

第85回がん対策推進協議会 議事次第

日時：令和4年11月11日(金)14:00～17:00

WEB開催

議事次第

1 開会

2 議題

- (1) がん対策推進基本計画の見直しについて
 - ・がんの一次予防
- (2) 第4期がん対策推進基本計画案について

【資料】

- 資料1-1 「がんの一次予防」分野に係るがん対策推進基本計画の見直しについて
- 資料1-2 「がんの一次予防」分野について事前にいただいたご意見
- 資料2-1 第4期がん対策推進基本計画(案)の考え方について
- 資料2-2 第4期がん対策推進基本計画(案)
- 資料2-3 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
(国立がん研究センターがん対策研究所提供資料)
- 資料2-4 第4期がん対策推進基本計画ロジックモデル(案)
(国立がん研究センターがん対策研究所提供資料)
- 資料2-5 第4期がん対策推進基本計画(案)について事前にいただいたご意見
- 参考資料1 がん対策推進協議会委員名簿
- 参考資料2 がん対策基本法
- 参考資料3 がん対策推進基本計画(平成30年3月)
- 参考資料4 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5 「経済財政運営と改革の基本方針2022」より抜粋
- 参考資料6 次期プランにおける目標(案)

第85回がん対策推進協議会	資料1-1
令和4年11月11日	

「がんの一次予防」分野に係る がん対策推進基本計画の見直しについて

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

生活習慣について

健康日本21（第二次）の概要

健康増進法 第7条 厚生労働大臣は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針を定めるものとする。

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

（平成24年厚生労働省告示第430号）

二十一世紀における第二次国民健康づくり運動：健康日本21（第二次）

健康の増進に関する基本的な方向

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）
- ③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- ④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
- ⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

健康日本21（第二次）の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現

① 健康寿命の延伸・健康格差の縮小

生活の質の向上

社会環境の質の向上

② 生活習慣病の発症予防・重症化予防

③ 社会生活機能の維持・向上
社会参加の機会の増加

④ 健康のための資源（保健・医療・福祉等サービス）へのアクセスの改善と公平性の確保

生活習慣の改善（リスクファクターの低減）

⑤ 社会環境の改善

健康日本21（第二次）に関する具体的な取組

健康日本21（第二次）最終評価 53項目の評価のまとめ

策定時のベースライン値と直近の実績値を比較	項目数 (再掲除く)
A 目標値に達した	8 (15.1%)
B 現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある	20 (37.7%)
C 変わらない	14 (26.4%)
D 悪化している	4 (7.5%)
E 評価困難	7 (13.2%)
合計	53 (100.0%)

評価	＜基本的な方向※＞					全体
	1	2	3	4	5	
A	1 <50.0%> (1.9%)	3 <25.0%> (5.7%)	3 <25.0%> (5.7%)		1 <4.5%> (1.9%)	8 (15.1%)
B		3 <25.0%> (5.7%)	4 <33.4%> (7.5%)	2 <40.0%> (3.8%)	11 <50.0%> (20.8%)	20 (37.7%)
C	1 <50.0%> (1.9%)	4 <33.3%> (7.5%)	3 <25.0%> (5.6%)	1 <20.0%> (1.9%)	5 <22.7%> (9.4%)	14 (26.4%)
D		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)		2 <9.1%> (3.8%)	4 (7.5%)
E		1 <8.3%> (1.9%)	1 <8.3%> (1.9%)	2 <40.0%> (3.8%)	3 <13.6%> (5.7%)	7 (13.2%)
合計	2 <100%> (3.8%)	12 <100%> (22.6%)	12 <100%> (22.6%)	5 <100%> (9.4%)	22 <100%> (41.5%)	53

目標値に達した項目 (A)

- 健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）
- 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少
（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）
- 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加
- 認知症サポーター数の増加
- 低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制
- 共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）

悪化している項目 (D)

- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- 適正体重の子どもが増加
- 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少
- 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

（※）基本的な方向

- 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（NCD（非感染性疾患）の予防）
- 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上
- 健康を支え、守るための社会環境の整備
- 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善及び社会環境の改善

最終評価における目標達成状況の概要①

項目	評価
1. 健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標	
①健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	A
②健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	C
2. 主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標	
（1）がん	
①75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
②がん検診の受診率の向上	B
（2）循環器疾患	
①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	A
②高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	B*
③脂質異常症の減少	C
④メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	D
⑤特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	B*
（3）糖尿病	
①合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	C
②治療継続者の割合の増加	C
③血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少（HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少）	A
④糖尿病有病者の増加の抑制	E※（参考B*）
⑤メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	D
⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	B*
（4）COPD	
①COPDの認知度の向上	C

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要②

項目	評価
3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標	
（1）こころの健康	
①自殺者の減少（人口10万人当たり）	B
②気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	C
③メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	B*
④小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	A
（2）次世代の健康	
①健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加	C
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	
イ 運動やスポーツを習慣的に行っていない子どもの割合の減少	
②適正体重の子どもの増加	D
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	
（3）高齢者の健康	
①介護保険サービス利用者の増加の抑制	B*
②認知症サポーター数の増加	A
③ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	C
④低栄養傾向（BMI 20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	A
⑤足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	B*
⑥高齢者の社会参加の促進（就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	E※（参考B）

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要③

項目	評価
4. 健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標	
①地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	C
②健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	E※
③健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業等登録数の増加	B
④健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	E（参考B）
⑤健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	B
5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
（1）栄養・食生活	
①適正体重を維持している者の増加（肥満（BMI 25以上）、やせ（BMI 18.5未満）の減少）	C
②適切な量と質の食事をとる者の増加	C
ア 主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が1日2回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	
イ 食塩摂取量の減少	
ウ 野菜と果物の摂取量の増加	A
③共食の増加（食事を1人で食べる子どもの割合の減少）	
④食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	
⑤利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	B*
（2）身体活動・運動	
①日常生活における歩数の増加	C
②運動習慣者の割合の増加	C
③住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	B*
（3）休養	
①睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	D
②週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	B*

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

最終評価における目標達成状況の概要④

項目	評価
5. 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標	
(4) 飲酒	
①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	D
②未成年者の飲酒をなくす	B
③妊娠中の飲酒をなくす	B
(5) 喫煙	
①成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	B*
②未成年者の喫煙をなくす	B
③妊娠中の喫煙をなくす	B*
④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	B*
(6) 歯・口腔の健康	
①口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼良好者の割合の増加）	C
②歯の喪失防止	E※（参考B）
ア 80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
イ 60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	
ウ 40歳で喪失歯のない者の割合の増加	E※
③歯周病を有する者の割合の減少	
ア 20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	
イ 40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	B
ウ 60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	
④乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加	
ア 3歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	B
イ 12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	
⑤過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	E※

※は、新型コロナウイルス感染症の影響でデータソースとなる調査が中止となった項目

次期プランのビジョン（案）

これまでの成果

- 基本的な**法制度**の整備・**枠組み**の構築
- 自治体のみならず、保険者・企業など**多様な主体**が健康づくりの取組を実施
- データヘルス・ICT利活用、社会環境整備、ナッジ・インセンティブなど**新しい要素**も

課題

- 一部の**指標が悪化**
- 全体としては改善していても、一部の**性・年齢階級**では悪化している指標がある
- データの**見える化・活用**が不十分
- **PDCAサイクル**の推進が不十分

予想される社会変化

- 総人口減少、高齢化の進展、独居世帯の増加
- 女性の社会進出、労働移動の円滑化、多様な働き方の広まりによる社会の多様化
- あらゆる分野でデジタルトランスフォーメーションが加速
- 次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式への対応

ビジョン

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現

➡ ① **誰一人取り残さない健康づくりを展開する（Inclusion）**

② **より実効性をもつ取組を推進する（Implementation）**

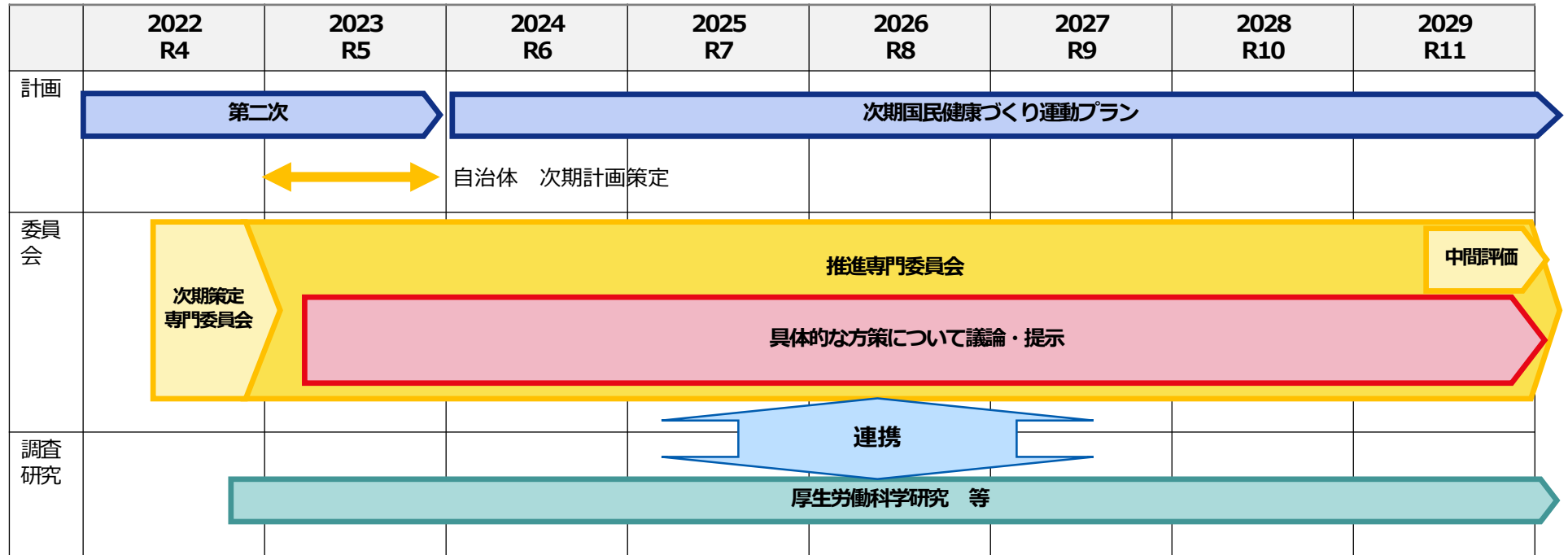
- 多様化する社会において、個人の特性をより重視した最適な支援・アプローチの実施
- 様々な担い手（プレーヤー）の有機的な連携や、社会環境の整備により、個人を支える
- テクノロジーも活用したPDCAサイクル推進の強化

次期プランの推進について（案）

- 次期プランにおいて「より実効性のある取組」を進めるためには、目標達成のための具体的な方策を、取組を実践する自治体等の関係者や国民に示していく必要がある。
- このため、本委員会において次期プランを策定したのち、地域保健健康増進栄養部会において、別途専門委員会（推進専門委員会）を立ち上げ、当該委員会において、具体的な方策を議論・提示することとしてはどうか。

※本委員会では、次期プランの方向性及び目標項目を中心に議論を行い、それに基づく具体的な方策については、来年度以降の専門委員会で議論・提示。

- 具体的な方策については、科学的なエビデンス等に基づき、作成・更新を継続的に行い、コンテンツを充実させていくこととしてはどうか。また、自治体・保険者など様々な主体が関係することを念頭に作成・更新することとしてはどうか。

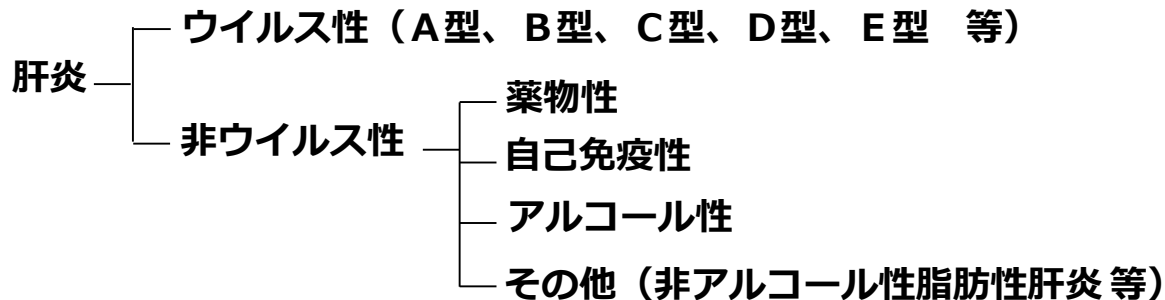


感染症対策について

肝炎について

○肝炎：肝臓の細胞が破壊されている状態

病因別の分類



臨床経過による分類

- ①急性肝炎；
 - ・ A、B、E 型肝炎ウイルスによるものが多い
 - ・ 急激に肝細胞が障害される
 - ・ 自然経過で治癒する例が多い
- ②慢性肝炎（少なくとも6ヶ月以上炎症が持続）
 - ・ B型、C型肝炎ウイルスによるものが多い
 - ・ 長期間にわたり肝障害が持続
 - ・ 肝硬変や肝がんに行進する

・ B型肝炎、C型肝炎

- ・ 持続感染者（2015年） 約200～250万人（推計）※1
（B型：約110～120万人、C型：約90～130万人）（推計）※1

⇒ 国内最大級の感染症

- ・ 感染を放置すると肝硬変や肝がんに行進する

※1 令和元年度 厚生労働科学研究費補助金 肝炎等克服政策研究事業 田中班報告書より。

・ 非アルコール性脂肪性肝炎（NASH※2）

- ・ ウイルスやアルコール等以外による脂肪肝を伴う肝炎
- ・ 肥満、糖尿病、脂質異常症、高血圧患者に多いとされる

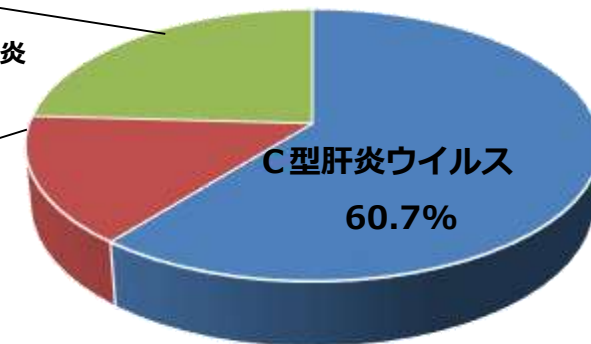
※2 NASH：nonalcoholic steatohepatitis

肝がんの原因内訳

その他 24.1%
・ アルコール性
・ 非アルコール性脂肪性肝炎（NASH） 等

B型肝炎ウイルス
15.2%

出典：第20回全国原発性肝癌追跡調査報告
(2008-2009年)



約75% B型・C型肝炎ウイルスが原因

肝炎総合対策は、B型肝炎及びC型肝炎に係る対策を中心に行っている

肝炎対策基本法（平成21年法律第97号）

目的（第1条）

- ・肝炎対策に関する基本理念を定める（第2条）
- ・国、地方公共団体、医療保険者、国民及び医師等の責務を明らかにする（第3条～第7条）
- ・肝炎対策の推進に関する指針の策定を定める（第9条～第10条）
- ・肝炎対策の基本となる事項を定める（第11条～第18条）

基本的施策（第11条～第18条）

予防・早期発見の推進

（第11条～第12条）

- ・肝炎の予防の推進
- ・肝炎検査の質の向上 等

研究の推進（第18条）

肝炎医療の均てん化の促進（第13条～第17条）

- ・医師その他の医療従事者の育成
- ・医療機関の整備
- ・肝炎患者の療養に係る経済的支援
- ・肝炎医療を受ける機会の確保
- ・肝炎医療に関する情報の収集提供体制の整備 等

実施に当たり
肝炎患者の
人権尊重・
差別解消
に配慮
（第2条第4号）

肝炎対策基本指針策定（第9条～第10条）

肝炎対策推進協議会

- ・肝炎患者等を代表する者
- ・肝炎医療に従事する者
- ・学識経験のある者

関係行政機関

設置
⇄
意見

資料提出等、
要請
⇄
協議

厚生労働大臣

策定

肝炎対策基本指針

平成23年5月16日策定
平成28年6月30日改正
令和4年3月7日改正

●公表

●少なくとも5年ごとに検討、必要に応じ変更

9つの項目に関して取り組む内容を規定

- ・基本的な方向 ・肝炎予防 ・肝炎検査 ・肝炎医療体制
- ・人材育成 ・調査研究 ・医薬品研究 ・啓発人権
- ・その他重要事項

肝炎の進行と対策のイメージ

感染

10~40年

無症候

慢性肝炎

肝硬変

肝がん



肝炎ウイルス検査 (保健所や委託医療機関で実施。原則無料)

検査結果が陽性の場合

重症化予防対策

初回精密検査 (無料。職域、妊婦健診、手術前の肝炎ウイルス検査で陽性の場合も含む)

経過観察を要する場合

定期検査 (年2回、所得等に応じ、無料、2000円/回又は3000円/回)

肝炎医療費助成

インターフェロン治療

B型

C型

核酸アナログ製剤治療

B型

(肝がんについては、慢性肝炎、肝硬変の段階から助成を受けている者)

インターフェロンフリー治療

C型

(非代償性肝硬変も含む)

所得に応じ、自己負担
1万円/月又は2万円/月

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

(年収約370万円以下、高額療養費3ヶ月目以降、自己負担1万円)

入院治療

肝がんの通院治療

(分子標的薬を用いた化学療法に限る)

障害認定(肝硬変) / 自立支援医療(移植のみ)
障害年金 (肝硬変)

B型肝炎
特措法

無症候性キャリア
600万円 (50万円)

慢性肝炎
1,250万円
(300万円/150万円)

肝硬変(軽症)
2,500万円
(600万円/300万円)

肝硬変(重度)・肝がん
3,600万円 (900万円)

C型肝炎
特措法

無症候性キャリア
1200万円

慢性肝炎
2,000万円

肝硬変・肝がん
4,000万円

HTLV-1総合対策の骨子

推進体制

国、地方公共団体、医療機関、患者団体等の密接な連携を図り、HTLV-1対策を強力に推進

●厚生労働省：

・HTLV-1対策推進協議会の設置

患者、専門家等が参画し、協議会での議論を踏まえて、総合対策を推進

・省内連携体制の確立と、窓口担当者の明確化

●都道府県： HTLV-1母子感染対策協議会

●研究班： HTLV-1・ATL・HAMに関連する研究班の総括的な班会議

研究班の連携強化、研究の戦略的推進

重点施策

1 感染予防対策

- 全国的な妊婦のHTLV-1抗体検査と、保健指導の実施体制の整備
- 保健所におけるHTLV-1抗体検査と、相談指導の実施体制の整備

2 相談支援(カウンセリング)

- HTLV-1キャリアやATL・HAM患者に対する相談体制の整備
 - ・相談従事者への研修の実施やマニュアル等の配布
- ※相談体制の構築や手引きの作成等において、患者団体等の協力も得ながら実施*

3 医療体制の整備

- 検査精度の向上や発症リスクの解明に向け、標準的なHTLV-1ウイルスのPCR検査方法等の研究の推進
- ATL治療に係る医療連携体制等の整備、地域の中核的医療機関を中心としたHAMの診療体制に関する情報提供
- ATL及びHAMの治療法の開発・研究の推進、診療ガイドラインの策定・普及

4 普及啓発・情報提供

- 厚労省のホームページの充実等、国民への正しい知識の普及
- 母子感染予防のため、ポスター、母子健康手帳に挟むリーフレット等を配布
- 医療従事者や相談担当者に対して、研修等を通じて正しい知識を普及

5 研究開発の推進

- 実態把握、病態解明、診断・治療等の研究を総合的・戦略的に推進
- HTLV-1関連疾患研究領域を設け、研究費を大幅に拡充

子宮頸がんに対してできること ～HPVワクチンと子宮頸がん検診～

HPVワクチンと子宮頸がん検診

子宮頸がんを苦しめないために、私たちができることは、
HPVワクチンの接種と子宮頸がん検診の受診の2つです。

ポイント

1

HPVワクチンで
HPVの感染を予防

+

ポイント

2

子宮頸がん検診で
がんを早く見つけて
治療

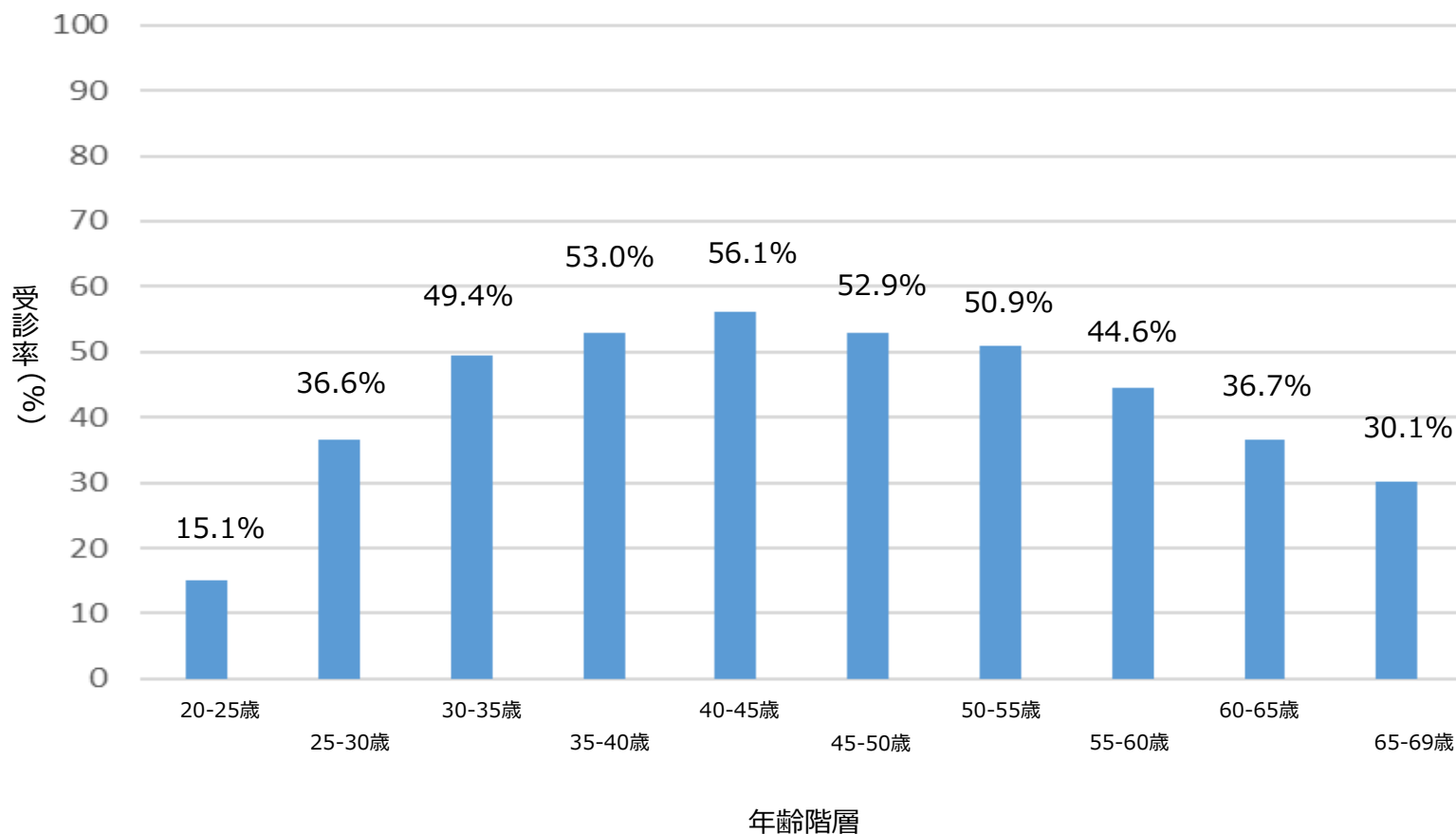
なるほど!



年齢（5歳階級）別 子宮頸がん検診受診率

○ 他の年齢層と比べ、特に20～25歳の子宮頸がん検診受診率は低い。

子宮頸がん検診受診率 43.7%（20～69歳）



※2019年国民生活基礎調査

(参考) 子宮頸がん検診リーフレット

子宮頸がんについて

- ☑ わが国では女性のがんの中で罹患する人が多く、特に30〜40歳代の女性で近年増加傾向にあるがんです。
- ☑ 検診を受けることで、がんになるリスクや死亡リスクが減少します。
- ☑ 検診は2年に1度定期的に受けてください。ただし、月経(生理)以外に出血がある、腫瘍したのに出血がある、月経が不規則などの症状がある場合は次の検診を待たずに医療機関を受診してください。
- ☑ 検診で「異常検出」となった場合は、その後必ず精密検査を受けてください。
- ☑ 精密検査はコルポスコプ下の細胞診・顕微鏡下HPV検査などを組み合わせて行います。
- ☑ 検診では、がんでないのに「異常検出」と判定される場合や、がんがあるのに見つからない場合もあります。
- ☑ 検診は自治体と、各医療機関が連携して行っています。精密検査の結果は関係機関で共有されます。

これから受ける検査のこと
子宮頸がん検診

「子宮頸がん」「がん検診」などのがんの検診について詳しく知りたい方に、国立がん研究センターのがん検診サービスは、わかりやすく確かな情報を公開しています。

詳しくはこちら
がん検診サービス ganjoho.jp

子宮頸がん検診を受ける前に...

子宮頸がんは罹患する人(かかる人)がわが国の女性のがんの中で比較的多く、また30-40歳代の女性で近年増加傾向にあります。自治体で実施している子宮頸がん検診(子宮頸部の細胞診)は「死亡率、罹患率を減少させることが科学的に証明された」有効な検診です。早期発見、治療で大切な命を守るために、20歳以上の女性は2年に1度定期的に検診を受診し、「異常検出」という結果を受けた場合は必ず精密検査を受けるようにしてください。

すべての検診には「デメリット」があります。がんは発生してから一定の大きさになるまでは発見できません。検査で見逃す可能性もありませんので、すべてのがんががん検診で見つかるわけではありません。また、がんでなくても「異常検出」と判定されることもあります。子宮頸がんは数か所病変も検診で見つけられるのですが、この中には放置しても治癒してしまうものも多いために、結果的に不必要な精密検査や治療を受けなければならない場合もあります。さらに、検査によって出血などが起こることがあります。

しかし、子宮頸がん検診はこれらの低い確率で起こるデメリットよりも、がんで亡くなることを防ぐメリットが大きいことが証明されているため、必ず定期的に受診してください。



【子宮頸がん検診】
対象者：20歳以上
受診間隔：2年に1回
検査項目：問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診

発行：国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援部検診実施管理支援室

協力：厚生労働行政推進調査事業費補助金「検診効果の最大化に資する職域を加えた新たながん検診精度管理手法に関する研究」班

https://ganjoho.jp/public/qa_links/brochure/leaflet/screening.html

HPVワクチンの接種状況の推移①

HPVワクチン定期接種被接種者数・実施率※の推移

地域保健・健康増進事業報告「定期の予防接種被接種者数」より

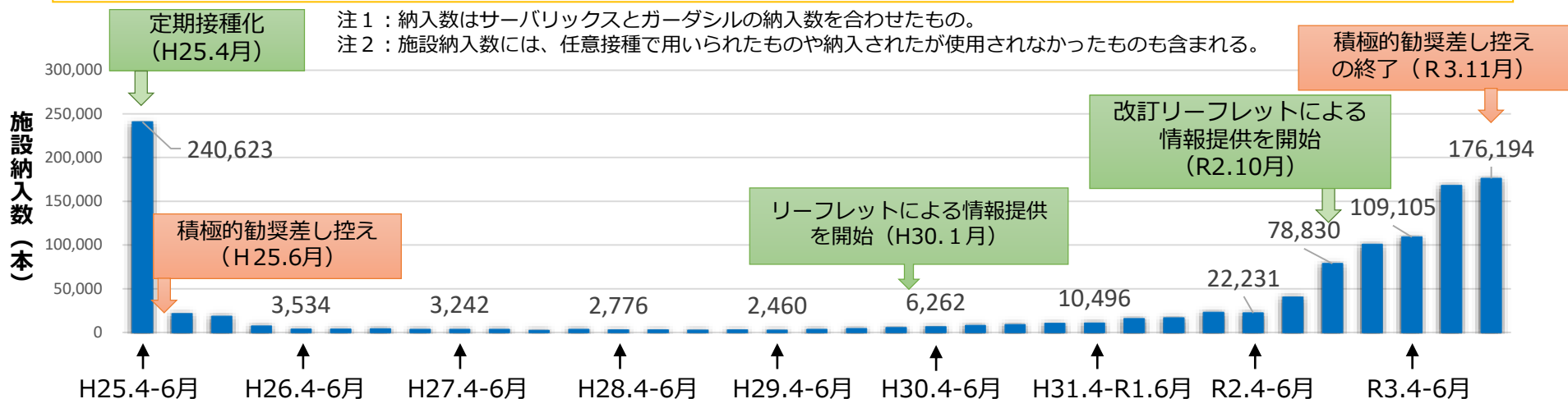
年度		H25	H26	H27	H28	H29	H30	R 1	R 2
1回目	接種者数	98,656	3,895	2,711	1,834	3,347	6,810	17,297	83,735
	実施率※ (%)	17.2%	0.7%	0.5%	0.3%	0.6%	1.3%	3.3%	15.9%
2回目	接種者数	66,568	4,172	2,669	1,805	2,666	5,746	13,571	61,266
	実施率※ (%)	11.6%	0.7%	0.5%	0.3%	0.5%	1.1%	2.6%	11.6%
3回目	接種者数	87,233	6,238	2,805	1,782	1,847	4,184	9,701	37,556
	実施率※ (%)	15.2%	1.1%	0.5%	0.3%	0.3%	0.8%	1.9%	7.1%

※「実施率」

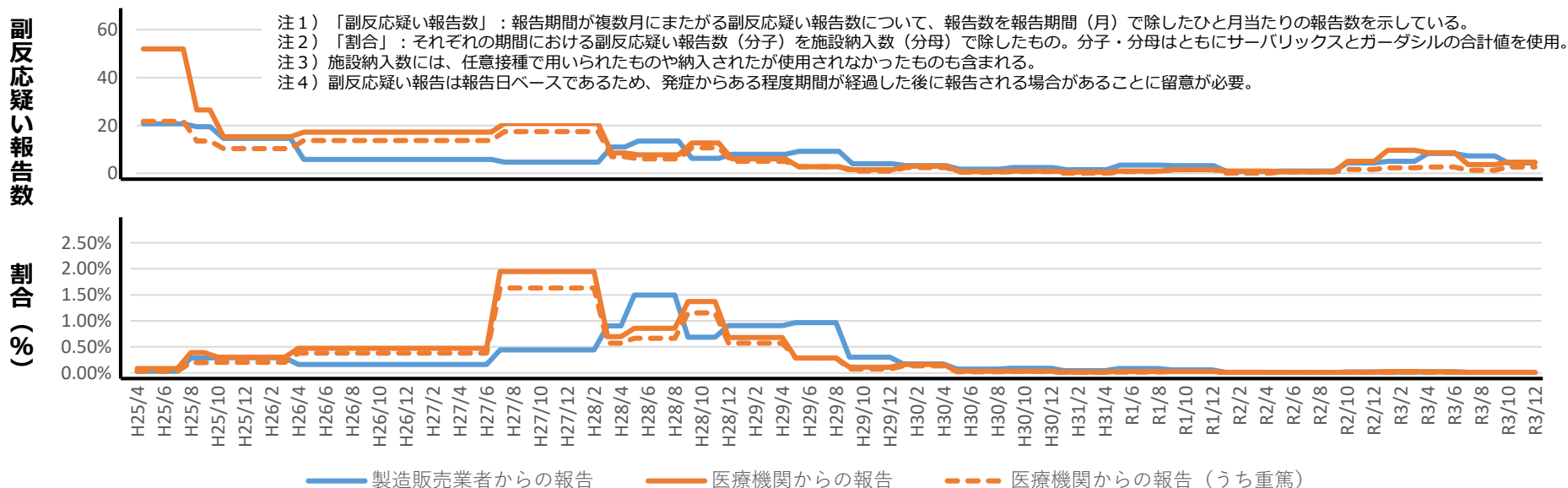
接種者数（地域保健・健康増進事業報告の「定期の予防接種被接種者数」より計上）を、対象人口（標準的な接種年齢期間の総人口を総務省統計局推計人口《各年10月1日現在》から求め、これを12ヶ月相当人口に推計したもの）で除して算出したもの。

HPVワクチンの接種状況の推移②

定期接種化（平成25年4月）から令和3年12月までの医療施設へのワクチン納入数の推移



定期接種化（平成25年4月）から令和3年12月までの副反応疑い報告の推移



(注) 製造販売業者からの報告には、医療機関から報告された症例と重複している症例が含まれている可能性があり、重複症例は、医療機関報告として計上している。

HPVワクチンのキャッチアップ接種の対象者、期間、周知・勧奨の取扱いについて

令和3年12月23日第28回厚生科学審議会
予防接種・ワクチン分科会資料4より改訂

対象者	H9年度生まれ～H17年度生まれの 9学年
期間	3年間（令和4年4月～令和7年3月）
周知・勧奨	対象者が接種について検討・判断できるよう、 ワクチンの有効性・安全性について丁寧な情報提供を実施。情報提供資料等を個別送付するなど対象者への確実な周知に努める。



	H9生	H10生	H11生	H12生	H13生	H14生	H15生	H16生	H17生	H18生	H19生	H20生	H21生
推定接種率※	78.8%	78.7%	68.9%	14.3%	1.6%	0.4%	0.2%	0.1%	0.0%	0.0%			
H22	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳	3歳	2歳	1歳
H23	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳	3歳	2歳
H24	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳	3歳
H25	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳	4歳
H26	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳	5歳
H27	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳	6歳
H28	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳	7歳
H29	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳	8歳
H30	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳	9歳
R1	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳	10歳
R2	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳	11歳
R3	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳	12歳
R4	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳	13歳
R5	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳	14歳
R6	27歳	26歳	25歳	24歳	23歳	22歳	21歳	20歳	19歳	18歳	17歳	16歳	15歳

緊急促進事業

積極的勧奨差し控え
定期接種

キャッチアップ接種

期間 ⇒ 3年間

○歳 緊急促進事業の接種対象者。
12歳は例外として対象とされた場合

○歳 定期接種の接種対象者。
13歳は標準的接種期間にある者

※ 年齢については、各年度生まれの者が当該年度内に達する年齢を記載。(例:13歳→中1)

※接種機会の確保の観点から、キャッチアップ接種の期間中に定期接種の対象から新たに外れる世代についても、順次キャッチアップ接種の対象者とする

9 価HPVワクチンの定期接種化について

- 平成22年11月 子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進事業開始。
- 平成25年4月 2 価・4 価HPVワクチンの定期接種開始。
- 令和2年7月 9 価HPVワクチンの製造販売が承認。
- 令和2年8月 第16回ワクチン評価に関する小委員会において、下記の方針が了承。
・9 価HPVワクチンを定期接種で使用するものの是非に関する検討。
・国立感染症研究所への9 価HPVワクチンに関するファクトシートの作成依頼。
- 令和3年1月 国立感染症研究所より、「9 価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン ファクトシート」が提出。
- 令和3年4月 第17回ワクチン評価に関する小委員会において、下記について議論。
・9 価HPVワクチンの概要（MSD株式会社）
・9 価ヒトパピローマウイルス（HPV）ワクチン ファクトシートについて（多屋委員、池田委員）
・9 価HPVワクチンの定期接種化に向けて検討を要する論点の整理。
- 令和4年3月 第18回ワクチン評価に関する小委員会において、ファクトシートに基づいて議論が行われ、定期接種として用いることになった場合に検討を要する論点について、引き続き議論していくこととなった。
- 令和4年8月 第19回ワクチン評価に関する小委員会において、対象者の年齢、接種回数、ワクチンの種類の切り替えについて議論され、9 価定期接種化は技術的な問題はないと結論付けられた。
- 令和4年10月 基本方針部会において、9 価の定期接種化に向けて具体的な議論が行われた。

9価HPVワクチンの定期接種化に関する基本方針部会の議論のまとめ

第50回 厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会 予防接種基本方針部会（令和4年11月8日）

（1）9価HPVワクチンの定期接種開始時期について

- 令和5年度から9価HPVワクチンの安定的な供給が可能であることから、令和5年4月から定期接種を開始する。

（2）接種方法・標準的な接種期間について

- 9価HPVワクチンの添付文書における用法・用量、用法・用量に関連する接種上の注意（接種間隔）の記載が4価HPVワクチンと同様であることから、（予防接種実施規則において、）4価HPVワクチンと同様の取扱いとする。

（3）2価または4価HPVワクチンとの交互相種について

- 同じ種類のHPVワクチンで接種を完了することを原則とするが、交互相種における安全性と免疫原性が一定程度明らかになっていることや海外での交互相種に関する取扱いを踏まえ、すでに2価あるいは4価HPVワクチンを用いて定期接種の一部を終了した者が残りの接種を行う場合には、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上で、9価HPVワクチンを選択しても差し支えないこととする。

（4）キャッチアップ接種における取扱いについて

- 同じ種類のHPVワクチンで接種を完了することを原則とするが、すでに2価あるいは4価HPVワクチンを用いてキャッチアップ接種の一部を終了した者が残りの接種を行う場合には、適切な情報提供に基づき、医師と被接種者等がよく相談した上で、9価HPVワクチンを選択しても差し支えないこととする。

（5）2回接種について

- MSD社によると、製造販売承認に向けて申請中である。承認が下りた際は、基本方針部会において速やかに定期接種への導入に向けた議論を行う予定である。

第3期中間評価・ 見直しの論点について

「がんの一次予防」に関する第3期基本計画中間評価について① (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(生活習慣に関する中間評価指標)

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

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

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

		2019年度	2018年度	2017年度	
1014	禁煙希望者の割合	26.1%	32.4%	28.9%	
1015	望まない受動喫煙の機会を有する者の割合	飲食店	29.6%	36.9%	42.4%
		行政機関	4.1%	7.0%	8.1%
		医療機関	2.9%	5.4%	7.4%
		職場	26.1%	28.0%	30.1%
1016	ハイリスク飲酒者の割合	男性	14.9%	15.0%	14.7%
		女性	9.1%	8.7%	8.6%
1017	運動習慣のある者の割合	20~64歳 男性	23.5%	21.6%	26.3%
		20~64歳 女性	16.9%	16.6%	20.0%
		65歳以上 男性	41.9%	42.9%	46.2%
		65歳以上 女性	33.9%	36.5%	39.0%
1018	適正体重を維持している者の割合	肥満者 20~60歳代男性	35.1%	33.6%	32.8%
		肥満者 40~60歳代女性	22.5%	22.0%	22.2%
		やせ 20歳代女性	20.7%	19.8%	21.7%
1019	食塩摂取量	10.1g	10.1g	9.9g	
1020	野菜の摂取量	280.5g	281.4g	288.2g	
1021	果物の摂取不足の者の割合	61.6%	60.5%	58.6%	

「がんの一次予防」に関する第3期基本計画中間評価について② (第3期がん対策推進基本計画中間評価報告書より抜粋)

(感染症対策に関する中間評価指標)

参1	B型・C型肝炎ウイルス感染率	HBs抗原陽性	2012-2016年初回供血者		2007-2011年初回供血者	
		HCV抗体陽性	0.18%	0.20%	0.13%	0.16%
参2	B型・C型肝炎ウイルス検査受検率	HBV認識受検	2020年	2017年	2011年	
		HBV受検率	17.1%	20.1%	17.6%	
		HCV認識受検	71.1%	71.0%	57.4%	
		HCV受検率	15.4%	18.7%	17.6%	
参3	B型肝炎定期予防接種実施数	第1回	2019年	2018年	2017年	
		第2回	870,662 (97.4%)	889,585 (94.4%)	944,509 (98.1%)	
		第3回	872,752 (97.6%)	891,987 (94.7%)	938,825 (97.5%)	
			854,998 (95.6%)	869,588 (92.3%)	960,948 (99.8%)	
参4	ヒトT細胞白血病ウイルス1型感染率	2014-2015年 0.12%		2006-2007年 0.32%		

(がん対策推進協議会としてさらに推進が必要と考える事項)

たばこ対策については、2022年度までに成人喫煙率を12%とすることを目標としていたが、中間評価の時点で目標を達成できておらず、より一層のたばこ対策を推進していく必要がある。また、ハイリスク飲酒や運動習慣についても、目標値に対して進捗状況が不十分であるため、引き続きの取組が求められる。食塩摂取量については、2009年から2019年までの10年間でみると男性は減少し、女性は2015年までは減少していたものの同年以降は変化が見られないため、引き続き取組を推進していく必要がある。野菜や果物の摂取量については、更なる改善が必要であり、引き続きの取組が求められる。生活習慣改善に向けた普及啓発については、がん診療連携拠点病院等を中心に、特にがん経験者に対して、一層取り組む必要がある。

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

「がんの一次予防」分野の見直しの検討の視点

■ 第3期中間評価及びこれまでの議論を踏まえ、以下の主な論点について、どのように考えるか。

- がんの一次予防については、がんの年齢調整罹患率を引き続き低下させるため、第3期計画における取組を継続することとしてはどうか。また、その取組内容については「健康日本21」の見直し内容も踏まえることとしてはどうか。
- 2022年4月より個別の接種勧奨が実施されているHPVワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を確認し、必要に応じて子宮頸がん検診の指針を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進してはどうか。
- 評価については、「健康日本21」の指標や第3期計画で用いた指標等を引き続き活用することとしてはどうか。

第85回がん対策推進協議会

資料1-2

令和4年11月11日

「がんの一次予防」分野について 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

資料 1 - 2 「がんの一次予防」分野について事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
阿久津 友紀	成人喫煙率はほぼ横ばいで改善のない中、他者に迷惑をかける受動喫煙の表記を強調してほしいし、本文に科学的根拠を入れた強いものを希望する。一方、がん教育の際にも投げかけたが、すべてが生活習慣病ベースの表現が一次予防の大枠を占めているのに違和感がある。この一次予防に遺伝性・家族性の話はそぐわないのか。このあと6年を考えると遺伝性の社会的な思い込みを含めて、研究、知識の啓発などは取り組むべき課題ではないか。また、感染症からがんにつながるという知識がない人も多く、特に子宮頸がんは顕著。特に重点的に海外の事例などを含めた丁寧な啓発と理解、そして、偏見の払しょくを含めた日本の現状に合わせた対策が必要と考える。他法律の下元行われている方針との整合性・複合利用は進めるべきで、健康日本21との指標合わせに同意。
石岡 千加史	がんの1次予防で効果が確実で大きい物として喫煙対策がある。目標を従来よりも高く設定する必要がある。健康日本21の喫煙者割合の目標よりも低く設定するのが妥当である。なぜなら、がんの場合、喫煙が疾病に及ぼす影響（特に罹患リスク）は健康日本21が対象としている疾患全体へ及ぼす影響よりも深刻であるからである。中間評価の際に発言したように、がん対策推進基本計画はがん対策基本法に基づいて計画されるべきで有り、健康日本21の目標と併せることには賛成できない（合理性に欠ける）。
黒瀬 巖	健康日本21などの他の計画との整合性を取ることは重要であり、提案に賛成。科学的根拠に基づく子宮頸がん対策の推進にも賛成。
谷口 栄作	○肝炎・肝がん対策についても記載が必要であり、その取組のひとつとして、マイナンバーの活用など、肝炎検査の受検者数を正確に把握し、その人にピンポイントで受診勧奨できるような仕組みについて検討してはどうか。
土岐 祐一郎	○がん種により生活習慣の発がんに対するリスクは異なる。生活習慣の改善を一括して一次予防の目標にすることで良いのか？がん種別の精度の高い情報発信が求められる。 ○HBOCなど、感染症以外に医療としての予防が今後増えてくるのではないのか？どこに位置付けるのか？
中釜 斉	○ゲノム医療の推進により、次期の基本計画においては、ゲノム情報に基づいた個別化予防の実装も重要なテーマとなると考えるが、その点についても触れておいてはどうか。
樋口 麻衣子	子宮頸がん対策について ○男女間で感染を繰り返すため男性に対するHPVワクチン接種の公的助成についても検討頂きたい ○子宮頸がんの検診に細胞診とあわせてHPV検診を組み入れることでその後の経過観察の頻度を適切に設定し、発症を予防する体制を整えていただきたい
前田 留里	○望まない受動喫煙の機会を有する者の割合では飲食店や職場がまだ高く、分煙などたばこ対策のより一層の推進が必要ですので、目標を設定し具体的な改善施策をお願いしたい。
松田 一夫	がんの一次予防としては引き続きたばこ対策に努める必要があり、加えてハイリスク飲酒、運動習慣改善に対して更なる取り組みが重要である。これまでに肝炎検査を受けたことがある国民の割合、また陽性が判明した人のうちどの程度が治療や経過観察につながっているか示して欲しい。令和4年4月から接種勧奨が再開されたHPVワクチンに関しては、接種率とともに年齢調整子宮頸がん死亡率の諸外国との比較が必要である。

第85回がん対策推進協議会	資料2-1
令和4年11月11日	

第4期がん対策推進基本計画（案）の考え方 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

各分野に記載すべき事項の考え方について（案）

- これまでの議論を踏まえ、以下のような考え方に基づき各分野に記載すべき事項を整理してはどうか。

「がん予防」分野

- がんの一次予防、二次予防（がん検診）に係る事項について引き続き記載する。

「がん医療」分野

- がん医療提供体制や、がんに対する治療に係る事項について引き続き記載する。
- また、治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法等）について引き続き記載することとし、同様の観点から、新たに緩和ケアの提供についても記載する。
- 希少がん・難治性がんや、世代に応じたがん医療について引き続き記載する。

「がんとの共生」分野

- 「緩和ケア」は治療と併せて提供されるものであるが、身体的苦痛だけでなく、社会的苦痛・精神的苦痛等といった全人的な苦痛に対し、医療者を含めた多職種で、さらには地域で連携して提供するものであるため、引き続き当該分野にも記載する。
- 就労を含めた社会的問題、サバイバーシップ支援、ライフステージに応じた対策について引き続き記載する。

「これらを支える基盤」分野

- 分野横断的な事項について記載する。
- 「患者・市民参画の推進」及び「デジタル化の推進」を新設する。また、「がん登録」については、がん検診の精度管理等、医療分野以外における利活用を推進する観点から当該分野に記載する。 2

ロジックモデルの活用及び評価指標の設定について（案）

- 第3期基本計画中間評価において指摘された以下の課題を克服するため、第4期基本計画ではロジックモデルを活用し、計画本文と評価指標を併せて議論・策定することとしてはどうか。

（第3期基本計画中間評価報告書より抜粋）

- 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。
 - 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。
- 取り組むべき施策の評価指標に関しては、国だけでなく都道府県がん対策推進計画においても活用できるよう、公表されている統計データや調査結果等を活用することを基本とすることとしてはどうか。
 - 評価指標の設定に当たっては、各分野の施策の効果を正しく評価できるか、という観点にも留意することとしてはどうか。

目標・評価指標の設定について（案）

- これまでの議論やロジックモデルの活用も踏まえ、第4期基本計画においては、目標について以下のように整理し、設定することとしてはどうか。

- 「全体目標」には第3期基本計画で設定された全体のコンセプトを引き続き設定してはどうか。

全体目標 「○○○○○」

「がん予防」分野

分野別目標

個別目標

個別目標

「がん医療」分野

分野別目標

個別目標

個別目標

「がんとの共生」分野

分野別目標

個別目標

個別目標

- 「分野別目標」の進捗管理は分野別アウトカム・最終アウトカムを活用し、「個別目標」の進捗管理は、中間アウトカム・アウトプット指標を活用することとしてはどうか。
- 各目標について、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こととしてはどうか。

第4期がん対策推進基本計画の骨子（案）

- 第3期基本計画における全体目標の3本柱（「がん予防」、「がん医療」、「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。
- 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を踏まえ、以下のように構成を整理することとしてはどうか。

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
- (2) がんの2次予防（がん検診）

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②各治療法について
 - ③チーム医療の推進について
 - ④がんのリハビリテーションについて
 - ⑤支持療法の推進について
 - ⑥妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策

3. がんとの共生

- (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進
 - ①緩和ケアの提供について
 - ②緩和ケア研修会について

3. がんとの共生（続き）

- (2) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (3) 社会連携に基づくがん対策
- (4) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (5) ライフステージに応じたがん対策
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これらを支える基盤

- (1) がん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

第 85 回がん対策推進協議会	資料 2-2
令和 4 年 11 月 11 日	

がん対策推進基本計画（案）

令和●年●月

目次

はじめに	1
第1 全体目標と分野別目標	3
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	3
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	3
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	3
第2 分野別施策と個別目標	4
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	4
(1) がんの1次予防	4
(2) がんの2次予防（がん検診）	4
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	9
(1) がん医療提供体制等	9
(2) 希少がん及び難治性がん対策	16
(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策	18
(4) 高齢者のがん対策	20
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	21
(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進	21
(2) 相談支援及び情報提供	24
(3) 社会連携に基づくがん対策	28
(4) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）	30
(5) ライフステージに応じたがん対策	35
4. これらを支える基盤の整備	38
(1) がん研究の推進	38
(2) 人材育成の強化	40
(3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発	42

(4)	がん登録の利活用の推進.....	44
(5)	患者・市民参画の推進.....	45
(6)	デジタル化の推進.....	46

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... 47

1.	関係者等の連携協力の更なる強化.....	47
2.	都道府県による計画の策定.....	47
3.	がん患者を含めた国民の努力.....	47
4.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....	48
5.	目標の達成状況の把握.....	48
6.	基本計画の見直し.....	49

はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第 1 位であるとともに、令和 3（2021）年には、生涯のうちに約 2 人に 1 人が罹患^{りかん}すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年 6 月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年 6 月には、がん対策の総合かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第 1 期基本計画では、拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第 2 期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第 3 期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の 3 つの柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、A Y A（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和 4（2022）年 6 月に取りまとめられた第 3 期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延や災害時における対応を検討するとともに、ICT の活用やデジタル化など、流行下で普及した保健医療サービスの提供方法のあり方についても検討を進める必要がある。

これらを踏まえ、法第10条第7項の規定に基づき、第3期基本計画の見直しを行い、第4期基本計画（以下「本基本計画」という。）を策定する。本基本計画では、「●●●」を全体目標とした上で、第3期基本計画の「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の3つの柱を維持しつつ、各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定める。また、施策の評価にあたっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、PDCAサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用する。実行期間は、令和5（2023）年度から令和10（2028）年度までの6年を目安とする。

第1 全体目標と分野別目標

本基本計画は、全体目標を「●●●」とし、がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の提供」及び「がんと共生」の3つの柱に沿った総合的ながん対策を推進する。

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

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、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. 患者本位で持続可能ながん医療の提供 ～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

患者本位の医療を展開するとともに、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提供する。

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～

がん患者やその家族等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。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が、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・保健サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

第2 分野別施策と個別目標

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

(1) がんの1次予防

① 生活習慣について

(現状・課題)

追って記載

(取り組むべき施策)

追って記載

② 感染症対策について

(現状・課題)

追って記載

(取り組むべき施策)

追って記載

【個別目標】

追って記載

(2) がんの2次予防(がん検診)

① 受診率向上対策について

(現状・課題)

現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村(特別区を含む。以下同じ。)の事業が行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、が

んの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。

がん検診の受診率向上に向けて、国は、これまで、対象者一人一人への個別受診勧奨（コール）・個別受診再勧奨（リコール）の推進や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。コール・リコールの推進については、コールは約8割、リコールは約4～5割の市町村で実施されている。また、平成31（2019）年4月には、「ナッジ理論」に基づいた受診勧奨の好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック（第2版）」を公表した。

がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であるものの、令和元（2019）年時点で、男性の肺がん検診を除き、第3期基本計画における目標の50%を達成できていない¹。新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が1～2割程度減少しているとの報告もある²。

また、がん検診を受けた者のうち、30～60%程度³は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

（取り組むべき施策）

国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。

国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、関係学会や企業等の協力を得て、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、保険者への財政上のインセンティブを活用したがん検診の推進、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、女性・障害者・非正規

¹ 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん（男性）：48.0%、胃がん（女性）：37.1%、肺がん（男性）：53.4%、肺がん（女性）：45.6%、大腸がん（男性）：47.8%、大腸がん（女性）：40.9%、子宮頸がん：43.7%、乳がん：47.4%となっている。（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは40～69歳、子宮頸がんは20～69歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）において受診したものを含む。）

² 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」（令和2（2020）年度～令和4（2022）年度）

³ 平成28（2016）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%となっている。

雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。

市町村及び検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるように努める。また、国は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症のまん延時等にごがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

国は、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行う。その上で、必要に応じて、法的な位置付けも含めた対応の検討を行う。

② がん検診の精度管理等について

（現状・課題）

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。

現在、精密検査未受診者への郵送や電話などによるリコールの取組が、市町村において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えない。精密検査未受診率及び精密検査未把握率についても、更なる減少に向けた取組が必要である。また、新型コロナウイルス感染症の流行が精密検査受診率に与えた影響については評価ができていない。

国は、精度管理の指標として「事業評価のためチェックリスト」を設定しており、当該チェックリスト等により実施状況を把握することとしている。チェックリストに沿った検診を実施している市区町村の割合は、令和2（2020）年度で60%～80%となっており、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキング

グループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を平成 30（2018）年 3 月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいる。

（取り組むべき施策）

国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。

精密検査受診率について、都道府県やがん種による差が大きくなっていることから、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援等を含め検討する。

国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

（現状・課題）

がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある者や、がん罹患している者を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることに より、がんの死亡者の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会⁴を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

指針に基づかないがん検診を実施している市町村の割合は、令和 2（2020）年度時点で 81.3%と、高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（PSA 検査）となっており、その他、子宮体がん検診や

⁴ 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に開催した「がん検診のあり方に関する検討会」

肝臓がんの検診（エコー）などがある。

国は、統一されたプログラムのもと、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診の実現を目指し、指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点に係る対策を進めるとともに、指針に基づくがん検診についても、がんの疫学的動向を踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要がある。

また、現在、がん検診の分野における研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲に、簡便に、安価に、がんを発見できる方法が提案されている。一方で、それらの対策型検診への導入にあたっては、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要すること、導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であることが指摘されている。

（取り組むべき施策）

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

【個別目標】

追って記載

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供 ～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

(1) がん医療提供体制等

① 医療提供体制の均てん化・集約化について

(現状・課題)

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和4（2022）年8月には、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い（以下「令和4（2022）年整備指針改定」という。）、拠点病院等の役割分担を図る必要がある項目については、患者の適切ながん医療へのアクセスを確保した上で、一定の集約化を求めることとしたほか、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症のまん延や災害等への対応等が新たな要件として盛り込まれた。

がんゲノム医療については、平成29（2017）年12月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年7月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。令和4（2022）年9月時点で、全ての都道府県に、計233施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。

また、令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、がん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和4（2022）年8月までに、およそ3万9千例となった。

(取り組むべき施策)

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国及び都道府県は、感染症のまん延や災害等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

国は、拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討する。

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした取組を引き続き推進する。

② 各治療法について

（現状・課題）

我が国では、がんに対する質の高い医療を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師等の診療従事者の配置を行ってきた。拠点病院等における標準的治療の実施割合については、厚生労働科学研究等で検討されている。また、EBM普及推進事業Mindsに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は増加しており、関係学会等によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている。

加えて、ロボット支援下手術や高精度放射線治療、免疫チェックポイント阻害薬等の新しい治療法について、保険適用が拡大され、がんの治療法の充実が図られてきた。

がんの5年生存率は、多くのがん種で少しずつではあるものの上昇傾向となっている。また、患者体験調査及び小児患者体験調査（以下「患者体験調査等」という。）⁵によると、7～8割の患者が医療の進歩を実感しているほか、9割を超える患者が納得のいく治療を受けられたとしている⁶。

⁵ 国立研究開発法人国立がん研究センターへの委託事業「がん対策評価事業」において実施。「患者体験調査」の対象となる患者は19歳以上、「小児患者体験調査」の対象となる患者は18歳以下で回答者はその家族。

⁶ 平成30（2018）年度の「患者体験調査」によると、医療が進歩していることを実感している患者の割合は75.6%、納得のいく治療を受けられた患者の割合は81.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、医療が進歩していることを実感している患者の割合は71.7%となっている。

一方で、全ての拠点病院等では対応が難しいがん種や治療法等が存在することから、役割分担の明確化と連携体制の整備によって、全ての患者が適切ながん医療にアクセスすることができるようにしていく必要がある。

また、一部の免疫療法等についてインターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られることから、患者ががん医療に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

(取り組むべき施策)

国及び都道府県は、患者が、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な治療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、国立がん研究センターや関係学会と連携し、国民が、がん医療に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

③ チーム医療の推進について

(現状・課題)

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要である。

これまで、拠点病院等において、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、緩和ケアチームを含む様々な専門チームの設置が進められてきた。

現在、全ての拠点病院等において、専門チームが設置されており、その多くの施設で複数の専門チームが設置されている。一方で、拠点病院等以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない。

主治医以外にも相談しやすいスタッフがいたと回答した患者の割合は、成人で48.8%、小児で78.0%となっている。

(取り組むべき施策)

拠点病院等は、多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の議論を行う。

④ がんのリハビリテーションについて

(現状・課題)

がん治療の影響から、患者の嚥下^{えんげ}や呼吸運動等に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

がんのリハビリテーションが適切に提供されることを目的として実施されているがんリハビリテーション研修について、グループワークを中心とした集合学習と e-ラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定や、国内各地で研修を受講できる体制の整備が進められてきた。

また、拠点病院等におけるリハビリテーション提供体制の整備を推進していくため、令和4（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとした。

リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院等の割合は令和3（2021）年度で 51.0%、がんリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は令和3（2021）年度で 49,491 人と、それぞれ増加している。

(取り組むべき施策)

国は、がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供のため、引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討する。

国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備を推進する。

⑤ 支持療法の推進について

（現状・課題）

がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要である。さらに、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）である緩和ケアが、がん医療に携わる全ての医療従事者により、診断時から提供されることで、がん患者の苦痛が十分に緩和されることが重要である。

拠点病院等では、高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方などの支持療法が、一定の割合で実施されている⁷。また、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のQOLを向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者体験調査等によると、治療による副作用の見通しを持てた患者の割合は、成人について61.9%、小児について69.2%、身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合は、成人について46.5%、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人について28.3%、小児について51.8%となっている⁸。

専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院の割合は、令和3（2021）年度で56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%となっており、いずれも増加しているが、一層の充実が求められる。また、リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修」⁹により人材育成が推進されている。

（取り組むべき施策）

国は、患者が、治療に伴う副作用への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医

⁷ 平成28（2016）年の「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究」によると、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は、高リスク嘔吐化学療法時予防的制吐剤を処方された割合は75.0%（リンパ浮腫を除外した割合は86.0%）、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤を処方された割合は61.0%となっている。

⁸ 成人について：平成30（2018）年度「患者体験調査」、小児について：令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

⁹ 厚生労働省の後援事業として、一般財団法人ライフプランニングセンターにおいて実施。

療従事者への研修の実施等を推進する。

国は、支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を行うとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等を推進する。

⑥ 妊孕性温存療法について

(現状・課題)

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性^{にんようせい}が低下することは、将来子どもを産み育てることを望む小児・AYA世代のがん患者にとって大きな課題である。患者体験調査等によると、治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40歳未満）で平成30年度において52.0%、小児で令和元（2019）年において53.8%となっている。

妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっているほか、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等の更なるエビデンス集積が求められている。

このような状況を踏まえ、国は、令和3（2021）年度から、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」を開始し、有効性等のエビデンス集積を進めつつ、若いがん患者等が希望を持って病気と闘い、将来子どもを持つことの希望をつなぐ取組を行っている。令和4（2022）年度からは、がん患者等で妊孕性温存療法を行った方が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（保存後生殖補助医療）も当該事業の対象となっている。

また、妊孕性についてはがん治療前だけでなく、がん治療後も長期間にわたって、がん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に提供できる体制の整備が求められている。

令和4（2022）年整備指針改定において、拠点病院等には各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することを求めている。

(取り組むべき施策)

国は、妊孕性温存療法の一層の推進に向けて、がん医療と生殖医療の連携の下、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供と意思決定支援が適切に行われるよう、人材育成等の体制整備を推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組む。

【個別目標】

追って記載

(2) 希少がん及び難治性がん対策

(現状・課題)

希少がん及び難治性がんについては、平成 28 (2016) 年の法の一部改正において、法第 19 条第 2 項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

希少がんについて、国は、平成 30 (2018) 年に国立がん研究センターを希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置づけ、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげる対策を講じている。

希少がん患者の初診から診断までの時間が 1 か月未満であった割合は、平成 30 (2018) 年度で 66.4%、診断から治療開始までの時間が 1 か月未満であった割合は 72.3%であった¹⁰。また、患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めた結果、希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は平成 30 (2018) 年度において 80.0%となった。

希少がんの情報の集約及び発信については、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報サービス（以下「がん情報サービス」という。）における情報提供や、希少がんセンターにおける情報発信、患者やその家族だけでなく、医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインの整備等を進めている。また、平成 29 (2017) 年より国立がん研究センターにおいて、希少がんの各地域における診療実績を公開している。

膵がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が喫緊の課題である。

早期発見が困難であるために難治性がんとなっているものについては、がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究をさら

¹⁰ 平成 30 (2018) 年度の「患者体験調査」によると、希少がん患者の初診から診断までの時間は、2 週間未満が 38.1%、2 週間以上 1 か月未満が 28.3%、診断から治療開始までの時間は、2 週間未満が 31.2%、2 週間以上 1 か月未満が 41.1%となっている。

に推進することが求められる。

(取り組むべき施策)

国及び都道府県は、患者及びその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進する。

国は、希少がん患者及び難治性がん患者の、高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進する。

国は、希少がんについて、適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進する。

国は、希少がん及び難治性がんについて、がんの存在診断、治療法の開発のための研究を引き続き推進する。

【個別目標】

追って記載

(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策

(現状・課題)

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

国は、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

小児がん拠点病院は、AYA世代への対応の強化にも重点を置き、AYA世代のがん患者について、適切な医療を提供できる体制の構築等を指定要件としている。あわせて、拠点病院等では、AYA世代のがん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん拠点病院等と拠点病院等が連携しつつ、AYA世代のがん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

さらに、令和4(2022)年8月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっていても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

(取り組むべき施策)

国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん医療提供体制の整備を推進する。また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進する。

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供

を推進する。

国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等及び関係学会等と連携した研究開発を推進する。

【個別目標】

追って記載

(4) 高齢者のがん対策

(現状・課題)

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、令和7(2025)年には、65歳以上の高齢者の数が3,677万人(全人口の30.0%)に達すると推計されている。¹¹これに伴い、高齢のがん患者も増加しており、令和元(2019)年度には、新たにがんと診断された人のうち65歳以上の高齢者の数は75万人(がん患者全体の75%)となっている¹²。

令和4(2022)年整備指針改定では、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備等が指定要件として盛り込まれた。

高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があるが、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされていた。そのため現在、厚生労働科学研究¹³において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定を行っている。

(取り組むべき施策)

高齢のがん患者が、例えば、他臓器の合併症を有している、介護施設等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備を進める。

国は、高齢のがん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進するため、高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握を行うとともに、関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を推進する。

国は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者及び家族等の意思決定支援に係る取組を推進する。

【個別目標】

追って記載

¹¹ 平成29(2017)年4月「日本の将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)

¹² 令和元(2019)年度「全国がん登録 罹患数・率 報告」

¹³ 厚生労働科学研究がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」(令和3(2021)年度～令和4(2022)年度)

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～

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

① 緩和ケアの提供について

(現状・課題)

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

国は、令和3（2021）年から「がんとの共生のあり方に関する検討会」のもとに「がんの緩和ケアに係る部会」を発足し、緩和ケアに係る課題及び取組について議論を開始している。

拠点病院等については、整備指針において、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を推進してきた。緩和ケア外来については、全ての拠点病院等が緩和ケア外来を設置しており、その多くが他の医療機関で治療を受けているがん患者の受け入れを行っているとしているものの、実際の症例数や地域からの紹介患者数は依然少ない。また、がんの診断や検査については、拠点病院等に限らず検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態は十分に把握されていないとの指摘がある。

患者体験調査によると、平成 30（2018）年度時点で、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している

患者の割合は、約3～4割と一定の割合を占めている¹⁴。また、遺族調査によると、亡くなる前1か月間の療養生活について、身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、約4～5割となっており¹⁵、更なる緩和ケアの充実が必要である。

国は、関係学会と連携し、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発を進めている¹⁶。

国民の緩和ケアに関する認識として、緩和ケアを開始すべき時期について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合は約半数に留まっており¹⁷、正しい知識の更なる普及啓発に取り組む必要がある。

(取り組むべき施策)

国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、がん患者の身体的苦痛や、がん患者及びその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援を提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を推進する。

拠点病院等は、地域におけるがん診療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備を進め

¹⁴ 平成30(2018)年度の「患者体験調査」によると、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合は32.8%、身体的な苦痛を抱える患者の割合は44.6%、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は38.0%、身体的・精神心理的苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は30.8%となっている。

¹⁵ 平成30(2018)年度の「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」によると、療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱える患者の割合は、40.4%(痛み)、47.2%(からだの苦痛)、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、42.3%となっている。

¹⁶ 特定非営利活動法人日本緩和医療学会への委託事業として、「オレンジバレーンプロジェクト」を実施している。

¹⁷ 令和元(2019)年度の「世論調査」によると、緩和ケアを開始すべき時期について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合は52.2%、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合は48.3%となっている。

る。

国は、拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う。

国は、入院だけでなく外来等における緩和ケアの充実について検討する。

国は、関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進する。

② 緩和ケア研修会について

（現状・課題）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきた。平成 30（2018）年度には、e-ラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア¹⁸を盛り込む等の見直しを行った。

緩和ケア研修会の修了者数は、令和 3（2021）年度には、累計でおよそ 15 万人に達し、着実に増加している。

（取り組むべき施策）

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるように、緩和ケア研修会の更なる推進に努めるとともに、関係団体等と連携し、緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討する。

【個別目標】

追って記載

¹⁸ 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組をいう。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

(2) 相談支援及び情報提供

① 相談支援について

(現状・課題)

患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族等の精神心理・社会的な悩みに対応していくことが求められている。

国は、がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等のがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、その取組を促してきた。令和4（2022）年整備指針改定においては、更なる相談支援体制の整備を推進するために、「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（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」ことを盛り込んだ。

患者体験調査等によると、がん患者・家族の3人に2人ががん相談支援センターについて知っている¹⁹ものの、利用したことがある人の割合は、成人で14.4%、小児で34.9%となっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人が、8割を越えていることを踏まえると、利用していない患者について、本当にニーズがなかったのか、十分に留意する必要がある。

また、質の高い相談支援体制を持続可能なものとするため、院内体制や地域資源によって、相談件数やニーズは異なり、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲について検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担が必要ではないかとの指摘がある。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、国は、都道府県におけるピア・サポーターの養成を推進してきた。また、ピア・サポート活動の質の担保も重要であることから、「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援、がん患者・拠点病院

¹⁹ 平成30（2018）年度の「患者体験調査」によると、がん相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合は、66.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、66.4%となっている。

等・都道府県向けの研修等を行っている。令和4（2022）年整備指針改定では、拠点病院等が患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることとされた。

一方で、ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合は、平成30（2018）年度時点で27.3%と低い。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、増加している²⁰。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、自施設に通院していない者も含む患者及び家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。

国は、相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む。

国は、効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進するとともに、持続可能な相談支援体制のあり方等について検討する。

国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等の連携体制の構築について検討する。また、それも踏まえ、相談支援の一層の充実を図るためICTや患者団体、社会的人材リソースの活用、必要に応じて地方公共団体等との協力を得られる体制整備の方策について検討する。

国は、がん患者がピア・サポーターからの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても検討する。

²⁰ 平成26（2014）年度の「患者体験調査」によると、がん診断～治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合は、67.4%、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、37.1%っており、平成30（2018）年度では、前者は76.3%、後者は48.7%と増えている。また、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、39.7%となっている。

② 情報提供について

（現状・課題）

がんとの共生を目指す社会にとって、患者と家族、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要である。

がんに関する情報があふれる中で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。がん情報サービスにおいて、各がんの解説、診断・治療、治験、療養等に関する情報提供を行っているものの、がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、令和3（2021）年度で、71.0%となっており、平成30（2018）年度の71.1%から横ばいである。

また、国は、拠点病院等に対し、整備指針において、自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、希少がん、小児がん、AYA世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報することを求めている。

情報取得や意思疎通に配慮が必要な人に対する情報提供のため、国立がん研究センターがん対策研究所は、関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成している。また、視覚や聴覚等の障害をもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

（取り組むべき施策）

国は、患者及び家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供のあり方について検討する。

国は、インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれることを、国民に対して注意喚起するなど、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む。

国は、障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語

としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制のあり方について検討する。

【個別目標】

追って記載

(3) 社会連携に基づくがん対策

(現状・課題)

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。

拠点病院等は、切れ目のないがん医療を提供するため、整備指針²¹において、「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年1回以上設けること」とされている。このようなカンファレンスの1拠点病院あたりの平均開催数(年間)は、令和元(2019)年度で、5.5回となっている。

令和4(2022)年整備指針改定においては、当該指定要件に、医療提供体制や社会的支援と並んで、「緩和ケア」を盛り込んだほか、さらに「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」を追記し、連携体制の強化を図っている。

拠点病院等は、都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所等リストの作成や、在宅療養支援診療所等の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施している。また、地域緩和ケアネットワーク構築事業において、関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成し、平成28(2016)年度～令和3(2021)年度で、延べ388チーム、1,280名が修了している。

令和3(2021)年8月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」と認定する制度が開始された。専門医療機関連携薬局として認定された薬局の件数は、令和4(2022)年9月時点で122件となっている。

在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度は、平成30(2018)年度で78.8%となっており、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度(82.4%)に次いで

²¹ ここでは、令和4(2022)年整備指針改定前の整備指針の記載を引用している。

高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は、平成 30(2018)年度で 47.7% となっており、半数程度に留まっている²²。

セカンドオピニオンについては、令和 4(2022)年整備指針改定において、「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すること」等が追加され、更なる推進を図っている。

がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、平成 26(2014)年度で 40.3%、平成 30(2018)年度で 34.9%と、減少している。「話はなかった」と回答した人(65.1%)のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないとの指摘がある。

(取り組むべき施策)

拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、都道府県内のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討する。

拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、介護施設や薬局等の地域の関係機関との連携や困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成に、引き続き取り組む。

国は、がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制について検討する。

国は、セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、関係団体等と連携した適切な情報提供のあり方について検討する。

【個別目標】

追って記載

²² 平成 30(2018)年度「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」

(4) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援²³）

① 就労支援について

（現状・課題）

平成 24（2012）年時点で、がん患者の約 3 人に 1 人は、20 歳から 64 歳までの就労可能年齢でがんに罹患している²⁴。また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの 5 年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく生き生きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

国は、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を公開するとともに、両立支援コーディネーターの育成・配置や「企業・医療機関連携マニュアル」等の作成・普及啓発による、病院、企業と両立支援コーディネーターによるトライアングル型の社会的なサポート体制の構築に取り組んできた。また、診断時から個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」を開発し、「がん患者の就労に関する総合支援事業」において、同プランを活用した就労支援を実施している。

また、転職や再就職の相談対応について、国は、ハローワークに「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携した就職支援事業に取り組んでいる。令和 3（2021）年度時点で、134 名の就職支援ナビゲーターを配置し、257 の医療機関と連携を行っている。

加えて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入やがん患者への理解や協力の推進が必要である。

平成 28（2016）年に実施した「がん対策に関する世論調査（内閣府）」では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「1 時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」等が上位に挙げられている。また、がん患者の実態調査³²では、離職理由として

²³ 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートをいう。

²⁴ 平成 24（2012）年の地域がん登録全国推計値によると、全がん罹患者数 86.5 万人のうち、20 歳から 64 歳の者は 26 万人となっている。

「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっている。

国は、企業の意識改革と受け入れ体制の整備を進めるために、助成金の活用促進やポータルサイトによる情報発信、シンポジウム等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、地域における関係者のネットワーク構築を図っている。令和元（2019）年には、全ての労災病院及び各都道府県の産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、特に中小企業等における両立支援の充実に向けた社内制度導入や教育等についての具体的な支援を実施している。

平成 30（2018）年に実施された患者体験調査では、がんと診断を受けて退職・廃業した人は就労者の 19.8%を占めており、そのうち初回治療までに退職・廃業した人は 56.8%となっている。また、がんの診断時、収入のある仕事をしてきた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は、平成 30（2018）年度で 39.5%に留まっている。さらに、治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合は、平成 30（2018）年度で 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した患者の割合は、65.0%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、がん患者・経験者及び家族等の生活の質の向上のため、現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、施策の強化や産業保健との連携、普及啓発等について検討する。また、国は、就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む。

国は、再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備に引き続き取り組む。

国は、就労支援のさらなる充実に向けて、がん患者の離職の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する。

国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業における支援体制等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センター等の活用や助成金等による支援、普及啓発について検討する。

国は、両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討する。

② アピアランスケアについて

（現状・課題）

アピアランスケアは、広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。

がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

国は、平成 30（2018）年 12 月に、運転免許申請書等に添付する写真について、令和 2（2020）年 4 月には、障害者手帳の交付申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと（帽子やウィッグを使用すること）が認められるよう、道路交通法施行規則や身体障害者福祉法施行規則等の一部改正を行った。

また、治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、医療従事者教育プログラムの実装化に向けた研究²⁵が進められたほか、令和 3（2021）年度にはがん治療におけるアピアランスケアガイドラインの改訂が行われた。

がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人で、平成 30（2018）年度で 28.3%、小児で令和元（2019）年度で 51.8%となっている。

（取り組むべき施策）

国は、アピアランスケアについて、患者や家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等の開催や相談支援及び情報提供のあり方について検討する。

国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアラン

²⁵ 厚生労働科学研究「がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究」（令和 2（2020）年度～令和 4（2022）年度）

スケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について、検討する。

③ がん診断後の自殺対策について

(現状・課題)

がん患者の自殺については、平成 28 (2016) 年 1 月から 6 月にがんと診断された患者 546,148 人のうち、がん診断後 6 か月以内に 144 人が自殺で亡くなっており (がん患者 10 万観察人年あたり 58.21 人、6 か月以内に死亡した全がん患者の 0.17%)、これは同じ時期の一般人口と比較すると 2.7 倍の自殺者がいることを示している。また、自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、1 か月以内では 4.1 倍、3 か月以内では 3.3 倍となっている。

このように、がん患者の自殺は、がん対策における重要な課題であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。令和 4 (2022) 年整備指針改定において、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクに対する対応方法や関係機関との連携についての共通フローの作成、関係職種に情報共有を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が定められた。

(取り組むべき施策)

国は、がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供のあり方について検討する。

国は、がん診断後の自殺対策を推進するため、がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握を行い、必要な対応について検討する。

④ その他の社会的な問題について

(現状・課題)

がんにかんがって治療を受けている者は、現在 163 万人である²⁶。がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、ピアランスケア、自殺対策に留まらない、がん患者・経験者の QOL 向上に向けた取組が求められる。

²⁶ 平成 26 (2014) 年「患者調査」

がん患者における社会的な問題として、離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題等が指摘されている。また、障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされているが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題である。

また、がんに対する「偏見」について、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から隔離されてしまうことがあることが指摘されている。

平成 30(2018) 年の患者体験調査によると、がん経験者のうち、周囲から不要に気を遣われていると感じる割合は 12.3%、家族以外の周囲の人からがんに対する偏見を感じると思う割合は 5.3%となっており²⁷、がん診断後には、疎外感や以前とは異なる特別な扱いを受けていると感じるがん患者がいる。

また、がんの治療後、日常生活に復帰して一定期間経過した後も、「がん患者」であったことで周囲から異なる扱いをされることがあるなど、本当の意味での「がんの克服」について理解が不十分ではないかとの指摘もある。

(取り組むべき施策)

国は、高度化する治療へのアクセスを確保するため、患者・経験者・家族等の経済的な課題等を明らかにし、関係機関や関係学会等と協力して、利用可能な施策に関する周知や課題解決に向けた施策について検討する。

国は、障害がある等により情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者の実態やニーズ、課題を明らかにし、がん検診や医療へのアクセス等のあり方について検討する。

地方公共団体は、がんに対する「偏見」の払拭や国民に対する正しい理解につながるよう、民間団体や患者団体等と連携し、普及啓発に努める。

【個別目標】

追って記載

²⁷ 「とてもそう思う」「ある程度そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」のうち、「とてもそう思う」「ある程度そう思う」を選択した患者の割合。

(5) ライフステージに応じたがん対策

① 小児・AYA世代について

(現状・課題)

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

小児・AYA世代のがん患者に対する教育については、法第21条において、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされている。

現在、国は、小児がん拠点病院を全国に15か所指定しており、その指定要件として、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）又はこれに準じる施設が整備されていることを定めている。

また、国は、高等学校段階の取組が遅れているとの指摘を踏まえ、令和元（2019）年度及び令和2（2020）年度に、「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施し、在籍校・病院・教育委員会等の関係機関が連携して病気療養児を支援する体制の構築方法に関する調査研究を行った。令和3（2021）年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するICTを活用した遠隔教育の調査研究事業」を実施し、ICTを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等の調査研究を行っている。さらに、厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は、令和元（2019）年度で68.1%、治療中に学校や教育関係者から治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合は76.6%となっており²⁸、全ての患者に対応できるよう更なる対策が求められる。

また、小児期にがん罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・AYA世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労

²⁸ 令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅で過ごすことを希望している中、A Y A世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、その費用に対する負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体も複数存在しているが、その実態については明らかではない。

(取り組むべき施策)

国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、情報技術（ICT）を活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、医療・支援のあり方について検討する。

国は、小児・A Y A世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を、引き続き推進する。

国は、小児・A Y A世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討する。

② 高齢者について

(現状・課題)

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要がある。

また、高齢のがん患者については、認知症の発症や家族による介護の必要性など、家族の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要がある。

る。

国は、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。また、意思決定支援の取組を推進するため、令和4（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、高齢者のがんに関して、「意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」とした。

（取り組むべき施策）

拠点病院等は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者及び家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討する。

国は、高齢のがん経験者のQOLの向上を目指し、高齢のがん患者が抱える課題について実態把握を行い、長期療養の中で生じる有害事象などに対応ができるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養のあり方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討する。

国は、高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討する。

【個別目標】

追って記載

4. これらを支える基盤の整備

(1) がん研究の推進

(現状・課題)

我が国のがん研究の総合的かつ計画的な推進に向けて、平成 26 (2014) 年度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣により「がん研究 10 か年戦略」(以下「戦略」という。)が策定された。戦略においては、平成 27 (2015) 年 4 月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構 (Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。)と協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。

平成 30 (2018) 年には、第 3 期基本計画の策定等を踏まえ、戦略の中間評価を行い、「がん研究全体として概ね順調に進捗している」とされた。また、我が国のがん研究に関する現在の課題を把握するとともに、戦略の後半期間にあたる令和元 (2019) 年から令和 5 (2023) 年に重点的に取り組むべき研究について取りまとめた。

一方で各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要があることが指摘された。

また、厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、戦略及び第 3 期基本計画に基づくさまざまな政策的課題を解決するための研究を行っている。

我が国における全ゲノム解析等を推進するため、令和元 (2019) 年 12 月にがんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画 (第 1 版)」が策定された。その後、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、がん・難病に係る研究・創薬等への利活用を更に推進するため、令和 4 (2022) 年 9 月に、「全ゲノム解析等実行計画 2022」が策定された。

「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」(令和 4 年 6 月 7 日閣議決定)においても、重点投資すべき分野として、「人への投資と分配」及び「科学技術・イノベーションへの重点的投資」が盛り込まれ、大学等をはじめとする研究開発の体制整備が期待されており、こうした中で、がん医療についても人材育成や研究基盤の整備を加速させていく必要がある。

健康・医療分野におけるムーンショット型研究開発事業については、令和 3

(2021)年4月16日の日米共同声明(日米競争力・強靱性(コア)パートナーシップ)に「がんムーンショット」が盛り込まれたことを踏まえ、AMEDにおいて、日米連携による「がんゼロ社会」に向けた研究開発のPM(プロジェクトマネジャー)が令和4(2022)年9月に採択された。

(取り組むべき施策)

国は、「がん研究10か年戦略中間評価報告書」や本基本計画を踏まえ、がん研究の更なる充実に向け、戦略の見直しを行う。

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

国は、「全ゲノム解析等実行計画2022」を着実に進め、ゲノム情報等による不利益が生じないように留意しつつ、新たな予防・早期発見法等の開発を含めた患者還元や、がんや難病に係る研究・創薬への利活用等を推進する。

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。

国は、拠点病院等における臨床研究等の推進に引き続き取り組むとともに、患者目線の分かりやすい情報提供のあり方について検討し、拠点病院等に対し周知する。拠点病院等は、患者に対し、臨床研究等の適切な実施及び情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関への紹介を行う。

【個別目標】

追って記載

(2) 人材育成の強化

(現状・課題)

がん医療の現場を担う人員が不足しており、病院間、地域間格差の要因の一つとなっている。集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要がある。

国は、これまで、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」等における緩和ケア研修、がんゲノム医療コーディネーター研修会、小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会等の人材育成のための支援を行ってきた。緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、小児・AYA世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数は、それぞれ増加している。

また、平成 29 (2017) 年度から令和 3 (2021) 年度まで、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材 (がんプロフェッショナル)」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進してきた。

今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがん経験者のケアにあたる人材、QOLの向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。また、同時に、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応が必要となり、関連学際領域に対応できる人材や医療ビッグデータの解析専門家、個別化医療・創薬研究を担う人材など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

(取り組むべき施策)

国は、がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、がん予防の推進を行う人材、新たな治療法を開発できる人材等の専門的な人材の育成を推進する。また、専門的な人材の育成のあり方を検討するにあたっては、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含め、検討する。

がん医療の高度化が進む中で、がん対策を一層の推進する観点から、拠点病院

等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。

【個別目標】

追って記載

(3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

(現状・課題)

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

国は、学習指導要領に対応したがん教育を推進するため、教材、指導参考資料、外部講師活用のガイドラインの改訂・周知を行うとともに、外部講師の活用体制の整備や研修会の実施など、地域の取組を支援している。しかし、地域によって取組状況に差があることから、地域の実情に応じた取組が一層推進されるよう、各地域の取組の成果を全国へ普及する必要がある。

国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービスや拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。

また、平成 21 (2009) 年度から職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「がん対策推進企業等連携事業 (がん対策推進企業アクション)」を実施している。本事業の趣旨に賛同する企業・団体数は、事業開始から着実に増加し、令和 3 (2021) 年度末で 4,065 社・団体となった。

(取り組むべき施策)

国は、引き続き、学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、地域の実情に応じたがん教育の取組が充実されるよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ICTの活用を推進するなど、各地域の取組の成果の普及を図る。

国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。

国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関は、患者や家族等の関係団体等の協力を得ながら、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組む。その際には、啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等により、より効果的な手法を用いる。

事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。

【個別目標】

追って記載

(4) がん登録の利活用の推進

(現状・課題)

がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を収集し、がん対策の一層の推進を図るため、平成 28 (2016) 年 1 月より、「がん登録等の推進に関する法律」(平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録推進法」という。)に基づく全国がん登録が開始された。

平成 28 (2016) 年より全国がん登録の届出件数は増加してきており、精度指標については、令和元 (2019) 年時点で、MI 比が 0.38、%DCO が 1.92% であるなど、登録情報の内容が充実してきている。

また、がん登録情報の効果的な利活用については、がん登録情報を活用した市区町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討や、現行制度の課題の整理及び見直しに向けた議論を行っている。

(取り組むべき施策)

国は、がん対策の充実に向けて、がん登録情報の利活用を推進する観点から、引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む。

国は、がん登録情報の利活用の推進について、現行制度における課題を整理し、がん登録推進法等の規定の整備を含め、見直しに向けて検討する。利活用の推進にあたっては、保健・医療分野のデジタル化に関する他の取組とも連携し、より有用な分析が可能となる方策を検討する。

【個別目標】

追って記載

(5) 患者・市民参画の推進

(現状・課題)

法第22条は、国及び地方公共団体は、民間の団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとするほか、第25条第2項により、がん対策推進協議会の委員は、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者も含め、任命することとしている。

さらに、がん患者を含めた国民は、法第6条により、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めなければならないとされている。

患者本位のがん対策を推進するためには、国と地方公共団体と、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた国民が協力して、取組を進めていくことが必要である。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る周知啓発等もあわせて推進することが必要である。

(取り組むべき施策)

国及び都道府県は、患者本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画を推進する。また、諸外国の事例も踏まえ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討する。

国は、これまでがん研究分野で推進されてきた、がん患者及びがん経験者の参画の取組に係る知見を、患者・市民参画に関する研究成果も踏まえ、各分野への横展開を行う。

国は、患者・市民参画を推進するにあたって、参画する患者・市民への啓発に加え、医療従事者や関係学会に対しても、患者・市民参画に係る十分な理解が得られるよう、啓発等に取り組む。

【個別目標】

追って記載

(6) デジタル化の推進

(現状・課題)

近年、我が国においては、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル・オンラインの活用が多方面で進められている。

がん対策においても、地方公共団体や拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の保護やデジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を検討する必要がある。

(取り組むべき施策)

国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、PHRの推進、現況報告書のオンライン化、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進について検討する。

また、国は、患者・家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、地方公共団体や医療機関における会議や相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。

【個別目標】

追って記載

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を総合的かつ計画的に推進し、実効性を担保するためには、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図り、一体となって努力することが重要である。

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

また、国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境への理解を図るとともに、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことで、国民とともに、「がんとの共生」社会の実現に取り組んでいくこととする。

2. 都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛り込むことが望ましい。

都道府県は、都道府県計画の策定過程において、患者・市民参画を含め、関係者等の意見の聴取に努める。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPDCAサイクルを回し、施策に反映させるよう努めるとともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

3. がん患者を含めた国民の努力

がん患者を含めた国民は、法第6条に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。

また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していく

ことが望まれる。

- がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- 患者本位のがん対策を推進するため、がん患者を含めた国民は、国、地方公共団体、関係者等と協力して、がん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者とその家族に対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。

4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。

一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

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

5. 目標の達成状況の把握

国は、全体目標、分野別目標及び各施策の個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、3年を目途に中間評価を行う。その際、各分野の取り組むべき施策が、全体目標、分野別目標及び各施策の個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。

また、がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

6. 基本計画の見直し

国は、法第10条第7項に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする。

第85回がん対策推進協議会	資料2-3
令和4年11月11日	

第4期基本計画ロジックモデル作成の 基本的な考え方

国立がん研究センターがん対策研究所

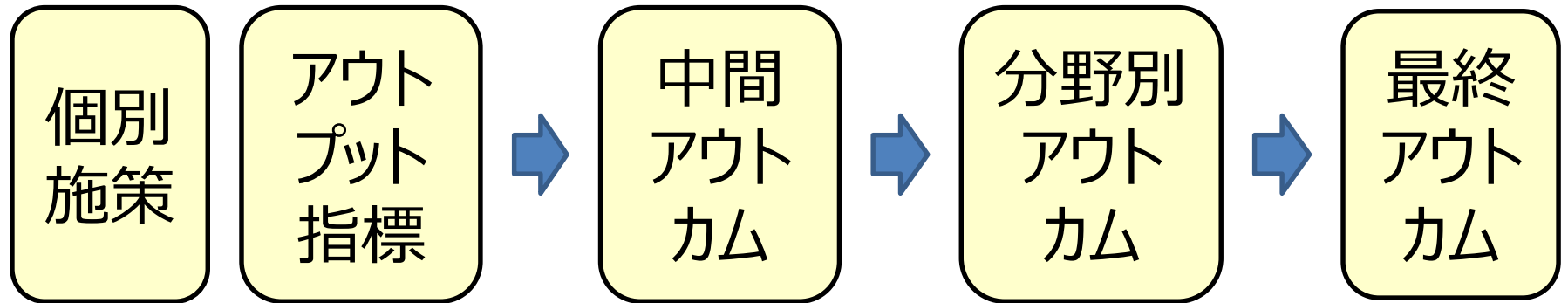
副所長 祖父江友孝

(大阪大学大学院医学系研究科環境医学教授)

ロジックモデル作成の目的

- 構成を図示して、全体像を把握する。
- アウトカムを共通認識として共有する。
- 個別施策とアウトカム（中間、分野別、最終）のつながりを確認することにより、個別施策の適切さを検討する。
- 指標を設定して、評価につなげる。

ロジックモデルの構造



具体的な施策内容
と施策の直接成果

対象者に起こった変化

- アウトプットとアウトカムが区別しにくいこともある
- 各アウトカムに指標を設定
- 個別施策ごとにアウトプット指標を設定
- 幾つかの個別施策で共通のアウトカム
- 分野ごとに特有のアウトカム
- 対策全体のアウトカム

指標について

- 指標は、公開されたデータソースがあり、適切な目標値の設定と評価が可能なものを中心に検討する。

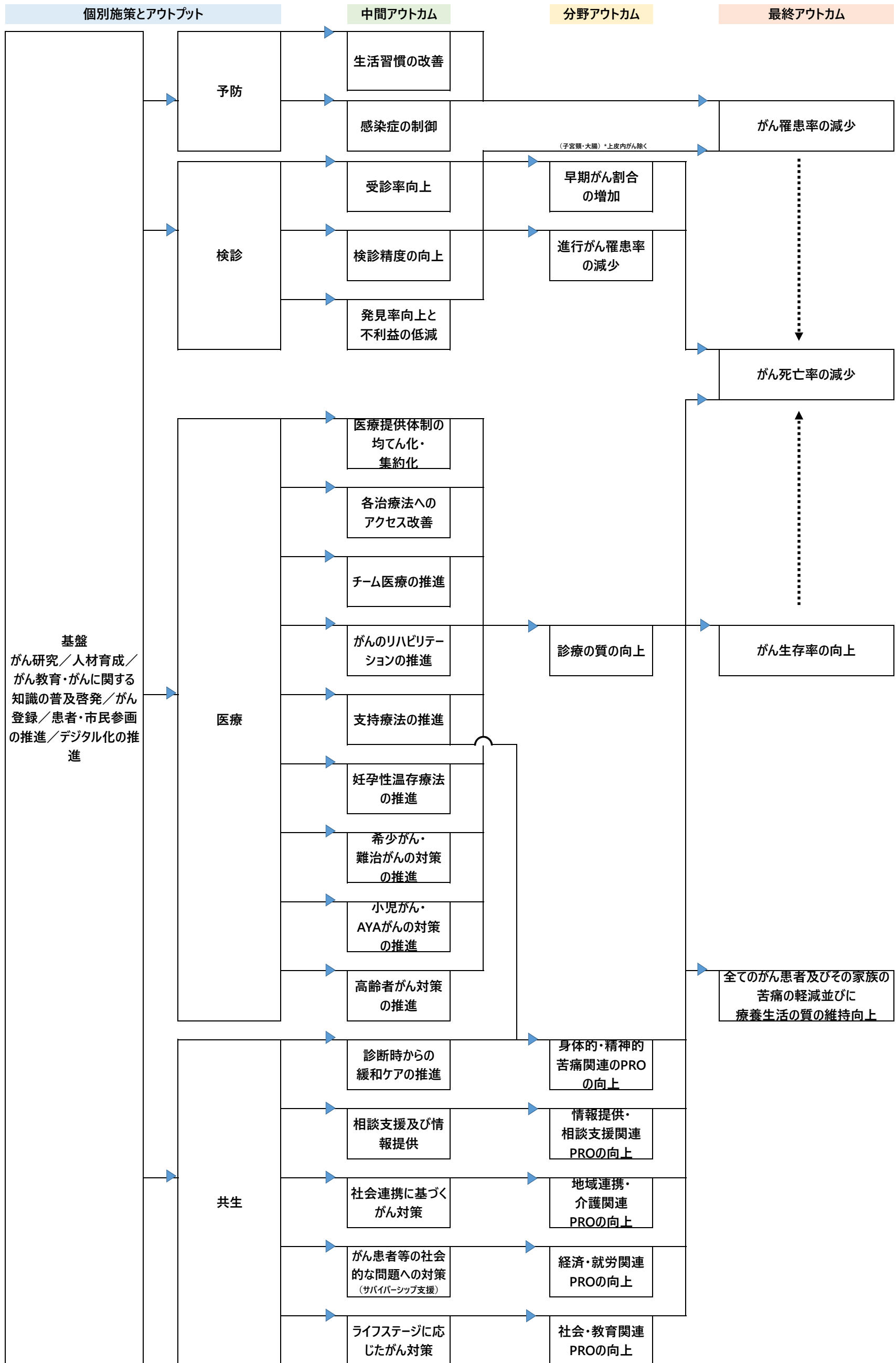
指標のデータソース

- 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等）
 - 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
- 患者体験指標（満足度、痛み、不安）
【Patient Reported Outcome (PRO)】
 - 患者体験調査
 - 遺族調査

- 都道府県単位で評価ができる指標が望ましい。
- 必要に応じて、格差を検討する（地域、施設、特性別）。
- 全体の指標数について、管理可能な数にとどめる。

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：基本ロジックモデル

第85回がん対策推進協議会
令和4年11月11日
資料2-4
2022年11月9日時点版（未定稿）



受診率対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	効果的な受診勧奨策の推進	受診勧奨実施市町村* 数	新	検討中
1-2	職域での実施状況の継続的な把握	指針に基づく検診の実施率	新	検討中（保険者データヘルス全数調査または厚労科研）

*特別区を含む。以下、同じ。

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	受診率の向上	検診受診率	1031	国民生活基礎調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	検診がん種の早期がん割合の増加	がん種別早期がん割合	新	全国がん登録
3-2	検診がん種の進行がん罹患率の減少	がん種別進行がん罹患率	新	全国がん登録

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	検診がん種の死亡率減少	がん種別年齢調整死亡率	1002	人口動態統計
4-2	がん罹患率（子宮頸・大腸）*；減少 ※	がん種別年齢調整罹患率	1004	全国がん登録

*；上皮内がん除く。
※がん検診により子宮頸部・大腸の前がん病変を早期発見して治療介入すれば、子宮頸がん・大腸がんの罹患数が減少する。

がん検診の精度管理等について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	レセプトやがん登録情報の活用に係る技術的支援	市町村への支援数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-4	精密検査受診率の低い市町村に対する都道府県による指導・助言	実施都道府県数	新	都道府県用チェックリスト実施率調査
1-5	職域における精度管理向上のための保険者への技術的支援	支援保険者数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-6	市町村での精密検査実施医療機関リストの提供	実施市町村数	新	検討中（市区町村におけるがん検診の実施状況調査）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-2	精検受診率の向上	精検受診率	1032	地域保健・健康増進事業報告
2-3	がん発見率の向上	がん発見率	新	地域保健・健康増進事業報告
2-4	不利益の低減	偽陽性割合	新	地域保健・健康増進事業報告

科学的根拠に基づくがん検診の実施について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	対象年齢・検診間隔を含めた指針に基づくがん検診の完全遵守	遵守市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1-8	指針に基づかないがん検診の中止	中止市町村数	新	市区町村におけるがん検診の実施状況調査
1-9	対策型検診の項目変更に係るプロセスの明確化と普及実装研究の推進	研究実施数	新	検討中

凡例：
 ・#： ロジックモデル内の便宜上の通し番号 ※全体確認後、改めて付番。
 ・3期： 第3期中間評価指標で採用されていた指標は当時の番号。新規の場合、「新」。
 ・データソース： 用いる調査等。既存のデータベースでは情報が取得できない場合、「検討中」と記載。具体的には、既存調査の見直しや厚労科研等での対応を検討している。想定される調査について（）内に記載。

医療提供全般

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	地域特性に応じた拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化の推進	役割分担に関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-2	地域の実情に応じた危機対応連携体制の整備	BCPに関する議論が行われている都道府県の数	新	現況報告
1-3		（参考）BCPを整備している病院の数	新	現況報告
1-4	がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等の相互連携の検討推進	都道府県協議会に小児がん拠点病院等が参加している都道府県の数※	新	現況報告

※ゲノム拠点は自動的に連携される。

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	医療機関の機能分担を通じた質の高い安心な医療の効率的な提供	専門的な医療を受けられたと思う患者の割合	新	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

がんゲノム医療

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	がんゲノム医療連携体制整備	がんゲノム医療中核拠点病院等の数	2013	現況報告（がんゲノム）
1-6		遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師数（臨床遺伝専門医）	2015	現況報告（がんゲノム）
1-7		遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術等を有する者の数（認定遺伝カウンセラー）	2016	現況報告（がんゲノム）
1-8		遺伝カウンセリング等を行う部門につないだりする者の数（がんゲノム医療コーディネーター）	2017	現況報告（がんゲノム）
1-9		薬物療法に専門的な知識及び技能を有する医師の数	2018	現況報告（がんゲノム）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-2	がんゲノム医療へのアクセシビリティの向上	がんゲノム情報管理センターに登録された患者数	2019	C-CAT
2-3		がんゲノム医療拠点病院等において遺伝性腫瘍に関する遺伝カウンセリングを実施した患者数	2018	現況報告（がんゲノム）
2-4		がん遺伝子パネル検査を実施した患者のうち、エキスパートパネルで推奨された薬剤が投与された患者の割合	新	C-CAT
2-5		ゲノム情報を活用したがん医療についてがん患者が知っていると感じた割合	2020	患者体験調査

手術療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	低侵襲性の新しい治療法の普及	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
1-2	科学的根拠に基づく手術療法が安全に実施できる体制の整備	厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業(JANIS)へ登録している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	安全かつタイムリーな手術治療の実施	拠点病院における5大がん患者の術後30日以内の死亡率	2032	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））
2-2		診断から手術までの日数	新	検討中（院内がん登録+DPCを利用（仮））

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査
3-2		（標準的な）診断・医療の進歩	2003	患者体験調査
3-3	治療選択についての情報提供の充実（必要な情報へのアクセス改善）	治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた患者の割合	新	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	がんの死亡率の減少	がんの年齢調整死亡率	2001	人口動態統計
4-2	がんの生存率の向上	がん種別5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	全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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	3001	患者体験調査

放射線療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-3	科学的根拠に基づく放射線療法が安全に実施できる体制の整備	IMRT加算をとっている拠点病院の割合	2035	院内がん登録+DPC、現況報告
1-4	放射線療法に関わる必要な人材配置の整備	放射線治療専門医が常勤で配置されている拠点病院の割合	2036	現況報告
1-5		診療放射線技師が2名以上配置されている拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-3	必要な患者に対する、最適な放射線治療のタイムリーかつ安全な実施	放射線治療関連QI	新	検討中
2-4		手術から放射線治療開始までの期間	新	検討中

化学療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	科学的根拠に基づく化学療法が安全に実施できる体制の整備	がん専門薬剤師またはがん薬物療法認定薬剤師が配置されている拠点病院の割合	2040	現況報告
		1拠点病院あたりの、がん薬物療法専門医数	2041	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
2-6		手術から化学療法開始までの期間	新	検討中（院内がん登録+DPC（仮））

免疫療法

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	科学的根拠に基づく免疫療法を安全に提供する体制の整備	免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携等して対応している拠点病院等の割合	新	現況報告
1-8	科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発	自施設で対応できるがんについて提供可能な診療内容を病院HP等でわかりやすく広報している拠点病院等の割合	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	国民が免疫療法に関する正しい情報を取得	科学的根拠を有する免疫療法について国民が必要な情報を取得できている割合	2043	世論調査

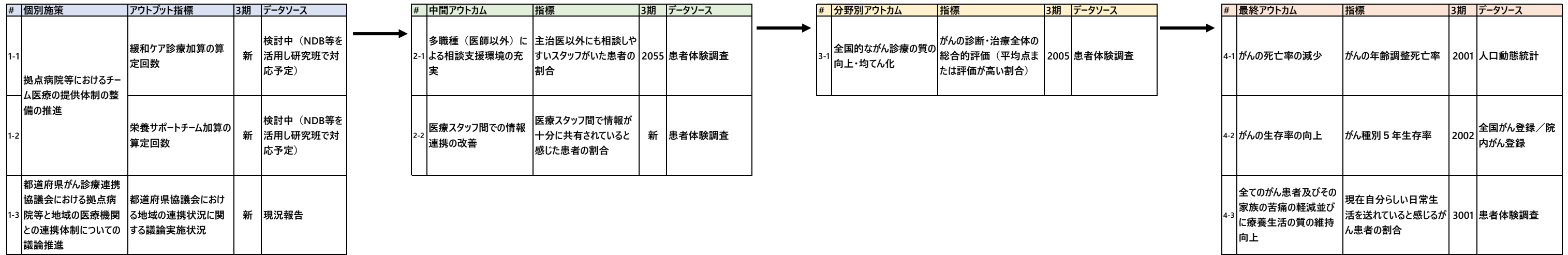
病理診断

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-9	病理診断に係る専門的な知識及び技能を有する医師の配置推進	常勤の病理専門医が1名以上配置されている拠点病院等の割合	新	現況報告

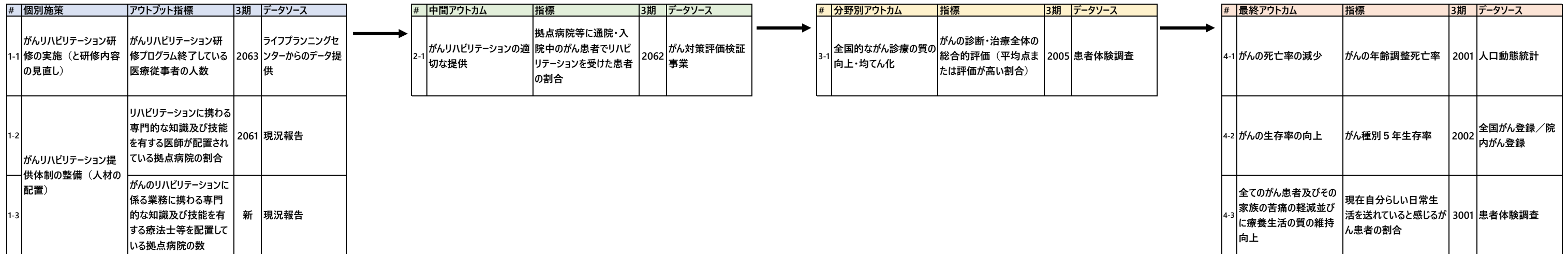
#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-8	タイムリーな病理診断	初診時から確定診断までの1ヶ月未満の人の割合	新	検討中（患者体験調査or院内がん登録+DPCorNDB（仮））

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#5 がん医療＜チーム医療の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

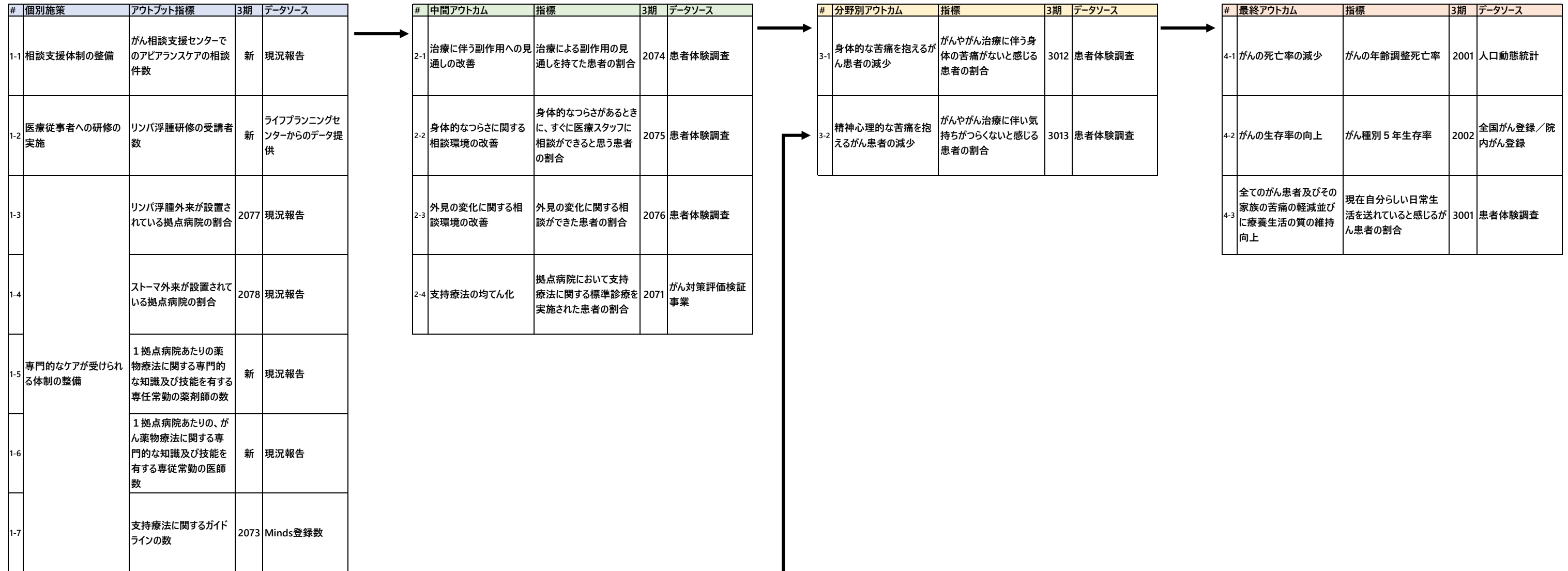


第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#6 がん医療＜がんのリハビリテーションの推進＞

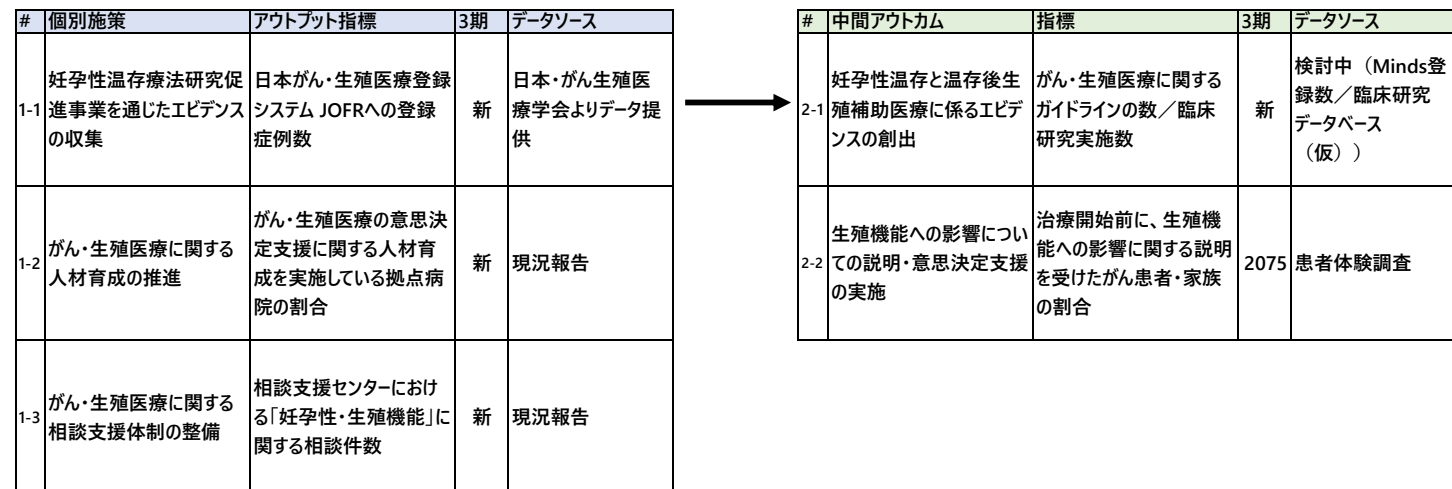


第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#7 がん医療＜支持療法の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）



第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#8 がん医療＜妊孕性温存療法の推進＞



第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#9 がん医療＜希少がん、難治性がん対策の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）

希少がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	（希少がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	希少がんホットラインへの問い合わせ数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-2	（希少がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-3	病理診断に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備	中央病理コンサルテーションの数	新	国立がん研究センターよりデータ提供
1-4	（希少がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	希少がんに対する治験を実施している拠点病院数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	希少がんの患者の診療情報へのアクセス拡充	治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた希少がん患者の割合	新	患者体験調査
2-2	希少がん患者の集約化	希少がん診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	現況報告＋院内がん登録
2-3	連携の円滑化（速やかな医療の提供）	希少がん患者の初診から診断までの時間、診断から治療開始までの時間	2082	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	希少がん患者の高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティの向上	希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合	2083	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	希少がんの生存率向上	希少がんの5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-2	希少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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる希少がん患者の割合	3001	患者体験調査

難治性がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	（難治性がんに関する）患者及びその家族等の目線に立ったわかりやすい情報提供の推進	難治性がんに関するHP等の整備を行っている拠点病院等の数	新	現況報告
1-6	（難治性がんに関する）拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備	難治性がん診療を積極的に受け入れている拠点病院の数と他施設へ紹介する拠点病院の数	新	現況報告
1-7	（難治性がんに関する）存在診断、治療法の開発のための研究推進	難治性がんに対して臨床試験を行っている拠点病院等の数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	難治性がん患者の集約化	難治性がん（※1）診療を積極的に受け入れている拠点病院等における治療開始数	新	患者体験調査

※1. 膵がんを代表例として想定。難治性がんの定義について、今後検討が必要。

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	（難治性がんを含む）全国的ながん診療の質の向上・均てん化	がんの診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）（※2）	2005	患者体験調査

※2. がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	難治性がんの年齢調整死亡率の減少	難治性がん（代表例：膵がん）の年齢調整死亡率	2002	人口動態統計
4-2	難治性がんの生存率向上	難治性がん（代表例：膵がん）の5年生存率	2002	全国がん登録／院内がん登録
4-3	（難治性がんを含む）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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合（※2）	3001	患者体験調査

※2. がん種別で評価が困難なため全体の評価で代替。

小児がん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	小児がん医療提供体制の整備	小児がん拠点病院で小児がんの薬物療法に携わる専門的な知識及び技術を有する医師の数	新	現況報告（小児がん）
1-2		小児がん拠点病院で小児の手術に携わる、小児がん手術に関して専門的な知識及び技術を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
1-3		小児がん拠点病院で小児がんの放射線療法に携わる専門的な知識および技術を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
1-4	地域の実情に応じた長期フォローアップの在り方に係る検討の推進	都道府県協議会でフォローアップの連携体制について議論している都道府県数	新	現況報告（小児がん）
1-5	長期フォローアップの更なる推進	長期フォローアップ外来を設置している小児がん拠点病院等の施設数	新	現況報告（小児がん）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	小児がん診療の集約化	小児がん拠点病院で治療を受けた小児がん患者の割合	新	現況報告＋院内がん登録
2-2	小児がん相談支援の拡充	がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-3	長期フォローアップの認知・利用拡充	長期フォローアップについて知っていると回答した小児がん患者の割合	新	小児患者体験調査
2-4	小児がん領域での研究開発の推進	小児がん拠点病院において実施されている治験数	新	現況報告＋臨床研究情報ポータルサイト

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	小児がん診療の質の向上・均てん化	小児がん患者のがんの診断・治療全般の総合評価（平均点又は評価が高い人の割合）	2083	小児患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	小児がん患者の生存率向上	小児がん患者の5年生存率	2091	院内がん登録

AYA世代のがん対策

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	AYA世代のがん医療提供体制の整備	多職種からなるAYA支援チームを設置している拠点病院数	新	現況報告

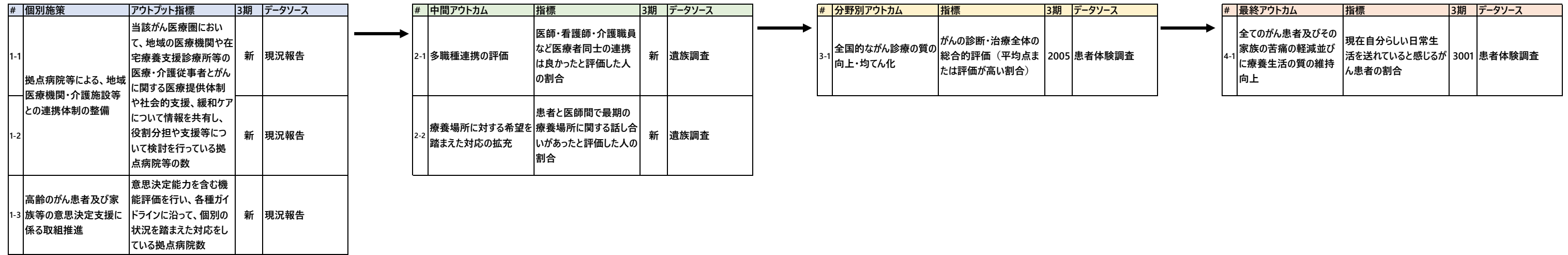
#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	AYA患者の状況や希望に応じた支援の拡充	がん診断～治療開始前に、病気や療養生活について相談できたと感じる若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		外見の変化に関する相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
2-7		妊よう性に関する説明を受けた若年がん患者の割合 ※再掲	2093	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-2	AYA世代のがん診療の質の向上・均てん化	若者がん患者の診断・治療全体の総合的評価（平均点または評価が高い割合）	2005	患者体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-2	若年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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じる若年がん患者の割合	3001	患者体験調査

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#11 がん医療＜高齢者のがん対策の推進＞

2022年11月9日時点版（未定稿）



第85回がん対策推進協議会

資料 2 - 5

令和4年11月11日

第4期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

阿久津 友紀

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
全体)

その進捗が評価できる目標の設定とそれらの効果を測ることができる指標を共に検討するべき。これまでにないデータの蓄積にも踏み込んでほしい。その目標のあいまいさが本質をクリアにする利点があるではないか。ピアサポートなどは量と質、両方の担保が必要なので、数値目標は受講・育成された人数よりも、つながることができた人数で評価すべきと考える。細かすぎるのかもしれないが、『がんになったときに・・・』等のパンフを早期からの緩和ケアや精神的ケアのひとつとして患者へ配布した率など、複合的な効果を踏まえて掘りこんだ指標のほうがよいのではないかと考える。

本体)

- 検診の数を正確に把握するための施策に踏み込んでいただいたが、検診の精度管理と表裏一体なのでこのあたりをどう指標とするかを検討いただきたい。組織型検診、精度管理、正確な検診数はすべてリンクしてくるのでそのあたりを個別目標のところに入れてもらいたい。
- 標準的治療の海外との（ドラッグ）ラグについての表記がないが、あまり論点になっていないのか。難治性がん含めて、海外では標準治療となっているものの日本が第3相以降に入れていないことから認可されない例も多い。標準治療を残念ながら終わると医師から宣告されて、終末期ケアまでの間の戸惑い・医療不信などは根強い。働く世代だと体が動けるだけになおさら。増えるこうした人たちの施策で助けるのか（緩和ケア・社会連携の部分に一部表記があるが）。
- 就労支援のところのがん患者の実態調査に、離職理由として例に挙げられているのが、自分の気持ちに特化されているが、往々にして、『会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑がかかると思った』の“裏側”にある、自分ではなく、“周り”、会社のがんに対する偏見、思い込みによるものも大きい。後日、例を示させていただきたいが、企業側の実態の調査も必須であり、この部分に『（知識・認識不足による）企業内の問題も根強くある』と明記いただきたい。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

基本的には賛成。ポジティブな意味でこれまでのデータではなく、新しい指標を用いないとできないものがあり、相応の時間を要するものもあるのではないかと。ロジックモデルの個別案に対する検討の時間が必要。

石岡 千加史

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

- 「がん医療」分野に関する考え方に関して：「治療と併せて医療者が提供すべき事項（リハビリテーションや支持療法等）」とあるが、引き続き記載することは同意するが、リハビリテーションや支持療法、さらには緩和ケアも治療である。「治療」の定義付けをこの際見直す必要があるだろう。
- 「希少がん」や「難治がん」の定義をある程度明確にする必要があると考える。「希少がん」や「難治がん」の対策は重要だが、従来の希少がんに加え、5大がんの中の希少分画（例えば非小細胞肺癌のCLIP1遺伝子融合例は全体の0.4%）を「希少がん」と最近学会等で呼称する場合が有りがん対策上、明確にした方がよい。「難治がん」はそもそも明確な定義がないので、ある程度範囲を定めた方がよいと考える（参考「希少がん・難治がん診療ハンドブック」南江堂2021年間刊行、石岡千加史監修、元雄良治編集）。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

石岡 千加史

(続き)

- 「がんとの共生」には社会的問題に関する事を残し、この際、緩和ケアは治療として「がん医療」の分野に記載した方が分かりやすいと考える。3期の「ライフステージに応じた対策」の用語は一人歩きして、実質的な対策は十分行われなかったのではないか。この際、「ライフステージ」の定義やステージ毎の対策の例示をする必要がある。
- 「これらを支える基盤の整備」の「分野横断的な事項」とは何を指すのか？デジタル化の推進こそ、健康日本21を参照するのが良いのではないか。

※以下、本文へのご意見

3ページ (9ページ冒頭も)

「患者本位」の用語はまだ続けるのか。「患者本位」は医療従事者に十分浸透したと考え、見出しからは外しても良いと考える。「患者本位の医療を展開する」との書きぶりは、以前は「患者本位ではなかった」反省を踏まえての書き方と理解するが、これを継続することは未だに「患者本位」が達成できていないことになる。そのような理解で良いか？予防、検診のところには「国民本位」と書かないのと同じレベルの記載が良いと考える。また、「患者本位」と言うスローガンを引き継ぐのは新しさに欠ける。「患者本位」はある程度達成できたとして、第4期は「人に優しい」などのスローガンに変更するのも1案であろう。

9ページ

「国や都道府県は、・・・地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」について、「検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」は是非残して欲しいが、多くの都道府県協議会は拠点病院の指定更新推薦の際に既存の枠組みにとらわれ、新しい改革には消極的な都道府県が少なくないと感じる。更に踏み込んだ記載があると都道府県協議会の審議に役立つ。例えば、「国や都道府県は、・・・地域の実情に応じ、均てん化に加えて、拠点病院等の役割分担を適宜見直し集約化を推進する。その際、国は、都道府県協議会等に対し、地域間格差や医療機関間格差など検討に必要なデータの提供などの技術的支援と指導を行う。」としてはどうか。

さらに、(個々に記載するのが適当か分からないが)都道府県協議会の委員には県外の専門性の高い委員を加えるように要件を加えるのが良いと考える。理由は、都道府県別の地域間格差が多く面で明らかであるから(罹患率、5年生存率、喫煙率、検診受診率、医療提供、人材育成など)。一向に格差が縮まらない理由の1つに、先進他県の情報や批評が生かされていない多くの協議会の現状があると考え。

10ページ

「各治療法」には、治療法の主体となる手術、放射線治療、がん薬物療法の項目を立てるのが良い。3期この部分の記載が弱まったので、人材不足や地域間格差や医療機関間格差の課題解決のためには、あらためて数行ずつ記載することが良いと考える。

また、10ページの緩和ケアの提供は「緩和医療」として「各治療法」に記載すべきであろう。医療従事者が行うべき事は、「がん医療の提供体制」の中に一括した方が理解しやすいと考える。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

石岡 千加史

(続き)

11ページ

多職種によるチーム医療は以前から手術、化学療法や放射線治療で行われて来た。緩和ケアチームが取り分け注目され2~3期にも強調されてきたと思うが、がんゲノム医療など高度で新しい医療においてもチーム医療が必要でかつ現在不十分な状況にある。これまでの計画のように新たに推進すべき課題を強調するために、第4期では「緩和ケアチームを含む様々な専門チーム」を「がんゲノム医療提供チームを含む様々な専門チーム」にようにするのが良いと考える。

「一方で、拠点病院以外での医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない」のところは、その後の取り組むべき施策にある「・・・拠点病院と地域の医療機関との連携体制について議論を行う。」との記載との兼ね合いが不明確ではないか。「拠点病院以外での医療機関においては、・・・進んでいない」ので、設置を推進するのか、それが出来ないので「拠点病院と・・・連携体制について議論を行い」集約化するのかが不明確である。チーム医療は「患者家族への苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供する・・・」のが目的。質の高い医療提供のためのチーム医療は拠点病院では実現が不可能なものも少なくないはずである。

12ページ

がんのリハビリテーションは必要である。しかし、この項目だけ理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの公的な職種の記載がある。医師、看護師、薬剤師などの資格と同じように国が認定する資格を記載することに異義はない。しかし、他の項目とのバランスを考慮するとやや記載が不十分では無いか。新専門医制度がスタートした時期と重なる第4期は、この際、専門医の名称など学会認定の専門医療従事者も積極的に記載するのが良いと考える。例：放射線治療専門医、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師など。

15ページ

希少がん、難治がんの定義をより明確にすべき（これは資料 2 - 1 に関するコメントに記載）。

21ページ

緩和ケアの提供体制については、前述したように、各治療法に記載するのが良いと考える。緩和ケアの医療部分とそれ以外の部分を切り分けた方が良いと考える。医療従事者が取り組むべき（推進すべき）緩和医療と社会的な支援は分けた方が良いと考える。緩和ケア（医療）の目標設定にもその方が良いと思う。

23ページ

緩和ケア研修会も医療提供体制そのものであり、「各治療法」に新たに設ける「緩和ケア（医療）」の中に記載する方が良いと考える。

35ページ（と18~19ページ）

小児・AYA世代と高齢者のがん対策が「医療の提供」の中で（3）小児・AYA世代、（4）高齢者、（5）ライフステージ（①小児・AYA世代、②高齢者）とする項目立ては読む人にとって理解しにくいであろう。それぞれ1箇所にとめるのが良いと考える。例えば、（3）小児・AYA世代、（4）高齢者をのこり（5）ライフステージは削除して、（3）と（4）に「ライフステージ」の用語を説明しての記載にしてはどうか。さもないければ、（3）ライフステージ（小児・AYA世代）、（4）ライフステージ（高齢者）とするか。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

石岡 千加史

(続き)
40ページ
人材育成について、「人員が不足し、さらに病院間、地域間格差の要因の1つ」とあるが、その例外の要因も記載すべき。「がん医療の現場を担う人員が不足しており、がん医療を担う人材育成の病院間、医療機関格差が患者（国民）に提供される医療の病院間、地域間格差の要因となっている」とより課題を明確にしてはどうか。この格差の現状に関連して、「各治療法」同様に外科医、放射線治療医、腫瘍内科医など主要な治療の担い手の不足を記載する必要があると考える（第83回協議会で石岡が資料で説明したデータがその根拠）。新しく記載される「関連学際領域」については何を指すか理解を容易にするため「腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学などのがん関連学際領域」のように具体例を付記してはどうか。

46ページ
デジタル化の推進に必要で重要な項目に「オンライン診療」の推進があるはず。集約化と均てん化に必要な「オンライン診療」の推進を記載して欲しい。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
基本的にはロジックモデルの導入に賛成である。指標については、十分吟味する必要があるが、健康日本21で「健康格差の縮小（・・・都道府県格差の縮小）」があり、これを種々の指標に取り入れるのが良いと考える。具体例としては、「これらを支える基盤」の人材の育成に関して、石岡が過日この協議会で示したように格差は数値化が容易であり、客観的な指標として時系列で評価することが可能である。なお、アウトプット指標も「中間アウトプット」を入れてはどうか。

黒瀬 巖

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
目標・評価指標の設定について、提案に賛成。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
ロジックモデルの作成の考え方、指標の設定について賛成。

谷口 栄作

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
○評価指標に活用する統計データや調査結果等については、継続的な調査計画のもと、きちんとした評価が可能な調査であることが重要。また、患者や遺族に関する調査については、国が拠点病院等で治療した患者や遺族から直接回答を収集する仕組みを検討することが必要ではないか。

【資料 2 - 2】
○6ページ目 受診率向上対策について：「市町村及び検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど・・・」とあるが、このような従来の周知方法に加えて、SNSやマスメディアの活用など、必要な人に直接情報が届く新たな周知方法についても記載が必要ではないか。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

谷口 栄作

(続き)

- 11ページ目 チーム医療の推進について：「都道府県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制について議論を行う」とある。適切な治療へのアクセス、相談対応、共生に向けた社会資源へのアクセスなどの確保の均てん化を図るために、都道府県がん診療連携協議会が中心となった都道府県の連携ネットワークの構築に加え、より住民に近い立場での連携体制として、地域がん診療連携拠点病院が中心となった地域（医療圏など）での連携ネットワークの構築が必要ではないか。
- 20ページ目 高齢者のがん対策：高齢者のほか、知的障がい者や精神障がい者など意思決定が困難な患者への支援について、どこかに記載が必要ではないか。
- 42ページ目 がん教育及びがんに関する知識の普及啓発：学校教育だけでなく、生涯教育の観点においても記載が必要ではないか。

土岐 祐一郎

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

- 予防P5：受診率の個人単位での把握について、マイナンバーの活用などももう少し具体的に書いても良いのではないかと。
- 医療p9：均てん化から集約化に転換するためには、診療へのアクセスなどの地域格差の実態を都道府県に任せるのではなく、国として把握する必要があるのではないかと。
- 医療p16：希少がんと難治性がんは分けた方がよいのではないかと。難治性がんというカテゴリーは成立しにくくなっていると感じる。
- 医療p19：高齢者については年齢一律ではなくフレイルや機能評価を判断材料にして進めない医療として適応の決定が困難である。
- 共生p26：情報提供は科学的根拠（ガイドラインや保険適応）と研究段階（治験や臨床研究）だけなのか？ p39にもあるように臨床研究の情報提供がまず第一であるが、標準治療の終了というのが、多くのがん難民を生んでいる現況を考えると、自費診療など少しでも可能性のある情報が欲しいという心理もよくわかる。非常に難しい問題である。
- 基盤p39：上記に関連するが、患者への臨床研究の情報の提供を拠点病院が行うのは困難ではないかと。国立がん研究センターか関連学会が行うべきであると思う。
- 基盤p40：人材育成については、がんプロや高度医療人育成など文部科学省との連携が行われており、今後も推進されると思う。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

- 基本：がん医療とは、「がんの治療」と「症状の緩和」に大別されると感じています。分野別アウトカムに加えることは可能か？
- 医療均てん化：分野別アウトカムに医療圏、都道府県を超えて治療を受けた患者の割合を患者体験調査で調べられないか？
- 医療各治療法：1-1鏡視下手術の割合は古すぎる指標ですので、ロボット支援手術を行っている施設の割合が良いと思います。

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

中釜 齊

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

- 「第 2 分野別施策と個別目標 2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供」において、「（5）新規医薬品・医療機器及び医療技術の速やかな医療実装・患者還元」の項目追加が必要ではないか。近年医薬品・医療機器などの開発が加速化しており、例えば、全ゲノム解析等においても速やかな患者還元が求められており、患者申出療養（受け皿試験）、がんゲノム中核・拠点病院を中心とした臨床試験、適応外使用などが「研究」的な要素は含みつつ、速やかな患者還元につながっている。実臨床と一体となった臨床ネットワーク基盤の構築の推進が一層必要であり、単に「研究開発」ではなく「医療実装」を同時に実施することが必要不可欠である。
- 医薬品・医療機器の開発、治験の推進に関する項目については、医療に還元されるべき事項であることから、「がん医療の提供」の分野に記述するべきではないか。ゲノム医療等の研究開発促進に資する取組が、研究にとどまらず、治験等の取組を通じて確実に臨床現場へ還元されるように、希少がん、小児がん、難治性がんに対する医療提供体制の中で議論されるべきではないか。
- 社会連携における地域の医療機関と拠点病院の連携については、がんの予防、診断初期（両立支援等）から、治療中の併診や支援、治療後のサバイバーシップ支援、長期フォローアップ、緩和ケアなど、経過に沿ってがん患者に関与していくことを示していくべきではないか。
- 緩和ケアを含むがん患者・経験者の長期フォローアップや高齢がん患者の支援等において、拠点病院と地域の医療・介護施設等の一層の連携強化が求められる。医療・介護の提供体制においては、「拠点病院完結型」から「連携強化型」、さらには「地域完結型」を含め、地域や疾患の特性を考慮したレジリエントながん診療提供体制の構築を進めるべきではないか。
- 都道府県におけるがんの医療提供体制の均てん化と集約化の議論を進めていく上で、都道府県拠点病院連絡協議会の体制強化が必要ではないか。
- デジタル化の推進については、新型コロナウイルス感染症のような公衆衛生上の緊急事態に対応できるよう、がん検診や医療等の受療状況やがんの罹患数等について、リアルタイムで把握できる仕組みの構築が必要ではないか。
- 検診受診率の向上、がんに関する情報提供など、これらの目標値を達成するためのアプローチ（戦略）等に関して、「普及・実装科学」の必要性和強化・推進について触れてはどうか。設定された目標を実現するための「作業仮説」に基づき、「実証」を行い、その成果を国民の行動変容につなげる「実装科学の推進」は極めて重要と考える。
- 臨床研究基盤の整備・薬剤の開発において対象患者の絞り込みが進み、肺がんのような患者数が多い対象であっても、特定の遺伝子変異などを対象とするため少数のフラクションを前提とした開発体制の整備が不可欠ではないか。この際、患者負担の軽減の観点から、オンラインでの外来フォローアップや治験参加の同意についてe-コンセントを活用するなど、治験や医師主導治験に参加しやすい環境を整えてはどうか。
- 企業開発が困難な場合にも、医師主導治験で開発するための公的予算・研究費の増額、公的な継続的実施基盤の整備が必要。特に受け皿試験については、治療手段がない患者にとっての最後の砦でもある重要な臨床試験であり、一層の拡充が必要ではないか。
- C-CATのがんゲノム情報レポジトリーは公的に管理された貴重なデータである。一層利活用が進むようにNDBをはじめとする医療介護データ等解析基盤等への連結について、がん登録とともに検討を進めてはどうか。

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

樋口 麻衣子

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について

(2)がんの2次予防

①受診率向上対策について

まずは実態が分からなければ対策がうてないため、国は、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することが出来る方法を推進するべく動いて頂きたいです。

③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとありますが、身体的、費用的負担もあることからまず効果があると見えてきてから導入されるべきではないでしょうか。

(1)がん医療提供体制等

④がんのリハビリテーションについて

効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の整備とは外来リハの概念も含まれるのでしょうか？治療は外来がメインになってきているため推進するためにも外来リハビリという単語を入れ、診療報酬を含めた体制について考えていただきたいです。

(2)希少がん及び難治性がん対策

○地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を進めるとありますが、希少がんに関しては地域により体制やリソースの差があります。拠点病院との連携ではなく地域だけでは解決せず中央機関との連携、コンサルテーションの仕組みが重要となると考えます。

○治療法の開発のための研究を引き続き推進するとありますが、希少がんなどは企業治験を行なうのが困難で研究自体を起こすことが難しいです。研究を行ないやすいように費用補助や実施機関へのインセンティブなどを通して研究の環境を支援していただきたいです。(小児がんの研究にも言えます)

(3)小児がん及びAYA世代のがん対策

地域の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方に係る検討を進めるとありますが、検討を進める以前に日本の患者の晩期合併症に関するデータがありません。まずは日本のデータを集め、それを基にヘルスケアプロバイダーや患者が活用出来るようなガイドラインやケアプランを整備し、医療者に対する研修を検証して患者への情報提供のあり方を考えていただきたいです。

(4)高齢者のがん対策

地域の医療機関及び介護施設等との連携体制の整備とありますが、それだけではなく、その都度患者の心身の状況をスクリーニングしつつ家族を含めて状況を確認しながら治療を設定し、介護保険の利用実態を把握した上で必要ならば患者の状態に応じて地域包括とがん医療の連携を強化し生活を整えることが必要と考えます。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

樋口 麻衣子

- (続き)
- (1)がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ①緩和ケアの提供について
診断時から一貫して行なわれる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、とありますが現在も診断時からの緩和ケア。ということが言われていると思います。しかし苦痛が取れていない現状があり、より発展させるために治療変更時、再発時、機能低下時など必要なタイミングでのスクリーニングと現状の評価を行なうことを取り入れていただきたいです。
- (2)相談支援及び情報提供
- ①相談支援について
持続可能な相談支援体制のあり方等について検討とありますが、現在何かあったら相談支援センターへという体制になってきています。そのような体制にするからには現状以上の人数配置が必要と考えます。人材確保について言及して頂きたいです。
- (4)がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
- ②アピアランスケアについて
医療従事者や地域の関係者等が正しい知識を身につけられるようとありますが、必要なのは地域の関係者ではなく、まずは患者が正しい知識や支援を得られることです。あくまでも患者主体です。患者は適切な情報が得られれば自分で対処できます。そのためにも、病院の医療者が知識を習得し患者に伝え心理的な支援を含めて関わりつつ必要な場所につなぐ仕組みが整うようにする必要があると考えます。
- (5)ライフステージに応じたがん対策
- ①小児・AYA世代について
小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について検討する。と有りますが、研究ではすでに在宅療養のニーズが多くあっても利用できない環境があります。現在地域により支援の差があるため、格差の是正を行なって頂きたいです。

久村 和穂

- 資料 2 - 2 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
- 次期基本計画におけるロジックモデルの活用や基本計画の骨子等について特に異論はないが、計画（案）の3頁「全体目標及び分野別目標」について以下の2点を検討していただけたらと考える。
- 3-4行目「様々ながんの病態に応じて、いつでもどこに居ても、**誰もが**安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、」（*下線部を追加）としては如何か。「いつでも」（診断時から）、「どこでも」（地域格差の縮小）に加えて、「誰もが」と明記し、患者の経済・雇用状況、家族状況、障害の有無、年代・性別、文化的背景等に関係なく（患者特性による格差の縮小）、誰もが安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること、即ち、誰一人取り残さない（leave no one behind）、**包摂性・多様性**といった価値を全体目標の中で示すことができたなら良いのではないかと考える。同様に、3頁下から3行目「**全ての**がん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、」と下線部を追加すると一貫性のある内容になると考える。
- (続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

久村 和穂

(続き)

- 下から4行目「医療・福祉・介護・産業保健・就労・**教育**支援分野等と連携し、効率的な保健・医療・福祉サービスの提供や、就労・**教育**支援等を行う仕組みを構築することで、」(*下線部を追加)としては如何か。次期がん対策において小児・AYA世代のがん対策として教育支援の充実は重要な個別施策の1つであり(35-36頁に記載)、就労と併せて教育支援も分野別目標の中で明記すべきと考える。
 - 計画(案)12-13頁「⑤支持療法の推進について」の後、または、15頁の最後に「緩和ケア(医療)の推進」に関する内容を含める必要がある。
 - 計画(案)33-34頁「④その他の社会的な問題について」では、がんに対する偏見の問題が主に記載されているが、本邦の多くのがん患者が困っていて支援を必要としている社会的問題の1つは**経済的問題**であるため1、関連する患者体験調査のデータ(例:問18.治療費負担のためにがん治療を変更・断念した人、問19.金銭的負担が原因で生活に影響があった人)を含めて記載し、個別目標・アウトカム指標を設定してはどうかと考える。また、東京都保健福祉局の調査2によれば、がん患者で傷病手当金を利用した者は31.5%、「知らなかったために利用せず」が39.5%という報告があり、可能であれば、将来的にがん患者にとって有用な社会保障制度(例:障害年金、介護保険)の捕捉率についても中間アウトカム指標として用いて、モニタリングしていけたらと良いのではないかと考える。
 - 計画(案)48頁:「**家族等**」「**がん患者やその家族等**」「**がん患者とその家族等**」と記載していただくと良いと考える。本邦では同性婚や夫婦別姓が公的に認められていないこともあり、様々な事情から患者の「家族」「遺族」にはなれない方がいる。実際に患者を生活面・心理面を実際に支えている方が必ずしも法律上の家族や血縁者ではなく、パートナー・友人・後見人である方も少なくないため、**患者にとって家族と同様に大切な人々への配慮**が必要と考える。今後は独居者、生涯独身の方、身寄りのない方も増加することも予想される。「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省、平成30年3月改訂)では「**家族等**」という表現が使われており、次期基本計画でもこの表現に合わせると良いと考える。
1. Hisamura K, Matsushima E, Tsukayama S, Murakami S, Motoo Y. An exploratory study of social problems experienced by ambulatory cancer patients in Japan: Frequency and association with perceived need for help. *Psycho-Oncology* 27(7):1704-1710, 2018.
2. 東京都保健福祉局、「がん患者の就労等に関する実態調査」報告書(平成26年5月)

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

- 次期基本計画におけるロジックモデル作成の基本的な考え方について特に異論はないが、ロジックが分かりづらい部分もある。例えば、資料2-4「患者本位で持続可能ながん医療の提供 3. がん医療提供体制等」の分野別アウトカムと最終アウトカムのロジックが分かりづらい。この分野の最終アウトカム指標は、死亡率・生存率だけではなく、「**患者本位**」の医療が提供されたかを評価する必要もあり、患者体験調査「問23. がんの診断・治療全般に関する総合的な評価の平均点」「問20-10. これまで受けた治療に納得している人」といった**患者報告アウトカム**(PRO)も含めるべきではないかと考える。ただし、このようなロジックの組み立てについては様々な考え方があるため、各分野についてしっかり議論して合意する必要があるだろう。
- がん罹患率、生存率、死亡率等については地域格差の評価指標として活用可能と考えられるため、地域別データの最高値と最低値のギャップを「がん医療の均てん化」に関する中間アウトカム指標として採用することを検討してはどうかと考える。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
久村 和穂	<p>(続き)</p> <p>○「尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築」「地域共生社会の実現」を評価するにあたっては、格差縮小の視点を取り入れることを検討していただけたらと考える。中間・最終アウトカム指標として用いる患者体験調査のデータについて、性別・年代・地域・がん腫の他、所得・雇用状況・婚姻状況・教育歴等のサブグループ解析を行い、がん情報、緩和ケア、ピアサポートを含む心理社会的支援等が届きやすく、苦痛を抱えやすい集団を特定し対応することで、格差縮小に取り組むことも可能ではないかと考える。</p>
前田 留里	<p>資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について</p> <p>2. (1) がん医療提供体制等</p> <p>○ P10 感染性のまん延や災害等の状況下においても必要ながん医療ができるよう、「薬の安定供給」についても言及が必要ではないでしょうか。</p> <p>○ P10 標準治療が限られている希少がんや難治性がんについては初回治療から遺伝子パネル検査が保険で受けられるよう、ゲノム医療の活用を広げて頂きたい。</p> <p>○ P12-13 副作用後遺症対策として、容易に相談できるだけでなく他科（循環器等）の受診へつなげる連携や理解が必要。</p> <p>○ P14 妊孕性温存についての情報提供は「診断時等の早期」においてが重要で、対象年齢のすべての方へ挙児希望の確認や支援の説明ができる体制が必要。</p> <p>3.(5) ライフステージに応じたがん対策</p> <p>○ P35-36 AYA世代の終末期の支援制度について、自治体の実態把握を行い、地域差をなくすような文言にしていきたい。</p> <p>4.(2) 人材育成</p> <p>○ P40 専門的な研修の中にコミュニケーションスキル研修も一緒に入れるなど普及に努めていただきたい。</p>
松田 一夫	<p>資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について</p> <p>第 2 分野別施策と個別目標</p> <p>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～</p> <p>< (2) がんの 2 次予防（がん検診）について ></p> <p>本邦のがん検診は、受診率が低く、精検受診率も低いため、諸外国ほどの年齢調整死亡率減少を達成していない。一番の問題は、市区町村よりも多く行われている職域におけるがん検診に法的な根拠がないことである。そのため正確な受診率が不明で、職域でがん検診を受けられない人が少なからずいる。がん検診を受けにくい状況のままではナッジ理論も効力を発揮しないし、名簿管理がなされなければコール・リコールも効率よく行えない。</p> <p>がん検診の目的は死亡率減少であり、すべての国民が科学的根拠のあるがん検診を受けられなければならない。まず市区町村は、指針外検診を極力止める必要がある。職域におけるがん検診は義務ではないが、現にがん検診を行っている事業所においては、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」に基づいて行うことが従業員の利益につながる。がん検診を行っていない事業所においては、従業員が市区町村のがん検診を受けるため特別休暇を与えて欲しい。</p> <p>(続く)</p>

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

松田 一夫

(続き)
将来的には、職域におけるがん検診を法的に規定し、マイナンバーと紐づけてすべての対象者を名簿管理する組織型検診organized screeningの導入が必要である。受診率の算定をいつまでも国民生活基礎調査に頼ってはいならない。
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～
(2) 相談支援及び情報提供
<② 情報提供について>
正しい情報は、がんとの共生のみならず、一次予防・二次予防、治療、就労支援においても、極めて重要である。がん患者や家族等がアクセスしやすい正しい情報の発信に努める必要がある。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方
<がん検診に関して>
最終アウトカムであるがん死亡率減少を達成するために、がん検診は重要な位置を占める。しかしながら精検受診率等に関するデータソースは専ら地域におけるがん検診である。職域においても地域と同様に結果を収集する仕組みが必要である。受診率は国民生活基礎調査に依らず、プログラムデータとして示せる体制を構築したい。

谷島 雄一郎

資料 2 - 1 第 4 期がん対策推進基本計画（案）の考え方について
【P4 目標・評価指標の設定について（案）】
第4期の全体目標には「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースに、「多様性とWell-being」をキーワードとしたメッセージを入れてはどうか。
ex.第3期全体目標「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。」
↓
第 4 期全体目標案「がん患者を含めた国民すべてが、がんを知り、関わり、一人ひとりのWell-beingを実現する。」

【理由】第 4 期の概要は、第 3 期を基本的には踏襲しつつ、社会の変化と医学の進歩に合わせてアップデートするものと認識している。つまりは、「やるべきこと」と「やれるようになったこと」を、より効率的に、より高い精度で、より適切な指標に基づいて進めていくことであるが、本計画は全国民に関わることであるので、社会変化を捉え、より国民へ伝わりやすい表現で発信すべきである。そして、アップデートすべき社会の変化と医学の進歩の持つテーマは「格差を是正し、誰も取りこぼさない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」であると考え。多様なリソースを最大限活かし、多様な環境に置かれる多様な患者の多様ながんに対応し、それぞれのWell-beingを支える。つまりは、均てん化、集約化、個別化、ネットワーク化、可視化、それらを適切な指標をもとにWell-beingの視点で最適化していく。ただ、患者一人一人と社会全体のWell-beingは異なることもある（ゲノム医療、高額医療、ドラッグロス・ドラッグラグ等は特に）。そこをどう最適化していくか。そのためにもPPIとDXを推進して議論し、具体的に進めていく必要がある。これらは内閣府が掲げる方向性と合致する第4期の特徴であり、社会全体へ発信していくべきメッセージではないかと考える。
(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

谷島 雄一郎

(続き)

【P5 第 4 期がん対策推進基本計画の骨子（案）】

《 2. がん医療の提供部分について》

第 3 期にあった「ゲノム医療」が項目として無くなっているが、様々な分野で関わり言及はされているものの、まだ課題の多い黎明期であるため、**項目として外出し**した方が良いのではないかと。(資料 2 - 4 のロジックモデルには指標が考えられているので項目及び計画本文にもきちんと落とし込みが必要ではないかと)

さらにゲノム医療は項目として独立させたうえで、その中で、「**遺伝子パネル検査の保険適用による検査タイミング、回数の最適化**」について言及し、一人でも多くの患者を、治験をはじめ、治療機会につなげることができるよう、指標を設けて推進いただきたい。

第 3 期にあった「医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組」が項目として無くなっているが、ドラッグラグの解消は進んできたものの、新たなドラッグロス等の問題が表面化してきており、かつ、現在苦しむ患者を治療機会につなげる最も重要な事項であるため、**「新たな医薬品・医療機器の早期開発・アクセス改善・承認し、いち早く患者につなげるための取組」を項目化**してはどうか。

《 3. がんとの共生 (4) がん患者等の社会的な問題への対策 (サバイバーシップ支援) について》

就労同様、就学支援も項目化してはどうか。

資料 2 - 2 第 4 期がん対策推進基本計画（案）本体への意見

(構成について) 第 3 期にあった、各治療法について言及する記載がない。資料 2 - 4 ロジックモデルの P4 「第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等〈各治療法〉」で示されているところを項目別に記載すべきではないかと。

また、計画本体の P10 に「②各治療法」としてまとめるのであれば、資料 2 - 4 ロジックモデルの P4 資料 2 - 4 ロジックモデルの P4 「第 4 期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：4. がん医療提供体制等〈各治療法〉」の箇所に、痛みをとる治療として、緩和治療が含まれるべきではないかと。

P16 「(2) 希少がん及び難治性がん対策 (現状・課題)」に「(3) 小児がん及び A Y A 世代のがん対策」同様に、以下の項目を追記いただきたい。

「希少がん及び難治性がんは治療薬の候補が見つかったとしても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。」

P17 「(2) 希少がん及び難治性がん対策 (取り組むべき施策)」に「(3) 小児がん及び A Y A 世代のがん対策」同様に、以下の項目を追記いただきたい。

「国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等及び関係学会等と連携した研究開発を推進する。」

P17 「(2) 希少がん及び難治性がん対策 (取り組むべき施策)」において、下線部を追記いただきたい。

「国及び都道府県は、患者及びその家族等への情報提供の更なる推進のため、**すべてのがん種について、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者及びその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供と相談支援体制の構築、ガイドラインの作成**を推進する」

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

谷島 雄一郎

(続き)

P18 「(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策(現状と課題)」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。
「国は、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に15 か所の小児がん拠点病院及び2 か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部標準治療が確立していないがん種の集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。」

P19 「(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策(取り組むべき施策)」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。
「国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域や個別の実情に応じた小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップのあり方に関して経験者の実態調査に基づく対策を検討する。」

「国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、国際共同治験への参加の促進も含め、小児がん中央機関、がん診療連携拠点病院、小児がん拠点病院等及び関係学会、企業、規制当局等と連携した研究開発を推進する。」

P22 「(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 ① 緩和ケアの提供について(取り組むべき施策)」において、以下下線部を追記いただきたい。
「国は、拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関において、がん患者の身体的苦痛や、がん患者及びその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者及びその家族にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援をライフステージや個別の状況に応じて提供できるよう、医療従事者への普及啓発策等を含め、必要な体制の整備を推進する。」

P29 「(3) 社会連携に基づくがん対策(取り組むべき施策)」において、以下二重線部を削除してはどうか。→理由：セカンドオピニオンは都道府県内を意識すると選択肢が限定される。(特に希少がん、小児がん)
「拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、都道府県内のセカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討する。」

P31 「(4) がん患者等の社会的な問題(サバイバーシップ支援) ① 就労支援について(取り組むべき施策)」において、現在手薄になっている、非正規雇用や自営業・フリーランスの方々への支援を進めることについても明記いただきたい。

P31 「(4) がん患者等の社会的な問題(サバイバーシップ支援) ① 就労支援について(取り組むべき施策)」において、助成金等の支援策について、自治体先行事例について検証し、アップデートを加えて取り入れることの検討についても言及いただきたい。

P34 「(4) がん患者等の社会的な問題(サバイバーシップ支援) ④ その他の社会的な問題について(現状・課題)」において、以下下線部を追記いただきたい。(医療費介護費用など支援の少ない20代30代および高齢者は経済的にも脆弱であることが知られているため)
「がん患者における社会的な問題として、ライフステージや離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題等が指摘されている。」

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名

事前意見

谷島 雄一郎

(続き)

P36 「(5) ライフステージに応じたがん対策 ① 小児・AYA世代について(現状・課題)」において以下下線部を追記いただきたい。
「さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅で過ごすことを希望している中、**小児がんの在宅医療の環境や質は地域格差が大きく、また、**AYA世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、その費用に対する負担が大きいことが指摘されている。これに対して、独自の支援を行っている地方公共団体も複数存在しているが、その実態については明らかではない。」

P36 「(5) ライフステージに応じたがん対策 ① 小児・AYA世代について(取り組むべき施策)」において、以下下線部を追記いただきたい。

「国は、教育支援の充実に向けて、**医教連携コーディネーター等を活用し**医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に**教育を必要とするすべての患者、きょうだい**が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、情報技術(ICT)を活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

「国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が構築できるよう、**小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院、地域の医療機関と連携をする体制を整備し、小児・AYA世代のがん経験者の医学的実態に応じたがん検診と、小児がん経験者の人間ドック提供体制の整備等を含め**医療・支援のあり方について検討する。

P36 「(5) ライフステージに応じたがん対策 ①小児・AYA世代について(取り組むべき施策)」において、二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。

「国は、小児・AYA世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、**診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備及びピアサポーターの活用**について検討する**進める**。」

P44 「(4) がん登録の利活用の推進(取り組むべき施策)」において、「**がん登録情報を国民に開かれた情報として、医師・研究者の治療開発にも、患者の治療選択にも活かせる形での公開を検討する**」ことを追記いただきたい。

P46 「(6) デジタル化の推進(取り組むべき施策)」において、以下二重線部を削除し、下線部を追記いただきたい。(小児においてはタブレット端末の長時間視聴に対する健康への影響が懸念され、また高齢者においてはオンライン利用が可能でない場合があり、情報弱者となりうるため)

「国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、PHRの推進、現況報告書のオンライン化、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、デジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進**とその影響や配慮**について検討する。

資料 2 - 3 第 4 期がん対策推進基本計画ロジックモデル作成の基本的な考え方

《治療や施策が必要とする患者に確実に届くように》

状況並びに患者ニーズ(潜在的なものも含む)両方の観点から、それが必要とされる患者がどれだけいて、そこにどれだけちゃんと届いているかという視点を重視していただきたい。

(続く)

資料 2 - 5 第 4 期がん対策推進基本計画（案）について 事前にいただいたご意見

委員氏名	事前意見
谷島 雄一郎	<p>(続き) 緩和ケアについて どれだけの患者が、診断時から緩和ケアについて説明を受け、希望し、つながることができたのか。</p> <p>資料 2 - 4 P3 3. がん医療提供体制等<医療提供体制の均てん化・集約化> 「がんゲノム医療」において、標準治療終了（終了見込み含む）の患者が、どれだけパネル検査を受けることができたのか。</p> <p>《Well-being及びサバイバーシップの視点を組み込む》 生存率同様に、Well-being及びサバイバーシップ視点での指標を設け、その向上を目指してはどうか。 さらに、そのための調査方法及び、項目の作成に患者・患者家族の声（PPI）をより取り入れることとしてはどうか。</p> <p>《その他検討が必要と考える項目》 資料 2 - 4 P4 4. がん医療提供体制等<各治療法> 「放射線療法」において、緩和的放射線療法についての項目あっても良いのではないか。 「免疫療法」において、科学的根拠に基づかない治療の減少についての評価が必要ではないか。 「病理診断」において、病理の誤りの減少や中央病理診断との連携についての指標が必要ではないか。</p> <p>小児や希少がんをはじめ、治療開発に関してのロジックモデルも評価指標に加えるべきではないか。米国か欧州で承認され、日本未承認であるがん領域の医薬品については0を目指していただきたい。</p>