

第86回がん対策推進協議会 議事次第

日時：令和4年11月30日(水)13:00～16:00

WEB開催

議事次第

1 開会

2 議題

- (1) 第4期がん対策推進基本計画案について

【資料】

- 資料1 第4期がん対策推進基本計画(案)
- 資料2 第4期がん対策推進基本計画全体目標について
- 資料3 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4 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 阿久津委員提出資料

第86回がん対策推進協議会	資料1
令和4年11月30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	5
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	5
(1) がんの1次予防	5
① 生活習慣について	5
② 感染症対策について	7
(2) がんの2次予防（がん検診）	10
① 受診率向上対策について	10
② がん検診の精度管理等について	11
③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について	12
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	15
(1) がん医療提供体制等	15
① 医療提供体制の均てん化・集約化について	15
② がんゲノム医療について	16
③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について	16
④ チーム医療の推進について	19
⑤ がんのリハビリテーションについて	19
⑥ 支持療法の推進について	20
⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進	21
⑧ 妊孕性温存療法について	25

(2)	希少がん及び難治性がん対策	27
(3)	小児がん及びAYA世代のがん対策	29
(4)	高齢者のがん対策	31
(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	32
3.	尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	33
(1)	相談支援及び情報提供	33
①	相談支援について	33
②	情報提供について	35
(2)	社会連携に基づくがん対策	37
(3)	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）	39
①	就労支援について	39
②	アピアランスケアについて	41
③	がん診断後の自殺対策について	42
④	その他の社会的な問題について	42
(4)	ライフステージに応じたがん対策	45
①	小児・AYA世代について	45
②	高齢者について	46
4.	これらを支える基盤の整備	48
(1)	全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進	48
(2)	人材育成の強化	50
(3)	がん教育及びがんに関する知識の普及啓発	52
(4)	がん登録の利活用の推進	54
(5)	患者・市民参画の推進	55
(6)	デジタル化の推進	56
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...	57
1.	関係者等の連携協力の更なる強化	57

2.	感染症のまん延や災害等を見据えた対策.....	57
3.	都道府県による計画の策定.....	57
4.	がん患者を含めた国民の努力.....	58
5.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....	58
6.	目標の達成状況の把握.....	59
7.	基本計画の見直し.....	59

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 力年総合戦略」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、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第 1 期基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。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、AYA（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在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、誰もが、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「がんとの共生」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、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

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、がんの罹患率を減少させる。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、がんの死亡率の減少を実現する。

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ことで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少を目指す～

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。

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ことで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

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・教育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・教育支援等を行う仕組みを構築することで、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、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し、それにより全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

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、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

(1) がんの1次予防

① 生活習慣について

(現状・課題)

がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣など、様々なものがある。

生活習慣の中でも、喫煙は、種々のがんのリスク因子となっており、がんにも大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要である。

また、平成28（2016）年8月に取りまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書¹」の中で、我が国では、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間1万5千人を超えることや、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。

我が国においては、これまで、スマート・ライフ・プロジェクト²や5月31日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率0%を目指した取組や、健康増進法（平成14年法律第103号）

¹ 厚生労働省健康局長の下に開催した「喫煙の健康影響に関する検討会」において、平成28（2016）年8月に取りまとめた。

² 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

の改正により受動喫煙防止を実施してきた。

成人喫煙率、未成年者の喫煙率、妊娠中の喫煙率及び望まない受動喫煙の機会を有する者の割合についてはいずれも改善傾向にある³。一方で、成人喫煙率については令和元（2019）年で16.7%であり、令和4（2022）年度までに12%とする目標達成には改善が不十分であった。

飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣については、「健康日本21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきた。「国民健康・栄養調査」によると、平成22（2010）年と比較し令和元（2019）年では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者⁴の割合は、男性では横ばい、女性では増加しており⁵改善が必要である。また、運動習慣のある者⁶の割合は横ばい、食塩摂取量は男性では減少、女性は減少していたが平成27（2015）年以降は横ばい、野菜・果物の摂取量については悪化しており⁷、これらについても更なる改善が必要である。

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラ

³ 平成29（2017）年（（ ）内は平成22（2010）年の数字）の厚生労働科学研究補助金による研究班の調査によると、未成年の喫煙率は、中学1年生男子：0.5%（1.6%）、中学1年生女子：0.5%（0.9%）、高校3年生男子：3.1%（8.6%）、高校3年生女子：1.3%（3.8%）となっている。また、令和元（2019）年（（ ）内は平成22（2010）年の数字）の厚生労働省の調査によると、妊娠中に喫煙した者の割合は2.3%（5.0%）となっている。さらに、令和元（2019）年の「国民健康・栄養調査」によると、受動喫煙の機会を有する者の割合は、行政機関：4.1%（16.9%：平成20（2008）年）、医療機関：2.9%（13.3%：平成20（2008）年）、家庭：6.9%（10.7%：平成22（2010）年）、飲食店：29.6%（50.1%：平成22（2010）年）となっている。また、平成30（2018）年度（（ ）内は平成23（2011）年度の数字）の「労働安全衛生調査（実態調査）」によると、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合は、71.8%（64%）となっている。

⁴ 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者をいう。

⁵ 令和元（2019）年（（ ）内は平成22（2010）年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合は、男性で14.9%（15.3%）、女性で9.1%（7.5%）となっている。

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

⁷ 令和元（2019）年（（ ）内は平成22年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、運動習慣のある者の割合は、20～64歳男性で23.5（26.3）%、20～64歳女性で16.9（22.9）%、65歳以上男性で41.9（47.6）%、65歳以上女性で33.9（37.6）%、食塩摂取量は、20歳以上男性で10.9（11.4）g、20歳以上女性で9.3（9.8）g、野菜の摂取量は281（282）g、果物の摂取不足の者の割合は63.3（61.4）%となっている。

ン」に沿った取組を引き続き推進する。

拠点病院等は、地域におけるがん対策を牽引する立場から、地域へのがんの予防に関する普及啓発を実施するとともに、必要に応じてがん相談支援センターが窓口となり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備する。

② 感染症対策について

(現状・課題)

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

子宮頸がんの年齢調整罹患率⁸は、平成17（2005）年は、人口10万人あたり10.3であったものが、平成22（2010）年には15.3、平成27（2015）年には12.8と増加傾向にある。子宮頸がんの発生原因の多くがHPV感染であり、子宮頸がんの予防のためには、HPV感染への対策が必要である。

HPVワクチンについて、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく個別の接種勧奨を令和4（2022）年4月から実施している。また、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、令和4（2022）年度から3年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。また、令和5（2023）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（2023）年4月から9価HPVワクチンの定期接種を開始することとしている。

⁸ 「年齢調整罹患率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で罹患率を比較したり、同じ集団の罹患率の年次推移を見るため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した罹患率をいう。

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

肝炎ウイルス検査の受検率は増加傾向である⁹。また、地方自治体で行っている肝炎ウイルス検査では、HBs抗原・HCV抗体陽性率が経年的に低下している傾向が認められた¹⁰。

B型肝炎の予防接種については、平成28(2016)年10月から予防接種法に基づく定期接種に位置付けられ、接種率は、平成29年度以降、いずれの年も9割を越えている¹¹。

HTLV-1について、国は、平成22(2010)年に取りまとめられた「HTLV-1総合対策」に基づき対策を進めている。また、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。)において、HTLV-1の実態把握と感染メカニズム解析やHTLV-1の検査法の改善等に関する研究を行っている。

胃がんの年齢調整死亡率は、人口10万人あたり40.1(昭和50(1975)年)から10.1(平成27(2015)年)へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第3位となっており、引き続き対策が必要である。ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であるかは、明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている。

(取り組むべき施策)

国は、令和4(2022)年4月に再開したHPVワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、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

⁹ 平成29年(平成23年)の「肝炎ウイルス検査状況等実態把握調査」によると、B型肝炎ウイルス検査受検率は71.0%(57.4%)、C型肝炎ウイルス検査受検率は61.6%(48.0%)となっている。

¹⁰ 令和元(2019)年度の「地域保健・健康増進事業報告(健康増進編)」及び「特定感染症検査等事業実績報告」によると、HBs抗原陽性率は0.54%、HCV抗体陽性率は0.25%となっている。(平成23(2011)年度「特定感染症検査等事業実績報告」：HBs抗原陽性率0.87%、HCV抗体陽性率0.60%)

¹¹ 予防接種の接種者数については、毎年、「地域保健・健康増進事業報告」において調査を行い、厚生労働省のHP(<https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html>)にて公表している。

外の推移を把握し、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する。また、令和5（2023）年4月の9価HPVワクチンの定期接種の開始に向けた準備を進める。

国は、肝炎の早期発見・早期治療及びそれによる肝がんの発症予防のため、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進する。また、B型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を、引き続き推進する。

国は、感染予防対策を含めたHTLV-1総合対策等を引き続き推進する。

国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリの除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

【個別目標】

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善（リスクファクターの低減）については、「次期国民健康づくり運動プラン」で定める目標値の達成を目指す。また、HPV、肝炎ウイルス、HTLV-1といった発がんに関与するウイルスや細菌への感染の減少を目指す。

(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¹²。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¹³。

また、がん検診を受けた者のうち、30～60%程度¹⁴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

¹² 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。)

¹³ 厚生労働行政推進調査事業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)

¹⁴ 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。

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、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、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であり、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¹⁵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。

¹⁵ 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」

【個別目標】

がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率については、90%を目指す。

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ことで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少を目指す～

(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、病理診断、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を新たな要件として盛り込んだ。さらに、適切な病理診断を速やかに提供するため、全ての拠点病院等に、病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を配置することとした。

(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、他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国は、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進する。

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。

② がんゲノム医療について

(現状・課題)

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、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、平成 30 (2018) 年 6 月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始した。

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医療提供体制の整備等を引き続き推進するとともに、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠の収集に引き続き取り組む。

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

(ア) 手術療法について

(現状・課題)

国は、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を

中心に、適切な実施体制の整備や専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を行ってきた。また、鏡視下手術等の低侵襲な手術療法の普及を進め、ロボット支援下手術等の新しい治療法についても保険適用が拡大されるなど、手術療法の充実が図られてきた。

一方で、手術療法の高度化に伴い、全ての施設で対応が難しいようなものについては、医療機関間で連携し、地域の実情に応じて集約化を行う等、手術療法の連携体制の整備が必要である。

(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かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づき、ロボット支援下手術を含む鏡視下手術等の高度な手術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。

(イ) 放射線療法について

(現状・課題)

国は、がんに対する質の高い放射線療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、適切な実施体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置、リニアック等の機器の整備を行ってきた。また、強度変調放射線治療（IMRT：Intensity Modulated Radiation Therapy）や核医学治療（RI：Radioisotope 内用療法等）等の新しい放射線療法について、保険適用が拡大されたほか、それらに対応できる放射線治療病室の整備に向けて、診療報酬上の要件を見直す等、取組を進めてきた。

拠点病院等のうちIMRTを実施している割合は増加している¹⁶が、更なる推進に向けては、放射線療法を担う専門的な医療従事者の育成が課題とされている。

また、有効性が認められた一部のがん種については、粒子線治療が保険診療下で実施されており、今後は安全性・有効性等の検証を進めるとともに、粒子線治療施設の効率的かつ持続可能な運用について検討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放射線療法を受

¹⁶ 平成30（2018）年度の現況報告書によると、IMRT加算を取っている拠点病院等の割合は、52.2%、令和元（2019）年度の現況報告書によると、57.8%となっている。

けられるよう、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供について、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、関係学会等と連携し、粒子線治療等の高度かつ特殊な放射線療法の提供体制の在り方について検討する。

(ウ) 薬物療法

(現状・課題)

国は、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、継続的にレジメン¹⁷を審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を行ってきた。また、免疫チェックポイント阻害薬や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法について保険適用が拡大されたほか、外来での薬物療法の拡大が進められてきた。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や新しい薬物療法の普及に伴う、新たな副作用や学際領域への対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間における差の改善が求められている。

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、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が、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ている。特に、近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法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かつ安全な薬物療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物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、薬物療法等に関す

¹⁷ 「レジメン」とは、薬物療法における薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画をいう。

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。

④ チーム医療の推進について

（現状・課題）

患者やその家族等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。

⑤ 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^{えん}嚥下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。

⑥ 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。

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の、一定の割合で実施されている¹⁸。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

¹⁸ 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。

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¹⁹。

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」²⁰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。

⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（ア）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

¹⁹ 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」

²⁰ 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。

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、患者やその家族等のQOLの向上を目標とするものである。

国は、令和3（2021）年から「がんの緩和ケアに係る部会」において、緩和ケアに係る課題及び取組について議論を行うとともに、診断時の緩和ケアを実践するポイントを整理したリーフレット²¹や、診断時の必要事項についての説明文書²²、専門的な治療の活用を含む対応のポイントを整理したリーフレット²³を作成し、がん診療を行う全ての医療機関等に対し周知を行った。

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。

現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は増加傾向が見られた一方、年間新規介入患者数が50件未満の拠点病院等も依然として存在している。また、現況報告書では、依頼件数等の数的な評価しかできず、緩和ケアチームの技術や提供されるケアの質を評価するための方策を検討する必要がある。

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もの、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。

さらに、拠点病院等で実施されている緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施し、緩和ケアの質の向上を図る必要があることが指摘されているが、その具体的な方策や実効可能性等に課題がある。

²¹ 「診断時の緩和ケア」（第3回がんの緩和ケアに係る部会（令和3年11月5日）において作成（<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950864.pdf>））

²² 「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（第3回がんの緩和ケアに係る部会（令和3年11月5日）において作成（<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf>））

²³ 「痛みへの対応について」（第5回がんの緩和ケアに係る部会（令和4年4月13日）において作成（<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950866.pdf>））

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²⁴。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²⁵、更なる緩和ケアの充実が必要である。一方、拠点病院等におけるがんの治療が終了した患者について、他院への転院や在宅への移行など、終末期医療の個々の経過については、明らかではない。

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等を進めている²⁶。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²⁷、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医療機関において、がん診療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者や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の個別の状況に応じた適切な対応が、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、がん患者やその家族等にとって、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、緩和ケアチームとの速やかな連携など、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する

²⁴ 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。

²⁵ 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。

²⁶ 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。

²⁷ 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。

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^{23, 24}等を含め、必要な体制の整備を推進する。

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、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関と連携した、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の整備を推進する。

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。また、拠点病院等は、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに、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²⁵及び実施体制の整備を進める。

国は、入院だけでなく外来等における専門的な人材の配置等、緩和ケアの充実について検討する。

国は、緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策について、研究を行い、研究結果を踏まえ検討する。

国は、緩和ケアチームにより提供されるケアの質の向上のため、専門的な緩和ケアの質の評価等の方策について研究を行う。また、患者体験調査や遺族調査等により、患者やその家族等に、適切な緩和ケアが提供されているかどうかを、引き続き定期的かつ継続的に把握する。

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。また、拠点病院等における治療が終了した後の患者について、望んだ場所で適切な治療やケアが受けられるように、他院への転院や在宅への移行なども含め、終末期医療の提供の場や療養場所の決定に至る意思決定や、これらの場所における終末期医療の実態等について研究を行い、その質の向上について検討する。

(イ) 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²⁸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、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、医療用麻薬の適正使用や、専門的な緩和ケアへのつなぎ方等の観点も踏まえ、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し、必要な見直しを行う。

⑧ 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(2018)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

²⁸ 「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。

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】

がん患者が、全国どこにいても、質の高いがん医療を受けられ、がんゲノム医療へのアクセシビリティが確保されていることを目指す。また、質の高い病理診断が速やかに提供され、安全かつ質の高い手術療法、放射線療法、化学療法が適切なタイミングで提供され、さらに免疫療法については、患者自身が治療法を正しく理解した上で提供を受けられるようにする。

安全かつ安心で質の高いがん医療の提供に向けては、医療従事者間及び多職種での連携を強化するとともに、拠点病院等を中心に、がんリハビリテーション及び標準的な支持療法が、必要な患者に適切に提供されるようにする。

国民の緩和ケアに対する正しい認識を促すとともに、身体的・精神心理的な苦痛を抱える全ての患者が、資料²⁴を用いる等により分かりやすい説明を受け、速やかに医療従事者へ相談でき、適切なケア・治療を受けられる体制を目指す。

妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に関する科学的根拠の創出を目指すとともに、がん患者やその家族等が、治療開始前に生殖機能への影響について認識し、適切に意思決定ができるようにする。

(2) 希少がん及び難治性がん対策

(現状・課題)

希少がん²⁹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付け、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³⁰。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、患者やその家族等だけでなく、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。

^{すい}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

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

³⁰ 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。

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に推進することが求められる。

また、希少がん及び難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかった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)

国及び都道府県は、患者や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、患者や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、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究を引き続き推進する。また、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の改善に向けて、課題を整理し、その対応のための方策を検討する。

【個別目標】

希少がん患者及び難治性がん患者が、必要な診療情報にアクセスでき、そこから速やかに適切な医療につながれることを目指す。

(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等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、患者や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在り方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

【個別目標】

小児がん患者及びAYA世代のがん患者やその家族等が、悩みを相談できる支援つながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに小児がん領域での研究開発を進める。

(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。³¹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³²。

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³³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、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進する。

【個別目標】

多職種での連携を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられることを目指す。

³¹ 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)

³² 令和元(2019)年度「全国がん登録 罹患数・率 報告」

³³ 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)

(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

(現状・課題)

がん研究により、医薬品、医療機器及び医療技術の開発を加速させるとともに、それらの速やかな医療実装が求められている。

先進医療の実施に当たっては、平成 26 (2014) 年に「最先端医療迅速評価制度」を創設し、評価の迅速化・効率化に取り組んでいる。また、平成 28 (2016) 年 4 月には、国内未承認の医薬品等を、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に、「患者申出療養制度」を創設した。さらに、平成 27 (2015) 年より、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品、医療機器等の迅速な実用化を図るため、「先駆け審査指定制度」(現：先駆的医薬品指定制度等)を開始している。

国は、拠点病院等において、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供や、必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求め、がん患者に対する情報提供体制の充実に取り組んできたほか、厚生労働科学研究において、公益社団法人や企業等と協力しながら、情報提供に係るパイロット事業の検討を行っている。

臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は、令和 3 (2021) 年度で 78.1%となっているほか、令和 2 (2020) 年度で 320 件の抗がん剤に関する治験が実施されている。

(取り組むべき施策)

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在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。

国は、最先端医療迅速評価制度、患者申出療養制度及び先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進する。

【個別目標】

がん患者が十分な情報を得て治療を選択でき、治験への参加等によりがん医療の進歩を享受できることを目指す。

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ことで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

(1) 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、患者や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、初診時等にご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³⁴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、院内体制や地域資源によって、対応可能な相談件数や患者の相談ニーズは異なることから、質の高い相談支援体制を持続可能なものとするためには、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

³⁴ 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。

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³⁵。

（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やその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在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。

³⁵ 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%となっており、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。

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。

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、患者やその家族等、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、患者やその家族等が、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在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、情報提供体制の在り方について検討する。

【個別目標】

がん相談支援センターやがん情報サービスの認知度及び質を向上させ、精神心理・社会的な悩みを持つ患者やその家族等が適切な相談支援を受けることができ、また、患者やその家族等、医療従事者等を含む全ての国民が、必要な時に、自分に合った正しい情報にたどりつくことができることを目指す。

(2) 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、積極的な患者やその家族等への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³⁶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

³⁶ 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³⁷。

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、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在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、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在り方について検討する。

【個別目標】

地域における医療機関等の連携や、医療従事者と患者とのコミュニケーションにより、患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けることができることを目指す。

³⁷ 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」

(3) 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³⁸）

① 就労支援について

（現状・課題）

令和元（2019）年時点で、がん患者の約4人に1人は、20歳から64歳までの間にがん罹患している³⁹。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、働きながらかん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく生き生きと働き、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」

³⁸ 「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。

³⁹ 令和元（2019）年の「全国がん登録 罹患数・率 報告」によると、全がん罹患患者数99.9万人のうち、20歳から64歳までの者は24万人となっている。

等が上位に挙がっている。また、がん患者の実態調査³²では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、職場における治療と仕事の両立支援のための体制整備や理解を着実に推進することが必要との指摘がある。

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いた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は、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・経験者やその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、施策の強化や医療機関等と産業保健との連携、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（昭和 35 年総理府令第 60 号）や身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）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⁴⁰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、患者やその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

⁴⁰ 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）

在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在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)

がん罹患して治療を受けている者は、現在 163 万人である⁴¹。がんの治療成

⁴¹ 平成 26 (2014) 年「患者調査」

績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、アピアランスケア、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。

がん患者における社会的な問題として、離島、僻地^{へき}における通院、**高額な医療費の負担、患者やその家族等の離職・休職に伴う収入の減少**等による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⁴²、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在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。

⁴² 「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。

【個別目標】

就労支援及び治療と仕事の両立支援の推進、アピアランスの変化や自殺、偏見等への対策により、患者ががんと診断を受けた後も社会的課題による苦痛を受けないような社会を目指す。

(4) 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⁴³、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

⁴³ 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や地域で過ごすことを希望している中、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、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な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や民間団体等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、療養中に教育を必要とする患者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、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、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討する。

国は、小児・AYA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・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について、関係省庁と連携して検討する。

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、認知症の発症や介護の必要性など、家族等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。

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、地域の医療機関やかかりつけ医、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、患者やその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在り方、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】

小児・AYA世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

4. これらを支える基盤の整備

(1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

(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AMED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(プロジェクトマネージャー)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。また、関係省庁が協力し、多様な分野を融合させた先端的な研究を推進することにより、治療法の多様化に向けた取組をより一層推進する。

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。

【個別目標】

がん研究の更なる促進により、がん予防に資する技術開発の推進や医薬品・医療機器等の開発によるがん医療の充実を図るとともに、がん患者やその家族等の療養生活に関する政策課題の解決を図る。

(2) 人材育成の強化

(現状・課題)

がん医療の現場を担う人員の不足や、がん医療を担う人材育成の医療機関間における差が、患者に提供される医療の医療機関間、地域間における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、腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学等のがん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在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】

がん医療における人材育成の強化により、がん専門医療人材が拠点病院等を中心に、適正に配置されることを目指す。

(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、遺伝性がんも含めた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、患者やその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】

国民ががん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、がんを正しく理解することを目指す。

(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】

がん登録情報の更なる利活用を目指す。

(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しており、また、法第25条第2項は、がん対策推進協議会の委員は、がん患者やその家族・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・市民参画に係る啓発・育成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、国民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・育成を行う。また、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】

がん患者とその家族等を含む国民が、がん対策の重要性を認識し、がん医療に関する正しい理解を得て、医療従事者とも連携しながら、がん対策に主体的に参画する社会を目指す。

(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、患者やその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、安心かつ安全なオンライン診療の提供や地方公共団体や医療機関における会議のオンライン化、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】

デジタル技術の活用等により、患者やその家族等の医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させるとともに、国、地方公共団体及び医療機関等が効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目指す。

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。

なお、国及び地方公共団体は、他の疾患等に係る対策と関連する取組については、それらの対策と連携して取り組んでいくこととする。

2. 感染症のまん延や災害等を見据えた対策

がん検診の受診率について、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。

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。

令和4（2022）年整備指針改定において、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を新たな要件として盛り込んだ。

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。

3. 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、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援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当たって、PDCAサイクルの実効性確保のため、ロジックモデル等のツールの活用を検討するとともに、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。

4. 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、がん患者やその家族等と、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等も、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等も、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、主体的にがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族等に対する支援を充実させることの重要性を認識し、正しい知識・理解を得て、行動するよう努めること。

5. 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。

6. 目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び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、分野別目標及び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、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行う。

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。

7. 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86回がん対策推進協議会	資料 2
令和 4 年11月30日	

第 4 期がん対策推進基本計画全体目標について

厚生労働省

健康局 がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

これまでの基本計画における全体目標について

第1期がん対策推進基本計画（平成19年度～平成23年度）

「がんによる死亡者の減少」

「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」

第2期がん対策推進基本計画（平成24年度～平成28年度）

「がんによる死亡者の減少」

「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」

「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」

第3期がん対策推進基本計画（平成29年度～令和4年度）

「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

全体目標に関してこれまでいただいた主なご意見

- 「いつでも」、「どこでも」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、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れば良いのではないかと考える。
- 第4期の全体目標は「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。」のようにしてはどうか。全体目標は社会の変化と医学の進歩を捉えた、国民に伝わりやすい表現へとアップデートすべきである。「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」がこれからの社会のキーワードであり、本計画においても発信すべきメッセージであると考えます。
- 患者、家族、遺族を代表する者ががん対策推進協議会に参画し、切れ目なく将来のがん対策に寄与していくために人材育成や世代交代を行っていくという視点で、患者・市民参画は非常に重要なことである。

第4期基本計画の全体目標（案）

- これまでの基本計画及び協議会でのご意見、第3期中間評価を踏まえ、以下についてどのように考えるか。

全体目標（案）

誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん医療を受けられ、
自分らしく生きられる社会を、全ての国民でつくりあげる。

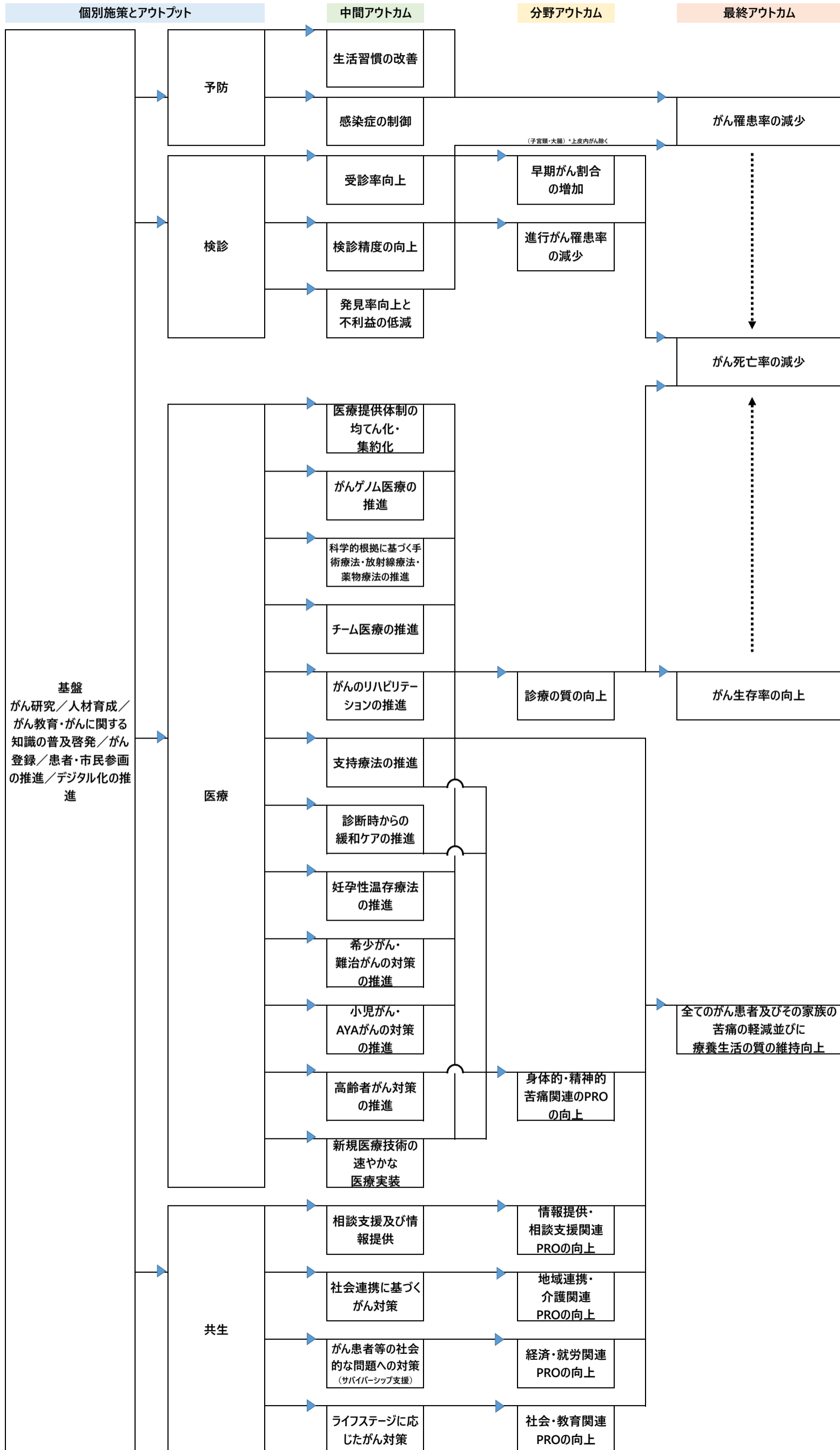
全体目標に含める要素（案）

- 第3期中間評価やこれまでの協議会でご意見の多かった「情報の均てん化」、
「地域間及び医療機関間における取組状況の差」について
- 基本計画の3本の柱である「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」に
ついて
- 新たに「基盤」に位置づけられる「患者・市民参画の推進」について

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86回がん対策推進協議会 資料3
令和4年11月30日

11月30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）：#2 がん予防＜がんの2次予防（がん検診）＞

11月30日時点版（未定稿）

① 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
-	がん検診受診率をより正確かつ精緻に、個人単位で把握できるよう検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-
1-1	科学的かつ効果的な受診勧奨策の推進、利便性向上	受診勧奨実施市町村*数	新	検討中
1-2	がん検診の意義・必要性についての正しい理解の普及啓発	普及啓発キャンペーンの実施状況（実施都道府県数）（仮）	新	検討中
-	感染症まん延時等で提供縮小した後も速やかに検診行動を回復できる準備等の対応検討	施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-
1-3	職域での実施状況の継続的な把握に向けた課題の整理	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。

② 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
1-4	レセプトやがん登録情報の活用による精度管理の技術的支援	市町村への支援数	新	検討中（厚生労働科学研究（仮））
1-5	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
1-6	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））
1-7	市町村での精密検査実施医療機関リストの提供等のわかりやすい情報提供	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）

③ 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
-	諸外国との比較調査を実施する仕組みの検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-
1-8	対象年齢・検診間隔を含めた指針に基づくがん検診の遵守（指針に基づくかないがん検診の中止）	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
1-9		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
-	対策型検診の項目変更に係るプロセスの明確化についての検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-
-	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	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-
-	組織型検診に向けた課題の整理と対応の検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	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・大腸がんの罹患率が減少する。

凡例：
・#：ロジックモデル内の便宜上の通し番号 ※全体確定後、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	国及び都道府県による、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	国及び都道府県による、地域の実情に応じた危機対応時の連携体制を整備する取組の推進（平時から）	BCPに関する議論が行われている都道府県の数 （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についての検討推進	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

病理診断

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備	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
2-2	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）：#4. がん医療提供体制等＜がんゲノム医療＞

11月30日時点版（未定稿）

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
1-1	がんゲノム医療中核病院を中心としたゲノム医療提供取組の継続	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）
1-2		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）
1-3		遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者の数（認定遺伝カウンセラー）*	2016	現況報告（がんゲノム）
1-4		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）
1-5		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）

*がんゲノム中核拠点病院における人員数

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	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
2-2		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）
2-3		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
2-4		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る割合	2020	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

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：5. がん医療提供体制等＜手術療法・放射線療法・薬物療法について＞

11月30日時点版（未定稿）

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	科学的根拠に基づき、高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化・連携体制の整備等の取組推進	がんの鏡視下手術の割合	2031	現況報告
1-2	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	一般の人が受けられるがん医療は数年前と比べて進歩したと思う患者の割合	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高度な放射線療法について、医療機関間の役割分担の明確化・連携体制の整備等の取組推進	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
1-6	関係学会等と連携し、粒子線治療等の高度かつ特殊な放射線療法の提供体制のあり方検討	あり方の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	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

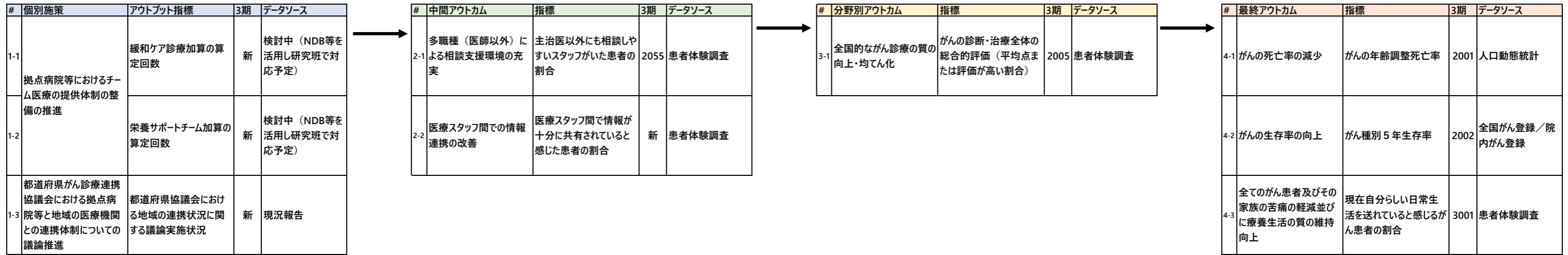
薬物療法

#	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高度な薬物療法が安全に実施できるような、医療機関間の役割分担の明確化、連携体制の整備等の取組推進	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
1-8		1拠点病院あたりの、がん薬物療法専門医数	2041	現況報告
1-9		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
1-10	（国民が薬物療法等に関する正しい情報を取得できるよう）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	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

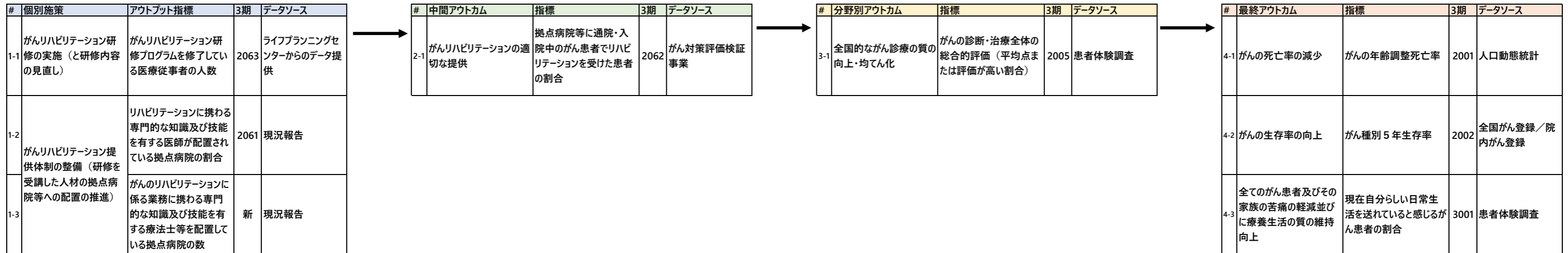
#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	最新の知見に基づく適切な化学療法のタイムリー・安全な実施	化学療法/薬物療法関連QI	2021	検討中
2-6		手術から化学療法開始までの期間	新	検討中（院内がん登録+DPC（仮））
2-7	国民が免疫療法に関する正しい情報を取得	科学的根拠を有する免疫療法について国民が必要な情報を取得できている割合	2043	世論調査

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＜チーム医療の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

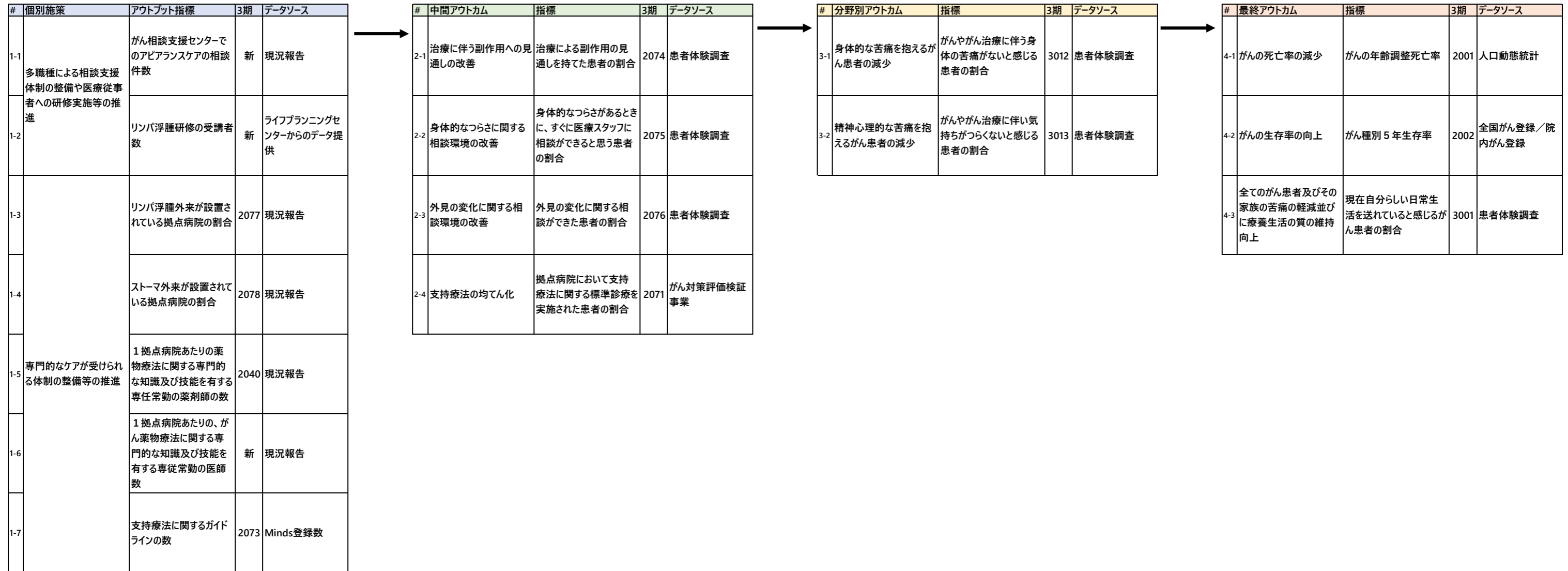


第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#7 がん医療＜がんのリハビリテーションの推進＞



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

11月30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）：#9 がん医療＜緩和ケア＞

11月30日時点版（未定稿）

緩和ケアの提供

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	個別の状況に応じた適切な対応が、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	拠点病院の緩和ケアチーム新規診療症例数	新	現況報告
1-2		特定疾患治療管理料 がん患者指導管理料イの算定数	新	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-3	拠点病院等を中心とした在宅を含む地域における緩和ケア提供体制の整備推進	緩和ケア外来の新規診療患者数（地域の医療機関からの年間新規紹介患者数）	新	現況報告
1-4		1 拠点病院あたりの地域連携推進のための多施設合同会議の開催数	新	現況報告
1-5	拠点病院等による、拠点病院による地域医療従事者も含めた研修の定期開催、専門的な疼痛治療に係る普及啓発及び実施体制の整備	神経ブロックの実施数 L101-神経ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)-腹腔神経叢ブロック(神経破壊剤又は高周波凝固法使用)の件数	新	NDB
1-6		緩和的放射線照射の実施数 M001-3(直線加速器による放射線治療)の2（1以外の場合）の件数	新	NDB
1-7	国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発	測定困難であるため指標設定無し	-	-
1-8	入院以外での外来等における緩和ケアの充実についての検討	緩和ケア外来の新規診療症例数	新	現況報告
1-9		緩和ケア外来への、地域の医療機関からの紹介件数	新	現況報告
1-10	緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策についての研究と検討	方策の検討段階のため、指標設定無し	-	-
1-11	専門的な緩和ケアの質の評価等の方策の研究、緩和ケアの提供状況についての継続把握	指標設定無し（方策の検討段階、及び引き続き実施する取組のため）	-	-
1-12	拠点病院等以外の緩和ケアの充実に向けた提供体制の実態や課題の把握	緩和ケア診療加算の算定回数	-	検討中（NDB等を活用し研究班で対応予定）
1-13	終末期医療の実態等についての研究と質の向上についての検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-

緩和ケア研修会

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-14	医療従事者の緩和ケア研修会の更なる推進とフォローアップ研修等の検討	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業

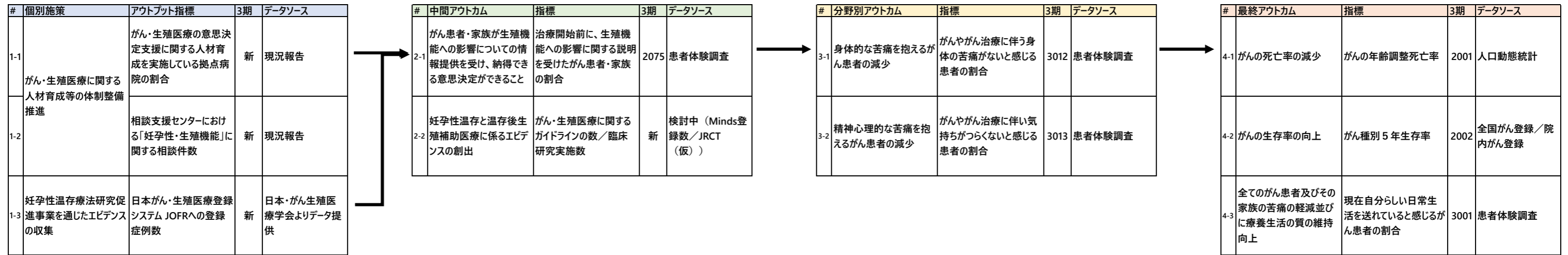
#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	苦痛に対する適切なケア・治療の普及（緩和ケアチームの質向上）	医療者はつらい症状にすみやかに対応していたと感じる割合（患者体験・遺族）	新規	患者体験調査・遺族調査
2-2		患者報告アウトカム（PRO）の症状改善率 * 期中に指標を開発予定	新規	検討中（緩和医療学会からのデータ提供）*
2-3	がん患者が、医療者に苦痛の表出ができること	身体的なつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合	2075	患者体験調査
2-4		心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合	3011	患者体験調査
2-5		がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6	国民の緩和ケアへの理解度向上	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3003	患者体験調査
2-7		医療従事者が耳を傾けてくれたと感じた患者の割合	2006	患者体験調査
2-8	国民の緩和ケアへの理解度向上	国民の緩和ケアに関する認識	3018	世論調査
2-9		国民の医療用麻薬に関する認識	3019	世論調査

* 中間評価に向けてデータを整備予定

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	患者・家族のQOL向上（苦痛の緩和）	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
3-2		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
3-3		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	遺族調査
3-4	緩和ケアの質の向上	療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	遺族調査
3-5		在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度	3033	遺族調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	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

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#10 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）：#11 がん医療＜希少がん、難治性がん対策の推進＞

11月30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	希少がんに対する臨床試験を実施している拠点病院数	新	現況報告
1-5	希少がん領域における薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理、その対応のための方策の検討	方策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	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	希少がん診療における適切な役割分担の実現	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
1-6	（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
1-7	（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
1-8	（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
1-9	難治がん領域における薬剤アクセスの改善に向けた課題の整理、その対応のための方策の検討	方策の検討段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	難治性がん診療における適切な役割分担の実現	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	現況報告＋院内がん登録

※1. 肺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
4-3	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
4-4	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
4-5	（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。

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#12 がん医療＜小児がん・AYA世代のがん対策の推進＞

11月30日時点版（未定稿）

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推進	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能を有する医師の人数	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能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能を有する医師の人数	新	現況報告（小児がん）
-	小児がん拠点病院等による患者・家族目線に立った分かりやすい情報提供推進	適切な測定指標が無い ため指標なし（※拠点病院では整備指針で必須要件のため100%となる）	-	-
1-4	地域の実情に応じた長期フォローアップのあ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		（参考）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）
-	小児がん領域の治験実施（国際共同治験への参加含む）を促進する方策検討、研究開発推進	施策の検討段階のため、指標なし（着実に検討を進めること）	-	-

#	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＋JRCT

#	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	地域の実情に応じた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

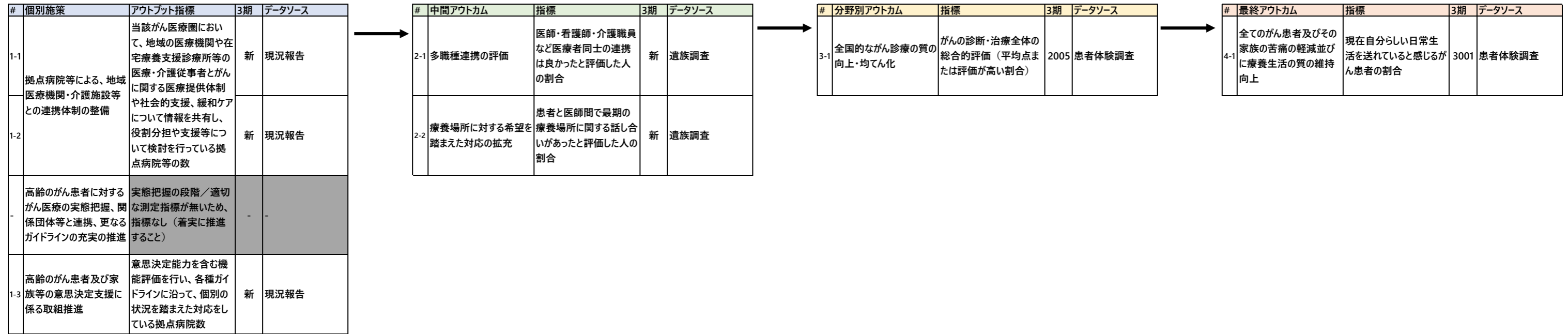
#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	AYA患者の状況や希望に応じた支援の拡充	がん診断～治療開始前に、病気や療養生活について相談できたと感じる若年がん患者の割合	3002	患者体験調査
2-6		外見の変化に関する相談ができた若年患者の割合	2076	患者体験調査
2-7		妊よう性に関する説明を受けた若年がん患者の割合 ※再掲	2093	患者体験調査

#	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

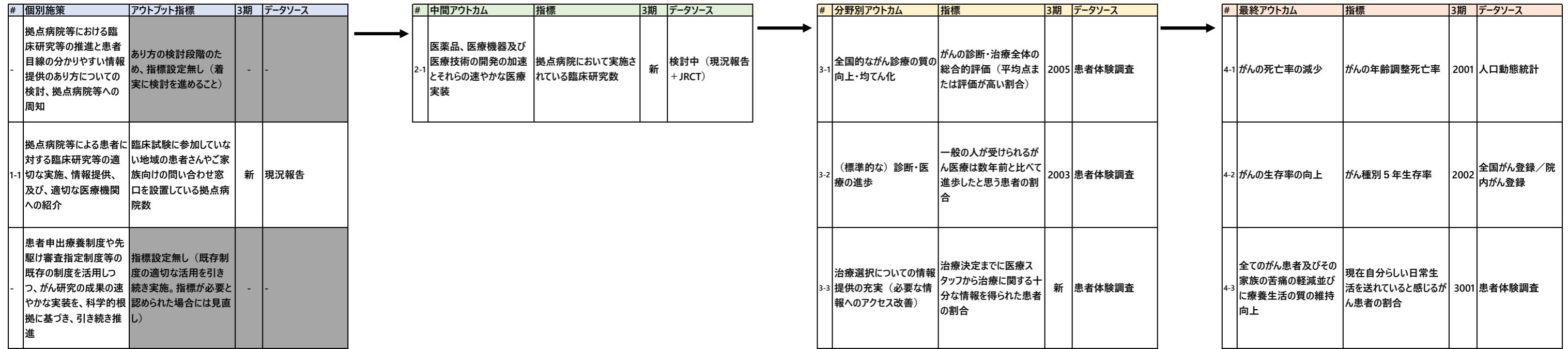
第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#13 がん医療＜高齢者のがん対策の推進＞

11月30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）：#14 がん医療＜新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装＞

11月30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）：#15 共生＜相談支援・情報提供＞

11月30日時点版（未定稿）

①相談支援について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等による、相談支援センターの認知度の継続的改善	がん相談支援センターでの新規相談件数（全国の拠点病院等での総数）	新	現況報告
1-2	関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等の推進	相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
1-3		上記の内、フォローアップ研修を受講したがん相談支援センターの相談員の人数	新	現況報告
-	持続可能な相談支援体制のあり方についての検討	あり方の検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-4	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／ICTや患者団体、社会的人材リソースの活用方策検討	1拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
1-5	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の検討	1拠点病院あたりの体験を語り合う場の開催数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	相談支援センターの認知度	がん相談支援センターの認知度（成人＋小児）	3023	患者体験調査
2-2	がん相談支援センターの一般の人の認知度	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査
2-3	がんの治療開始前までに相談することができること	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	3021	患者体験調査
2-4	ピアサポーターの認知度	ピアサポーターの認知度	3024	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	がん患者が、相談を利用し、役だったと思えること	相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-2		ピアサポートを利用したことがある人が役に立ったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-3	がん患者の家族が、悩みや負担を相談できること	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・場所が十分にあると回答する者の割合	3022	患者体験調査
3-4				

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	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

②情報提供について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-6	ニーズ・課題の把握を進め情報提供のあり方について検討	あり方の検討段階のため現時点で指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-7	がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進の取り組み	がん情報サービスにアクセスした件数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-8		がん情報サービスにおけるコンテンツ更新数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-9	障害等によりコミュニケーション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	がん情報サービスにおける点字資料、音声資料数、資料の更新数	3026	国立がん研究センターからのデータ提供

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-5	がん情報サービスの一般の人の認知度	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	新	世論調査（内閣府）*H28年調査で取った実績有り
2-6	探しているがんの情報にたどり着くこと	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	3025	がん情報サービスによる調査（国立がん研究センターからのデータ提供）
2-7	がんの治療開始前までに相談することができること	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	3021	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-5	がん患者が、治療に関する十分な情報を得ることができること	がんの治療を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報が得られたがん患者の割合	3021	患者体験調査 小児患者体験調査
3-6		がん患者は、がんに対して正しい認識を持てること	新たな医療に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	新



① 就労支援について（医療機関側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備	ハローワークと連携した就職支援をおこなっている拠点病院等の数	3044	長期療養者就職支援事業報告
1-2	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に向けた調整と支援できる体制の整備	がん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	3045	現況報告
1-3		療養・就労両立支援指導料算定件数* *がんについて	新	NDB
1-4		拠点病院等における就労の専門家による相談会の回数	新	現況報告

① 就労支援について（職場側）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-5	企業における支援体制等の環境整備の更なる推進、両立支援コーディネーターの活動状況の把握と効果的な配置の検討	両立支援コーディネーター研修修了者数（所属機関別にも算出可）	新	事業報告（労働者健康安全機構）
1-6		長期療養者就職支援事業を活用した就職者数* *がんについて	新	長期療養者就職支援事業報告

② アピアランスについて

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-7	医療従事者を対象とした研修等の開催、相談支援・情報提供のあり方検討	アピアランス支援研修修了者数	新	事業報告
1-8	拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築についての検討	拠点病院におけるアピアランスに関する相談件数	新	現況報告

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん診断された後の仕事の変化	がん診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	3042	患者体験調査
2-2	がん診断された後の仕事の変化	退職したがん患者のうち、がん治療の開始前までに退職した者の割合	3043	患者体験調査
2-3	診断時からの情報提供	治療開始前に、就労継続について説明を受けたがん患者の割合	3041	患者体験調査

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-4	両立支援の制度利用	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	3046	患者体験調査
2-5	両立のための職場環境整備	治療と仕事を両立するための勤務上の配慮がなされているがん患者の割合	3047	患者体験調査

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-6	アピアランスケアに関する相談支援の利用	外見の変化に関する相談ができたがん患者の割合（再掲）	3048	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	経済・就労関連	治療費用の負担が原因で、がんの治療を変更・断念したがん患者の割合	新	患者体験調査
3-2	PROの向上	金銭的負担が原因で生活に影響があったがん患者の割合	新	患者体験調査
3-3	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	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	3002	患者体験調査
3-4		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がん患者・家族の割合	3003	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-5	患者のQOL向上	身体的・精神的な苦痛により日常生活に支障を来しているがん患者の割合（再掲）	3014	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	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

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#17 共生＜サバイバーシップ＞

11月30日時点版（未定稿）

③ がん診断後の自殺対策について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-9	がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者が正しい知識を習得できるよう、研究等の開催・相談支援及び情報提供のあり方について検討	緩和ケア研修修了者数	3017	がん等における新たな緩和ケア研修等事業
1-9		自殺リスクに関する研修を実施した拠点病院の数	新	現況報告
1-10		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料イ算定数	新	NDB
1-11		特定疾患治療管理料がん患者指導管理料ロ算定数	新	NDB
-	がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握、必要な対応について検討	実態把握の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-7	気持ちのつらさに対する支援の利用	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	3011	患者体験調査
2-8		精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3013	患者体験調査
2-9		療養生活の最終段階において、精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3016	患者体験調査
2-10	身体的なつらさに対する支援の利用	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	2075	患者体験調査
2-11		身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3012	患者体験調査
2-12		療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	3015	患者体験調査

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-6	患者のQOL向上	がん患者の自殺数	3050	革新的がん自殺研究推進プログラム

④ その他の社会的な問題について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
-	経済的な課題等の把握と利用可能な施策についての周知や課題解決に向けた施策の検討	検討段階のため指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-12	障害等、情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者に対する配慮	情報取得や意思疎通に配慮が必要な者に対するマニュアルを作成している拠点病院の数	新	現況報告書
1-13	地方公共団体による、がんに対する「偏見」の払拭や、がんに対する国民の正しい理解につなげるための普及啓発	拠点病院等で実施した、地域を対象とした、がんに関するセミナー等の開催回数（総数）	新	現況報告書

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-13	がん患者の疎外感の解消	がんと診断されてから周囲に不必要な気を遣われている割合	新	患者体験調査
2-14	がんに対する偏見の払拭	（家族以外の）周囲の人からがんに対する偏見を感じる割合	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
3-7	がんによる社会からの隔離の解消	がんであることを話せる割合	新	世論調査

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#18 共生＜ライフステージ＞

11月30日時点版（未定稿）

①小児・AYA世代について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	医療従事者と教育関係者との連携、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	相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者の発育及び療養上の相談への対応・支援のうち、教育に関する相談件数	新	現況報告
1-2	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	国立がん研究センターによる「がん相談支援センター相談員基礎研修」(1)(2)を受講後、国立成育医療研究センターが実施する「小児がん相談員専門研修」を修了した者の数	新	現況報告
1-3	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	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	新	事業報告
1-4	長期フォローアップ外来を開設している小児がん拠点病院等の数※	長期フォローアップ外来を開設している小児がん拠点病院等の数※	新	現況報告
1-5	相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	相談支援センターにおける、小児・AYA世代のがん患者に対する就労に関する相談件数	新	現況報告
1-6	小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数	小児がん拠点病院が連携している、小児がんに関する患者団体の数	新	現況報告
1-7	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について関係省庁と連携し検討	あり方の検討の段階のため、指標設定無し（着実に検討を推進すること）	-	-

※小児がん拠点病院と、小児がん連携病院の類型1を分母とする想定

②高齢者について

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-8	拠点病院等による、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討を行っている拠点病院等の数	新	現況報告 ※必須要件（再掲）
1-9	介護支援等連携指導料（B005-1-2）の算定回数（がん患者に限定）	介護支援等連携指導料（B005-1-2）の算定回数（がん患者に限定）	新	NDB
1-10	退院時共同指導料1（B004）の算定回数（がん患者に限定）	退院時共同指導料1（B004）の算定回数（がん患者に限定）	3017	NDB
-	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	あり方・施策の検討段階のため、指標無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-11	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	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拠点病院数	新	現況報告 ※必須要件（再掲）

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	教育支援に関する医療スタッフからの説明	治療開始前に教育の支援等について医療スタッフから話があったと回答した人の割合	3052	小児体験調査
2-2	就学支援制度の利用	がん治療のため転校・休学・退学したと回答した人のうち、患者の治療中に何らかの就学支援制度を利用したと回答した人の割合	新	小児体験調査
2-3	がん治療と教育の両立	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	3053	小児体験調査
2-4	長期フォローアップの認知度	長期フォローアップについて知っていると感じた人の割合	新	小児体験調査
2-5	医療者側からの就労支援（説明）の徹底	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	新	患者体験調査＜若年がん患者のみ＞
2-6	つらい症状への速やかな対応	つらい症状には速やかに対応してくれたと思うと回答した人の割合	新	小児体験調査

※サブグループ解析は、遺族調査の結果を、75歳以上に限定して解析することを想定

#	分野別アウトカム	指標	3期	データソース
3-1	家族への支援・サービス・場所	家族の悩みや負担を相談出来る支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	3054	患者体験調査
3-2	就学の継続	がん治療前に就学していた者のうち、「がん治療のために患者が転校・休学・退学したと回答した人」以外の割合	新	小児体験調査

#	最終アウトカム	指標	3期	データソース
4-1	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	小児体験調査 患者体験調査：全体

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#19 基盤＜がん研究の推進＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース	#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
1-1	がん研究の更なる充実に に向けた戦略の見直し	戦略を検討するものである ので指標設定無し ※ 次期「がん研究10か年戦 略」を令和5年度中に策 定	-	-	2-1	がん研究論文数、引用 数の増加	CSO(Common Scientific Outline)分類 別・部位別論文数、引 用数	4014	論文データベース Dimensions
1-2	AMEDによる、有望な基 礎研究の成果の源泉・ 医薬品・医療機器の開 発と企業導出を速やか に行うための取組継続推進	「革新的がん医療実用化 研究事業」事後評価	新	AMED	2-2		日本発の治療薬の創出 に向けて導出された治験 の数	4011	JCRP 現況報告
1-3	「全ゲノム解析等実行計 画2022」の着実な推進	日本臨床研究実施計 画・研究概要公開シス テム（JRCT）に登録さ れたゲノム変異をもとづ くがんを対象とした臨床研究 の数	新	JRCT、AMED	2-3	基礎的研究成果として日 常診療への導入を目指し て推進される医療技術数 の増加	日本発の診断薬の創出 に向けて導出された治験 の数（JCRP 現況報 告）	4012	JCRP 現況報告
1-4		日本臨床研究実施計 画・研究概要公開シス テム（JRCT）に登録さ れたジャパンキヤンサーリサ ーチプロジェクトの研究数	新	JRCT、AMED	2-4		日本発の医療機器の創 出に向けて導出された治 験の数（JCRP 現況 報告）	4013	JCRP 現況報告
1-5	本基本計画における各 分野の政策課題の解決 に資する研究推進	厚労科研の採択課題に おける事後評価の平均	新	厚労省					
1-6		「がん政策研究事業」成 果に関する評価	新	厚労省					

#20 基盤＜人材育成の強化＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース	#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
1-1	がん医療の現場で顕在 化している課題に対応す る専門的な人材の育成 の推進	がん専門医療人材（が んプロフェッショナル）養 成プラン「次世代のがんブ ロフェッショナル養成プ ラン」事業評価	新	文科省からのデー タ提供	2-1	必要な知識を身に着けた 専門的な人材の増加	第4期がんプロで支援さ れたがん専門医療人材の 人数	新	事業における取組 状況調査
-	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 めた専門的な人材の 育成のあり方の検討	施策の検討段階のため、 指標設定無し（着実に 検討を進めること）			2-2	専門的な人材の適正配置	拠点病院における専門 人材の配置状況に係る 各種指標（※各分野で 設定した人材の指標。列 挙は割愛）	-	-
1-2		がんゲノム医療コーディ ネーター研修会参加人数	4022	がんのゲノム医療従 事者研修事業					
1-3		がんリハビリテーション研 修プログラム終了してい る医療従事者の人数（医 療の再掲）	2063	ライフプランニングセ ンターからのデータ提 供					
1-4	がん医療の高度化が進む 中での拠点病院等を中 心とした専門的な人材の 育成及び配置	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	4023	小児・AYA世代の 長期フォローアップ体 制整備事業					
1-5		緩和ケア研修修了者数	4021	がん等における新た な緩和ケア研修等 事業					
1-6		緩和ケアに特化した講座 を設置している大学の数	4024	文科省からのデー タ提供					

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル（案）：#21 基盤＜がん教育・知識＞

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	児童生徒の発達段階に応じたがん教育の推進			
1-2	都道府県及び市町村における、がん教育が実施されるよう必要な支援の実施	外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合	4031	文科省からのデータ提供
1-3	国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関による、国民に対するがんに関する正しい知識の普及啓発（患者や家族等の関係団体等の協力）（啓発資料のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等の効果的な手法活用）	がん情報サービスに含まれる項目数	新	国立がん研究センターからのデータ提供
1-4		1 拠点病院あたりの、連携している患者団体の数	新	現況報告
1-5	事業主や医療保険者による、雇用者や被保険者・被扶養者に対する正しいがん知識習得の支援	がん対策推進企業アクションの参加企業数	4033	厚生労働省

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1		がんは、誰もがかかる可能性のある病気である「そう思う」と回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
2-2	国民ががん予防や早期発見の重要性を認識し、がんを正しく理解し向き合う	がん検診を受けられる年齢になったら検診を受けようと思うと回答した割合	新	がん教育総合支援事業事業成果報告書
2-3		がんの新しい治療法に関する情報の中には、十分な科学的根拠がなく、注意を要するものがあると思う人の割合	新	検討中（世論調査）

#22 基盤＜がん登録の利活用推進＞

11月30日時点版（未定稿）

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	質の高い情報収集に資する精度管理への継続取組	全国がん登録の精度指標としてのMI比・%DCO	2111	全国がん登録
1-2	現行制度における課題の整理を踏まえたがん登録推進法等の規定の整備を含めた見直しの検討、デジタル化に関する他の取組とも連携し、有用な分析が可能となる方策の検討	指標設定無し（着実に検討を推進すること）		

#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	全国がん登録/院内がん登録の利用の推進	利用件数（総数・年あたり）	新	厚生労働省/国立がん研究センター

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	国及び都道府県による、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」の策定過程における性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等の参画推進	都道府県がん対策推進計画の策定過程におけるがん患者を代表する者の参加割合（参考：性別、年代等の多様性）（仮）	4001	厚生労働省
1-2	患者・市民参画に関する研究成果を踏まえた、がん患者及びがん経験者の参画取組の横展開 参画する患者・市民への啓発・育成	厚生労働省科学研究を基に開催された研修会の開催回数	新	厚労科研班からのデータ提供
1-3	医療従事者や関係学会に対する啓発等への取組	年度中に都道府県協議会の参加者について、がん患者・経験者やその家族や患者団体などの意見を代表する者の参加があった、都道府県の数	新	現況報告



#	中間アウトカム	指標	3期	データソース
2-1	がん対策の重要性を認識し、がん医療について正しい理解を得、医療の向上に向け自らも協力する国民（がん患者含む）の割合増加	がん医療に対する国民の向き方（自らも協力する必要がある（自分ごと）と理解する人の割合）（仮）	新	検討中（世論調査（仮））
2-2	医療従事者の意識向上	関係学会において患者・市民参画を知っていると回答した医療者の割合	新	日本癌治療学会

#	個別施策	アウトプット指標	3期	データソース
1-1	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の検討	個別施策を検討する段階のため、指標設定無し（着実に検討を進めること）	-	-
1-2	安心安全なオンライン診療の提供、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の推進	患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備している拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
1-3	セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している拠点病院等の数（or割合）	セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保している拠点病院等の数（or割合）	新	現況報告
1-4	集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関する、冊子や視覚教材等がオンラインでも確認できる拠点病院等の数（or割合）	集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関する、冊子や視覚教材等がオンラインでも確認できる拠点病院等の数（or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	（デジタルにより）がん患者・家族を含む国民が、適切な情報・医療資源・支援にアクセスしやすくなる	適切ながん医療へのアクセスや支援の利用過程において、デジタル技術の活用が役立った人の割合（仮）	新	検討中（患者体験調査）

第86回がん対策推進協議会

資料4

令和4年11月30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

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

資料 4 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	<p>『誰もが正しくがんを知り、“つなげる つながる”がん医療で自分らしく生きられる社会へ』</p> <p>※つなげる・・・情報の均てん化と格差の是正 治療につなげる 自分らしく生きられるよう医療・制度など数々の支援に切れ目なくつなげる 医療の研究・進歩にもつなげる</p> <p>*つながる・・・患者・市民参画の推進 検診等予防含めて自分ごと化してもらうために「大人のがん教育」含めてつながることそして、患者自身も医療に患者支援につながるように促す意味を込めている。制度も準備しているのにつなげられない人がいる。これも課題。自発的な流れを患者本位という言葉から離れ、上から目線に見えずに、理解しやすく難しくもなく、自然にキーワードして溶け込んでもらいたく『つなげる つながる』をキーワードにしてはどうかと提案したい。</p>
石岡 千加史	<p>全体目表：</p> <p>案1：国民全てが満足できる（する）がん医療と社会基盤を構築する。</p> <p>案2：国民全てが満足できるがん医療と社会基盤を国が構築する。</p> <p>意見</p> <p>「国民全て」：格差是正、誰もが、多様性、社会的・文化的背景の違い等の条件を包括する。</p> <p>「満足する」：いつでも、どこでも、切れ目ない、自分らしく等の条件を包括できる。</p> <p>キャッチコピーは短い方が良い。</p> <p>構築する責任はあくまで「国」であり、患者や市民では無い。この基本計画は「国の責任で策定した」との覚悟も示せる。</p> <p>分野別目標を含め第4期計画案の目次構成について→別紙に意見を記しました。</p>
小原 眞知子	<p>全体目標に関しては、「自分らしく生きられる社会」</p> <p>全体目標に関しては、概ね賛成です。「自分らしく生きられる社会」に関しては前回のご意見のあったように「ウェルビーイング (well-being) を実現できる社会」にしてはどうか。ウェルビーイングに関しては、1946年のWHO憲章前文にも登場して以来、WHOの様々な領域で用いられている。また、SDGsのゴール3の「Good Health and Well-being」が示されており、健康と密接に関連していることがわかります。日本語では、「安寧」「良好な状態」「福利」などと訳されています。ウェルビーイングは肉体的、精神的、社会的すべてにおいて満たされた状態を指すことから、今回の第4期全体の概要からも、この文言若しくは日本語でわかりやすくした文言を入れることを提案します。</p>

資料 4 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
黒瀬 巖	P3の3.について、「地域社会で生活していく中で、環境を整備する。国と地方自治体、がん患者を、」とありますが、関係学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等の他に、「地域のかかりつけ医機能と多職種連携・地域包括ケアシステムなどを支援する医師会など医療関係団体」を加えた方が良くと考えます。
土岐 祐一郎	<p>P3：2. 医療の提供のところが、記載が他の分野に比べて少なく、診療体制の話が大半をしめている。「がん医療の質の向上」に含まれるのかもしれないが、ゲノム医療、免疫療法など最新の癌治療を促進することを個別目標にすべきではないか？また、癌そのものの治療ではない緩和ケア・支持療法など身体的精神的苦痛を医療介入により改善することも目標の一つであると感じる。</p> <p>P3：医療の提供に「持続可能」という文言を入れたことは素晴らしいが、国民の多くは増大する医療費のことを心配しており、持続可能というとまず医療費の問題を想起する。しかしながら実際の本文には経済的観点からの記載は乏しく、持続可能が何を指しているのかわかりにくいと感じる。</p>
中釜 斉	全体目標の「・・・、納得できるがん医療を受けられ、・・・」の部分は「・・・、納得できるがん医療に参加し、・・・」としてはどうか。がん医療は患者・家族、医療者、行政など様々な主体がそれぞれの立場から関わり創りあげるものとして考える必要がある。
久村 和穂	<p>全体目標について 全体目標（案）は、がん対策の主旨を国民に分かりやすく伝えることができるよう、簡潔な文章にすると更に良いものになると思われるが、資料2、4頁に記載された全ての要素を含めることは非常に難しい。第3期の全体目標はシンプルな文で分かりやすいが、「がんの克服を目指す」という部分について、がんの根治治療・治癒を目指すという印象を受けてしまう人も少なくないのではないかと考える。「がんの克服」の意味するところは、がんの治癒だけではなく、がんやがん治療による心身の苦痛の克服やがんによる偏見・不利益や様々な格差（例：地域格差、健康格差、情報格差、経済格差）の克服、すなわち、「がんとの共生＝がんを負けない社会をつくる」ことも意味していることが、より明確に伝わるように改訂したらどうかと考える。例えば、「全ての国民が正しくがんを知り、がんの撲滅（または、征圧）とがんによる苦痛（・格差）の克服を目指す」、あるいは、「全ての国民が正しくがんを知り、がんを負けない社会をつくる」など、多くの人に分かりやすく簡潔な文章にする方が良いのではないかと考える。</p> <p>分野別目標について 1のがん予防に関する文章の3行目「全ての国民が利用しやすい検診体制を構築し、」（*下線部を追記）とし、障害の有無、性別・年代、雇用・経済状況、文化的背景等に関係なくすべての国民が、がん検診が受けられるよう環境整備を一層推進すること＝「誰も取り残さないがん検診」を目指すことを強調してはどうかと考える。</p>

資料 4 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	<p>資料 1 P3 第 1 全体目標と分野別目標 1行目 がん患者を含めたすべての国民が、がんの克服を目指し、 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、がんを予防することで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～ 上から 3 行目 すべての国民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を構築し、・・・</p> <p>資料 2 P2 「誰もが」を明記して、がん対策のあらゆる分野において、誰一人取り残さないという視点は極めて重要であり、第4期計画の肝である。 P4 全体目標 誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん検診・がん医療・支援を受けられ・・・</p>
谷島 雄一郎	<p>「誰もが、正しくがんを知り、納得できるがん医療を受けられ、多様な人がそれぞれの幸せを実現できる社会を、全ての国民でつくりあげる。」としてはどうか。 （理由・背景）前回協議会で申し上げた通り、健康日本21のビジョンにもある「格差を是正し、誰一人取り残さない」という考え方をベースにした「多様性とWell-being」が次代のキーワードであり、本計画においても発信すべきメッセージであると考えている。 「自分らしく生きる」は、Well-beingの形のひとつに過ぎず、一部では個性や才能による格差を助長し、生きづらさを感じる人もいる表現であるとの声もある。よって「自分らしく生きられる社会」よりも、より包括的かつ多様性を意識した「多様な人がそれぞれの幸せを実現できる社会」の方が相応しいのではないかと。</p> <p>ロジックモデルについて ロジックモデルは第3期計画との大きな違いであり、国民すべてが計画を具体的にイメージし、進めていく上で重要な役割を果たすものと捉えている。よって項目、指標、用いるデータソース等、本当にこれで適切なのか、十分な議論が必要ではないかと考える。 ロジックモデルは、今後、第4期基本計画策定後も議論しアップデートしていくものなのか。それとも、基本計画と共に今年度中に個別の項目や指標、用いるデータソースも確定させるものなのか。また、がん対策推進協議会だけでなく、関連する様々な検討会・ワーキンググループでも議論されているのか。</p>

資料 4 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

石岡委員
別紙

★石岡の目次の修正案：現在の案の目次立ては第 3 期引き継いでいる。第 85 回で意見を述べたように、国民に広く「新しくなった」と印象づける見出しにすべきと考える。第 3 期の見出しは第 2 期から改善されており、現在も基本骨格はそのまま良いと考えるが、計画内容を十分考慮した上で用語を少し変更し、目を引くように工夫してはどうか。赤字=削除、青字=挿入、イタリック体=修正意見

目次

はじめに	1
第 1 全体目標と分野別目標	3
1. 疫学（科学）的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	3
<p>（修正意見：がん予防やがん検診はそもそも「科学的」。しかし、いかがわしい予防法や検診が横行しないようにとの意図で付けた用語だったと思う。「科学的根拠に基づく」は専門家が良く使用する「evidence-based（科学的）根拠に基づく」のことであるが、国民には「疫学に基づく」（科学の中の疫学的データが根拠なので）や「科学に基づく science-based」のほうが馴染みやすい（理解しやすい）。第 4 期はより簡潔に「疫学に基づく」または「科学に基づく」ではどうか。）</p>	
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	3
<p>（修正意見：医療は元々患者中心。患者をないがしろにする医療が横行しているとの懸念から第 3 期にはそうなっていたが、すでに患者本位は定着した。敢えて患者本位と書かなくて良いのでは。加えて、「患者本位」は英語で patient-centered。PubMed 検索によれば、海外では patient-centered care として医療の一部として使われることが多く、医療全体を「patient-centered」と考えるのは必ずしも一般的では無いようである。また、第 4 期は新しいキャッチコピーとして「持続可能な」を入れるので併記はくどい。第 3 期では「患者本位」の意味するところの説明が見当たらないこともあり、第 4 期では下記の様に 2 の③に記載してはどうか。）</p>	
3. がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	3
<p>（修正意見：1 と 2 は「がん」が入るが、3 には無い。大項目なので「がん患者」と特定した方が良いと考える。）</p>	
第 2 分野別施策と個別目標	5
1. 疫学（科学）的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	5
(1) がんの 1 次予防	5
① 生活習慣について	5
② 感染症対策について	7
(2) がんの 2 次予防（がん検診）	10
① 受診率向上対策について	10
② がん検診の精度管理等について	11
③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について	12
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供	15
(1) がん医療提供体制等	15
① 医療提供体制の均てん化・集約化について	15
② がんゲノム医療について	16
③ 治療法の質向上と格差是正	
ア. 手術療法、放射線療法、薬物療法および免疫療法	
イ. 緩和ケア	

- ウ. 支持療法
- エ. がんリハビリテーション
- オ.（妊孕性温存療法）
- カ. チーム医療

④患者本位のがん医療	
④手術療法・放射線療法・薬物療法について	16
④チーム医療の推進について	19
④がんのリハビリテーションについて	19
④支持療法の推進について	20
④がんと診断された時からの緩和ケアの推進	21
④妊孕性温存療法について	25

（修正意見：手術療法等の各治療法について、記載内容は質向上と格差是正に関する事なので「治療法の質向上と格差是正」としてはどうか。治療法に関しては一括し、新たに項目立てするのが分かりやすい。第 3 期の「術療法、放射線療法、薬物療法および免疫療法」に関連する記載があるので復活。緩和ケア、支持療法、チーム医療はこの順番で中に。「患者本位のがん医療」について新たにどのようなことを指すのか具体的に記載してはどうか。）

(2) 希少がん及び難治性がん対策

妊孕性温存療法はここが良いか？

（修正意見：「難治がん」が一般的（がん情報サービスも）。「希少がん」は希少性がんとしないと同様に難治性がんとしにくい方がすっきりする。）

(3) 小児がん及び AYA 世代のがん対策

（修正意見：「小児のがん対策、AYA 世代のがん対策、高齢者のがん対策」との意図。現状だと、「小児がんのがん対策」と言う意味になる。）

(4) 高齢者のがん対策	31
(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	32

3. がん患者が尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(1) 相談支援及び情報提供	33
①相談支援について	33
②情報提供について	35

（修正意見：「・・・について」と引きされている事項とされていない事項が混在。「・・・について」はこの際、全て削除するのはどうか。別案は全てに「・・・について」を付ける。）

(2) 社会連携に基づくがん対策	37
(3) 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）	39
①就労支援について	39
②アピアランスケアについて	41
③がん診断後の自殺対策について	42
④その他の社会的な問題について	42
(4) ライフステージに応じたがん対策	45
① 小児・AYA 世代について	45
② 働く世代（就労世代）について	
③ 高齢者について	46

資料 4 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

石岡委員
別紙

(修正意見：第 85 回に「働く世代」にも焦点を当てるべきとの意見が合ったので。)

4. がん対策に必要な~~それらを支える~~基盤の整備.....48

(修正意見：「これら」は何を指すか不明確。また、「基盤」はそもそも「支える」ものなので「支える基盤」は冗長。)

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進.....48
- (2) 人材育成の強化.....50
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発.....52
- (4) がん登録の利活用の推進.....54
- (5) 患者・市民参画の推進.....55
- (6) デジタル化の推進.....56

第 3 国を上げてがん対策を~~総合的~~か→計画的に推進するために必要な事項... 57

(修正意見：「計画的」には「総合的」も含まれるはず。以下の項目は国の施策に都道府県と国民が協力し国も財政措置を強化するとの意味があるので、この際「国を上げて」のほうが「総合的」よりインパクトがあると考える)

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化57
- 2. 都道府県による計画の策定.....57
- 3. がん患者を含めた国民の努力58
- 4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化.....58
- 5. 目標の達成状況の把握.....59
- 6. 基本計画の見直し.....59

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 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	やはり『遺伝』についての表記がないが、何か理由があるのか？遺伝という言葉を入れることで悪影響が懸念されるのであればそのように書いたうえでどう伝えるかを研究するような表記を加えられないか。遺伝性とわかっていても治療法や予防が確立していない部分もあるが、遺伝性がんはもはや無視していい人数ではない。このあたりも正しく伝えることが今後の制度整備の設計などの礎にもなるのではないかと思う。
石岡 千加史	<p>4頁「・・・喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・・・塩蔵食品の過剰摂取・・・」 →「・・・喫煙（受動喫煙を含む）、飲酒、低身体活動、肥満・・・塩蔵食品・・・」 （因子を併記しているが、一部だけ量的なものを記載するのはバランスが悪い。5頁に過剰量摂取の解説があるので、ここは「過剰」は削除するのが妥当であろう）</p> <p>4頁「・・・喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんの・・・」 →「・・・喫煙は、種々のがんの・・・」 （記載は正しいが、国民に喫煙＝肺がんと思われないように。別案として「肺がん、食道がん、胃がん、乳がん、膵がんなど・・・」</p> <p>8頁 【個別目表】は未記載。事前説明では他の政策（健康日本21等）との摺り合わせを行うとのことであるが、本協議会が主体的に妥当と考える目標を先に議論しておくべきであろう。</p>
小原 眞知子	<p>病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制整備をがん相談支援センターが窓口になり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備することが、取り組むべき施策に入っているが、拠点病院の多くの患者には予防の視点も必要であるが、主に診断・治療のニーズが高いと思います。がんの予防に関する情報を国民全体に周知するためには、拠点病院だけではなく、幅広く拠点病院以外においても情報提供できる体制整備の推進を図る必要があると考えますので、そのような文言の追記をご検討いただきたいと思います。</p> <p>がん検診受診率に関しては、目標値が50%から、第4期では60%へ、さらに精密検査受診率が90%という数値になっています。今後6年間のロジックモデル全体に関連することから、その目標値の妥当性を明示する必要があると思います。他の施策との整合性から提示しているのであれば、注にその内容を記述し、国民に分かりやすく示す必要があると思います。</p>
黒瀬 巖	がんの二次予防P10及び精度管理P11～12に関して、職域検診の受診率向上や精密検査受診率など精度管理向上には、産業医及び地域の産業保健センターの関与と協力が欠かせないと考えます。

資料 4 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	<p>○P10 受診率向上対策について、取り組むべき施策の 1 段落目に「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」とあるが、マイナンバーを活用し、対象者にピンポイントでプッシュ型の受診勧奨ができるような仕組みづくりを検討していただきたい。（P56 デジタル化の推進とも関連）また、そのような仕組みをもって、マイナンバーが自身の健康管理に役立つという事例を国民に周知していただきたい。</p> <p>〈がん予防〉 〈がん医療〉 3 分野に関連すること 〈がんとの共生〉</p> <p>○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での連携ネットワークの構築が必要と考えることから、がん相談支援センターのある拠点病院等を中心に、地域の中核病院や医師会、保健所等と連携し、二次医療圏の予防・医療・共生について情報提供や意見交換ができる場が必要ではないか。また、拠点病院等のない二次医療圏については、都道府県拠点病院が参加することとしてはどうか。</p>
土岐 祐一郎	<p>P10：検診受診率の評価の対象を69歳までにしているのは何故か？胃癌大腸癌は高齢になるに従い罹患率は上昇する。70歳以上の受診率も非常に気になる。</p>
松田 一夫	<p>（2）がんの2次予防（がん検診）</p> <p>① 受診率向上対策について P10 （現状・課題）の3段落目 国民生活基礎調査によるがん検診受診率は、いずれの検診においても・・・ P10 （現状・課題）の4段落目 職域におけるがん検診には法的な根拠がなく、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、・・・。 また、職域でがん検診を受けられない者も少なくない。</p> <p>（取り組むべき施策）</p> <p>1 段落目 国は、がん検診受診率を国民生活基礎調査に代わって、より正確かつ精緻に、またマイナンバーの活用等によって個人単位で把握することができるよう検討する。</p> <p>2 段落目 受診しやすい環境整備など、すべての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に努める。</p> <p>（続く）</p>

資料 4 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
<p>松田 一夫</p>	<p>(続き)</p> <p>P13 (取り組むべき施策) の 1 段落目 国は、我が国における組織型検診の構築に向け、地域・職域を問わずすべての国民が科学的根拠のあるがん検診を受けられる体制の整備とともに、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。</p> <p>ロジックモデルについて、がん検診の中間アウトカムを評価するためのデータソースである国民生活基礎調査や地域保健・健康増進事業報告は、最終アウトカムを評価するためのデータソースである人口動態統計やがん登録に比べて網羅性や正確性に欠ける。既存のデータソースを利用する第4期計画では仕方ないが、次期計画に向けて国民生活基礎調査や地域保健・健康増進事業報告に代わる新たなデータソースの構築が必要である。</p>
<p>谷島 雄一郎</p>	<p>P8～9「② 感染症対策について (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、令和4(2022)年4月に再開したHPVワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、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把握し、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する。また、令和5(2023)年4月の9価HPVワクチンの定期接種の開始に向けた準備を進る。<u>め、積極的な勧奨を差し控えた世代や、HPVワクチンの接種対象である若い世代への正確な情報提供を推進する。</u>」 (理由・背景：小児がん経験者からは、寛かいを維持し日常を過ごせているのに、ワクチンの副作用で障害をかかえてしまったらとの恐怖が強く、キャッチアップ接種に消極的との話も聞く。健常者若者も同様に副作用の不安が根強くある。そうした世代は今、大学生や社会に出たばかりの環境下で、がん教育やHPVワクチンの正しい情報に触れる機会が無い。「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)」では届かない環境への、更なる啓発が必要と考える)</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 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	<p>がんと診断されたときからの緩和ケアの推進の項目は評価。緩和ケア=終末期ケアという言葉のイメージを変えてもらえるような取り組みを望む。「終末期ケアに限らず」と一文添えてほしい。そのほか実態の研究、意思決定など治療が終了した患者について書き加えられた表記には具体的な検討を望める表記で同意。</p>
石岡 千加史	<p>16頁「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とともに、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠の収集に引き続き取り組む。」 →「国は、がんゲノム医療を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。また、関連学会等と連携し保険適用となった（がん遺伝子パネル）検査を普及させる（または・・・検査の普及に努める）。」（保険診療で行われているがん遺伝子パネル検査（がんゲノムプロファイリング検査）の実施要件は「科学的根拠に基づき」実施される体制が条件になっているので敢えて記載する必要は無いと考えた。）</p> <p>27頁 希少がん・難治性がん →「難治がん」が一般的（国の「がん情報サービス」も「難治がん」）。「希少がん」は希少性がんとしないうと同様に難治性がんとしないう方がすっきりする。 →また、希少がんに注釈を付けたように、難治がんにも注釈を付けるのが良い。</p>
小原 眞知子	<p>緩和ケアの提供に関して、報告書の中には、(p21)には社会的苦痛の文言がありますが、分野別アウトカムの中には、身体的苦痛、精神心理的な苦痛を抱く患者さんの減少となっています。社会的苦痛も、身体・精神心理的側面と切り離すことができないものであり、それぞれの側面が影響して発生するものです。ここに社会的苦痛に関するものを提示して頂けると、報告書と連動するかと思います。例えば、(3002)、(3003)をアウトカム指標として設定するか、新たに調査を加えるなどで提示して頂くことを提案します。</p> <p>チーム医療に関する課題は拠点病院以外の医療機関の専門チームの設置が課題であるとされています。それに関連した取り組むべき施策は、都道府県がん診療連携協議会での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とされていますが、「議論」にとどまらず、連携体制整備を推進することまで踏み込んだ記述を提案します。</p> <p>高齢者のがん対策に関する個別目標には、多職種連携の強化とあるが、それだけではなく、高齢者の場合、患者の望んだ場所で適切な医療とは、在宅療養を鑑みると地域の保健医療機関の連携も必要になるので、地域の医療機関・多職種連携の強化することを記載する必要があると思います。</p> <p>高齢者がん対策については、がんの罹患率は高齢になれば高くなることや、高齢者は一般的に65歳以上であるが、年齢の幅が広く、ADL、認知機能、フレイルの状況など多様であります。アウトカムの指標として、現在示されている遺族調査は患者のご家族からの調査であることから、今後患者体験調査の中で65歳以上の方の項目を設定・調査しデータソースに加える必要があるのではないかと思います。</p>

資料 4 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
木澤 義之	<p>p.15 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 (取り組むべき施策)</p> <p>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、当該施設における経年的な比較、および他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。 →加筆しました。経年的なデータがあるとより良いと感じました。</p> <p>緩和ケアについて 診断時の衝撃への対応をすべての医療者が行い、かつ人員配置、外来機能の改善をするという点を盛り込み、「診断を伝える時から患者の気持ちに配慮した適切なコミュニケーションをとることができるようなトレーニングを積む機会を得られるような取り組みを検討する。しかしながらそれでも受けてしまうこれらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対してすべての医療者が初期対応を行うことができ」とすることを提案致します。 専門的な疼痛治療とするとがん以外の疼痛も入ってしまい、また苦痛は痛みだけではないので、包括的な苦痛を対象とした緩和ケアの実施体制の整備が必要なため「拠点病院等は、地域におけるがん診療や在宅ケアに携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、難治性がん疼痛を含めた苦痛に対する専門的な緩和ケアに係る普及啓発及び実施体制の整備を進める。」とすることを提案します。</p>
黒瀬 巖	<p>※がんとの共生へのご意見も含む 緩和ケアP21～、社会連携に基づくがん対策P37～38、及びライフステージに応じたがん対策P45～47のためには、地域の実情に合わせた決めの細かい医療提供体制が必要です。個々の(取り組むべき施策)等には「在宅ケアを含めた地域における緩和ケア提供体制」、「地域包括ケアシステムの仕組み、、、」「地域の医療機関やかかりつけ医、、、」の重要性を指摘いただいております。 これらがうまく働くためには関係者個々の育成と関係者間の密な連携が欠かせません。 その点に関して、P50～の人材育成の強化でも「地域の”がん診療や緩和ケアなど医療提供体制を担う全ての人材の適切な育成と向上を、がん拠点病院、地域の医師会が中心となって行っていく」という視点を明記していただくと幸いです。</p>

資料 4 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
茂松 直之	<p>新しい画像誘導放射線治療の推進 これまでのCTによる画像誘導放射線治療では腫瘍及び近接臓器の位置・形状の変化を照射直前および照射中に検知して、即時に再計画することは困難であった。これを可能にするMR画像誘導即時適応放射線治療（MR guided online adaptive radiotherapy, MRgOART）が海外で普及しつつある。これまで生存期間中央値が18か月程度であった膵がんに対して MRgOARTを適用した初期の連続症例30名の治療成績が報告されたが、治療開始後22か月における全生存率が70%程度で、グレード3以上の消化管有害事象は0件であった。今後の切除不能進行性膵がんの標準治療になる可能性がある。 一方、わが国では、MR画像誘導放射線治療装置の導入が遅れており、診療報酬を含めた検討が必要である。</p> <p>放射線治療専門医の不足 がん患者の高齢化により、低侵襲ながん治療である放射線治療への需要増加が予測される。更には、強度変調放射線治療や定位放射線治療、粒子線治療の保険適用拡大から、放射線治療適応患者の増加も見込まれる。一方、全国のがん診療拠点病院（454施設）に勤務する放射線治療専門医の令和3年度総計は821名であり、常勤0名（83施設:18.2%）、常勤1名（177施設:39.0%）と半数以上の施設で1名以下の配置で放射線治療が実施されている。放射線治療専門医1名以下での診療体制では安全性、恒常性、信頼性等の面で明らかに脆弱であり、今後の放射線治療専門医の増加が必要とされていると考える。</p> <p>医学物理面の充実 高精度放射線治療では、先進的な科学技術が数多く応用されている。これを病院で安定的に提供するために、医療と科学技術の双方に対して十分な知見を有する「医学物理士」の活躍が極めて重要である。欧米では理工学部出身の研究者が病院で医学物理士として雇用され、高精度放射線治療およびその技術開発を行っているが、日本では診療放射線技師が従来の多忙な技師業務と兼務するのが一般的である。このような医学物理体制の遅れは、国民が世界最新の治療を容易に享受することを阻んでおり、また本邦発信の技術開発が乏しいことから、外資の高額な放射線治療装置を導入し続ける必要があり、国益を損なう状況が続いている。医学物理士の教育と雇用を拡充し、医師の働き方改革・タスクシフトと連携した新体制を構築することが急務である。</p>

資料 4 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
土岐 祐一郎	<p>P21：緩和ケアは医療という側面と共生という側面と両方がある。今回、医療に移動したことに対して十分な議論が必要である。小児・AYAと高齢者が医療と共生の両方に位置づけられたのに対し、どのような違いがあるのか不明確だと感じる。</p> <p>P22：国による緩和ケアの実地調査や実態調査などの記載が混在しており、やや理解しづらい。</p> <p>P25：妊孕性は国策として推進を始めたところであるが、基本的には小児・AYAに含めるべきでないか？また、妊孕性温存は医療行為であるがその本質は社会生活の維持の一部であり共生に含めるべきではないか？</p> <p>P31：高齢者への医療介入に関してガイドラインに任せるだけで具体性にかける。高齢者への医療介入は、第一に、高齢者の機能評価をして標準的治療に適さない集団を見極める、第二にその集団に対して標準治療に代わる治療を提案する、第三にその集団にフレイル対策を行い、状態を改善させて標準治療等の適切な治療を提供する、であるが、第三の視点が欠けている。支持療法やリハビリの多くは高齢者の治療の忍容性の向上を目的にするものであるため、その点を強調すべきである。</p> <p>ロジックモデルについて 医療（均てん化、集約化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直接的な集約化の指標を中間アウトカムに入れることはできないか？（例）大腸癌手術を年間100件以上行っている施設の割合、 ・1-5：がんゲノム医療のアウトプット指標が中核拠点ではなく、連携まで含めた病院数とした方が良い。患者がアクセスできる病院数が増えないと意味がない。 <p>医療（各治療法）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1-1：内視鏡手術は今や殆どの病院で行われている。ロボット支援手術を実施している病院数の方が適切である。 ・2-1：癌の手術で30日以内は殆ど存在しない、安全な医療が提供できていることを示すには90日以内死亡率の方がよい。もしくは術後在院日数は安全性の指標になるが、国民には長いのか短いのかイメージしにくいという弱点もある ・2-2：術前化学療法が増えているので「診断から手術までの日数」は不適切である。ステージ0、1に絞れば「診断から手術までの日数」はタイムリーな医療の提供と言えるかもしれない。それが医療の質を反映するとは思えない。 ・手術に関して：医療の質に関係するとしたら、「施設の手術成績（5年生存率）もしくは手術数をHPに公表している割合」、「外保連試案技術難易度DEの手術の実施割合」などが手術の質に関係するのではないか？

資料 4 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>(1) がん医療提供体制等、⑤がんのリハビリテーションについて (取り組むべき施策) について「入院に加え外来や在宅においても」(20頁最終行)と追記しては如何か。在宅で療養されている患者さんが、訪問リハビリを受けられるようになると、療養生活の質に良い影響を与えるだけではなく、ご家族の介護負担の軽減にもつながる。拠点病院を退院した患者さんが自宅でも継続的にリハビリが受けられる体制を整えることは、スムーズな療養の場の移行という意味でも重要である。また、緩和ケア・終末期ケアにおいても、リハビリは重要な役割を果たしている。がんリハビリテーション研修会の受講者を、在宅医療や訪問リハビリ事業所のスタッフにも広げていく取り組みも含めて、がんリハビリテーションを一層推進していくと良いと考える。</p>
前田 留里	<p><支持療法の推進について> OP21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、リンパ浮腫は半数強にとどまり、他施設からの患者受け入れはさらに少ない。対象となるがん診療を実施している全ての拠点病院等での実施など、適切な診療体制の整備が求められる。 (取り組むべき施策) P21国は、患者が、治療に伴う副作用や後遺症への見通しを持ち・・・としていただきたい。</p> <p>ロジックモデルについて <支持療法の推進> リンパ浮腫研修の受講者数や外来設置数ではリンパ浮腫の患者にどれだけ治療に繋がったか測れない。リンパ節を郭清した患者数の把握と治療に結びついた数をレセプトから抽出し、リンパ浮腫の原因となる治療(手術や放射線等)の見直しと支援の状況を明らかにしていただきたい。</p>

資料 4 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

P16「②手術療法・放射線療法・薬物療法について（取り組むべき施策）」において、「**ガイドラインの更なる充実と随時改定を進める**」旨を記載いただきたい。特に患者にとって道標の少ない希少がんにおいてはどこに繋がればいいのかという相談先の明確化と、どう治療を進めるのかのガイドラインの充実が重要である。

よってP28「（2）希少がん及び難治性がん対策（取り組むべき施策）」においても、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」

さらに、**個別目標、またはロジックモデルにおいても、ガイドラインの充実を測る指標（絶対数またはがん種に対する作成率等）を取り入れることを検討**してはどうか。

また、P27「（2）希少がん及び難治性がん対策（現状・課題）」において、「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。」と記載されているが、**すべての患者がどこに繋がればいいのかわかるようにするべく、ロジックモデルにがん情報サービスで公開している専門病院とがん種の数を入れていただきたい。**

P16「2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供（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（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**外来地域の外来や在宅**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。」

（理由・背景：病院内でのリハビリテーションの目的は、「日常生活が送れる」所までである。学校での生活上、仕事上での動作でリハビリが必要な場合は、地域でのリハビリテーション施設、もしくは、小児の場合、地域にフォローしてもらえる施設は少ない。小児以外の患者特に高齢者は地域や在宅のリハビリが重要である。効果的・継続的なリハビリテーション提供体制の推進をお願いしたい）

（続く）

資料 4 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)</p> <p>P29 「(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策(現状・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等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、診療の一部集約化集約化と役割分担を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の中で進めてきた。」 (理由・背景：小児がん拠点病院への集約率は小児がん患者全体の35%程度で、まだまだ少なく、「一部集約化を進めてきた」という表現では、元々そこを目指してきたように取れるため適切ではない。参考 小児がん拠点病院連絡協議会資料 https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/child/liaison_council/20200626/pdf/shiryo1_2.pdf)</p> <p>P30下線部を追記いただきたい。「国は、小児がん領域における薬剤アクセス改善に向けて、治験の実施(国際共同治験への参加を含む。)を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業、審査機関等と連携した研究開発を推進する。」 (質問：文頭の「国は」にはPMDAも含まれますか)</p> <p>P30【個別目標】に以下下線部を追記いただきたい。 「小児がん患者及びAYA世代のがん患者やその家族等が、適切な情報が得られ、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに小児がん領域での研究開発を進める。 (理由・背景：小児・AYAがんにおいて、地域に拠点病院があるにも関わらず、中央とのたらい回しにあい、未だに適切な治療に繋がれないケースが患者コミュニティより聞かれる)</p> <p>ロジックモデルについて #10 がん医療<希少がん、難治性がん対策の推進> 治療開発とガイドライン作成の進捗が測れるような指標を入れていただきたい。(例えばガイドラインの数やがん種に対する作成率、適切な改定がなされているか等) #11 がん医療<小児がん・AYA世代のがん対策の推進> 「治験実施(国際共同治験への参加含む)を促進する方策検討、研究開発推進」の項目が希少がんにも欲しい。</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 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	<p>追記いただいた内容を評価。そのうえで非正規フリーランスなど働き方も多様化していることからP36下段 国は、就労支援の更なる充実に向けて、さまざまな就労形態におけるがん患者の離職と就労の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する を追記。さらに産保センターは要と言えるが両立実現に伴う課題の多くが患者よりも周りの無理解と誤解であることから官民合わせて支援していくことが肝要。P36下段。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や民間団体等の活用や助成金等に支援、普及啓発について検討する。</p> <p>P49中段。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、患者や患者を取り巻く家族や市民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。P50上段 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、がんや仕事との両立・がんとの共生に関する正しい知識を得ることができるよう努める。【個別目標】国民ががんを正しく理解し、がん予防や早期発見・治療の重要性を認識するとともに、がんとともに生きるために必要な知識を得ることを目指す かどうか。</p> <p>ロジックモデル 「高齢者」 がん医療の実態把握が入っていることを評価。どのように家族や本人が意思決定したのか、意思決定するための材料を提示するためには●●のような状況のとき、●●のような決定をした人がどれくらいいて、●●のような決定をした人が●●いる、など【その内容・項目】が網羅されていてほしい。決して、個別の状況を踏まえた対応をした拠点病院の数では測れないと思うのだからどうか？ 「相談支援・情報提供」 がん患者はがんに対して正しい認識を持てること、とあるが、患者だけに限るのが正解かどうか。 「社会連携」 ピアサポーターの認知度向上だけ若干ここにあるのが違和感。社会連携とはいえるけれども次のアウトカムとつながりづらい気がするがどうか。ここでも量も質も問われるべきだがこの指標でよいのか。「相談支援・情報提供」にも表記あるのでまとめてよいのか。むしろ、「社会連携」の文脈だと、相談できるべき医療従事者・在宅コーディネーター・ソーシャルワーカーなどへのつながりのほうが妥当か。</p>
小原 眞知子	<p>その他の社会的な問題に「経済的課題の把握と利用可能な施策についての周知や課題解決に向けた施策の検討」を個別施策に加えて頂けたことは評価できます。アウトプット指標は、都道府県がん診療連携拠点病院51箇所などのがん相談支援センターで経済的課題の相談件数など、相談内容がまとめられていると思うので、それらの情報を収集し分析することでデータソースとして活用できないかと考えます。ここから紐づく中間アウトカムが示されていないので、現在示されている項目以外に別途項目を立てる必要があると考えます。</p>

資料 4 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

木澤 義之

p.30 (1) 相談支援及び情報提供 ①相談支援について
(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、**地方公共団体および関連団体と共に**、自施設に通院していない者も含む患者やその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。
→ (加筆) 自施設に通院していない患者の対応については地域ぐるみで取り組まないと混乱を生む可能性があるためこのように加筆しました。

p.34 (2) 社会連携に基づくがん対策
(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、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、**緩和ケア及び訪問診療・訪問看護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。
→ (加筆修正) より具体的な記載が望ましいと考え加筆しました。

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、訪問看護ステーションや介護施設・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て地域包括ケアシステムを活用した施設間の連携・調整を担う者の育成**に、引き続き取り組む。
→ (加筆修正) 地域包括ケアとの協働を意識したほうが良いと考えて加筆しました

P.42 ①小児・AYA世代について
(取り組むべき施策)

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について、関係省庁と連携して検討する。
→ (意見です) 特に病院入院中の小児がん患者への専門的緩和ケアの充実が重要と思っています。在宅の支援はリソースが増えてきており後は質の問題になってきていますが、入院中の患者については緩和ケアチーム登録データからも小児患者への介入件数はここ10年変化がないことが課題と感じています(この5年間で年間のコンサルテーション件数は400件程度と変わらず、終末期に痛みのある小児がん患者の20%に介入しているに過ぎません。Yotani N, et al. J Pain Symptom Manage 2018;56:582-587)。まずは実態調査を、施策として今後の提供体制の整備を考えていく必要があると思っています。

資料 4 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
齋藤 朋子	<p>身体的苦痛だけでなく、社会的・精神的苦痛を受けることがないように、がん医療の分野だけでなく、がんとの共生の分野についても引き続き、「緩和ケア、支持療法、ピアランスケア、相談支援センター」について記載いただきたい。医療者を含めた多職種で、さらには地域で連携して、患者とその家族に情報が提供されることが望ましい。</p>
久村 和穂	<p>(1) 相談支援及び情報提供 ①相談支援について (取り組むべき施策) 30頁、下から4行目「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。」とあるが、ここは「国は、拠点病院等と地域統括相談支援センター、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を推進する。」(*下線部は追加・改訂部分)として既存の公的機関のリソースと民間団体等を含めた相談支援ネットワーク化の推進について明記しても良いのではないかと。前文中の「多様化・複雑化する相談支援ニーズへの対応」や「持続可能な相談支援体制」を整備するためには、業務内容が広範かつ人員が限られる相談支援センターのみでは限界があり、他の社会資源との連携強化は不可欠と考える。また、直後の文章(患者団体、社会的人材リソース)と次段落の文(相談員からピア・サポーターにつなげる仕組み)の中で、具体的な連携体制の整備について検討すると述べているので、連携体制を構築していくという方向性は明らかであり、重要な施策と考える。</p> <p>(2) 社会連携に基づくがん対策について 今後、高齢世帯や独居のがん患者・がんサバイバーの増加が予想されることから、がん患者が地域社会の中で尊厳を持って安心して暮らすためには、医療連携(医療機関や医療者間の連携)に加えて、医療以外の日常生活・社会生活に関わる分野(例:介護・福祉事業者、行政機関窓口、配食サービスや安否確認サービスを行う事業者、法律専門家・社会保険労務士)や地域住民の理解・協力を含めた社会連携の整備や充実が一層必要となる。このセクションでは、緩和ケアの医療以外の部分(例:心理社会的ケア、遺族ケア)を含めて、社会連携や社会的支援の重要性をより明確に伝えられたら良いのではないかと。がんに罹患したことで、あるいは、がん治療を生活圏外の医療機関で受けることで、患者やその家族等が強い孤独感を抱いたり、社会的に孤立することがないような地域社会を作ることは、がん患者の自殺予防にもつながり得ると考える。</p> <p>上記の考えを施策として文章に表現するのは大変難しいが、一つの案として、(取り組むべき施策)の2段落目、「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。」という部分について、「拠点病院等は、当該地域の実情に合わせて地域包括ケアシステムに関与し(あるいは、「地域包括ケアシステムとの連携(統合?)を図り」)、地域包括支援センター、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と共に、がん医療・緩和ケアに関する知識や医療提供体制、相談支援センターやピア・サポーターなどの社会資源を含めて、地域の医療介護福祉関係者との情報の共有に取り組む。」(*下線部を修正・追加)など、もう一步踏み込んだ内容を盛り込むことを検討としては如何だろうか。地域包括支援センターは地域包括ケアシステムの要となる機関であり、地域の介護福祉・生活支援・住まい等に関わる情報を把握しており、資料4、12頁の「#14共生<社会連携>」の中間アウトカム指標には、「ピア・サポーターの認知度」が含まれている。</p> <p>(続く)</p>

資料 4 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>また、令和4年8月1日厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」10頁、Ⅱ 地域がん連携拠点病院の指定要件について2診療体制 (1) 診療機能 ④地域連携の推進体制 キ「当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。」という内容と整合性のある書き方が適切かもしれない。実際のところ、がん医療やがん患者とあまり接点のない介護福祉従事者は、がん医療や緩和ケアに関する知識や地域のリソースに関する活用方法を知る機会が殆どなく、その結果としてがん患者・サバイバーやその家族等が必要としている情報や支援が行き届いていないのが現状ではないかと考える。</p> <p>上記の内容に合わせて「個別目標」を「地域における医療機関や介護福祉関係者等との連携や、医療従事者と患者・家族等とのコミュニケーションにより、患者・家族等がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療や緩和ケア、心理社会的支援を受けることができることを目指す。」（*下線部を改訂・追加）としてはどうか。</p> <p>「社会連携に基づくがん対策」という見出しを、例えば「患者の療養生活を支える社会連携（あるいは、社会支援体制、社会支援ネットワーク）の整備」など、より分かりやすい文言を用いることも含めて検討しては如何かと考える。</p>
前田 留里	<p>P36 その原因は、職場における体制整備や理解の不足が根強くあるとの指摘がある。</p> <p>→その原因は、<u>治療開始前に病院医療スタッフからの説明が足りていないことで患者に支援が繋がらないことや、医学的な問題の指摘がある。</u>ではないか。</p> <p>しくみや窓口はあるが必要としている人がそこに繋がっていない。確実に（100%）繋がる仕組みを作ることこそ必要。就労支援の中心は「患者」。「患者からの申し出で両立はスタートする」ため、就労支援に携わる者への施策や企業教育より、がんと診断された患者への早期の情報提供やエンパワーメント支援を優先すべき重点施策にしていきたい。</p> <p>また、医学的要素（薬物療法による影響など）も離職の原因になっているため、医療者の支援がさらに必要。</p> <p>具体的には、</p> <ol style="list-style-type: none"> ①患者全員にアセスメントシートで懸念や不安をキャッチし確実に専門職へ繋げるシステム作り（診断時にひとりぼっちにさせない）。 ②中小企業への経済的支援（治療と仕事の両立支援助成金は2022年11月9日公表でストップになっています） ③企業教育は、非正規雇用者や扶養家族などの健康格差の是正や受動喫煙の防止に取り組むなど、企業内で誰も取りこぼさないがん対策、両立支援を検討して頂きたい。 <p>なお、医療機関でのアセスメントシートに仕事のほか、痛み、アピアランスケア、妊孕性、心の不安など一度に聞き取れば（治療のタイミングごとに）、必要とする専門職に必要な時に確実に繋がられ、緩和ケアやサバイバーシップのそれぞれの問題にも同時に支援が届くのではないかと。</p> <p>(続く)</p>

資料 4 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
前田 留里	<p>(続き)</p> <p>ロジックモデルについて # 13共生<相談支援・情報提供> 1-4 病院と連携している患者団体の数では、連携せずとも登録しているだけで好きな数を言える。連携を取っているということは、年に1回以上の会議の機会を設けていることや、患者会へ案内した人数の報告など実情が測れる指標の検討していただきたい。</p> <p># 15共生<サバイバーシップ> 2-3「治療開始前に就労継続について説明を受けたがん患者の割合」を上げるためのアウトプット指標になっていない。1-2相談支援センターの相談件数を測るだけでは意味がない。アクションに向けて「医療者調査」で患者に就労継続の説明をしたかの調査をし、それを上げる施策にしていかなければ結果が変わっていかない。</p> <p># 16共生<ライフステージ> ①小児、AYA世代について 2-1、2-2、2-3など、「話があった」「制度を利用した」「支援を受けた」と、患者家族が「満足のいく学びや復学ができたか」は違うと思う。3-2就学の継続についての事実だけでなく、その状態を患者家族が希望したものか、満足しているのかを測って、満足度を高める施策にしてほしい。 また、3-1家族の支援として、親の就労支援や経済的困難などを調査もし、少しでも改善に繋げていただきたい。</p> <p>②高齢者 2-7家族の介護の経済的負担の原因にもなる、介護保険の利用率の調査（40～64歳、65歳以上）をしていただきたい。</p>
松田 一夫	<p>(1) 相談支援及び情報提供 P31 情報提供について 下から5行目 国は、すべての国民に対して、がんの原因、がん検診、治療法、治療および共生に必要な緩和ケア、受けられる支援に関して情報提供に努める必要がある。がん患者やその家族等が、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。</p>

資料 4 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
森内 みね子	<p>(4) ライフステージに応じたがん対策</p> <p>①小児・AYA世代について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (P46) (取り組むべき施策 4段落目の2行目) 「在宅療養環境等の体制整備」の例示として、「<u>看護小規模多機能型居宅介護への医療保険の適用等</u>」と追記いただきたい。 <p>若年層のがん患者は、訪問看護による居宅での支援を受けることはできるが、介護保険サービスである看護小規模多機能型居宅介護(看多機)の「通い」「泊まり」のサービスを利用することができない。重度な状態にある人のケアニーズは、世代を問わず共通している。訪問看護同様、医療保険でも介護保険でも看多機を利用できるよう、制度面での対応が求められる。</p> <p>②高齢者について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (P47) (取り組むべき施策 1段落目の2行目) 「在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等」と追記いただきたい。 <p>特に人生の最終段階に、在宅での療養を支えるために訪問看護が果たす役割は大きい。地域の資源のひとつとして訪問看護をより有効に活用していただくためにも、明記してほしい。</p> <p>【個別目標】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (P47) 【個別目標】について、高齢のがん患者だけでなく、小児・AYA世代に対しても「<u>療養環境への支援</u>」の記載を追記いただきたい。
谷島 雄一郎	<p>P39～41 「(3) 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」において、非正規雇用、及び非正規雇用や自営業・フリーランスの方々への支援が抜け落ちている。(取り組むべき施策)のところに「非正規や自営、フリーランスを含む」と加えるか、せめて(現状・課題)のところでここに対する対応が未だなされていないことを記載し、今後の検討へ進めていただきたい。「格差を是正し、誰一人取り残さない」社会を目指すうえで、国民への強いメッセージとなると考える。(コロナ禍では非正規や自営、フリーランスへの支援が薄いことに対し政府への批判があった)</p> <p>P40、41 「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。</p> <p>P45、46 「(4) 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。</p> <p>「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。また、就労の困難に加えて小児慢性特定疾病医療費助成制度が20歳で途切れることによる、経済的負担が課題となっている。」</p> <p>(続く)</p>

資料 4 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)

P46 「(4) 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や地域で過ごすことを希望している中、**小児・AYA世代の在宅医療の環境整備が求められている**。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、患者及び家族の身体的・精神的・経済的な負担が大きき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や民間団体等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。」

(理由・背景：小児においてはホスピスの整備が非常に遅れている。小児のホスピスケアは、成人の医療的ケアを含むホスピスケアと異なり、遊んだり、毎日の日常を家族と共に過ごしなが、終末期においても成長できる在宅や地域での環境が必要である。病院内ではない、独立した小児ホスピスは日本には2つしかなく、民間団体が民間資金や地方自治体の支援により設立運営している。AYA世代においては、介護保険が受けられず、在宅支援が非常に手薄である。)

P46 「(4) 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、**以下二重線部を削除し、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、**各地方公共団体の取り組みなどを参考に**、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**教育を必要とする患者とその家族が**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、**健康への影響も含めた**課題等を明らかにするため、実態把握を行う。」

(理由・背景：ICTを活用した遠隔教育が進むことは非常に有難い。ただその裏側で、視力の低下等も指摘されているため、接触時間等、平行して検討を進める必要がある。)

「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、地域の事情に応じて構築できるよう、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や**検査体制等、のまた、その経済的負担に関する相談支援も含めた**医療・支援のあり方について検討する。」

(厚生労働科学研究費補助金(がん対策推進総合研究事業)小児がん拠点病院等及び成人診療科との連携による長期フォローアップ体制の構築のための研究よりhttps://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/20EA1022-sokatsu.pdf)

「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**及び民間団体の活用**について、関係省庁と連携して検討する。」

(続く)

資料 4 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)</p> <p>P47【個別目標】「小児・AYA世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ、移行期等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。」 (理由・背景) 長期フォローアップの中でも特に小児科から成人科への移行が現在課題となっている。成人科の医師にとって、小児がんは超希少疾患であり、情報が極端に少ない。研修の強化などが必要。</p> <p>ロジックモデルについて #17 共生<サバイバーシップ> 就労について。中小企業での指標として例えば産業保健支援センターの利用実績や助成金の活用数等を活用することで、より実態が見えてくるのではないかと。</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 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	患者体験調査へのデータ依存が大きいのでどのような形でこれを実現させるのか、次世代型の患者体験調査のやり方方法を計画の中に書き加えておく必要があるのではないか。（患者市民参画のロジックのもと）
石岡 千加史	<p>32頁 「国は、最先端医療迅速評価制度、患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的な根拠に基づき、引き続き推進する。」 →「国は、医薬品医療機器法等に基づき、がん研究の成果の実装を推進する。がん研究者等は成果の速やかな実装を目指し患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用する。」 （「患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を活用」するのは国？研究開発者？後者と考えると修正案を提示した。）</p> <p>52頁 子どもに、「遺伝性がんも含めた・・・」 →「遺伝性腫瘍（しゅよう）も含めた・・・」 （一般社団法人日本遺伝性腫瘍学会は、一般の方向けに「遺伝性腫瘍」という用語を使用しています。）</p> <p>53頁 「国民ががん予防や早期発見の重要性を認識する・・・」 →「国民ががん予防やがん検診による早期発見の重要性を認識する・・・」 （この基本計画ではがん予防とがん検診がセット。）</p>
木澤 義之	<p>・緩和ケアを担う人材が全体的に不足しています。特に医師の不足により拠点病院を中心とした緩和ケア体制構築に支障がでており喫緊の課題となっています。また、大学によっては緩和ケアの専門家を養成する材が不足していることも大きな課題です。以上より計画に緩和ケア専門家の人材育成に関する記載を追加すべきではないかと考えます。</p> <p>・また、実際の育成にあたっては、「どの程度の育成が必要か」を把握した上で、具体的な方略を考えるべきだと考えます。</p> <p>・また、全ての医療従事者が緩和ケアに関する基本的な能力を習得するために、大学等医療機関と地域の病院が人事連携することにより、緩和ケアに関する学部教育および初期教育に力を入れ、すべての医療者が緩和ケアを当たり前提供できる体制の構築について検討する必要があると考えます。</p>
黒瀬 巖	<p>P50、51 がんゲノム医療は今後極めて期待される分野ですが、その適切な普及のためには「必要とする誰もが、必要な時に受けられる」ことが必要です。一方で、わが国では少子超高齢社会で“担い手”も減少する中、負担と給付の問題は避けて通れません。コストの効率化の視点を踏まえたがんゲノム医療の発展普及のための政策を期待しています。</p> <p>（続く）</p>

資料 4 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
黒瀬 巖	<p>(続き)</p> <p>P52、53 またこういった医療の進歩により、生活習慣と発癌だけではなく遺伝的要因による発癌の病態がより詳細にわかってくるものと期待しますが、一方で、「遺伝性がん」という言葉が一人歩きしてしまう危険性も否定できません。「遺伝性がん」について多くの国民に正しく理解していただけるよう、丁寧な説明を広く行っていくことが肝要と考えます。</p> <p>P56 オンライン診療については、「関連学会及び日本医師会の意見を参考に、信頼性を基本とする患者にとって本当に安心安全なオンライン診療を検討する。」という姿勢を明確に示していただきたいと思います。</p>
谷口 栄作	<p>○P.52 がん教育について、取り組むべき施策の2段落目に「教育委員会及び衛生主管部局が連携して～」とあるが、学校教育だけでなく社会教育もここに含まれているのでしょうか？</p>
中釜 斉	<p>「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。例えば、ゲノム医療は研究開発を行いながら、並行して治療に薬事承認薬以外のものも活用しながら、患者還元を同時に行っている状況である。臨床研究開発基盤を強化・拡大し、国内外の新薬の導入や適応拡大等を速やかに治験・医師主導治験を実施することにより、一刻も早く最新の治療を患者に届けるよう医療実装に繋げる必要がある。</p> <p>・ (p56) 下線部の追記をしてはどうか。 「また、国は、患者やその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、オンライン診療・治験や地方公共団体や医療機関における会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。」 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質を確保しつつ、治験や医師主導治験に参加しやすい環境を整えていくことが重要である。</p> <p>(p56) 下線部の追記をしてはどうか。 「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、レセプトやがん登録情報等を活用したがん対策の評価、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即時性の高い利活用の推進について検討する。」</p> <p>(続く)</p>

資料 4 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	<p>(続き)</p> <p>がん検診 (p.12) に記載された、レセプトやがん登録情報等を用いた分析は、がん対策全般に実施されるべきである。また、新型コロナウイルス感染症への対応では、がん検診やがん医療等の状況をリアルタイムで把握し、速やかな対策立案が必要であることが明らかとなった。次期計画期間では、即時性の高いデータ収集を図るとともに、現在収集可能なデータの収集方法についても改めて検討する必要があるのではないか。</p>
前田 留里	<p>○薬剤の安定供給や新たなドラッグラグの解消について。</p> <p>近年、海外で生産されているがん治療薬などの供給がストップするなど不安定になる事例や、海外で承認され日本未承認の薬品数が急激に増えていることについてその現状と要因の調査を進め、新たなドラッグラグの解消に向けた必要な施策を追加してください。</p> <p>P52 子どもに、<u>遺伝性がんも含めた</u> については慎重な記載が必要で、入れるなら「<u>ゲノム医療も含めた</u>」にしてはどうか。伝え方によって血縁者にがん患者がいる子どもが不安になったり、不当な差別や偏見につながることは避けなければならない。地域差やさまざまな外部講師、教育者が関わることから、子どもの発達段階や学習レベル、教育者の理解度を踏まえて内容を慎重に検討し、安易な伝え方にならないよう記載を。</p> <p>(6) デジタル化の推進 利便性と精度の向上、格差の是正のために推進して頂きたい。 紹介状やCDの持参や郵送など医療側にとっても患者にとっても負担であり、電子カルテ間やオンラインでのやり取りができると不要な検査の重複を避け治療歴の共有化などメリットなど多い。また、AIやロボット手術などの技術を導入して手技による見落としや技術の差、遠隔診断などで地域差を埋めてほしい。セキュリティや機器の親和性など課題はあると思うが、格差是正にデジタル化は有効。また、薬局や保険者などデータの利活用が広がることで、データで不当な扱いにならない文言も必要。</p> <p>ロジックモデルについて # 19基盤 <がん研究の推進> 1-1がん研究のさらなる充実に向けた戦略の見直しのためには、「何が問題」で、「どこに格差があるのか」の調査が欠かせない。患者体験調査だけではなく「医療者の意識調査」も重要ではないか。 第4期は誰も取り残さないというテーマから、どんなところに格差があるのかをさまざまな分野で調査し、それを是正するために動いていかないといけない。</p>

資料 4 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

（前回の協議会で＜がん医療＞において、4期案から個別項目ではなくなった、治療法に乏しく、新たな治療機会へつながることを望んでいる患者にとって最も重要な「ゲノム医療」と「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」を再度項目化して欲しいと要望した。）

4期案ではP48、49「4. これらを支える基盤の整備（1）がん研究の推進」の категорияに、「ゲノム医療」や「医薬品・医療機器等の開発」を持ってくるのであれば、（現状・課題）に、「新たなドラッグラグの発生（ドラッグロス）」について、また、（取り組むべき施策）には「世界に後れをとることのない医薬品・治療の開発」を明記いただきたい。高い効果があるにもかかわらず、日本にいるから受けられない治療があってはならない。医学の進歩に希望を託し、一日一日を懸命に生き抜く患者を明日につなぐための取組みを確実に進めて欲しい。

P48、49「4. これらを支える基盤の整備（1）がん研究の推進」において、以下下線部を追記いただきたい。

（取り組むべき施策）「国は、患者申出療養制度や先駆け審査指定制度等の既存の制度を、より活用できるよう制度の改善の検討も視野に入れがん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進する。」

（理由・背景：現状の患者申出療養制度では患者に有効な薬が届いていない。小児がんでは申出すら2～3例で、制度はあっても実用的ではない現状がある。）

P52「（3）がん教育及びがんに関する知識の普及啓発（現状・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。

「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、遺伝性がん遺伝子についての基礎的な内容も含めた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。」

（理由・背景：いきなり遺伝性がんの話では伝え方によっては、差別や根拠のない不安をおおることにつながりかねない。発達段階に合わせた遺伝子についての基礎的な知識習得が先にあるべきである。）

（続く）

資料 4 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)</p> <p>P53【個別目標】に下線部を追記いただきたい。 「国民ががん予防や早期発見の重要性を認識するとともに、多種多様ながんを正しく理解することを目指す。」 (理由・背景：遺伝性でもない、生活習慣病でもない、予防できない小児がんについても触れるべきである。現行のがん教育は、成人がんに対する啓発傾向である。また予防に主軸の教育内容は、子どもたちには小児がんのメカニズムに対して、親がたばこを吸っていたから、妊娠中お酒を飲んだから、などの偏見にもなりかねない。小中学どの世代の教材にも科学的差異の啓発が重要である。)</p> <p>ロジックモデルについて #19 基盤<がん研究の推進> 中間アウトカム2-2~4において、日本発でない治験等の数も指標にいれていただきたい。例えば新規適応薬数や、国際共同治験への参加数等。 #21基盤<がん教育・知識> 1-5のアウトプット指標はがん対策推進企業アクション参加企業数でいいのか。参加率が4,500社/1,780,000社で0.25%とかなり低く、有効な指標となり得ないのではないか。 #23 基盤<患者・市民参画推進> がん患者等の参加についての記載はあるが、それ以外の多様な市民の参画に関しても施策や指標が必要ではないか。</p>

1.全体目標と分野別目標

2.がん予防

3.がん医療

4.がんとの共生

5.基盤の整備

6.必要な事項

資料 4 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

P55 **患者本位→患者参加型** というわかりやすい表現はどうか。後段のロジックモデルのところの〈自分ごと化〉にもつながる。