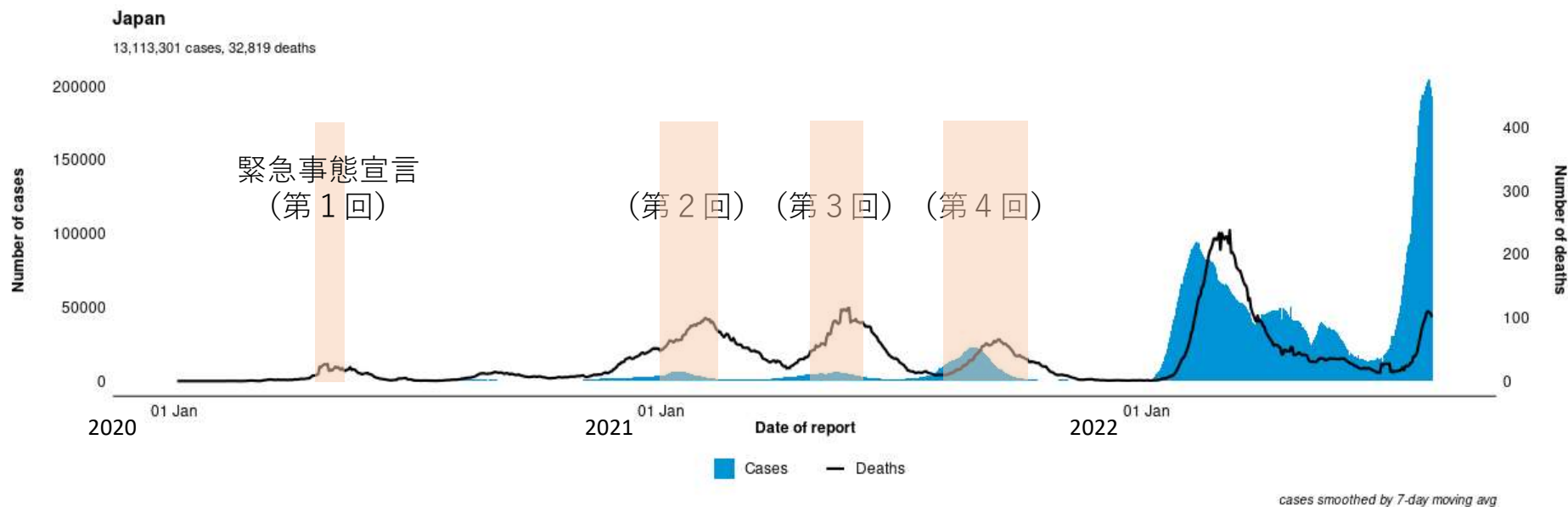


新型コロナウイルス感染症による がん検診及びがん診療などへの影響

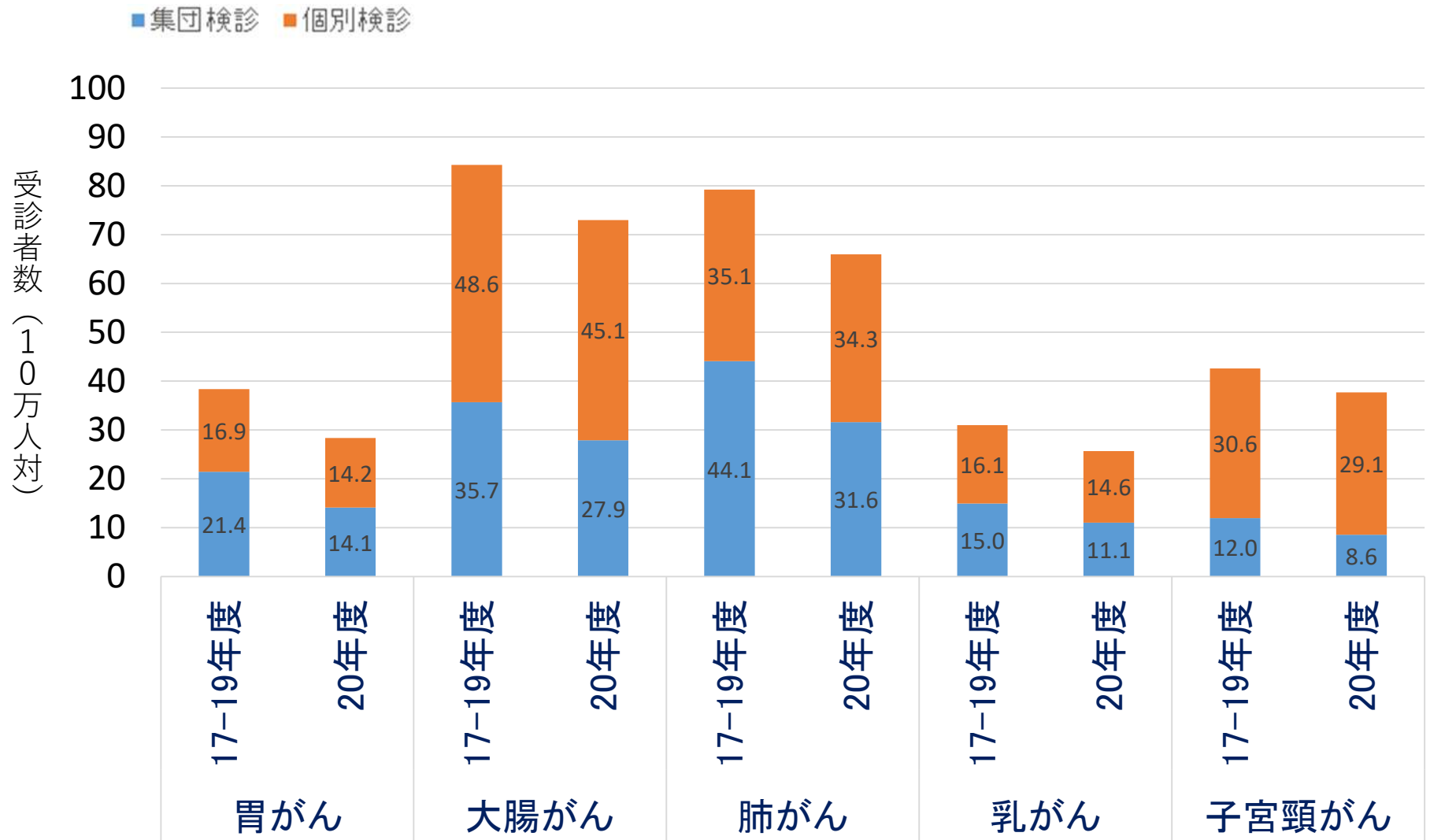
厚生労働行政推進調査費補助金がん対策推進総合研究事業
「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの
受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」

国立がん研究センターがん対策研究所 高橋宏和

日本のCOVID-19感染者数および死亡者数の推移



がん検診受診者数の推移（地域保健・健康増進事業報告）



（エックス線40歳～＋内視鏡50歳～）

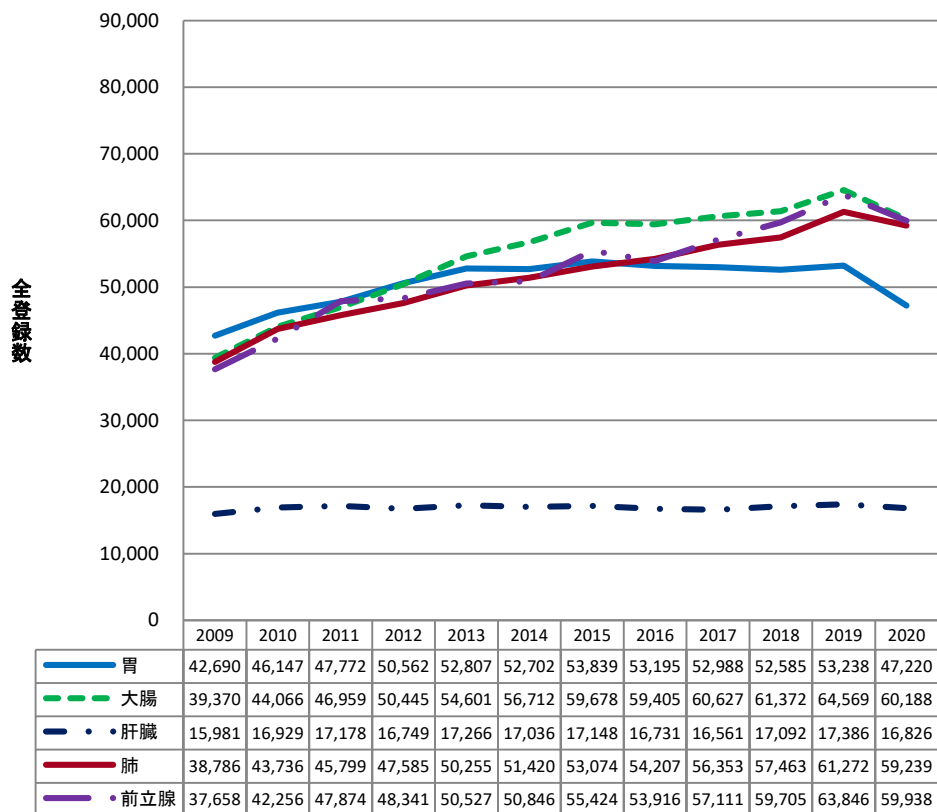
がん検診受診者数への影響（地域保健・健康増進事業報告）

- 2020年度は、2017-2019年度平均と比べ、5つのがん種において受診者数はおおよそ1-3割減少
- 個別検診と比べ、集団検診の減少幅がより大きい
- 胃がん検診が最も減少

がん診療連携拠点病院等におけるがん種別がん登録数の推移

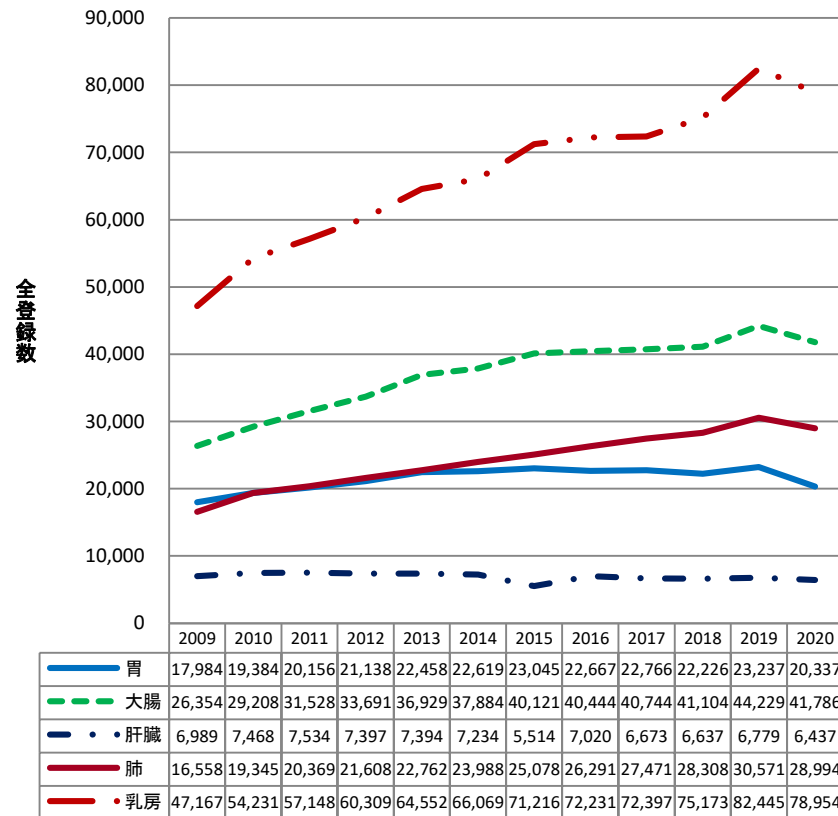
男性

(人)

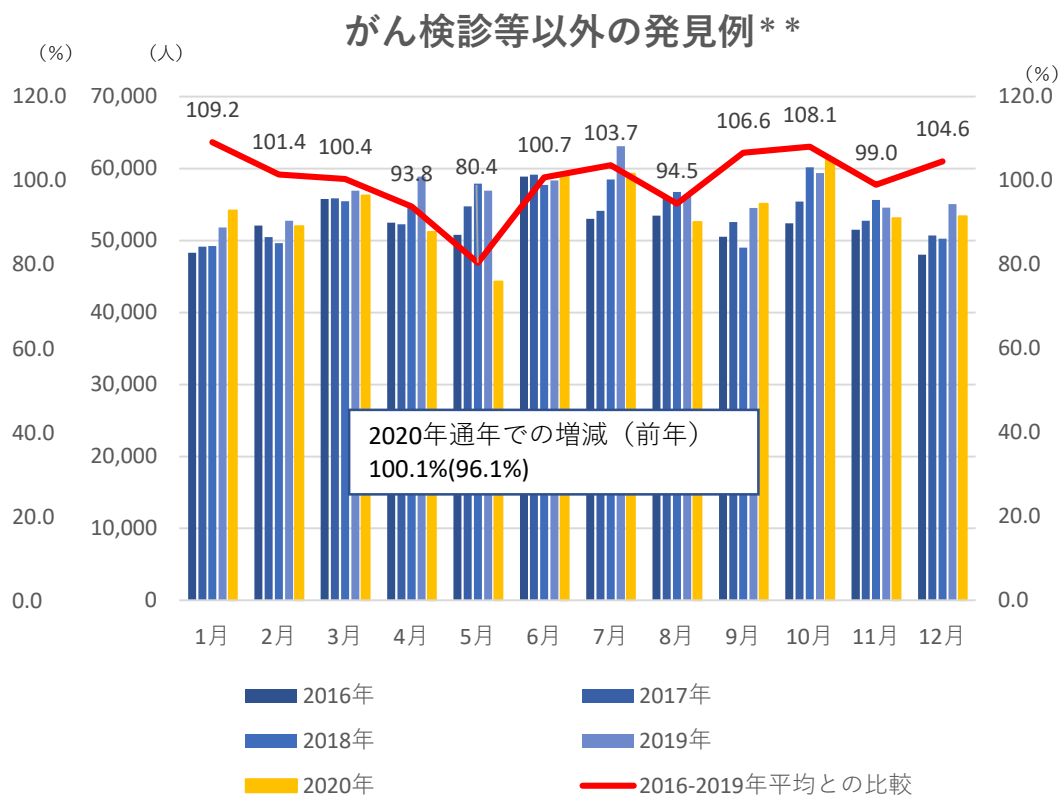
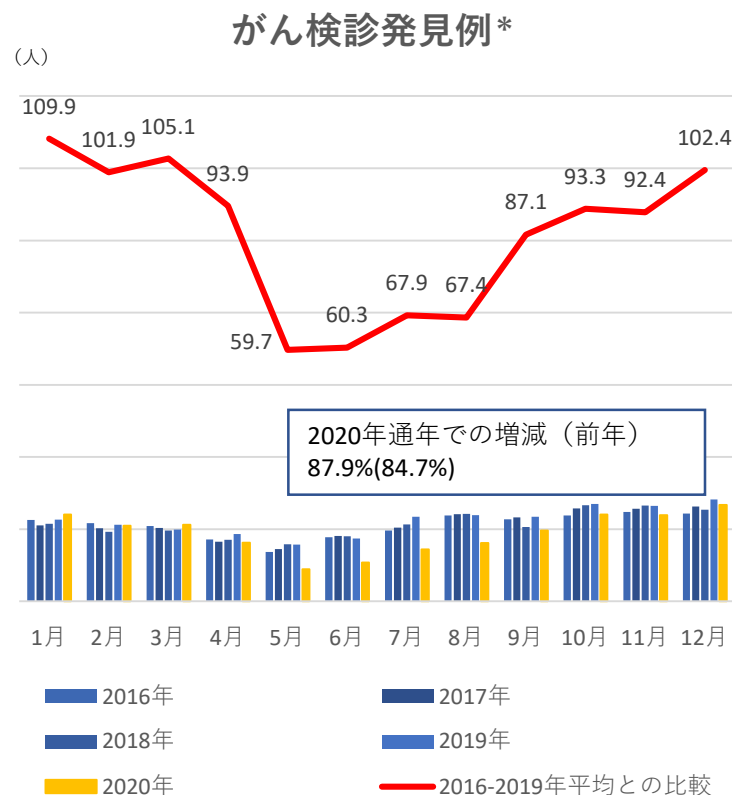


女性

(人)



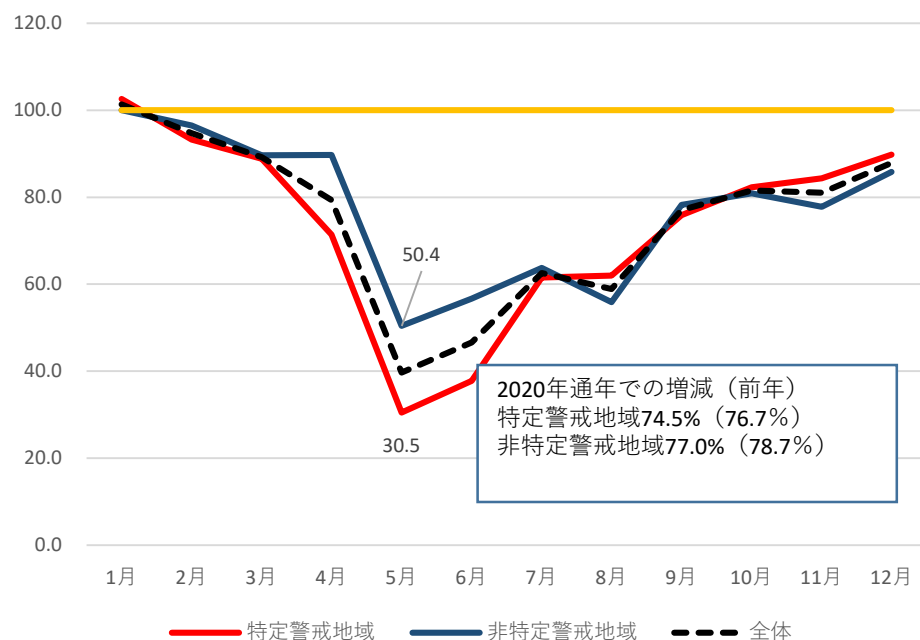
発見経緯別がん登録数の推移：全がん（検診発見、年度比較）



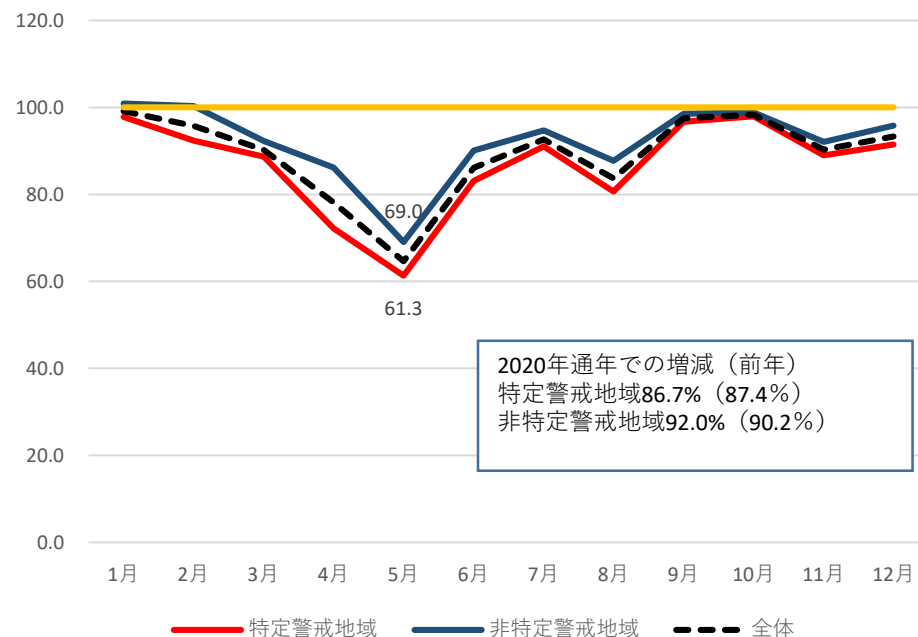
がん検診発見例* : がん検診・健康診断・人間ドックなどによる発見例
 がん検診等以外の発見例** : 自覚症状および、他の疾患で経過観察中に実施された検査により偶然発見されたものなどによる発見例

発見経緯別がん登録数の推移：全がん（検診発見、特定警戒地域*）

がん検診発見例 (%)

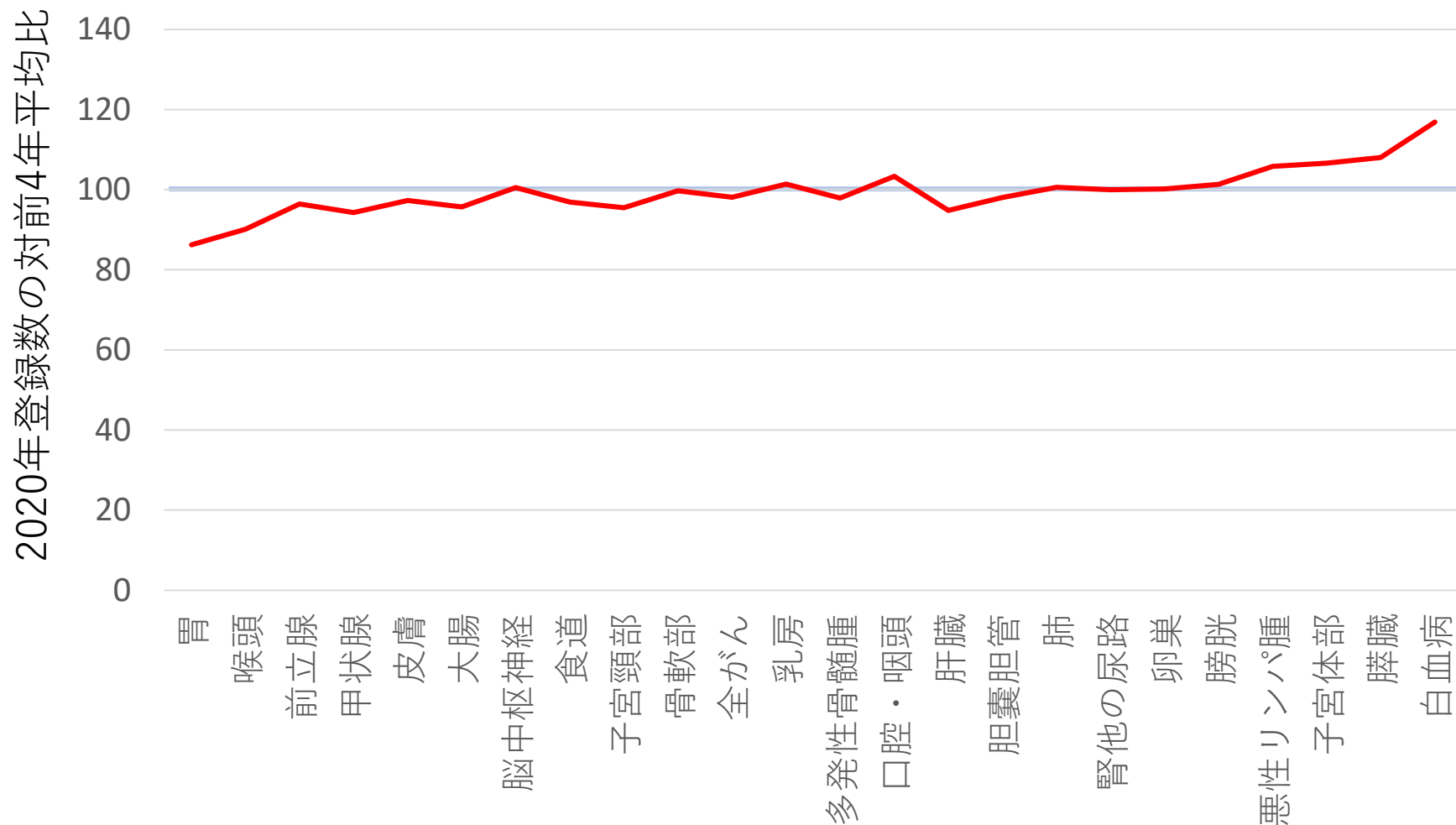


がん検診以外の発見例



特定警戒地域*： 2020年4月から5月の緊急事態宣言下において、特に重点的に感染拡大の防止に向けた取組を進めていく必要があるとして、特定警戒都道府県として位置づけられた13都道府県（北海道、茨城県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、石川県、岐阜県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県）

2020年登録数におけるがん種別の増減率（対2016-2019年平均）



がん診療連携拠点病院等におけるがん登録数への影響

- 院内がん登録実施病院863施設の全登録数は、前年度と比較し594施設で減少（平均4.6%減、がん診療連携拠点病院等では平均5.3%減）
- 男性は胃・大腸、女性は乳房・胃の登録数が減少、肝臓は男女ともほぼ横ばい
- 2020年の全登録数は、2016-2019年の4年平均と比べ14,046件減少（98.6%）
- がん検診発見数は、それ以外と比べ登録数の減少割合が大きい
- 特定警戒地域は、その他の地域と比べ一時的に大きく減少し、その後差は縮小
- 2020年の部位別増減率は、2016-2019年の4年平均と比べ胃・大腸・子宮頸・甲状腺・前立腺・皮膚などで減少

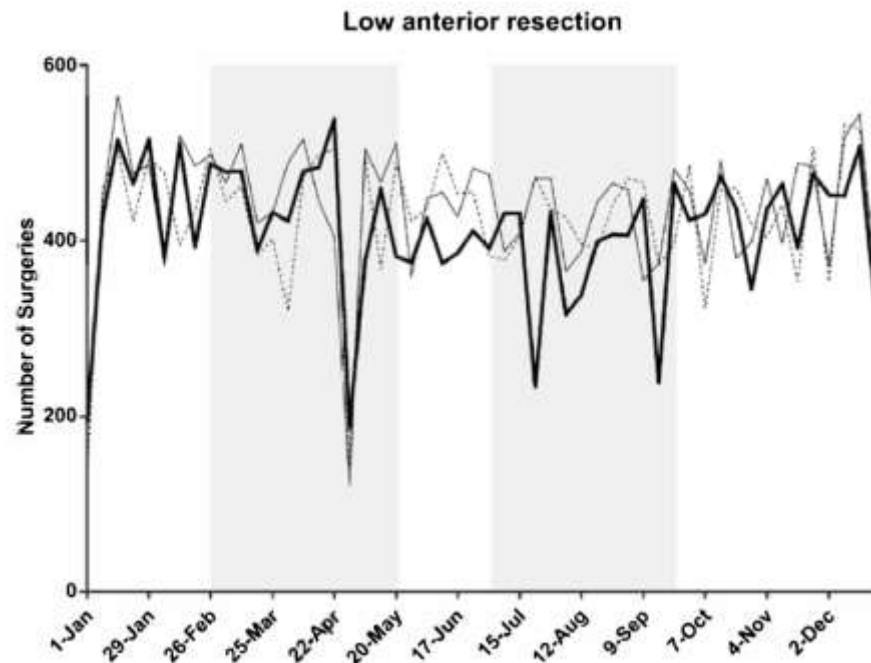
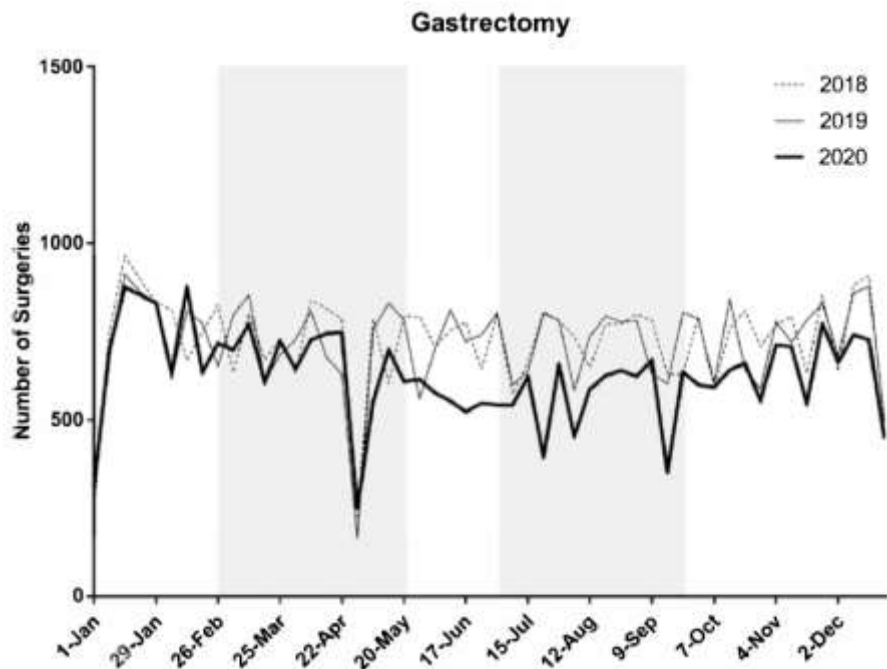
厚生労働省からの受診勧奨（令和3年11月26日プレスリリース）

「院内がん登録2020年全国集計」のポイント

- がん診療病院863施設（新規のがんの約72.5%をカバー）1,040,379例のデータを集計
- 2020年の全登録数が、前年の登録数と比べて60,409件減少（平均4.6%減少）
- 全登録数の減少は、がんの患者数そのものが減少したことに起因するものではない
- 2020年5月にがん罹患者数は、対前年同月比で22.0%減少、その後は回復傾向
- 同時期のがん検診受診者数は大幅に減少、その後回復傾向
- 症状が少なく検診などでの発見率が高い、比較的早期のがんにおける登録数の減少率が高い
- がん検診の受診や医療機関への受診が遅れないようにする事が重要
- がん検診などの必要な受診は不要不急の外出にあたらな

NCD データ*による外科治療数の解析（胃がん、直腸がん）

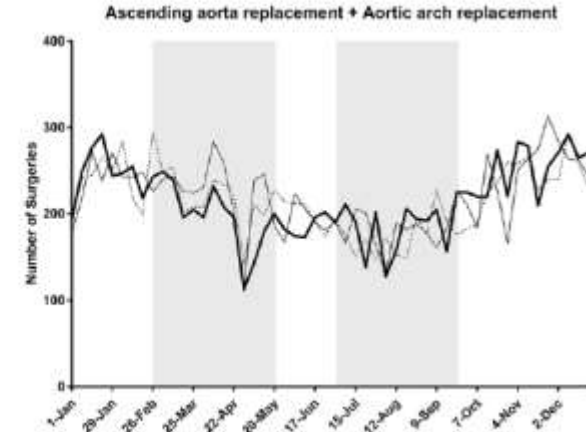
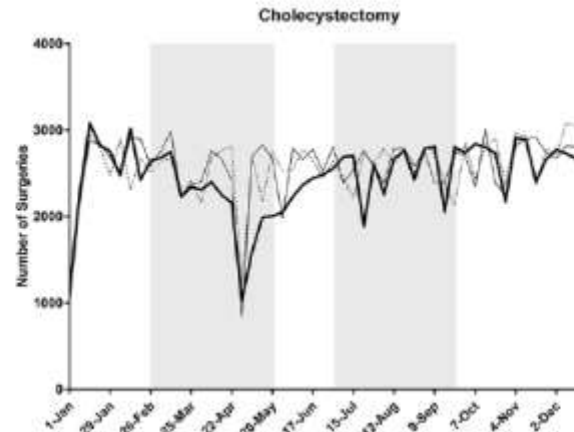
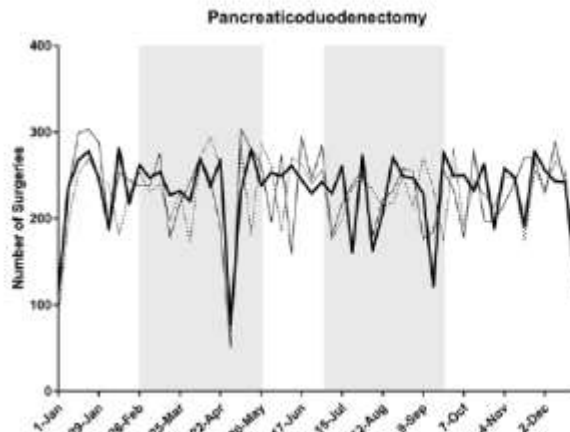
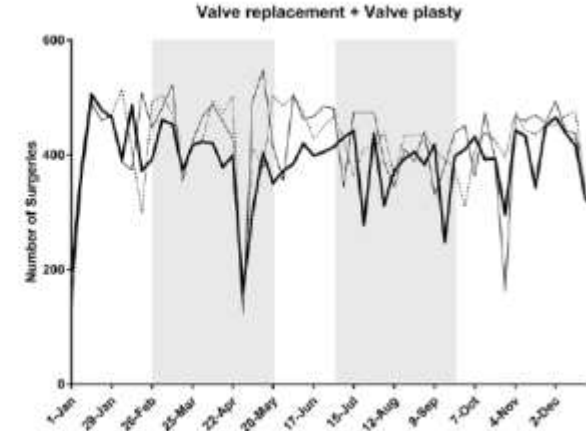
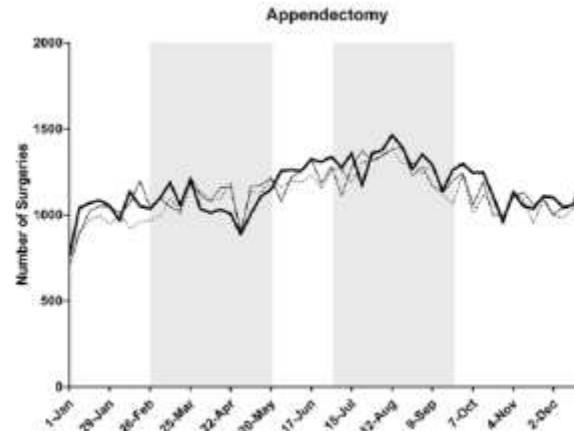
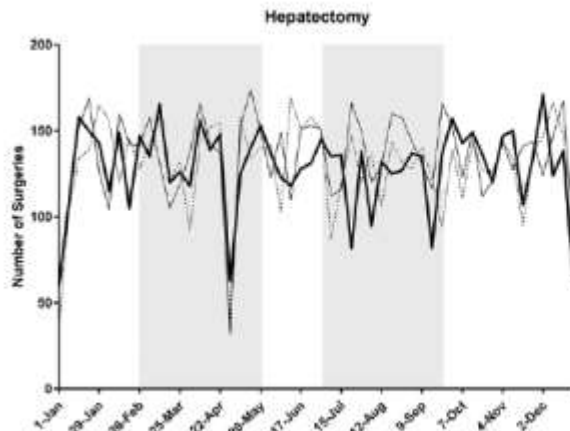
NCDデータ*：国内の手術や治療に関する大規模データベースであり、
5,000以上の施設から毎年150万件近くのデータが登録されている



出典：The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan:
analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2021

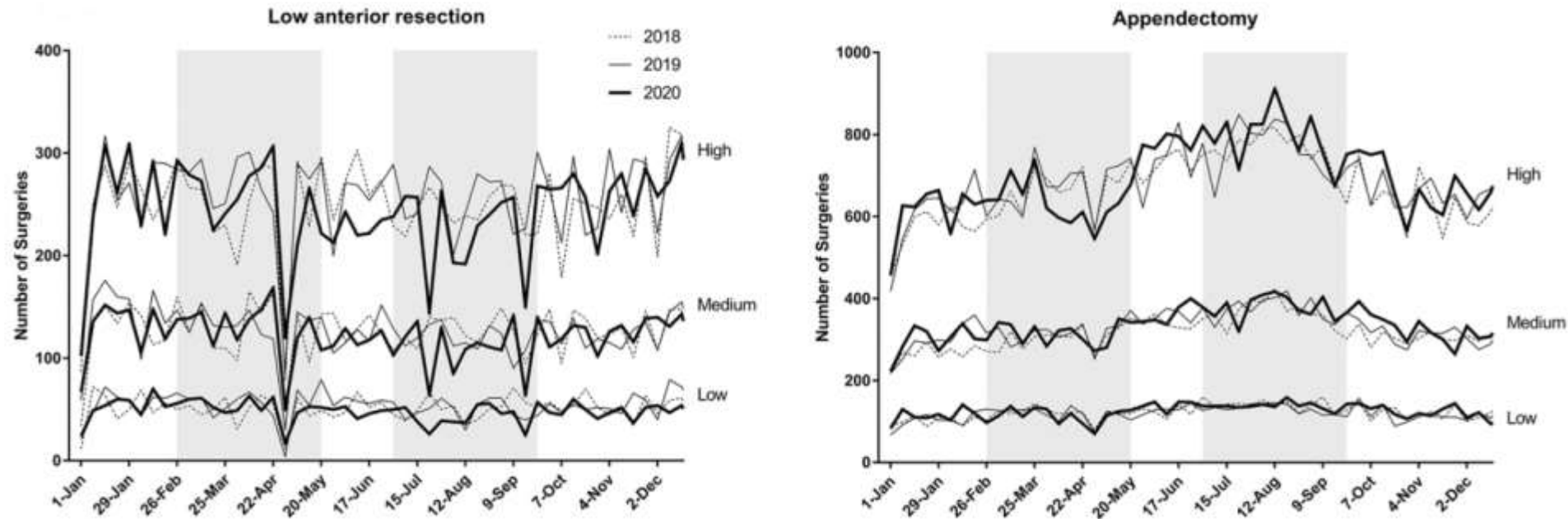
NCD データによる外科治療数の解析

(肝がん、虫垂炎、弁置換形成術、膵がん、胆摘、大動脈弁置換術など)



出典：The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan:
analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2021

NCD データによる外科治療数の解析（直腸がん、虫垂炎：感染程度別）



感染程度高：東京、沖縄、大阪、北海道、神奈川、愛知、埼玉、兵庫、千葉、京都、福岡、奈良

感染程度中：上記・下記以外

感染程度低：秋田、鳥取、新潟、徳島、島根、岩手、香川、愛媛、山形、青森、山口、長崎、福井

出典：The impact of COVID-19 on surgical procedures in Japan:
analysis of data from the National Clinical Database. Surg Today. 2021

がん外科手術数への影響

- NCDデータによると、2020年の主要20外科手術数は前2年と比べ15%減少
- 胃がん、大腸がん、甲状腺がんほか小児鼠経ヘルニア、小児虫垂炎などが減少
- 膵がんのほか、成人虫垂炎、上行大動脈置換術などは変わらず
- 感染程度の高い地域は、他と比べ大きく減少

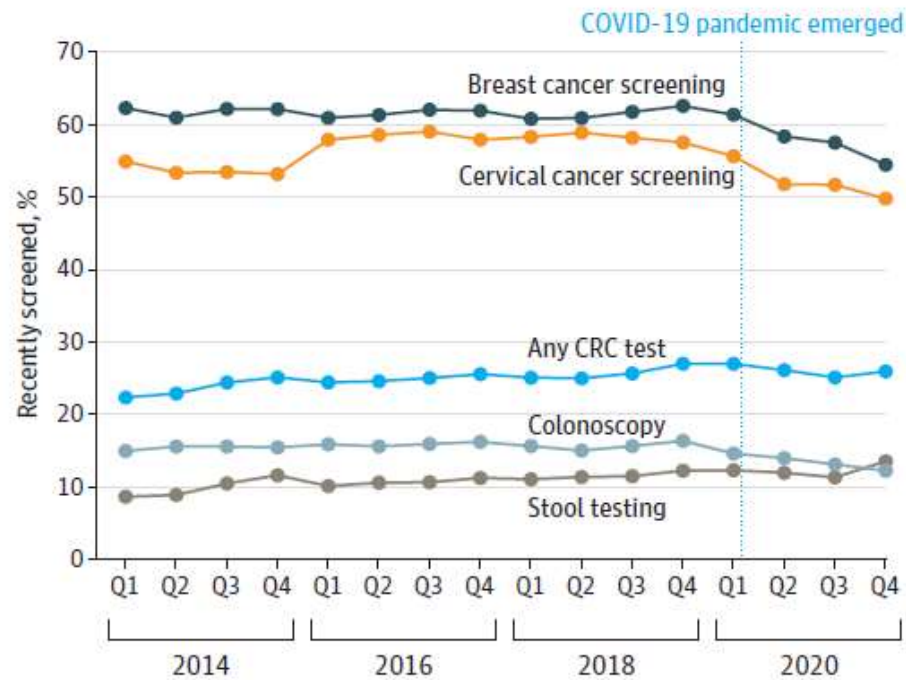


- 特に感染程度の高い地域において、症状のない疾患（検診に関わるがんを含む）ならびに緊急性が比較的低い手術数の減少が顕著

日本におけるがん検診・がん診療受診者数減少の要因

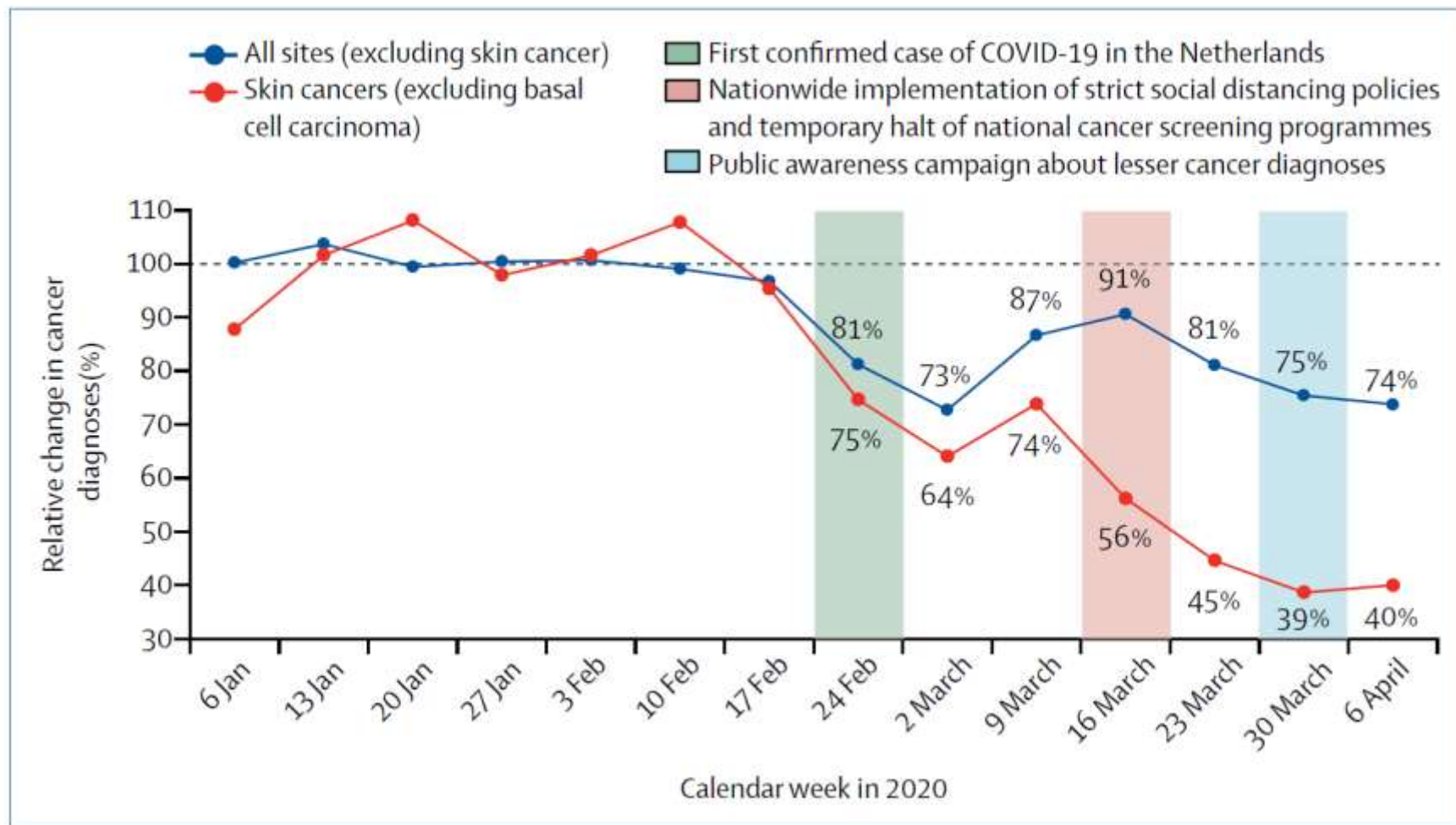
1. 緊急事態宣言に伴う政府や専門学会の通知
2. がん検診実施者（市区町村・保険者・事業主）による実施延期・中止
3. 感染の恐れによる検診および医療の受診控え
4. がん検診実施機関・医療機関のキャパシティー減少

米国におけるがん検診受診者数の推移



- 米国CDCによる電話調査の結果によると、2020年は2018年と比べ、乳がん（計48万人が対象）は6%減、子宮頸がん（計30万人が対象）は11%減で、教育レベルや収入の低い人やヒスパニックにおける減少が大きかった
- 大腸がん（計85万人が対象）は全体として変わらなかった

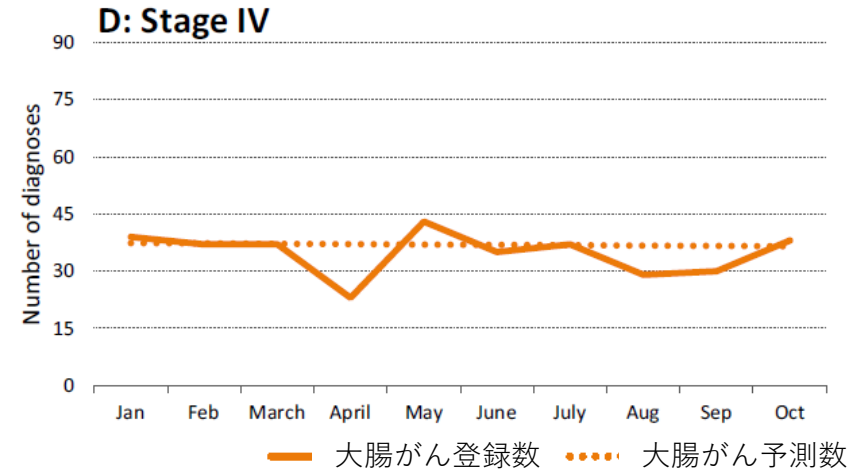
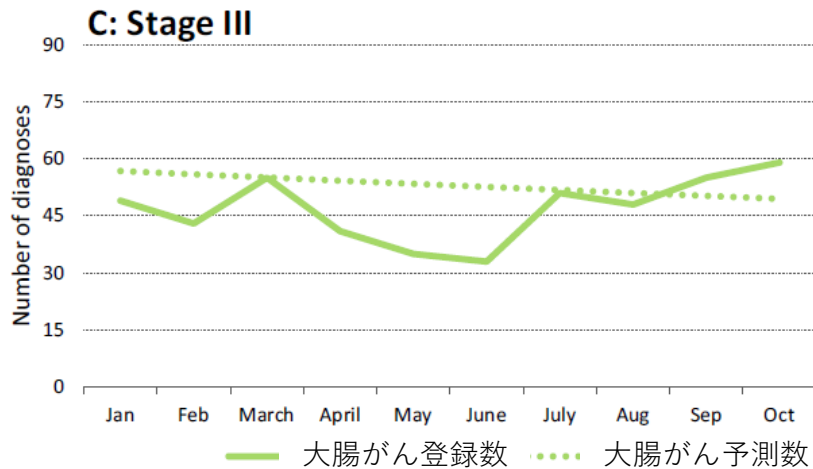
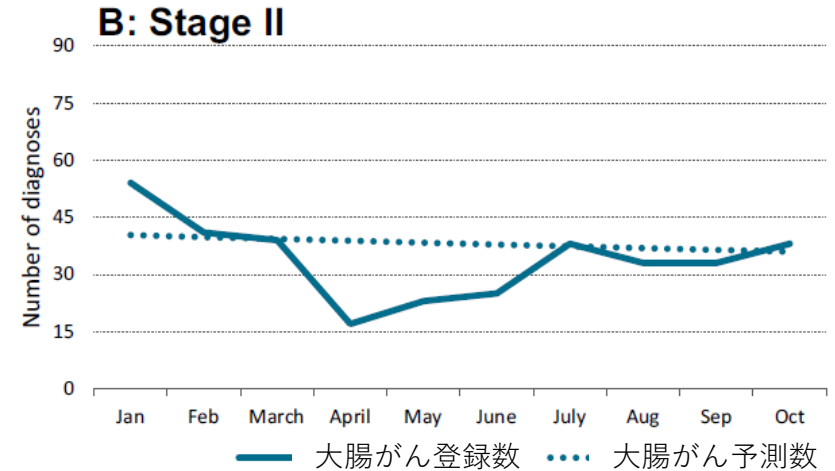
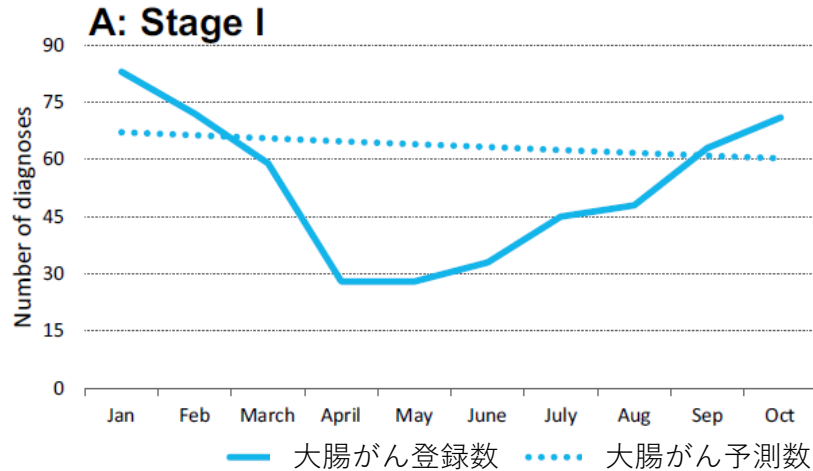
オランダにおけるがん登録者数の推移（皮膚がん以外、皮膚がん）



- オランダにおけるがん登録者データによると、2020年2月よりがん登録者数が減少
- 特に皮膚がん（赤折れ線）が最も減少

出典：Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands.
Dinmohamed AG, et al. Lancet Oncol. 2020

オランダにおけるステージ別大腸がん登録者数の推移



- 大腸がん登録数は予測数と比べ、ステージⅠは最大48%減、ステージⅡは23%減、ステージⅢは23%減、ステージⅣは5%減
- 2020年10月には登録数が予測数を上回った

日本におけるステージ別大腸がん登録者数の推移

大腸0期



大腸I期



大腸II期



大腸III期



大腸IV期



2018年
2019年
2020年

2018-2019年平均との比較

- 大腸がん登録数は2020年は2018-2019年平均と比べ、ステージ0は最大35%減、ステージⅠは30%減、ステージⅡは27%減、ステージⅢは27%減、ステージⅣは18%減

新型コロナウイルス感染症ががん診療に与える影響因子

新型コロナウイルス
感染症



予防・早期発見



診断



治療

診断・治療へのアクセスの減少

- 感染の恐れ
- 医療資源のキャパシティー減少
- 失業などによる経済的問題
- 緊急事態宣言による行動制限

診断の遅れ

- 治療法選択肢の減少
- より高度な治療法の選択

通常診療の遅れ

- 検診未受診
- 精検未受診
- 念のため受診の減少
- 定期通院の減少

治療の遅れ

- 治療の延期
- 治療法の選択肢の減少
- 適応外治療の増加



がん死亡率増加の懸念

新型コロナウイルス感染症による がん検診及びがん診療などへの国際的な動向

- がん罹患者数の減少（がん検診に関連するがんなど）
- 多くの国において、がん検診に関するサービスが中断
- 予定手術の遅延・中止
- 中・長期的ながん死亡率増加の懸念

研究班からの提案：今後の対応策

- モニタリングおよび分析の継続
- がん検診やがん医療へのアクセスの確保
- がん検診やがん医療に関する適切な情報提供
- 即時性のあるがん検診・がん罹患データ収集システムの構築

島根県におけるがん対策 ～現状と課題～

令和 4 年 9 月 5 日（月） 第81回がん対策推進協議会
島根県健康福祉部 医療統括監 谷口 栄作

島根県について

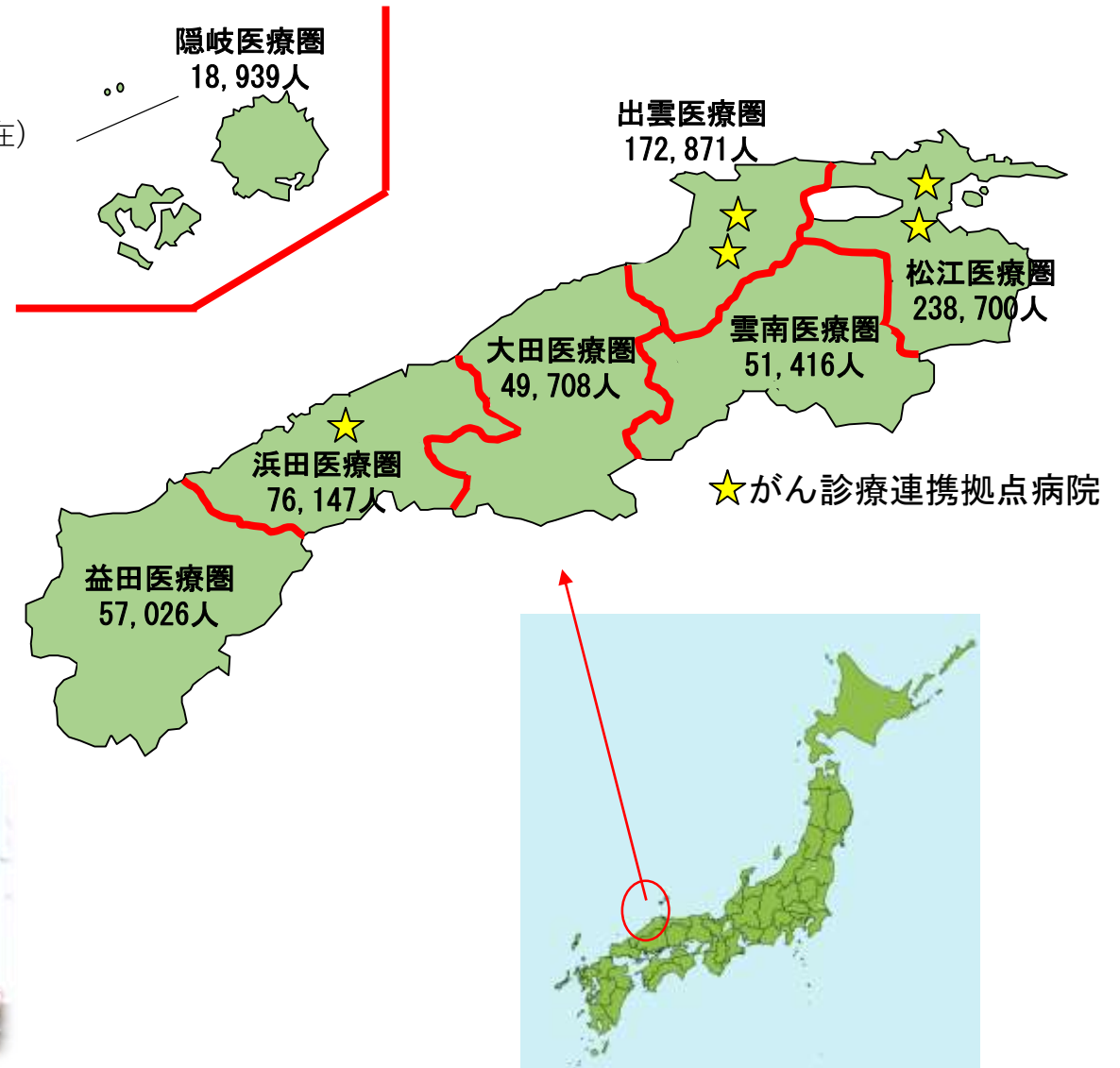
- 東西に230km、離島や中山間地域からなる
- 人口：664,807人 高齢化率：34.5% (令和3年10月1日現在)
- 7 医療圏域のうち、3 圏域に5 拠点病院
- 第3期島根県がん対策推進計画（H30-R5）に基づき、**予防・医療・共生**の3本柱でがん対策を実施



出雲大社



松江城



科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

一次予防

課題

しまね県民の健康課題

健康寿命

[男性]全国 32 位 (71.71 歳) トップ山梨県
[女性]全国 5 位 (75.74 歳) トップ愛知県

【疾病等】

- ・がん、脳血管疾患による死亡が多い
- ・血圧の指標が悪い

【生活習慣】

- ・食塩摂取量が全国平均より多い
- ・野菜摂取量が国の目標値以下
- ・歩数が全国平均以下

食塩摂取量

[男性] 35 位 [女性] 40 位

野菜摂取量

[男性] 7 位 [女性] 17 位

歩 数

[男性] 39 位 [女性] 24 位

運動習慣

[男性] 41 位 [女性] 45 位

重点取組



※健康長寿「+1」(プラスワン)活動
今より一つ多く健康づくりを実践する取組

地域での健康寿命延伸
の取組を強化します

健康な食環境づくり
を強化します

働き盛り世代の健康づくり
を強化します

食生活の 改善

- 減 塩 ▶ [目標] 1 日 8 g 以下
野菜摂取を増やす ▶ [目標] 1 日 350 g 以上

運動の 促進

- 歩数アップ ▶ [目標] 男性 9,000 歩、女性 8,500 歩
今より 1,000 歩増やす
運動習慣
を増やす ▶ [目標] 週 2 回以上 (1 日 30 分以上)

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

取組

（１）健康長寿しまね推進計画による取組

- ・ 島根県では、従来から健康長寿日本一を目指し、公民館・商工団体の連合会など各分野の49団体で構成する健康長寿しまね推進会議を母体に、地域特性に応じた健康づくりを県民運動として展開
- ・ 令和２年10月、健康づくり活動をより一層県民運動として進めるため、健康長寿しまね推進会議において「しまね健康寿命延伸取組宣言」を実施

【しまね健康寿命延伸取組宣言】

<https://www.youtube.com/watch?v=3S4FoqMRJ4k>

宣言の様子はこちら →



推進会議会長 島根県知事

健康長寿しまね
マスコットキャラクター
「まめなくん」

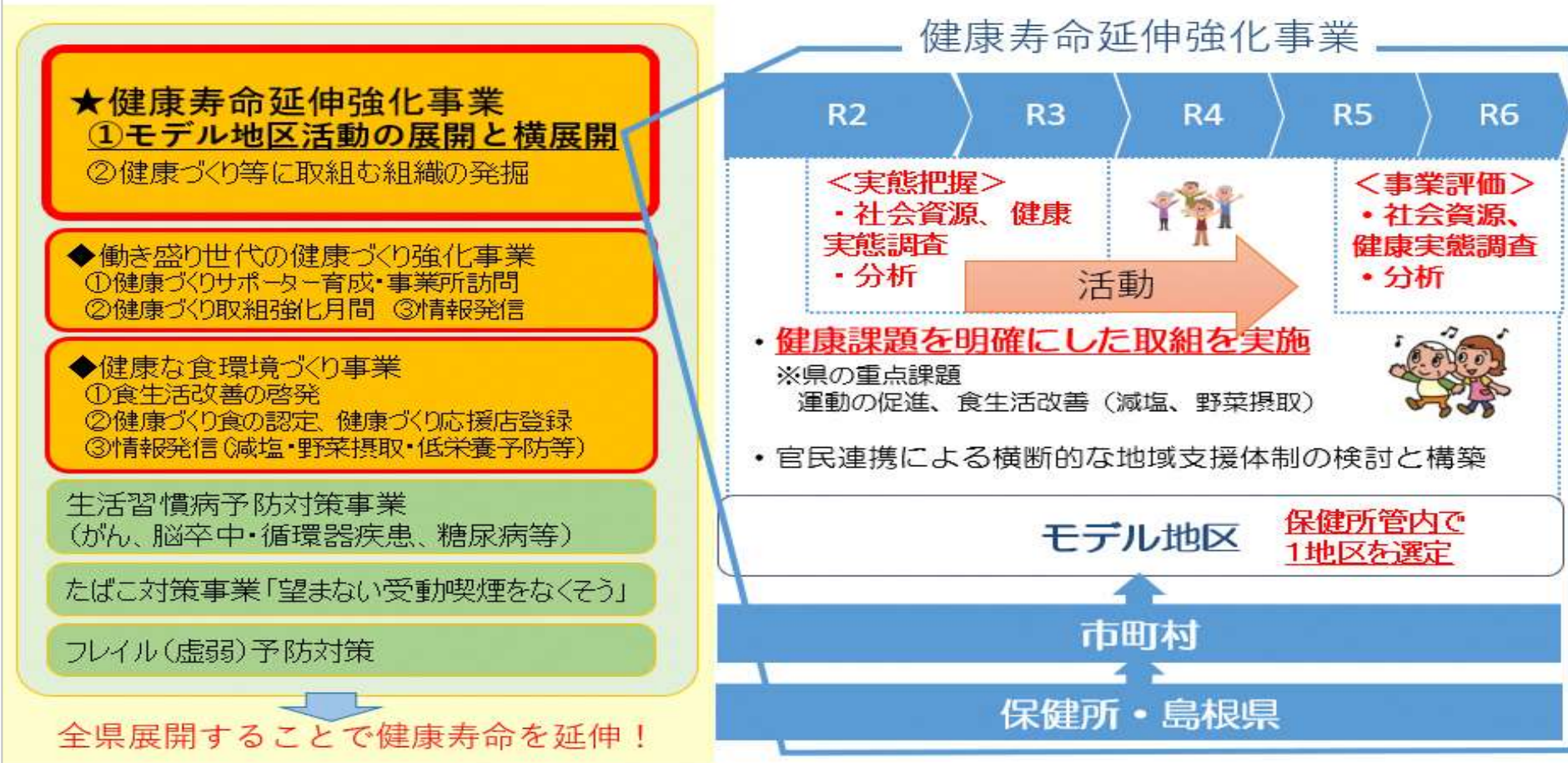
- ・ 生涯を通じた健康づくりや、活力ある地域づくりの取組を強化するため、島根創生計画（R2-6）において、新たに「しまね健康寿命延伸プロジェクト」をスタート

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

(2) しまね健康寿命延伸プロジェクト

- 健康長寿しまね推進計画〔第二次〕の取組みを加速させるため、知事をトップにスタート

■さらなる健康寿命延伸を目指し、従来取り組んできた疾病予防・介護予防の取組みを発展・強化するとともに、地域や職域の健康課題解決に向けた取組みや、住民主体の健康なまちづくり活動を進め、県民、関係団体等が一体となった県民運動を推進する。



科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

(3) しまね健康寿命延伸プロジェクトでの重点的な取組

- 健康長寿しまね推進計画〔第二次〕の中間評価時に、課題として挙げた食塩及び野菜摂取、運動について、県民運動として展開するためにキャッチコピーを作成し啓発

重点的に取り組むための「3つのキャッチコピー」

減塩

あと^{マイナス}1g！素材のおいしさに気付くかも！



**野菜
摂取**

あと^{プラス}+70g！しまねの野菜でいい調子！



**運動
促進**

あと10分！あと1,000歩！
すきま時間に“ちょいトレ”チャレンジ



科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

（４）県民向けの健康づくり啓発の強化（島根県国保ヘルスアップ支援事業と連携）

- ・ 県が従来から取り組んでいる保健事業と国保の保健事業を関連づけ、より強力に県民向け普及啓発を展開

【事業概要】（R3年度）

1. 事業検討会
 - ・ 委託先である島根大学医学部及びDATAMILLとの企画調整、進行管理及び評価方法等の検討
2. オンデマンドによる専門職及び県民への研修・教育、普及啓発
 - ・ 「しまね健康情報 e ラーニングシステム」を構築し、専門職及び県民向けに生活習慣病の重症化予防コンテンツを作成
 - ・ 高血圧予防、食塩並びに野菜摂取、運動及び医療費分析に係る県民向け啓発資料の作成
3. マスコミを活用した啓発活動
 - ・ 運動、糖尿病及び高血圧に関する15分番組を制作し、県内全ケーブルテレビや県公式YouTubeで公開
 - ・ 県内購読シェアトップ新聞社の情報誌へ生活習慣病、運動などの健康情報を掲載
 - ・ 地上波テレビCMにより特定健診受診勧奨
4. データ分析と活用

提言

1 個人への取組

国公式健康づくり応援アプリの開発

- 国が公式に健康づくりに関するスマートフォン用アプリプラットフォームを開発
 - ✓ 食事をカメラで撮影して野菜摂取量を測定
 - ✓ 万歩計や食事内容から個人の健康度を判定
 - ✓ 健康診断やがん検診をアプリから通知勧奨

→ 現在様々なアプリがあるが、共通プラットフォームを基盤とすることで、自治体と双方向でのやりとりと国民の生活習慣等のデータ収集も可能

2 企業との取組

企業での健康指標改善度に応じたインセンティブの創設

- AIが従業員の定期健康診断結果を集団分析できるシステムを開発し、企業の健康度を測定
- 企業の健康指標の改善度に応じ、禁煙支援、職場内の運動活動推進等の健康づくり活動に活用できる助成金を支給

提言

3 環境へのアプローチ

「食環境戦略イニシアチブ」の取組の拡大

- 食品企業による健康づくりの能動的アクションの推進

島根県では・・・

「しまね健康寿命延伸プロジェクト」の
取組のひとつとして、認定基準を満たす
弁当や惣菜、定食などを認定・周知する
「健康な食環境づくり認定制度」を検討中

喫煙登録制度の検討

- 20歳以上で喫煙を希望する者に対し、健康教育及び健康診断を実施した上で喫煙免許を交付
- たばこ購入時に免許提示（20歳未満の購入抑止効果も期待）
- 数年に一度の免許更新時に、肺がん検診を実施

マスコミを活用した運動時間の確保

- 民放各局が協力し、短時間の体操番組を同時放送

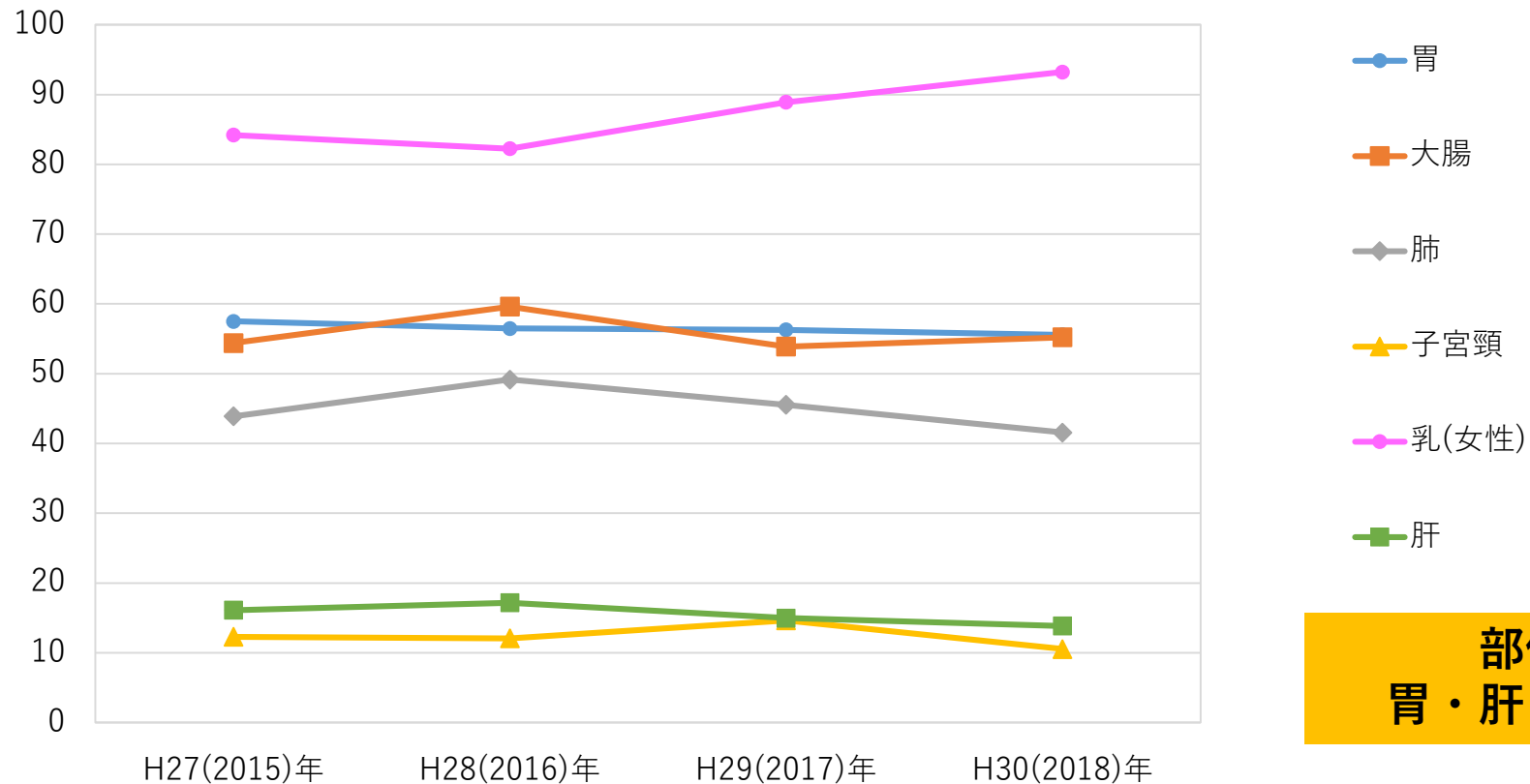
→ **日々の生活の中で、自然と健康になれる環境づくり**

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

二次予防

課題

がん年齢調整罹患率



部位により状況が異なる
胃・肝：減少傾向、乳：増加傾向

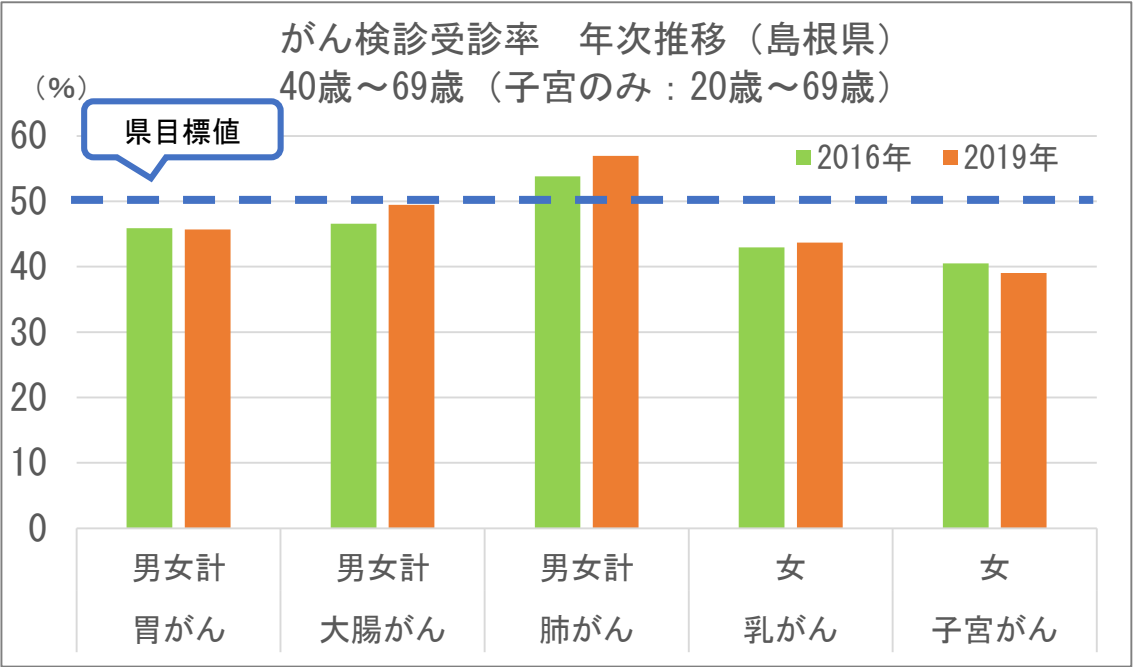
【出典】 H27年 島根県がん登録、H28-30年 全国がん登録

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

課題

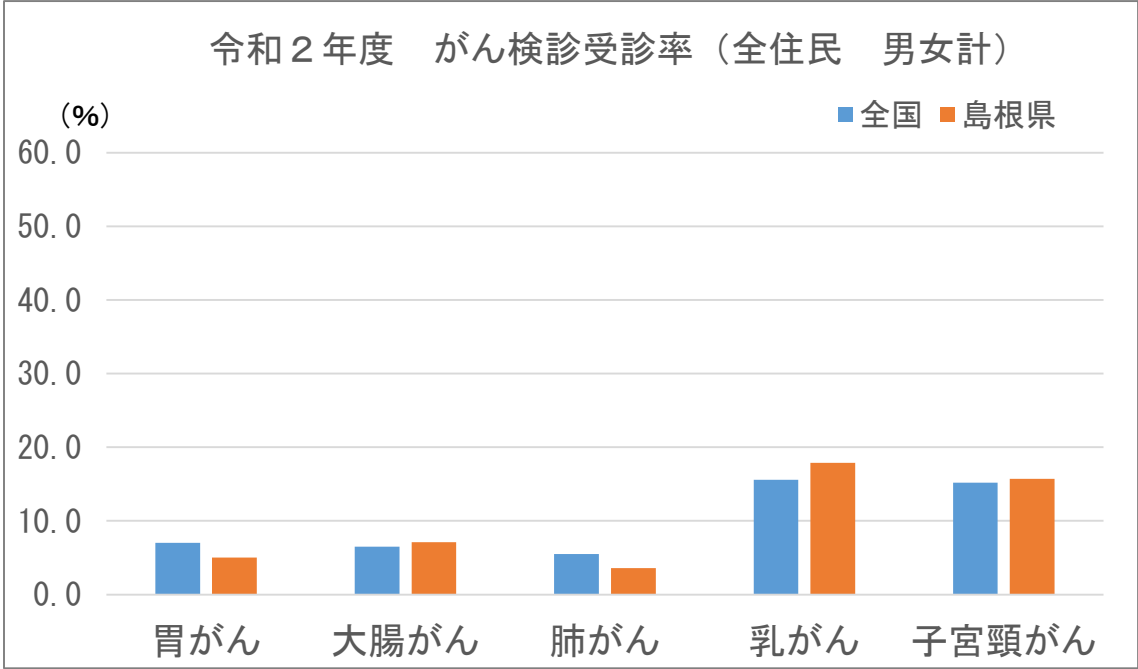
がん検診受診率

国民生活基礎調査によるがん検診受診率
(島根県がん対策推進計画 指標)



【出典】 R1年度国民生活基礎調査

(参考)
地域保健・健康増進事業報告によるがん検診受診率



【出典】 R2年度地域保健・健康増進事業報告

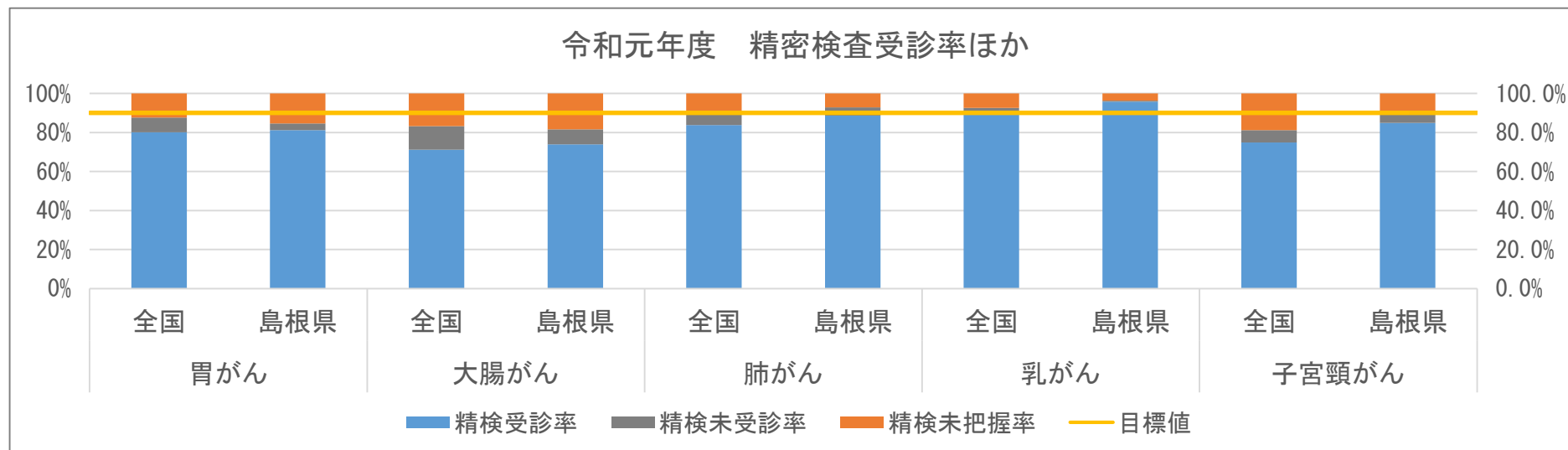
がん検診受診率は、当県計画の目標を肺がん以外達成できていない
職域におけるがん検診受診率は、実態が把握できていない

→ 職域におけるがん検診受診状況等が把握できる仕組みが必要

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

課題

がん検診精密検査受診率



【出典】 R2年度地域保健・健康増進事業報告

島根県のがん検診精密検査受診率は、全国平均と比較して高いが
当県計画の目標値90%を達成したのは乳がんのみ

(島根県の場合) がん検診精密検査実施医療機関登録事業実施

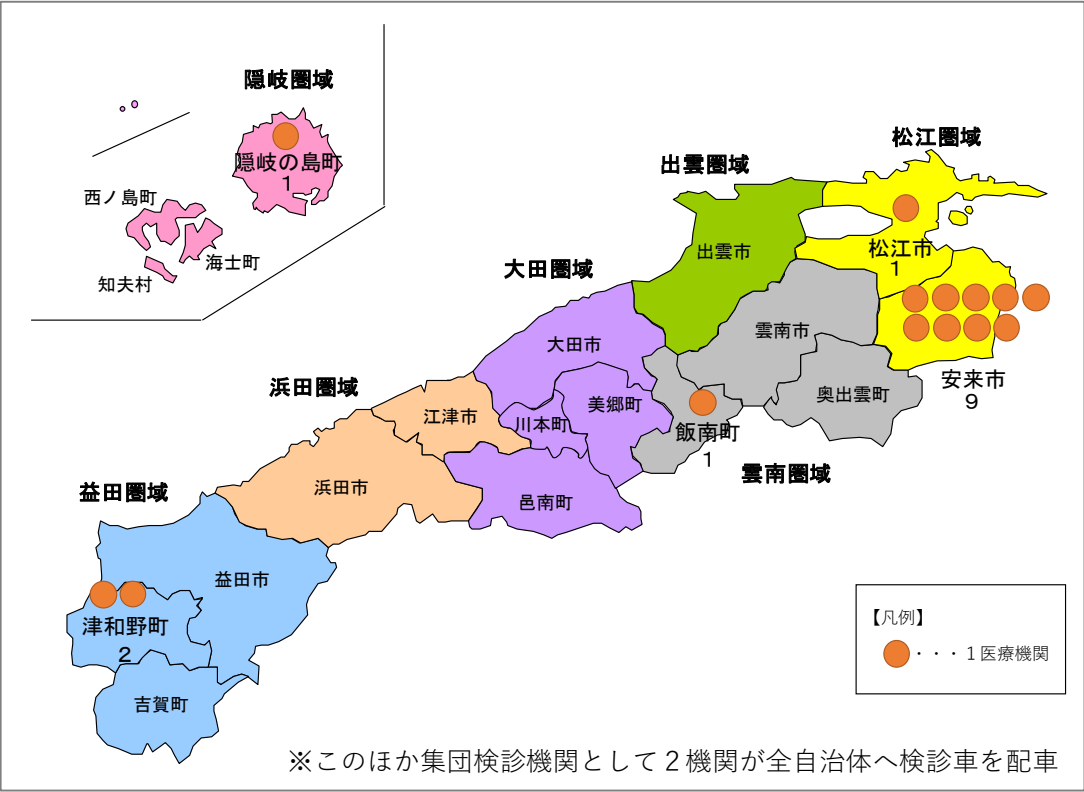
- ⇒ 登録医療機関に対し自治体への精密検査結果報告を求めているが、情報提供しない医療機関あり
- ⇒ 県境の自治体から、住民が県外医療機関で精密検査を受けると自治体への情報提供がないとの声あり

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

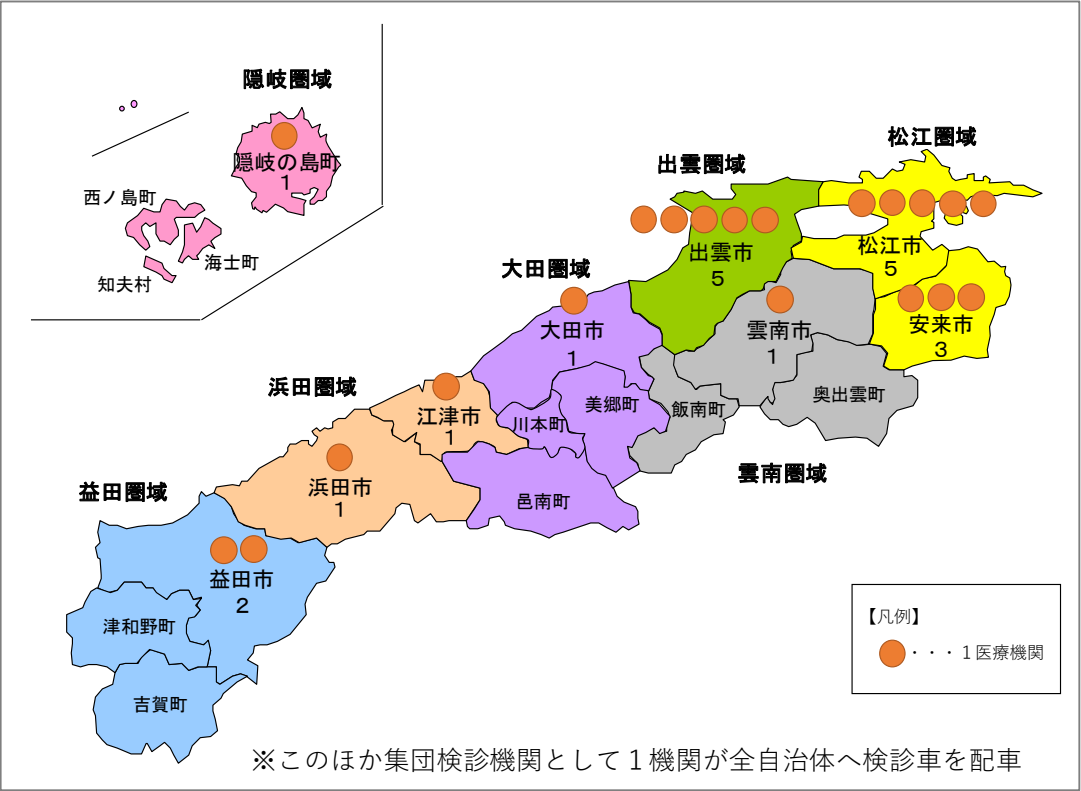
課題

検診受診機会の確保

●肺がん検診受託医療機関(R4)※個別検診



●乳がん検診受託医療機関(R4) ※個別検診



肺がん：二重読影がボトルネックとなり受託医療機関が少ない
乳がん：マンモグラフィ検査を実施できる医療機関が少ない(東部に集中)

取組

(1) 対策型検診としての胃内視鏡検査導入に向けた読影体制の構築

【現状】

- ・ 県内ほぼすべての自治体が、胃X線検査のみを住民検診として実施
- ・ ある県内自治体が、受診者の高齢化により胃X線検査受診率が低下していることから、胃内視鏡検査導入による壮年期の受診率向上を検討するが、単独自治体では読影体制が構築できないため、県へ支援要望



【対応】

- ・ 令和2年度より、2自治体をモデル市町村に設定し、支援開始
- ・ 読影体制は、クラウドサーバーを活用した読影支援システムの導入により、市町村をまたぐ読影体制を構築することで、小規模市町村においても胃内視鏡検査が実施可能な体制づくりを支援
- ・ 令和4年度より1自治体、令和5年度より2自治体で試行的に運用開始予定

取組

(2) 大腸がん検診未受診者対策事業の実施

【背景】

- ・ 国民健康保険被保険者のがん検診受診率が、5つのがん検診すべて全国平均以下
- ・ 県内自治体では様々な対策を実施しているが、国保の受診率が全国平均を上回ったことはない



【対応】

- ・ 令和4年度は県事業としてモデル市町村を設定し、未受診者対策に効果的な方法を検証する
- ・ 成果連動型民間委託契約方式（PFS）を採用し、民間事業者のノウハウを活かし成果の最大化を狙う
- ・ 効果のあった方法について、県内自治体への横展開を目指す

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

提言 1 がん検診実施体制の強化

(1) がん検診の評価体制の構築

がん検診実施状況の把握

- 検診実施体制を評価するためには、職域におけるがん検診受診率が把握できる仕組みを検討する必要あり
(例) 法整備により職域を含めたがん検診及び精密検査結果の一元的な把握ができる体制構築

(2) 地域におけるがん検診体制強化

効率的な医療資源の活用

- 二重読影が必要ながん検診は、オンラインにより医療機関や医療圏をまたぐ環境を整備し、読影体制を確保
- AIが一次読影、医師が二次読影を行うことにより、効率的な医療資源の投入、医師の負担軽減及びがんの見逃し防止に寄与
→ **限られた資源の中で効率的な検診実施体制の構築・維持を可能に**

(3) 検診及び精密検査結果の把握・管理体制の整備

①検診及び精密検査結果管理のための自治体プラットフォームの開発

- 住所地外で受けたがん検診結果を把握できるなど検診情報のネットワーク化を行うことで質の高い精度管理が可能
- 検診結果及び検診間隔の管理、精密検査結果の把握に係る行政事務の省力化

②がん登録の活用

- 精密検査結果をがん登録データとタイムリーな照合により、未把握を減少させるなど、質の高いがん検診体制の構築が可能

科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

提言 2 がん検診受診率向上への環境整備

(1) 個人への取組

①検診及び精密検査結果管理のための自治体プラットフォームの開発（提言 1（3）再掲）

- ・ 全国統一システムから検診及び精密検査の受診勧奨を行うことで、受診勧奨に係る行政のコストを削減（通信事業者と協力したSMSやプッシュ型通知による受診勧奨）
- ・ 検診及び精密検査実施医療機関が行った結果の自治体への報告を義務化させるため、診療報酬上で評価

→ 国レベルで質の高いがん検診（組織型検診）実施体制の構築が可能

②動機づけのためのインセンティブ付与

- ・ 定期的ながん検診受診のため、受診者へ生命保険料や健康保険料を一定額還付するなど、個人に対するインセンティブを検討

(2) 企業への取組

①第4期計画へ職域のがん対策を明確化

- ・ 職域のがん検診の実態把握ができ、施策の評価及び検討が可能
- ・ 法整備によりがん検診を義務化した上で、職域のがん検診の精度を担保

②職域における質の高いがん検診実施体制を構築するための補助金事業創設

- ・ 体制整備のために係る経費を補助することで、職域における検診体制の整備を支援
- ・ 一定基準の検診及び精密検査受診率が達成できれば、補助金額を増額するなどのインセンティブを付与

患者本位のがん医療の実現

課題

・拠点病院の偏在

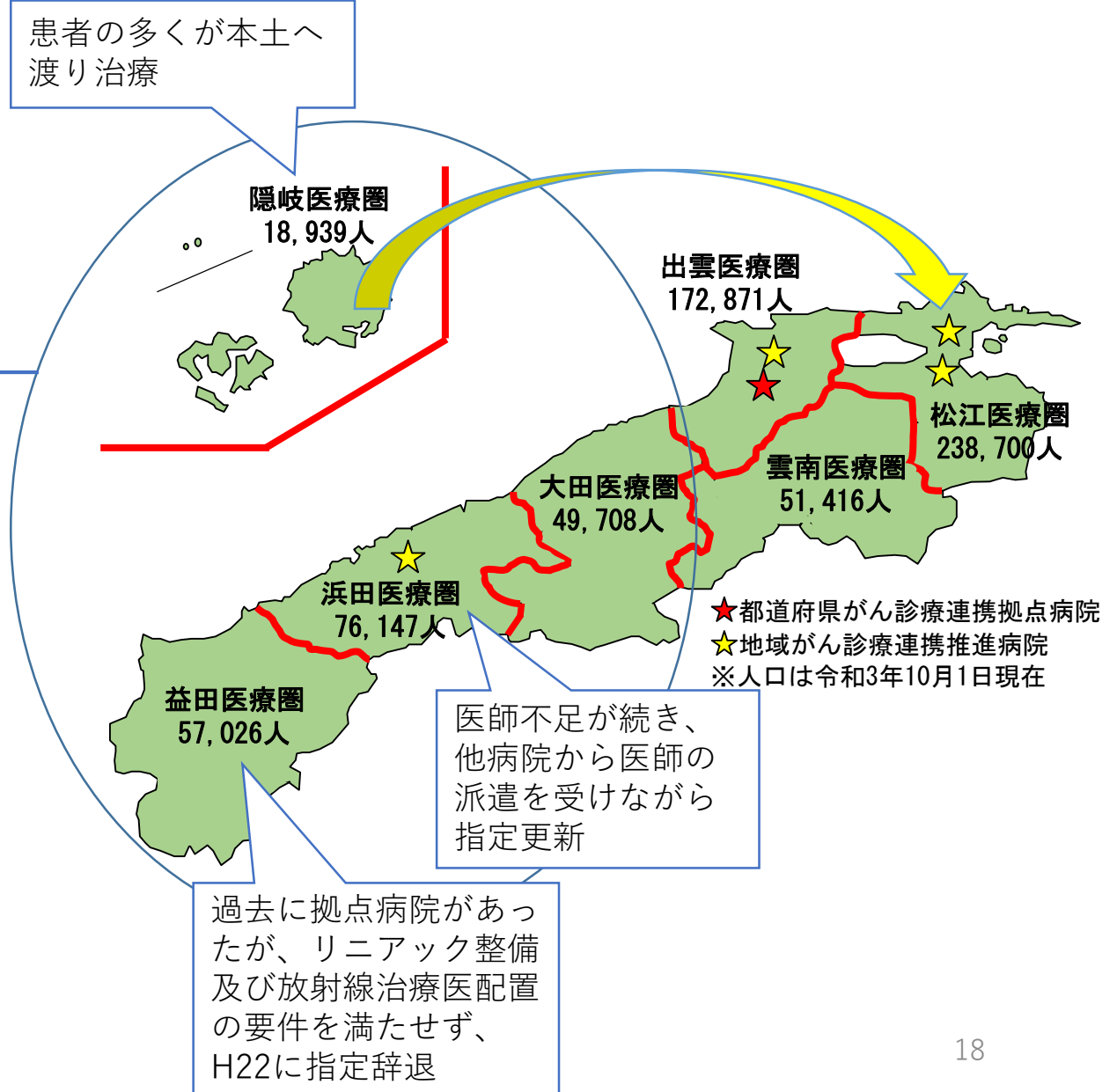
- ・人口の7割が集中する東部に偏在

・拠点病院の人材確保

- ・拠点病院の指定要件に医療従事者の配置要件があるが、西部・離島で医師不足の状況
- ・過去には、西部の拠点病院が医療従事者を配置できず、指定辞退したケースあり

・拠点病院と地域との強化

- ・都道府県拠点病院を中心に医療連携が図られているが、「患者家族の悩みに対する連携」も必要
- ・拠点病院のない医療圏で診断された患者も、すみやかに相談支援へアクセスできる仕組みが必要



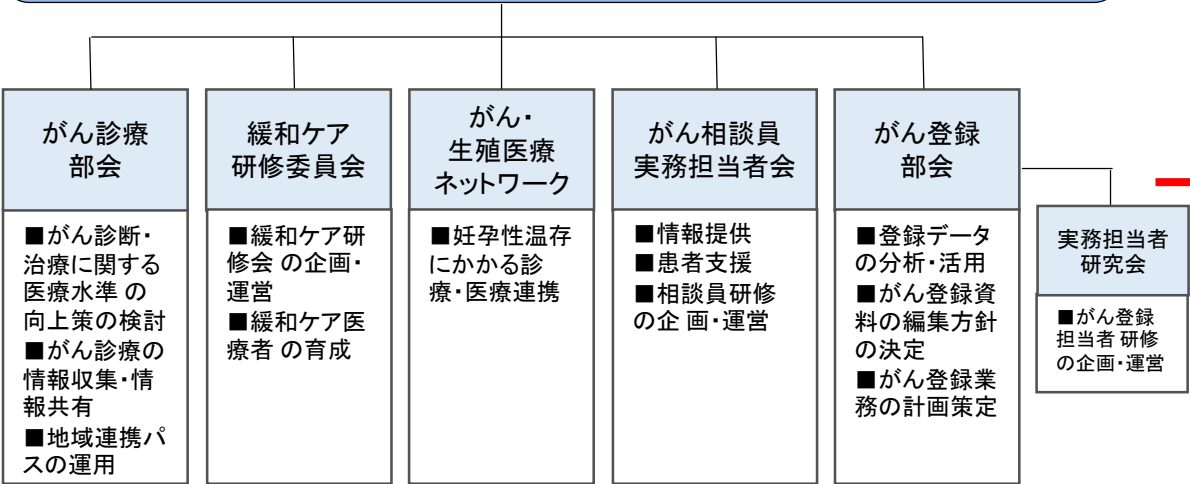
患者本位のがん医療の実現

取組

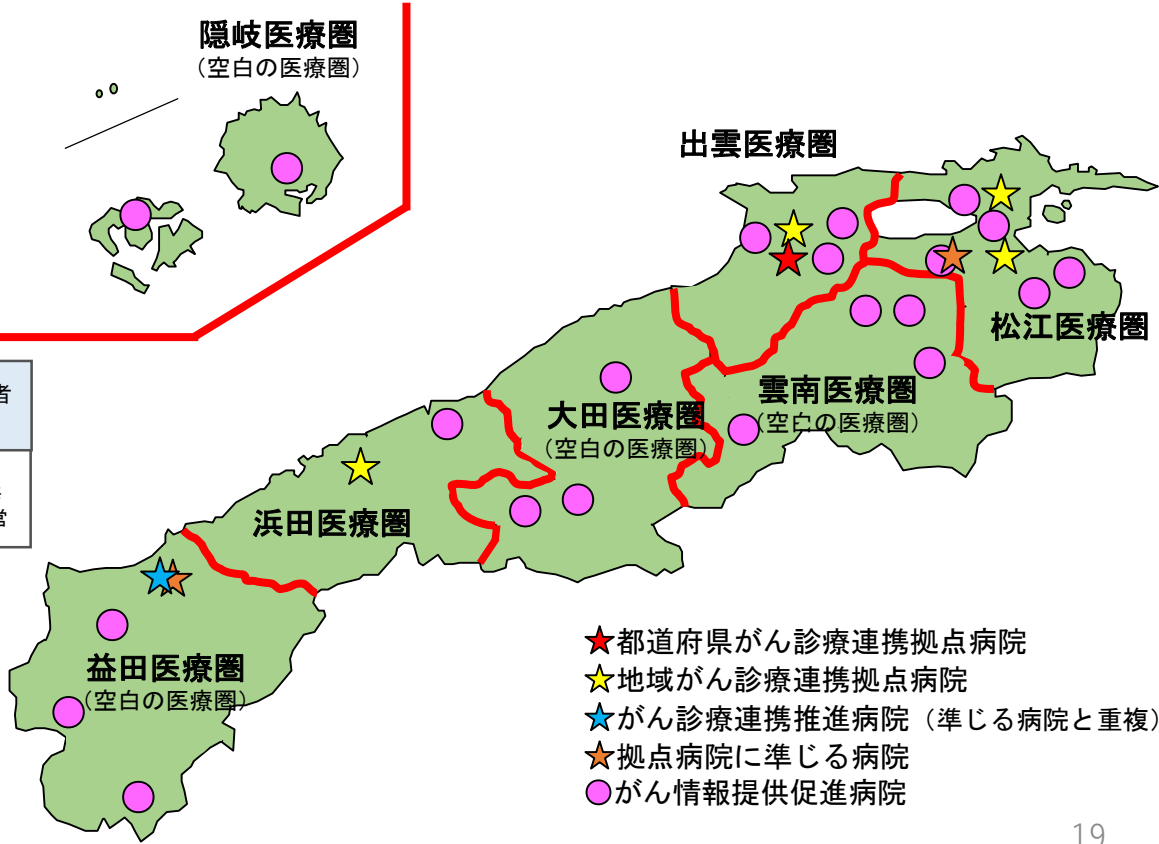
- ・ 拠点病院と連携する病院を県が独自指定し、がん診療ネットワークを構築
がん診療連携推進病院（1病院）、拠点病院に準じる病院（2病院）、がん情報提供促進病院（21病院）

島根県がん診療ネットワーク協議会

（事務局：島根大学医学部附属病院（都道府県がん診療連携拠点病院））



県内どこに住んでいても安心してがん医療が受けられる体制を目指す



提言

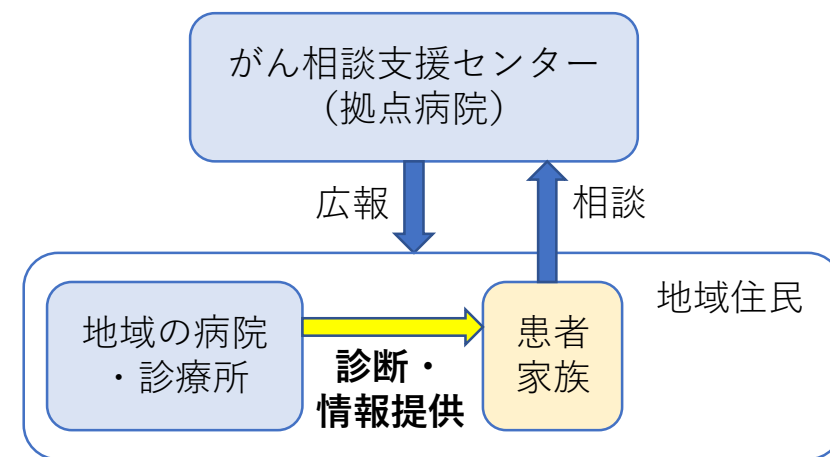
1 拠点病院の機能強化と地域への拠点病院配置とのバランスの重要性

- ・各拠点病院では放射線治療医や病理医等の確保に努めているが、医師不足により確保が困難な状況
- ・拠点病院の質の担保として医師配置は重要だが、地方の実情に応じて今ある医療資源の有効活用も重要
- ・拠点病院の指定要件においてオンライン診療の活用を可能にすることにより、地方の限られた医療資源を有効活用しながら拠点病院の機能や体制を維持
- ・また、紹介元医療機関も紹介先医療機関のカンサーボード等へ参加できる仕組みをつくり、がん医療の面的な質の向上を図る

2 地域とがん相談支援センターとの連携促進

- ・地域の病院・診療所でがんと診断された時から、患者・家族がすみやかにがん相談支援センターを利用できるよう、地域の病院・診療所においても情報提供
- ・拠点病院のない医療圏の患者も容易に相談できるよう、セキュリティを確保したオンライン相談体制を整備

→ **がんと診断された時から患者・家族の悩みや不安に対応する体制をつくる**



課題

がん医療の **提言** の続き

• がん相談支援センターの認知度向上

- ・「がん相談支援センターを知っていると回答した患者・家族の割合」66.4%のうち、「がん相談支援センターを利用したことがあると回答した患者・家族の割合」は14.4%（平成30年度患者体験調査：国立がん研究センター）
- ・島根県においても、患者やその家族が相談窓口がわからず行政へ問い合わせるケースが多い
- ・行政からがん相談支援センターを案内すると、「知らなかった」と言われる患者さんもいる

• 相談体制の維持

- ・がん相談支援センターの相談員が、他の業務も並行しながら相談業務をこなしており、多忙
- ・相談員の確保、育成

• 患者・家族の困りごとへの対応

- ・教育、就労、妊孕性温存など、患者のライフステージ別の悩みへの対応

尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

取組

・がん対策への患者・家族参画

- 各会に患者・家族委員就任
がん対策推進協議会（25名中4名）
患者・家族支援部会（11名中6名）
小児・AYA世代のがん対策部会（18名中5名）
- 患者と拠点病院長との意見交換会を開催

患者・家族の意見から施策を検討

患者・家族の意見

高齢世代・・・患者・家族同士がつながる場の確保

コロナ禍におけるがんサロン休止により、仲間と悩みや不安を共有できる場が減少

小児世代・・・定期予防接種の再接種費用への支援

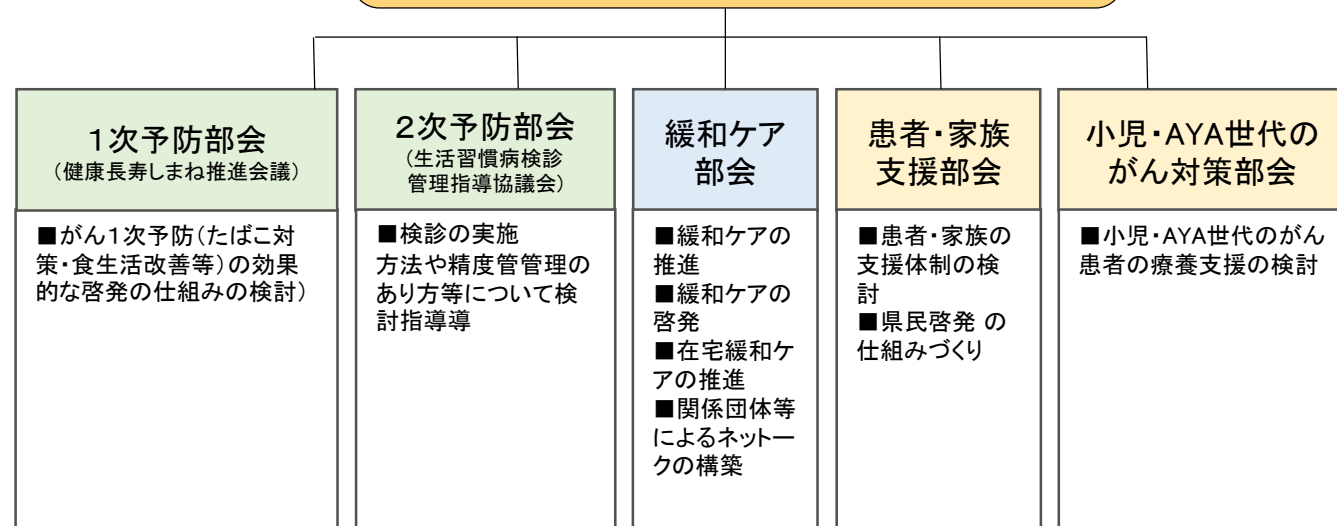
がん治療により定期予防接種で獲得した免疫が低下または失われた場合、感染症予防のため再接種が必要

AYA世代・・・居宅サービス費用、福祉用具の購入・貸与経費への支援

0～10歳代は小児慢性特定疾病支援制度、40歳代以降は介護保険により支援を受けることができるが、20～30歳代は自費

島根県がん対策推進協議会

（事務局：島根県）



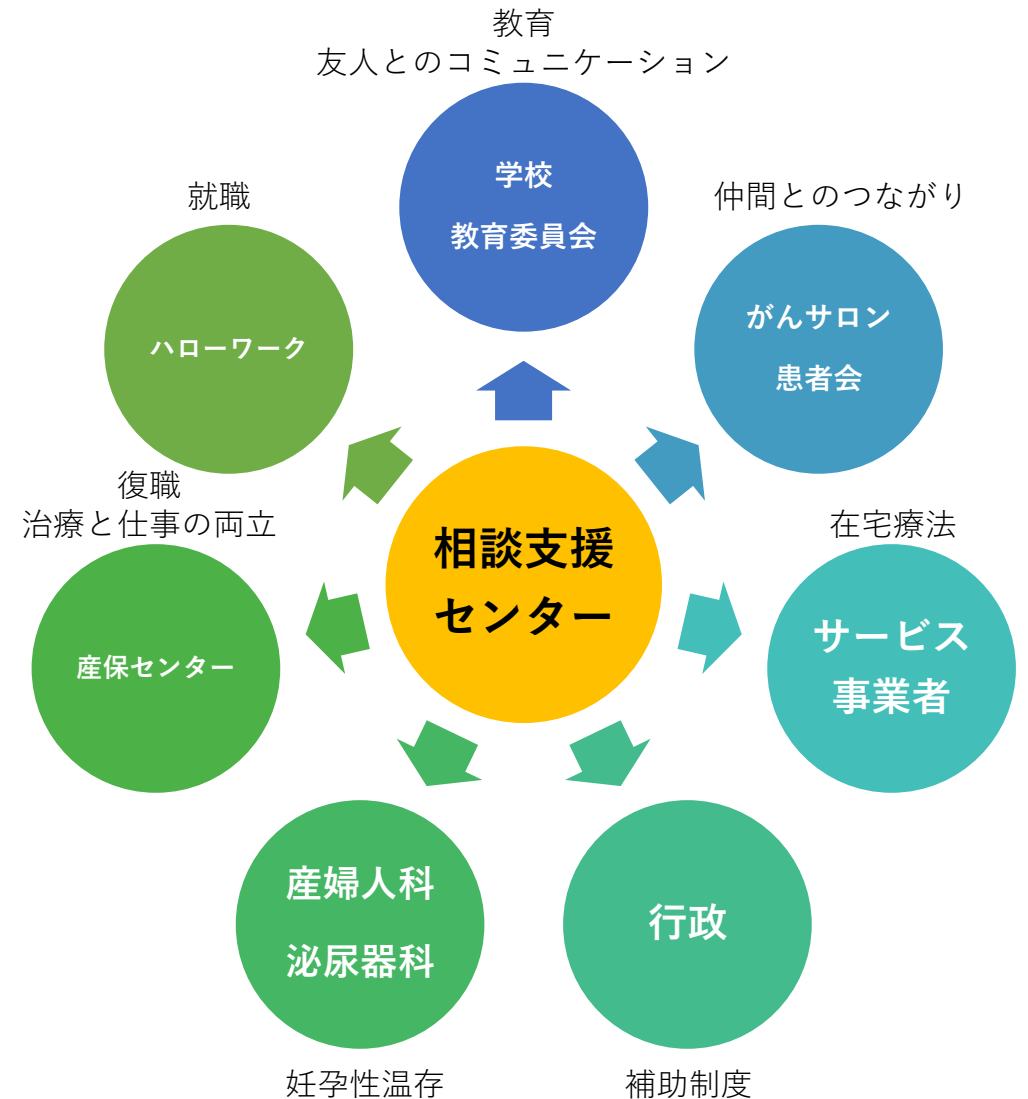
提言

1 相談体制の整備・強化

- ・がん相談支援センターがハブとなり、患者の困りごとに
応じて支援窓口につなぐ役割を強化
- ・相談員の人員増、連携先の明確化を検討

2 困りごとと解決・支援の仕組みづくり

- ・がん相談支援センターが収集した課題は、各拠点病院間
や行政と共有し、地域で解決に向けた支援を検討
- ・地域で解決できない課題は、国がんの「情報提供・相談
支援部会」等で共有し、全国一丸となって解決に取り組
（課題だけでなく、好事例も共有）
- ・新たな支援制度の創設や、コロナ禍におけるがんサロン
活動につなげる



提言

3 チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）の発展

- ・ 小児患者とその家族より、入院生活においてCLSの存在が大きな支えとなっているとの声
- ・ CLSは国内35施設に49名配置（令和4年5月現在）
- ・ 資格取得にはアメリカ留学が必要
- ・ 小児患者支援について重要な役割を担うCLSの育成・発展について検討

→ **患者・家族がより安心して療養生活を送ることができる体制へ**

CLSとは？



チャイルド・ライフ・スペシャリストとは？

チャイルド・ライフ・スペシャリスト（Child Life Specialist：CLS）は、医療環境にある子どもや家族に、心理社会的支援を提供する専門職です。子どもや家族が抱える精神的負担を軽減して、主体的に医療体験に臨めるよう支援し、「子ども・家族中心医療」を目指します。



子どもが受け身になりがちな医療の中でも、子ども自身が主体的な存在であり続け、医療体験を上手く乗り越えていけるように、遊びや自己表現、感情表出を促したり、医療体験への心の準備をサポートしたりします。また、医療における子どもたちの心理社会的ニーズを、広く社会に伝えていく役割も担っています。

CLSは、大学や大学院で心理学、教育学、家族学、社会学など、医療における子どもと家族への心理社会的支援に関する学問を学び、幼稚園や保育園、小学校、特別支援学級、病院などの現場での実習、さらには、認定CLSのもと病院でのインターンシップを経て資格を取得する専門職です。現在は、米国に本部を置くAssociation of Child Life Professionals（ACLP）が、CLSの認定やCLSへのサポートを行っており、すべてのCLSは、ACLPが制定した倫理規約に沿って活動をしています。

これらを支える基盤の整備

課題

- **がん教育にかかる教育現場の負担が大きい**
 - ・ 教員が多忙で、がん教育外部講師活用の計画・調整や、授業実施のための検討が十分でない
 - ・ 学校の体制や担当教員の業務量により、がん教育への取組に差がある状況
 - ・ コロナ禍によるがん教育の実施率低下も懸念

取組

- がん教育外部講師の活用促進
 - ・ 外部講師を活用したがん教育実施状況は、全国平均8.1%に対して島根県33.2%（H30文科省がん教育の実施状況調査）
（薬物乱用防止教室で薬剤師ががんについて触れているケースが多い）
 - ・ 医療従事者やがん経験者などを登録した外部講師リストを作成し、各学校へ配布（団体17、個人26名登録）
 - ・ 学校が保護者等に公開してがん教育を実施する場合、外部講師にかかる謝金・旅費は県で負担

これらを支える基盤の整備

提言

・重層的ながん教育の推進 → 社会が一体となった取組を目指す

地域社会

- ・地域の健康づくり推進員による公民館活動
- ・拠点病院等による公開講座
- ・地方紙・地方TV番組・SNS等での広報

職場

- ・がん検診時に健康教室を同時開催
- ・商工会議所での健康教室

行政

- ・外部講師養成研修
- ・外部講師フォローアップ研修
- ・外部講師のリスト化

提供

学校

- ・授業実施のための校内・圏域内研修
→ 養護教諭、保体科教諭に任せきりにならない体制
- ・外部講師計画等、十分な検討時間の確保
- ・授業時間数の拡充

・地域に応じたがん教育教材の活用

- ・地域のがん登録データや検診受診率データを活用し、その地域の特性に応じたがん教育の実施
- ・子どもたちが見てわかりやすいがん登録データの活用方法、資料づくりの検討

2022年9月5日

第 81 回がん対策推進協議会	資料 9
令和 4 年 9 月 5 日	

第4期がん対策推進基本計画策定への参考意見

静岡がんセンター総長 山口 建

【スケジュール】

余裕がない。質疑では、議事終了後のメール送付に対し、後日、事務局が回答し、協議会資料として残すといった工夫が必要。

【第3期基本計画・評価に関する参考項目】

第1 全体目標

- (1) 「がんを知り、がん克服を目指す」という大目標については、「克服」という語で議論が割れた。議論の時間が必要。
- (2) 第3期基本計画では、三つの基本目標に死亡率低減目標を置かなかった。この数値は、基本計画の効果に直結せず、他の要因の影響を受けやすいこと、また、第2期計画実践の中間段階で未達の可能性が指摘され、「がん対策加速化プラン」の策定が必要になったことなどを考慮した。

第2 分野別施策

2. がん医療の充実

- (1) がんゲノム医療：全ゲノム解析など新技術の診療実装
 - (2) 手術・放射線・薬物・免疫療法：最も重要な項目だが、計画期間中のロボット支援手術、高精度照射、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤などの普及を成果として取り込めなかった。
 - (5) 支持療法：対象が多彩で、個々の項目の明確化と選択・集中が必要。
 - (7) 高齢者のがん：高齢者のがんは前期・後期高齢者を合わせがん患者の7割を占める重要課題。積極的な取り組みが必要。
3. がんとの共生：日本のがん対策の最大の特徴で堅持すべき。
- (1) 緩和ケア：医療スタッフが提供する医療の一環であり、“がん医療の充実”への移動がふさわしい。支持療法や緩和ケアによる患者・家族のQOL向上ががんとの共生でのアウトカム。

4. 基盤整備

(2)人材育成：がん医療全般に必要な人材の包括的な議論が十分ではなかった。

【基本計画・中間評価において改善を要する点】

1. 基本計画の各項目での「取り組むべき施策」において、「・・・を検討する」、「・・・を推進する」、「・・・を充実させる」、「・・・の対策を講ずる」という記載が多い。「個別目標」が記載され、達成時期、数値目標などが明確にされている場合もあるが、「個別目標」のまとめ方が不適切であったり、漠然とした記載に止まっている項目もあり評価が困難であった。正しい評価には「個別目標」の充実が必要。
2. 上記の事情で、基本計画策定後に評価項目を定めざるを得なかったが、結果的に評価困難な項目が散見された(例：難治がん、高齢者がんなど)。基本計画策定時に、項目評価を意識して記載し、それに応じた評価項目を明確にしておくことが望ましい。
3. 正しい評価のため、当該項目について、基本計画実施前の実態、数値が存在することを確認し、また、計画開始後の一定期間で、中間評価前に実態、数値の変化を調査することが望ましい。
4. 基本計画のボリューム、77頁が多すぎる。中間評価報告書も同様。簡潔明瞭を心がければ1/2～2/3に圧縮できると思う。

【第4期基本計画で取り上げることが望ましい事項】

1. 中間評価において、第3期基本計画の達成状況が不十分と判断された項目を重視。
2. 「がん医療の均てん」とともに「がん情報の均てん」への進化。
3. 高齢者がん医療や難治がん治療に関する項目。
4. がん医療全般の評価に「質の評価」を加えること。
5. がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院の指定要件が8月通知された。その他の部会の議論も終了する。その内容を計画に取り入れ、整合性を保つことが必要。

(以上)

第81回がん対策推進協議会

資料10

令和4年9月5日

全体目標に係る がん対策推進基本計画の見直しについて（案）

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における全体目標

(第3期がん対策推進基本計画より抜粋)

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「A I」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3期基本計画全体目標 「がん予防」分野の中間評価

(第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標と指標測定結果)

1001	がんの年齢調整死亡率（がん登録・統計）							
	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

1003	がんの年齢調整罹患率（がん登録・統計）			
	2019年	2018年	2017年	2016年
	387	385	389	402

1002	がん種別の年齢調整死亡率の変化（がん登録・統計）							
	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

1004	がん種別の年齢調整罹患率の変化（がん登録・統計）			
	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

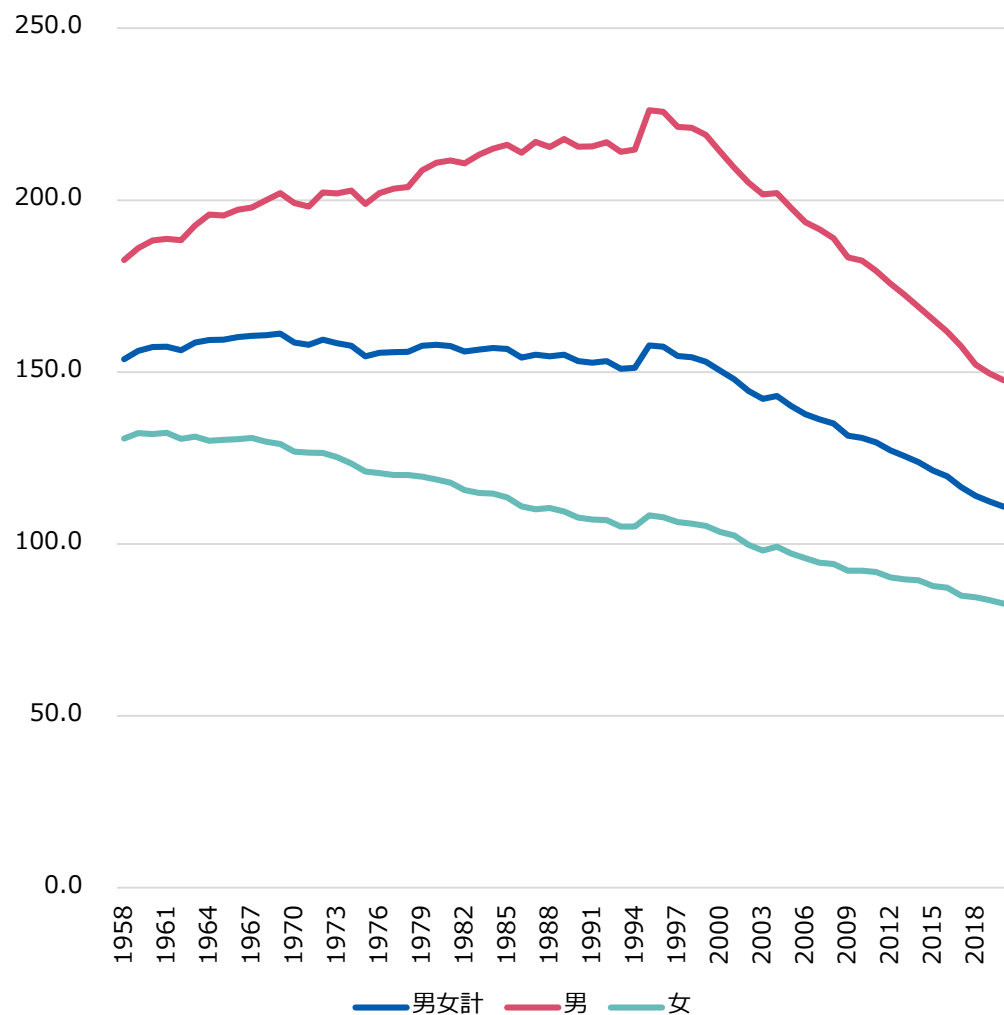
(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

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。

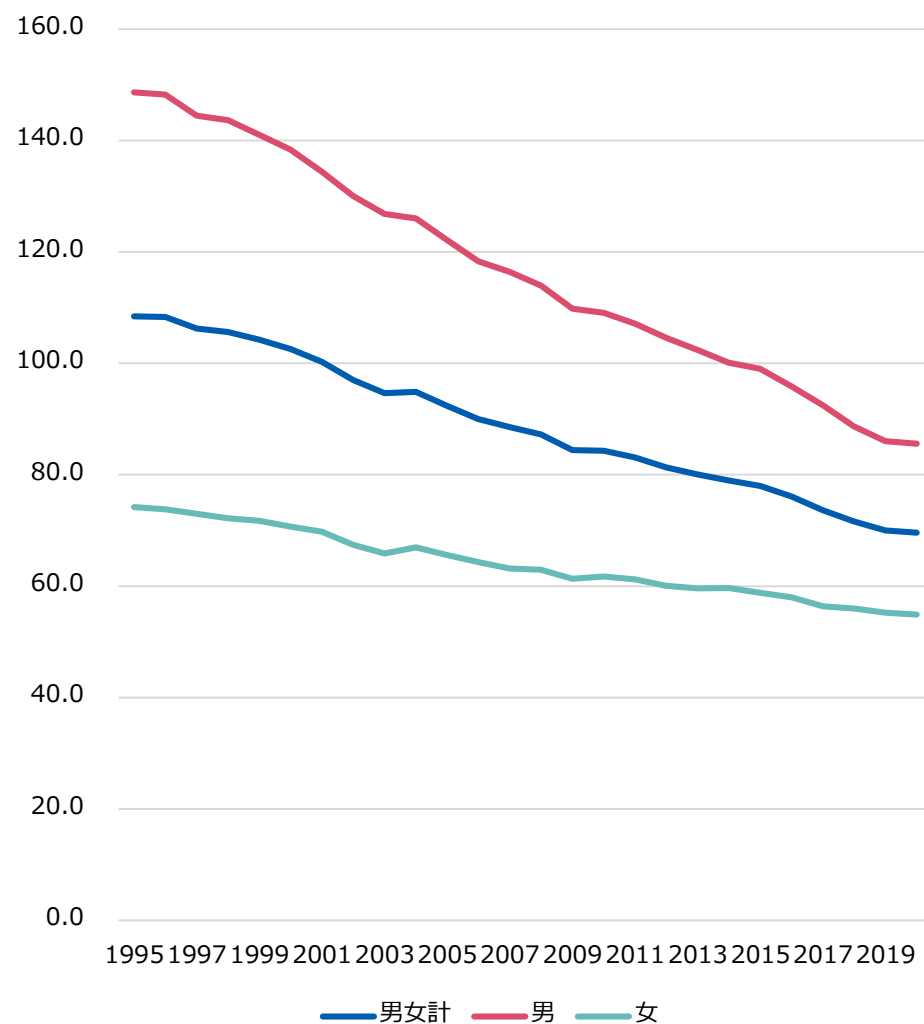
(参考) がんの年齢調整死亡率の推移

出典：令和2年度人口動態統計

全年齢年齢調整死亡率



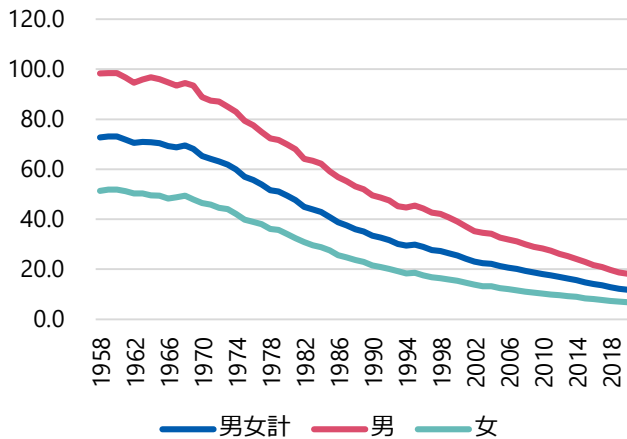
75歳未満のがんの年齢調整死亡率



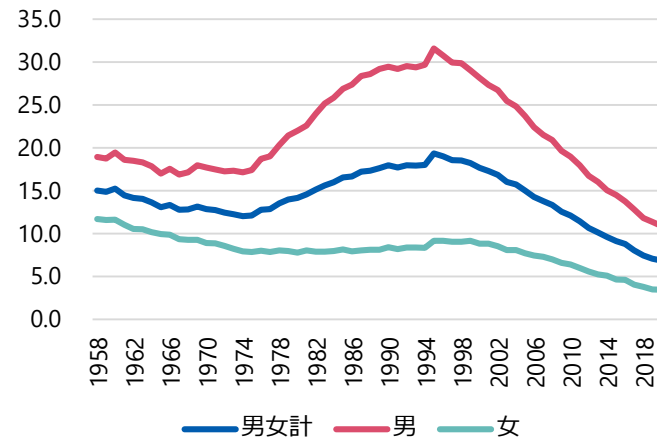
(参考) 部位別 全年齢 年齢調整死亡率の推移

出典：令和2年度人口動態統計

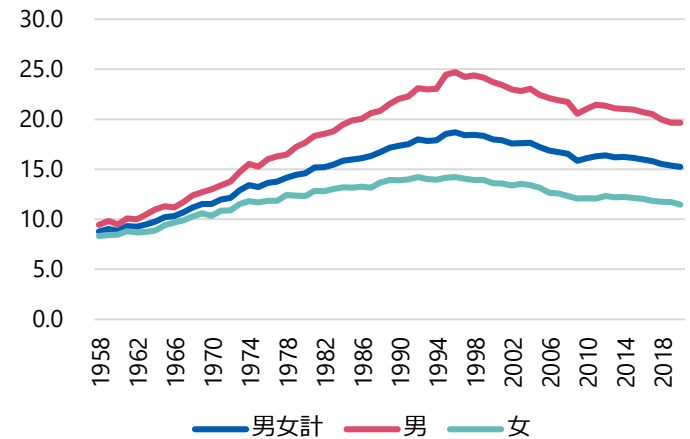
胃がん



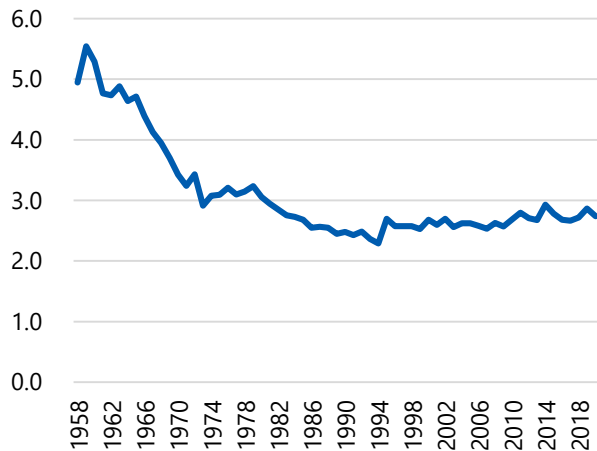
肝がん



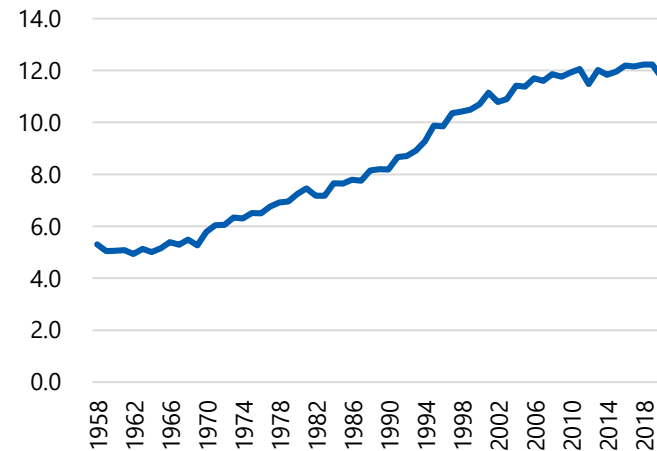
大腸がん



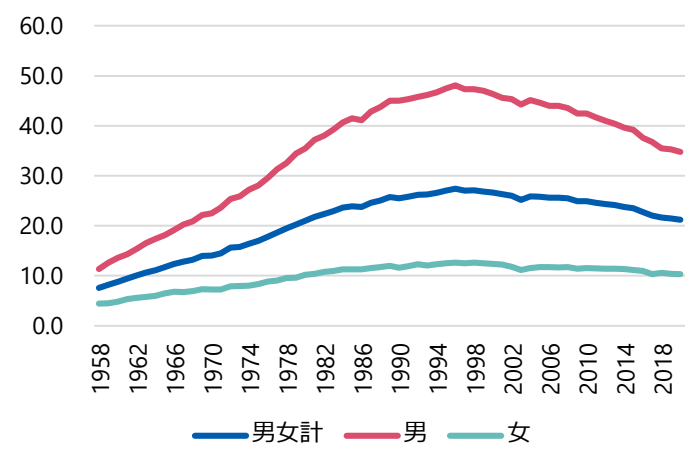
子宮頸がん



乳がん



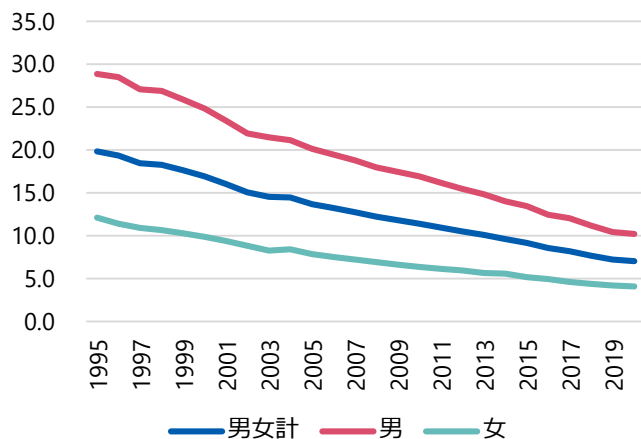
肺がん



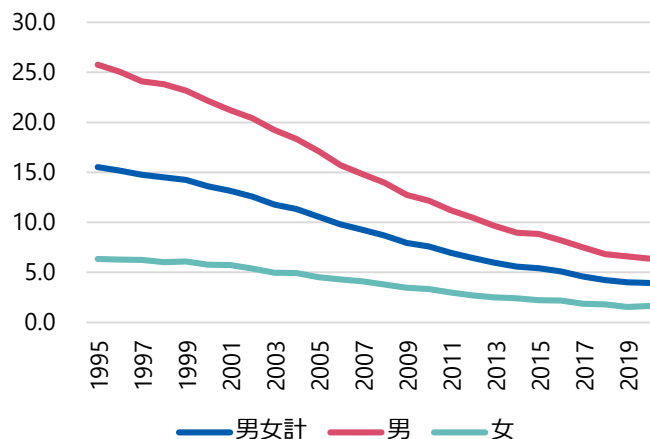
(参考) 部位別 75歳未満 年齢調整死亡率の推移

出典：令和2年度人口動態統計

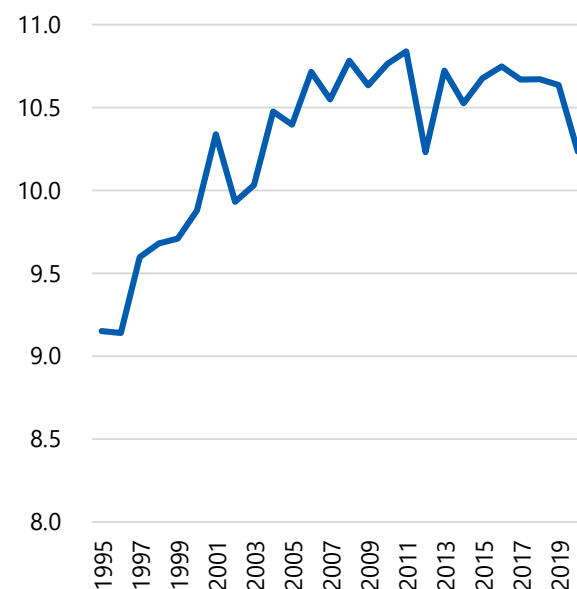
胃がん



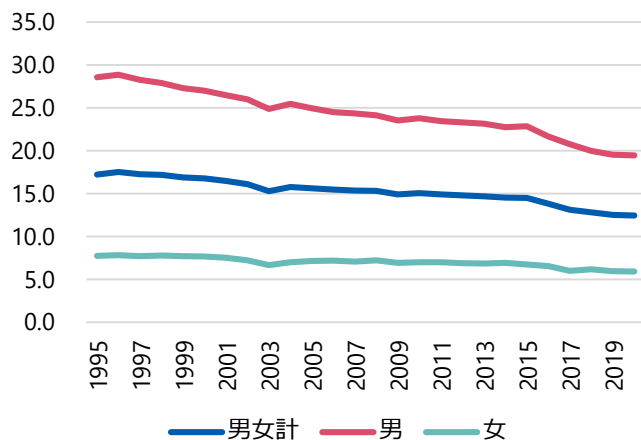
肝がん



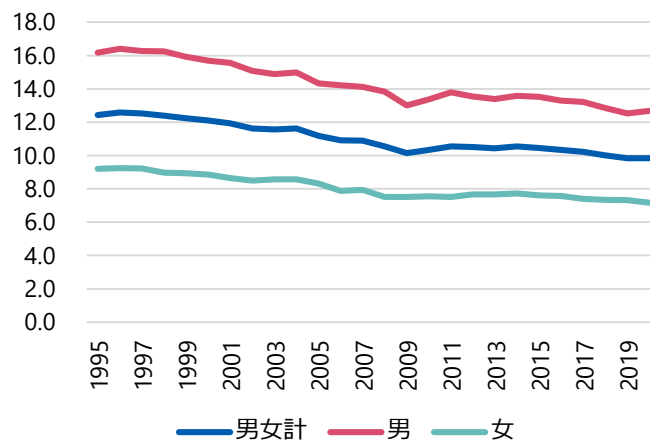
乳がん



肺がん



大腸がん



第3期基本計画全体目標 「がん医療の充実」分野の中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標と指標測定結果)

2001	がんの5年生存率（がん登録・統計）		
	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）（がん登録・統計）		
2020年	2019年	2018年	2017年
69.6	70.0	71.6	73.6

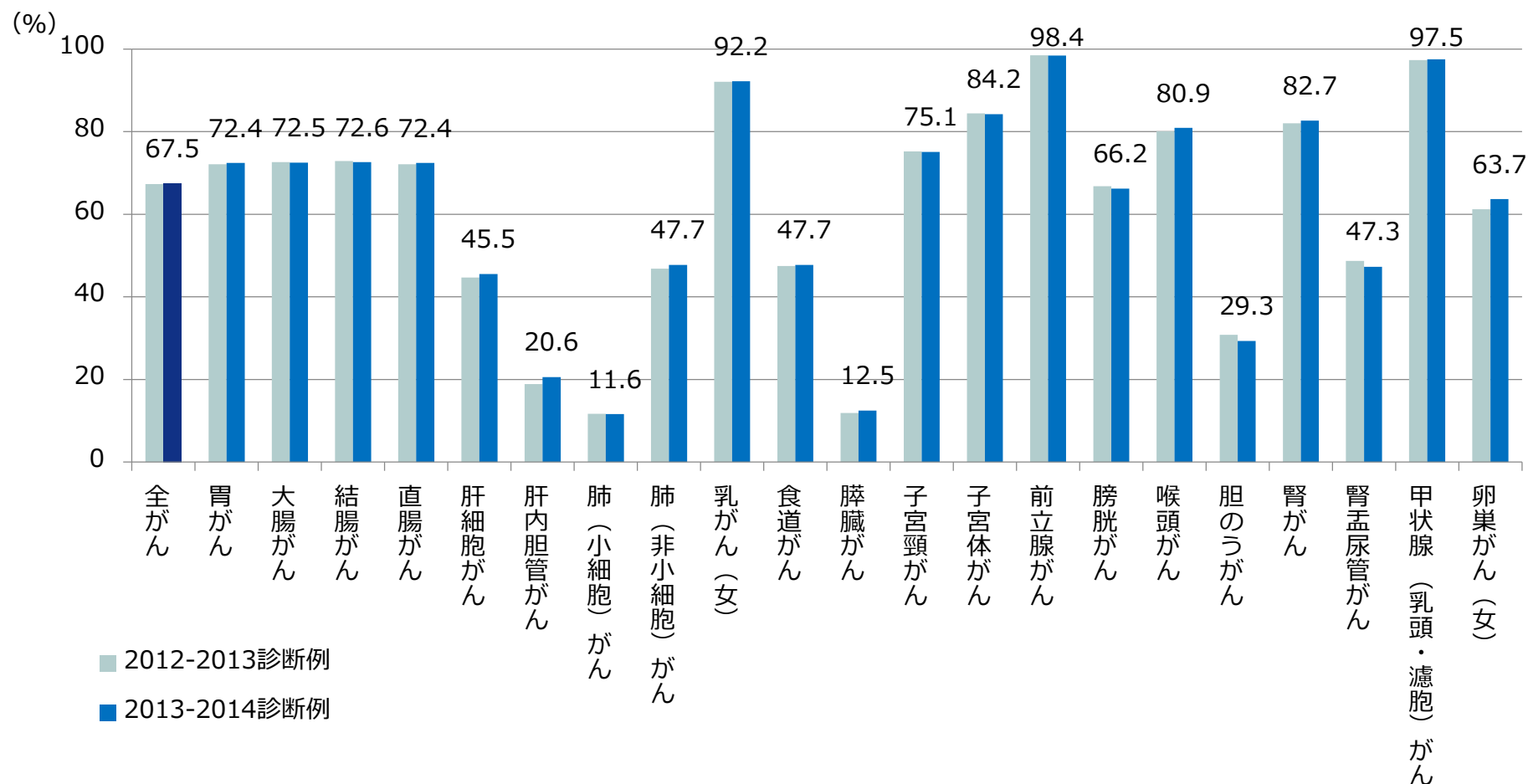
2003	医療が進歩していることを実感している患者の割合 (患者体験調査・小児患者体験調査)	2018年度 成人：75.6% (比較値：84.8%) 2019年度 小児：71.7%	2014年度 成人：80.1%
2004	納得のいく治療を受けられたがん患者の割合 (患者体験調査)	2018年度 成人：81.4% (比較値：90.7%)	2014年度 成人：84.5%
2005	がんの診断・治療全体の総合的評価 (患者体験調査・小児患者体験調査)	2018年度 成人：7.9点 小児：8.4点	
2006	医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合 (患者体験調査・小児患者体験調査)	2018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

(参考) 部位別の5年相対生存率 (%)

■ 全がんでの5年生存率は上昇しているものの、未だ予後不良のがん種も存在する。



注：相対生存率とは、競合する死因（他の病気等による死亡）の影響を取り除いた生存率で、主に、がん対策の評価において、がんの影響を見るときに用いる。

(出典) 国立がん研究センターがん情報サービス (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)

「院内がん登録5年生存率集計結果(2013-14年診断例)」(令和3年12月公表)

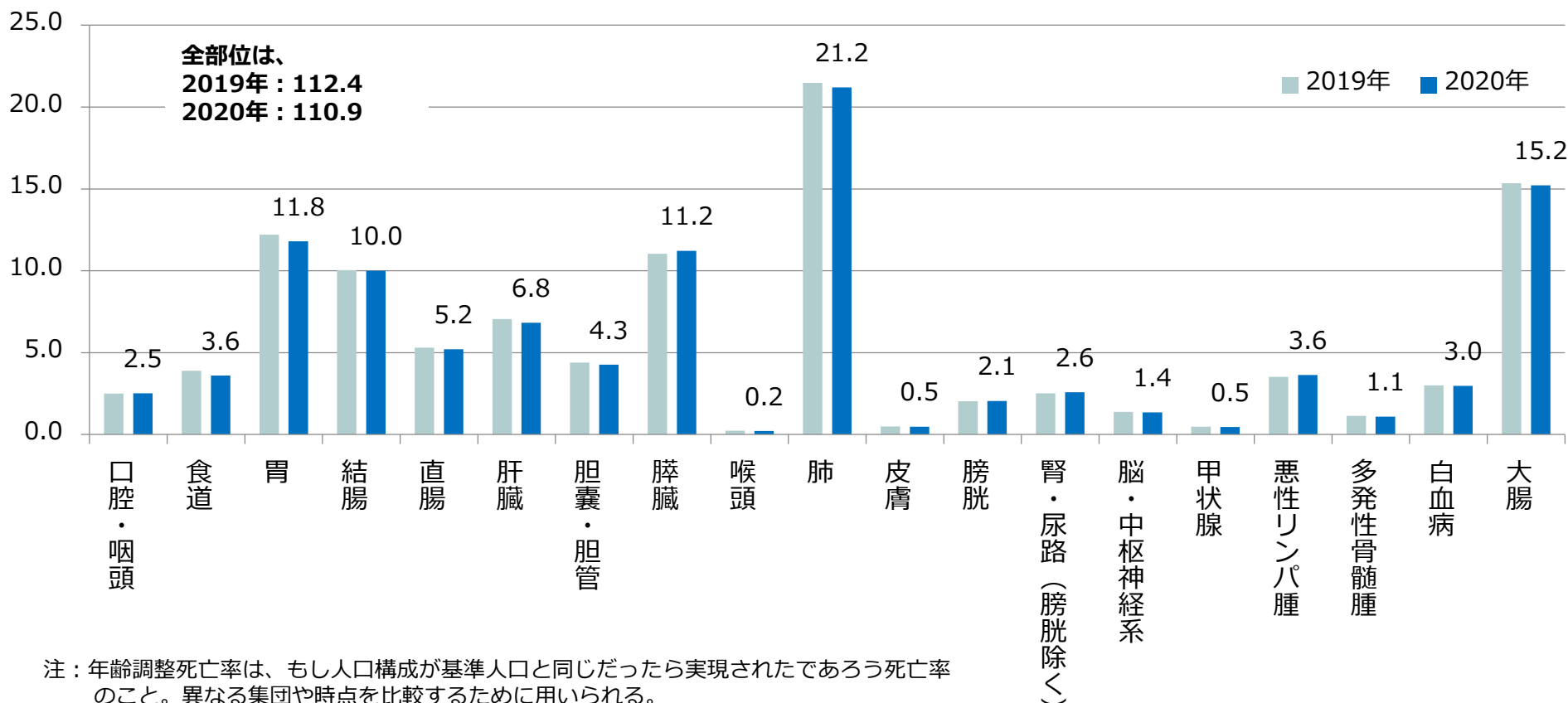
「院内がん登録5年生存率集計結果(2012-13年診断例)」(令和3年4月公表)

(参考) 部位別の年齢調整死亡率 (人口10万対)

- 全がんでの年齢調整死亡率は減少傾向であるものの、未だ予後不良のがん種も存在する。

年齢調整死亡率 (人口10万対・昭和60年日本人モデル人口)

(人口10万対)



注：年齢調整死亡率は、もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう死亡率のこと。異なる集団や時点を比較するために用いられる。

(出典) 国立がん研究センターがん情報サービス (https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)
「全国がん死亡データ (1958年～2020年)」

第3期基本計画全体目標 「がんとの共生」分野の中間評価 (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(中間評価指標と指標測定結果)

3001	自分らしい日常生活が送ることができる と感じるがん患者の割合 (患者体験調査)	2018年度 70.5% (比較値：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 (患者体験調査)	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 (患者体験調査・小児患者体験調査)	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。

前回の協議会でいただいた主なご意見

＜全体に関する事項、基盤の整備＞

- 各分野の事業について、量的な評価だけでなく、質的な評価の手法について検討を行うべきではないか。
- 数値化できない分野の評価について、どのような目標を立て、また定量化した評価指標は設定できるのか、検討すべきではないか。
- P P I（患者・市民参画）の推進を盛り込むべきではないか。
- がん医療の専門的な人材育成について、計画的に推進するべきではないか。

＜がん予防＞

- がん検診受診率を向上のため、既存の仕組みを変えていくことについても検討すべきではないか。
- 諸外国との比較については、引き続き盛り込むべきではないか。

＜がん医療の充実＞

- 小児・A Y A世代と高齢者のがん対策について、各年齢層の特徴を細やかに配慮した上で検討すべきではないか。
- 希少がんに関する情報公開を推進すべきではないか。また、現在の取組や今後のあり方について研究班等の報告をして欲しい。
- がんと診断された方がどこにいても必要な医療につながるができるネットワーク構築を検討していくべきではないか。
- 特に、がんゲノム医療の提供体制、小児・A Y A世代のがんや希少がんの診療提供体制については、連携が重要であり、その観点を盛り込んでどうか。
- 高齢者のがん対策を検討する上で、ビッグデータの活用を推進すべきではないか。

＜がんとの共生＞

- 効果的な情報提供の手法について検討すべきではないか。
- 相談支援の体制について、院内での多職種での連携が重要ではないか。
- 他部局及び他省庁ともよく連携して検討を進めるべきではないか。
- 緩和ケアの現場で何が課題となっているのか、十分な現状把握を推進すべきではないか。
- 医療機関だけでなく、地域や在宅における対策の充実が必要ではないか。
- A C Pが十分浸透しておらず、更なる周知・啓発に加え、必要な情報提供の推進が必要ではないか。
- 治療と仕事との両立支援について、企業規模による差があり、進まない背景の把握を進めるべきではないか。
- A Y A世代に向けた支援の充実を推進すべきではないか。
- 文科省と連携し教育支援を一層推進するとともに、オンライン環境の整備を推進すべきではないか。

中間評価の議論の中で指摘された第4期基本計画に向けた論点

- 第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書「第4章 おわりに」において、第4期基本計画に向けた論点についてまとめたところ。
- これらを踏まえ、まず第4期計画の全体目標の方向性やそれに対応するモニタリング指標について検討することとしてはどうか。

＜第3期中間評価報告書 「第4章 おわりに」より抜粋＞

- (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。

第4期基本計画の方向性（案）

■ 基本計画全体の構成については、以下のような方向性で検討することとしてはどうか。

- 全体目標の3本柱（「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」）及び「これらを支える基盤の整備」については、引き続き重要な視点であり、維持することとしてはどうか。
- 各分野の施策については、これまでの協議会における議論及び中間評価報告書の内容を踏まえ、新たな視点を盛り込みつつ、各施策の関連性等を考慮した上で、構成を検討することとしてはどうか。

（例）

- 「がん登録」は、予防分野でも活用される等、分野横断的に活用されていることを踏まえ「がん医療の充実」から「基盤の整備」分野へ移動させてはどうか。
- 中間評価の議論を踏まえ、「小児がん・AYA世代のがん対策」と「高齢者のがん対策」は、取り組む内容が異なる分野であり、項目を独立させてはどうか。
- 前回までのご意見を踏まえ、新たに「デジタル化の推進」、「患者・市民参画（PPI）の推進」を盛り込んではどうか。

全体目標に係る方向性（案）①

- これまでの協議会における議論及び中間評価報告書の内容を踏まえ、以下を主な論点として今後議論することとしてはどうか。

横断的事項について

- 第3期基本計画では分かりやすい全体のコンセプトを設定した一方で、全体に係る数値目標は設定されなかった。次期基本計画ではどのように考えるか。
（参考）第2期基本計画全体目標
「がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）」
- 他方、各施策の進捗を評価し改善することでより効果的なアクションにつなげるため、研究成果等から数値目標を掲げられる分野については、積極的に数値目標を設定する方向で検討することとしてはどうか。

「がん予防」分野について

- 一次予防について、引き続き健康日本21で設定される目標等と連携することとしてはどうか。
- がん検診の充実に向けて、実施体制の見直しや実態把握の加速について盛り込むこととしてはどうか。
- 評価については、早期発見・早期治療等に向けた施策の効果を測定するため、年齢調整死亡率及び年齢調整罹患率は引き続き採用することとしてはどうか。

全体目標に係る方向性（案）②

- これまでの協議会における議論及び中間評価報告書の内容を踏まえ、以下を主な論点として今後議論することとしてはどうか。

「がん医療の充実」分野について

- 地域間及び医療機関間における差について、どのように考えるか。
- 診療提供体制の整備について、がん医療の高度化を踏まえ、拠点病院を中心とした集約化及び医療機関同士の連携の強化について盛り込むこととしてはどうか。
- 評価については、第3期で採用した5年生存率や患者体験調査の他、中間評価の議論も踏まえ、拠点病院より収集する現況報告書の体制の項目も盛り込むこととしてはどうか。

「がんとの共生」分野について

- 相談支援及び情報提供についてはデジタル化の流れを考慮し、より効果的な手法について盛り込むこととしてはどうか。また、地域や社会との連携体制、医療・介護・福祉・産業保健等の各分野の連携強化、及び世代特有の課題については引き続き盛り込むこととしてはどうか。
- 評価については、質的な評価も重要であることを踏まえ、引き続き患者体験調査を用いることとしてはどうか。

「がん対策」関係

第81回がん対策推進協議会

令和4年9月5日

参考資料 4

「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日 閣議決定）（抄）

第4章 中長期の経済財政運営

2. 持続可能な社会保障制度の構築

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

（略）がん・難病に係る創薬推進等のため、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、その利活用に係る環境を早急に整備する。がん専門医療人材を養成するとともに、「がん対策推進基本計画」の見直し、新たな治療法を患者に届ける取組を推進する等がん対策を推進する。大麻に関する制度を見直し、大麻由来医薬品の利用等に向けた必要な環境整備を進める。熱中症対策に取り組むとともに、OTC医薬品・OTC検査薬の拡大に向けた検討等によるセルフメディケーションの推進、ヘルスリテラシーの向上に取り組む。早期発見・早期治療のため、疾患に関する正しい知識の周知啓発を実施し、感染拡大によるがん検診受診の実態を踏まえ、引き続き、受診勧奨に取り組むとともに、政策効果に関する実証事業を着実に実施するなどリハビリテーションを含め予防・重症化予防・健康づくりを推進する。また、移植医療を推進する。

第81回がん対策推進協議会	参考資料 5
令和 4 年 9 月 5 日	

2022 年 9 月 1 日

厚生労働大臣 加藤 勝信 様
 厚生労働省健康局長 佐原 康之 様
 厚生労働省がん・疾病対策課長 中谷 祐貴子 様
 厚生労働省がん対策推進協議会 会長並びに委員の皆様

一般社団法人全国がん患者団体連合会
 理事長 天野 慎介

第 4 期がん対策推進基本計画に関する要望書

平素よりがん対策の推進にご理解とご尽力を賜り、がん患者や家族の立場から感謝申し上げます。

2018 年 3 月に国の第 3 期がん対策推進基本計画が閣議決定され、2022 年 6 月には第 3 期がん対策推進基本計画に対して、がん対策推進基本計画中間評価報告書が取りまとめられました。この間、厚生労働省委託事業（国立がん研究センターがん対策情報センター）により、2020 年 10 月には全国のべ 22,000 人のがん患者を対象とした患者体験調査報告書が取りまとめられるとともに、2020 年 11 月には患者体験調査に基づく提言書が取りまとめられました。小児がんについても、2021 年 3 月には全国およそ 4,000 名を対象に、小児患者体験調査報告書が公開されています。

2022 年 9 月からは国の第 4 期がん対策推進基本計画が厚生労働省がん対策推進協議会で審議され、2022 年度末には第 4 期がん対策推進基本計画が閣議決定される見込みとなっています。一般社団法人全国がん患者団体連合会は現在、加盟団体 53 団体、加盟団体会員総数およそ 2 万人を有するがん患者団体の連合組織です。加盟団体などからの意見、並びにがん対策推進基本計画中間評価報告書、患者体験調査報告書、患者体験調査に基づく提言書、小児患者体験調査報告書に基づく提言書の内容などをもとに、下記要望を提出いたします。

なお、2022 年 8 月に発出されたがん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院、がんゲノム医療中核拠点病院等の整備指針において既に盛り込まれている内容について、基本計画においても改めて規定する必要があるとの観点から、本要望に一部盛り込まれていることを申し添えます。

記

1. 緩和ケアの推進

患者体験調査報告書では、「現在がんに伴う症状がない」と回答したのは、身体的苦痛が 55.4%、疼痛が 71.5%、精神的苦痛が 62.0%であった。一方、「つらい症状にはすみやかに対応してくれた」と回答したのは、75.0%となっていたが、「つらい時にすぐに医療者に相談できる」と回答したのは、身体的苦痛 46.5%、精神的苦痛 32.8%であった。緩和ケアが十分であると回答したのは 43.0%にとどまっており、苦痛に対して十分な対処がなされていない現状が示されている。また、国立がん研究センターがん対策情報センターによる「患者さんが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査」では、がん患者の遺族において、患者が死亡前からからだの苦痛がなく過ごせたと感じていた割合は 42%にとど

まっており、十分に苦痛を緩和することが難しい場合などへの対応が必要とされている。

緩和ケアの推進は、我が国のがん対策において 15 年以上にわたり重点施策とされてきたにも関わらず、未だ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いることに鑑み、従来の緩和ケアに関わる施策に対する評価も含め、抜本的な見直しが必要である。

- 「診断期」においては、「アセスメント」の充実を図り、相談支援センターや入院準備センターなどを通じて、全てのがん患者にスクリーニングを行うこと。
- 「治療期」においては、「モニタリング」の充実を図り、緩和ケアチームについては主治医からの依頼で動くコンサルテーションシステムから、自動的にフォローするマネジメントチームシステムに変えるとともに、薬剤・栄養指導や口腔ケア、心理支援やリハビリなどチーム医療の充実による症状マネジメントを行うこと。
- 「終末期」においては、「質の高い緩和ケアの拡充と生活支援」が必須であり、地域移行時の緩和ケア外来での調整、緩和ケアチームでの電話フォローアップなど後方連携病院や在宅医療への支援体制の拡充、介護保険など生活支援在宅療養サービスの充実をすすめること。
- 介護保険に関しては、遺族調査などを通じて第二号被保険者を含めた利用実態などを明らかにして、その課題解決を政策に反映させること。小児がんの緩和ケアについては、専門医のさらなる育成とガイドラインの策定を進め、支援制度の利用についての周知を図ること。
- 医学部における緩和ケアに関する卒前教育の充実を検討するとともに、緩和ケア研修会については、受講者数をアウトカムとする現状から、患者体験調査に基づく指標や、再発診断後に緩和ケアチームへの到達に至るまでの日数など、適切なアウトカムの設定について検討すること。

2. がん医療に関わる医師や医療スタッフ間の連携の強化

患者体験調査報告書では、診断時に必要な情報である「治療開始前に、担当医からセカンドオピニオンについて話があった人」の割合は 34.9%にとどまっており、「治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人」の割合も 39.5%である。妊孕性の温存についても「温存方法が無い」という説明を含めても、40 歳未満の患者のうち説明を受けた患者は 52.0%にとどまっている。

患者団体でも、医師にセカンドオピニオンを求めたところ、医師に不快感を示されたり、怒鳴られたりする患者からの声を未だに聞くのが実情である。患者体験調査に基づく提言書では、医療者の意識向上につながる周知あるいは教育の機会の提供が提言されている。時間的・人力的な制約があることも含め、がん医療に関わる医師や医療スタッフが対応出来ることには限界があることを踏まえ、がん医療に関わる医師や医療スタッフから他職種やチーム、医療資源の適切な情報提供や連携が必要である。

- セカンドオピニオンについては、医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明し、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意するとともに、オンラインでのセカンドオピニオンが受けられる体制の整備を推進すること。
- がん相談支援センターに関しては、外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族

が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備するとともに、併せて看護師等によるスクリーニングを推進すること。

- ・ 妊孕性の温存に関しては、がん治療の開始前に患者に対して挙児希望の確認を行い、妊孕性温存の対応や費用等の具体的な説明を行うとともに、各地域のがん・生殖医療ネットワークへの紹介と連携の構築を行うこと。
- ・ がん情報サービスの医療者向け情報を e-learning 等の活用により充実させ、医療者への周知あるいは教育のツールとするとともに、医学教育や初期研修において適切な患者支援や医療連携についての教育の機会を設け、コミュニケーション技術研修会（CST）の普及などを進めること。

3. 希少がん対策と難治がん対策の推進

希少がん対策については、がん対策推進基本計画中間評価報告書では、初診から診断までの時間が2週間未満であった希少がん患者の割合は42.1%（2014年度）から38.1%（2018年度）、2週間以上1ヶ月未満であった希少がん患者の割合は28.4%（2014年度）から28.3%（2018年度）となっており、希少がんの診断に至るまでの期間にほとんど変化がみられない。

難治がん対策については、がん診療連携拠点病院等を対象とした院内がん登録全国集計では、例えば膵臓がん全病期の5年相対生存率（2014年診断例）は12.7%となっており、未だ十分な治療成績が得られていない。また、第3期がん対策推進基本計画とその中間評価では、難治がん対策に関する評価指標の設定がされていない。

- ・ 中央機関として国立がん研究センターに設置されている希少がんセンターの機能強化を図るとともに、地域希少がんセンターを地域ブロックごとに整備し、希少がんセンターに関するネットワークを構築すること。
- ・ 希少がんの診療実態に関する調査を行い、希少がんの診療と中央病理診断に関する全国ネットワークの構築を行うとともに、希少がんの診療体制について、国立がん研究センター希少がんセンターを通じて情報提供を行うこと。
- ・ 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）で「革新的がん医療実用化研究事業」の中に設定され、希少がんや難治がん、小児がんなどをターゲットとしている領域（ライフステージやがんの特性に着目した重点研究）について、重点的な予算措置を行うこと。
- ・ 病診連携システムを活用して、中核病院と連携施設が協力して膵臓がんの早期診断を目指す取り組み（広島県尾道市で行われているいわゆる尾道方式）について検討し、膵臓がんをはじめ早期発見により予後改善が期待できるがんの検診について、その全国展開を検討すること。
- ・ 難治がん対策について、第3期がん対策推進基本計画においてはがん研究を推進することでその取組としてきたが、中間評価指標の設定がなかったため、第4期がん対策推進基本計画においては、どのような評価指標を用いることが可能か検討を行い、評価指標を設定すること。

4. ライフステージに応じたがん対策の推進（小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん）

小児がん対策については、小児患者体験調査報告書では、がん治療のために転校、休学、退学をしたがん患者の割合は87.5%で、小学校、中学校は転校が81.1%、59.3%と最多であり、高等学校は休学が61.3%と最多であった。また、院内特別支援学級を利用した小学校、中学校のがん患者の割合は90.7%、77.6%に対して高等学校は19.4%と少なく、利用した就学支援がないと回答した高等学校のがん患者の割合は61.1%にのぼっていることから、特に高等学校における支援が求められている。

AYA世代のがん対策については、患者体験調査報告書ではAYAがん患者に関して、がん診断時に収入のある仕事をしていて人の割合は81.7%と一般がん患者（42.9%）の倍近くであるのに対して、治療費用の負担が原因で治療を変更または断念したことのある人（11.1%）、医療を受けるための金銭的負担が原因で生活影響があった人（53.1%）といずれの割合も高く、経済的にも社会的にも生活基盤が脆弱であるAYAがん患者への支援が求められている。

高齢者のがん対策については、国立がん研究センターがん対策情報センターによる「患者さんが亡くなる前に利用した医療や療養生活に関する実態調査」によれば、死亡時の年齢は80歳以上の割合が50.2%、死亡前1カ月間で日常生活動作に何らの介助が必要だったと回答した割合は78.4%にのぼるにも関わらず、介護保険サービスを利用していたと回答した割合は54.6%にとどまっていることに加え、認知症を併存していたと回答した割合も13.3%となっていた。

なお、「ライフステージ」という言葉のイメージや年齢のみを基準とした対応を行うことで、その狭間に落ちるニーズが生じる可能性がある点を考慮し、シームレスな情報提供と支援、医療の提供を行うことに留意が必要である。

- ・ 小児がん拠点病院等での環境整備として、ICTを活用した高等教育の推進や原籍校との連携を進め、小児がん連携病院においても院内学級の整備を進めるとともに、厚生労働省と文部科学省の共管である公認心理師の配置やピア・サポートの活用を通じて、精神心理的な支援を進めること。
- ・ 小児・AYA世代のがん経験者の長期にわたる健康管理とフォローアップ、晩期合併症に対応する体制を整備するため、がん治療医と家庭医・プライマリケア医との連携体制の構築や、サバイバーシップ・ケアプランの作成と提示を進めるとともに、診療報酬などでの対応を検討すること。
- ・ AYA世代のがん患者は介護保険制度を利用出来ないため、AYA世代のがん患者が在宅療養のために必要な医療・福祉サービスを助成する在宅療養支援助成が自治体で広がっている一方で、助成のない自治体との格差が生じていることから、助成制度を全国に広めるための施策を進めること。
- ・ がん診療連携拠点病院において、AYA世代がん患者の支援に関する研修を受講したAYA世代支援チームを設置するとともに、各地域のAYA世代がん患者会等との連携を図り、AYA世代がん患者によるピア・サポート活動を推進すること。
- ・ 高齢がん患者に対する介護者を含めた患者体験調査や、介護保険利用率の調査の実施など、高齢者におけるがん医療の実情を明らかにするとともに、高齢者総合的機能評価（CGA）の活用と意思決定支援、高齢がん患者の診療や介護に関するガイドラインの策定と活用を進めること。

5. がんゲノム医療の推進

がん対策推進基本計画中間評価報告書では、がんゲノム医療中核拠点病院等の数は、2019年度の167

（中核拠点病院：11、拠点病院：34、連携病院：122）から 2022 年度の 233（中核拠点病院：12、拠点病院：33、連携病院：188）まで増加し、遺伝子パネル検査を受けた患者数は 2019 年度の 927 から 2021 年度の 12,262 まで急速に増加している。

厚生労働省がんゲノム医療推進コンソーシアム運営会議では、2019 年 9 月から 2020 年 8 月までの期間に国内で遺伝子パネル検査を受けたがん患者 7,467 名のうち、エキスパートパネル（専門家会議）で提示された治療薬を投与されたがん患者の割合は 8.1%（607 名）であると報告されており、これは海外における同種のデータと同程度の割合ではあるものの、薬剤到達率の更なる改善が望まれる。また、ゲノム医療の急速な進展に対して、がんゲノム医療中核拠点病院等におけるゲノム医療に関わる専門人材の育成が進められているが、遺伝カウンセラーをはじめ専門人材は未だ不足している。

米国では 2008 年に遺伝情報差別禁止法（GINA 法）が成立しており、雇用分野では事業者による遺伝情報取得の規制、採用・昇進・解雇における遺伝情報に基づく取扱いの禁止、保険分野では遺伝情報に基づく加入制限や保険料等の調整の禁止などが規定されている。英国においても、雇用分野における規定や、保険分野における政府と英国保険業協会（ABI）との協定などが存在するが、日本ではこのような法規制が未だ無い。

- ・ 現在、保険診療で遺伝子パネル検査を実施できるのは「標準治療を終えた患者」「標準治療のないがん種に罹患した患者」に限られているが、標準治療が限られている難治性がんの患者並びに希少がんの患者については、初回治療から遺伝子パネル検査の保険適用について検討すること。
- ・ 文部科学省「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」は、ゲノム医療従事者の養成を重点課題の一つとして実施されてきたが、2022 年度は予算措置がなされていないことから、2023 年度以降の予算措置を引き続き講ずること。
- ・ 国は、個人の遺伝情報やゲノム情報による差別や社会的不利益を防止するため、法規制を早急に行うとともに、関係省庁は、雇用分野や保険分野などにおいて、遺伝情報の取得やその不適切な取扱いによって差別や社会的不利益が生じることがないように、実効性のある対策を検討すること。
- ・ 全ゲノム解析の実行においては、がんの本態解明や創薬等の推進に加え、現在治療を受けているがん患者への還元の方策を検討するとともに、その事業実施組織の運営と研究においては、倫理的・法的・社会的課題（ELSI）への適切な対応と患者・市民参画（PPI）の推進を図ること。

6. 支持療法（サポーティブケア）の推進

がん対策推進基本計画中間評価報告書では、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として、高リスク催吐化学療法時予防的制吐剤処方率（2016 年）は 75.0%、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率（2016 年）は 61.0%、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（2018 年度）は 59.4%と、いずれも 6 割から 7 割程度の実施率にとどまっている。

ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合については、2018 年度が 86.3%、2021 年度が 90.3%と比較的高い割合であるのに対して、リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合については、2018 年度が 49.9%、2021 年度が 56.1%と比較的低い割合にとどまるなど、支持療法によっては診療体制も未だ不十分である。

- 支持療法に関わる標準的診療を実施している医師や医療機関の割合について、引き続き調査を実施して、適正な評価と更なる知見の集積を進めるとともに、支持療法に関するガイドラインの策定を進め、がん関連学会を通じて支持療法に関わる標準的診療が行われるよう指導を行うこと。
- がんの治療中や治療後に、心不全や血栓症などの循環器疾患を発症するがん患者の増加や、循環器疾患を発症するリスクが高い高齢者に対するがん治療の増加などに対応して、がん診療と腫瘍循環器学の連携を推進すること。
- リンパ浮腫の対象となるがん診療を行っているがん診療連携拠点病院等において、リンパ浮腫外来を設置し、他院からの患者も受け入れる体制を構築するとともに、がん関連学会はリンパ浮腫が対象となるがん治療医の専門医制度の教育に、リンパ浮腫について学ぶ過程を導入すること。
- 国立研究開発法人日本医療研究開発機構（AMED）で「革新的がん医療実用化研究事業」の中に設定され、アンメットメディカルニーズに応える支持・緩和医療の開発に関する研究などを行う領域（新たな標準治療を創るための研究）について、重点的な予算措置を行うこと。

7. 薬剤の安定供給、新たなドラッグ・ラグの解消、患者・市民参画（PPI）に基づく臨床試験の推進

近年、海外で生産されているがん治療薬などが、現地工場でのトラブルなどにより供給が止まってしまいう事例が生じており、加えて新型コロナウイルス感染症の拡がりやウクライナでの戦争の影響などにより、薬剤の供給が不安定になるという事例も生じている。治療に用いる医用アイソトープについては全て輸入に頼っているが、医用アイソトープは長期間保管しておくことができず、その供給源も限られているため、海外の製造拠点で問題が発生し、患者が治療を受けられなくなる事例も生じている。

ドラッグ・ラグについては、2000 年代以降に独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の審査人員の増員や、医療上の必要性の高い未承認薬 適応外薬検討会議の開催などの施策が実施されたことにより、解消の方向に向かっていったものの、PMDA が公開している未承認薬データベースをもとに、国立がん研究センター先進医療・費用対効果評価室が行った調査では、米国・欧州で承認され日本未承認であるがん領域の医薬品数について、2010～2014 年に海外承認されて日本未承認である医薬品数が 10 であったのに対し、2015 年～2019 年が 40、2020 年～2021 年が 44 と急速に増えている。この要因は、日本が国際共同治験に参加することが難しくなっていることや、日本以外の東アジア諸国での開発が優先されていることなど、いわゆる「Japan Passing」（日本の地位低下）の影響などが指摘されている。

- 厚生労働省は、薬剤の供給不安の際には医療機関のみならず、患者や家族への適切な情報提供が行われるよう企業に対して指導を行うとともに、薬剤の国内での製造や、ジェネリックを始めとする代替医薬品の確保、国内での法整備など、薬剤の安定供給に向けた必要な施策を検討すること。
- 放射線治療病室の不足の解消など、核医学治療（RI 内用療法）の推進と国内における均てん化に向けた体制整備を進めるとともに、新しい RI 薬剤の国内における複数の製造拠点の確保や法整備、試験研究炉を用いた医用アイソトープの国産化など、安定供給に向け必要な施策を検討すること。
- 厚生労働省は、新たなドラッグ・ラグが生じている現状とその要因の調査を進めるとともに、調査の結果に基づき、日本が国際共同治験に参加出来るための取り組みや、日本での新規治療薬の開発

が促進されることなど、新たなドラッグ・ラグの解消に向けた必要な施策を検討すること。

- 小児医療の新規医薬品の臨床試験はその実施が難しいとされている一方で、海外では成人の新規医薬品の開発・臨床試験と並行して、小児の開発を行うことを義務付ける法制度があることから、厚生労働省は、小児がんにおけるドラッグ・ラグの解消に向けた必要な法制度を検討すること。
- 厚生労働省は、jRCT（Japan Registry of Clinical Trials）など臨床試験に関する情報提供サイトについて、患者の視点に立った情報提供サイトの構築と相談窓口の設置を行うとともに、がん関連学会やがん患者団体と協働して、臨床試験における患者・市民参画（PPI）を推進すること。

8. がん患者の就労を含めた社会的支援の推進

患者体験調査報告書では、「がん治療のため退職・廃業した」がん患者の割合はおよそ 20%であり、退職のタイミングについては、診断から初回治療までの間の「早期離職者」は 56.8%、初回治療開始後の「晩期離職者」は 39.9%となっており、早期離職者が依然多い状況にあるにもかかわらず、「治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった」がん患者の割合は、およそ 40%以下にとどまっている。患者体験調査報告書では、「職場や仕事上の関係者から勤務上の配慮があった人」は 65.0%である一方で、「社内制度の利用」は 36.1%にとどまっており、がん患者が安心して必要な配慮を受けられるような勤務先での制度・風土づくりも未だ課題である。がん対策推進基本計画中間評価報告書では、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支援を充実させていく取組が必要と指摘されている。

第 3 期がん対策推進基本計画では、治療を行いつつ就労を続けるため、アピアランスに関する支援や相談支援制度の充実も課題として挙げられているものの、「外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合」がん患者の割合は、成人では 28.3%、小児では 51.8%となっていた。

- 診断時には、就労支援に関わる医療機関内、医療機関外の相談支援の体制に関して周知を行い、必要とするがん患者が情報や支援を確実に受けられるようにするとともに、就労年齢の高齢化を考慮して、中高年のがん患者にも情報や支援が受けられるように配慮すること。
- 就労支援に積極的に取り組む企業の認証制度を設けるなど、特に中小企業、非正規雇用者に対するインセンティブづくりや格差是正を図るとともに、企業内にピア・サポーターを育成し、がん罹患した社員の身近な相談先の確保と、就労支援における医療機関への橋渡しを行うこと。
- 企業における両立支援の推進にあたっては、両立支援のみを検討するのではなく、職場・職域におけるがん検診の推進から、検診受診後の要精検者の受診勧奨、そしてがんと診断された社員の両立支援までを一連のプロセスとして・パッケージとして、両立支援のあり方を検討すること。
- がん治療の開始前に、医療機関内、医療機関外のアピアランスケアに関する相談支援の体制に関してがん患者に周知を行うとともに、アピアランスケアに関する研修受講を促し、心理支援を含めたアピアランスケアの推進を図ること。

9. ピア・サポートを含む精神心理的な支援とがん患者団体との連携の推進

総務省が2016年9月に公表した「がん対策に関する行政評価・監視」での勧告では、がん患者・経験者等による相談支援（ピア・サポート）について、一部の都道府県ではがんピア・サポート研修が実施されておらず、拠点病院におけるピア・サポーターの受入れも不十分であることから、その是正を求める勧告が行われた。患者体験調査報告書では、ピア・サポートを知っている回答したがん患者の割合は、27,3%（2018年度）であり、その普及と啓発が必要とされている。

わが国におけるがん患者の自殺に付いての報告では、がん診断後の自殺リスクは24倍、かつがん診断後1年以内に多い（Yamauchi T, et al. Psychooncology 2014;23(9):1034-41.）とされ、その実態の把握と対策について研究、ガイドラインづくりなどが進められているが、自殺対策に関する体制構築は未だ不十分である。

- がんピア・サポート研修の策定と改訂、研修会の実施にあたっては、ピア・サポートに知見を有する医療関係者のみならず、十分な経験を有するがん患者団体の参画を求めるとともに、研修会の開催指針の策定などを検討することにより、研修会やピア・サポーターの質の担保を図ること。
- 都道府県は、がん診療連携拠点病院や地域のがん患者団体と連携し、ピア・サポーターの養成研修を開催するとともに、患者団体の実態把握と十分な経験を有するがん患者団体との連携を進め、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用や、がん患者団体に関する情報提供を行うこと。
- がん患者の自殺リスクに対し、がん診療連携拠点病院内で共通したフローによる対応や公認心理師の配置、地域の医療機関との連携体制を構築するとともに、がん患者の精神心理的苦痛や自殺に関する院内研修の実施、自死遺族や自死に遭遇した医療者に対する心のケアについて検討すること。
- がん対策基本法第25条にて、国のがん対策推進協議会に「がん患者及びその家族又は遺族を代表する者」の参画が求められていることに鑑み、都道府県のがん対策推進協議会やがん診療連携協議会の開催にあたっては、都道府県や地域のがん患者団体等、当事者の積極的な参画を求めること。

10. 感染症の流行や災害医療に対応したがん診療体制の構築

新型コロナウイルス感染症の流行と拡大により、医療機関によってはがん診療体制の維持が困難になったケースもある。また、東日本大震災を始めとする大規模災害や、気候変動に伴う災害の増加などに伴い、がん診療体制の維持が困難になったケースもある。

- 感染症の流行や大規模災害等が発生している状況においても、各地域内の医療機関等との連携や、地域を超えた医療機関等との連携により、必要ながん診療を維持するためのBCP（事業継続計画）を医療機関、地域、都道府県や国、がん関連学会で検討すること。
- 感染症の流行や大規模災害等の発生により、医療機関の診療状況に変化が生じた場合には、医療機関は自院の診療体制について速やかに情報公開を行うよう努めるとともに、国や都道府県、がん関連学会は予め検討したBCPに基づき、連携先の施設や代替施設の情報について速やかに情報公開を行うよう努めること。なお、情報公開にあたっては、情報の入手について困難を有するいわゆる情報弱者に対する配慮に努めること。

以上

- 第8次医療計画の策定にあたっては、昨年の医療法改正の附帯決議を踏まえ、PDCAサイクルの実効性の確保のため、ロジックモデル等のツールの活用について、検討が進められている。がんは、医療計画の記載事項の5疾病・6事業の対象に位置づけられており、医療計画とがん対策推進基本計画は整合性をとる必要がある。
- また、都道府県循環器病対策推進計画の策定については、令和2年10月に策定指針を通知しており、その中で、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要であり、ロジックモデルなどのツールの活用も検討する旨を記載している。

「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」（令和3年5月20日 参議院厚生労働委員会）（抄）

十九、都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点から、第八次医療計画における五疾病・六事業については、ロジックモデル等のツールを活用した実効性ある施策の策定など、医療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るPDCAサイクルの実効性の確保に努めること。

「都道府県循環器病対策推進計画の策定にかかる指針」（令和2年10月29日健が発1029第1号厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知別添）（抄）

第3 都道府県計画の策定と見直し

③ 課題解決に向けた施策の立案及び目標の設定

抽出された課題を解決するために、具体的な方法を論理的に検討し、できる限り実効性のある施策を盛り込むとともに、各々の施策と解決すべき課題との連関を示すことが重要である。その際には、ロジックモデルなどのツールの活用も検討する。