

平成29年6月2日

第68回がん対策推進協議会 資料3

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16

第3期がん対策推進基本計画案（案）

平成29年〇月

1

2

1	目次	
2	はじめに.....	5
3	第1 全体目標.....	7
4	1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	7
5	2. 患者本位のがん医療の実現.....	7
6	3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	7
7	第2 分野別施策と個別目標.....	8
8	1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	8
9	(1) がんの1次予防.....	8
10	(2) がんの早期発見、がん検診（2次予防）.....	15
11	2. 患者本位のがん医療の実現.....	19
12	(1) がんゲノム医療.....	19
13	(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実.....	22
14	(3) チーム医療の推進.....	29
15	(4) がんのリハビリテーション.....	30
16	(5) 支持療法の推進.....	31
17	(6) 希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）..	32
18	(7) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策.....	35
19	(8) 病理診断.....	38
20	(9) がん登録.....	40
21	(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組.....	42
22	3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	44
23	(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進.....	44
24	(2) 相談支援、情報提供.....	51
25	(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援.....	55

1	(4)	がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）	58
2	(5)	ライフステージに応じたがん対策	66
3	4.	これらを支える基盤の整備	69
4	(1)	がん研究	69
5	(2)	人材育成	72
6	(3)	がん教育、がんに関する知識の普及啓発	74
7	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	76
8	1.	関係者等の連携協力の更なる強化	76
9	2.	都道府県による計画の策定	76
10	3.	がん患者を含めた国民の努力	76
11	4.	患者団体等との協力	77
12	5.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	77
13	6.	目標の達成状況の把握	78
14	7.	基本計画の見直し	78
15			
16			

1 はじめに

2
3 我が国において、がんは、昭和56（1981）年より死因の第1位であり、
4 平成27（2015）年には、年間約37万人が亡くなり、生涯のうちに、約
5 2人に1人が罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、が
6 んは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

7
8 我が国においては、昭和59（1984）年に策定された「対がん10カ年
9 総合戦略」、平成6（1994）年に策定された「がん克服新10か年戦略」、
10 平成16（2004）年に策定された「第3次対がん10か年総合戦略」に基
11 づき、がん対策に取り組んできた。また、平成26（2014）年からは、「が
12 ん研究10か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

13
14 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
15 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1
16 9（2007）年4月に施行された。また、平成19（2007）年6月には、
17 がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第1期の「がん対策推進基本
18 計画（以下「基本計画」という。）」が策定された。

19
20 第1期（平成19（2007）年度～平成24（2012）年度）の基本計
21 画では、「がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）」の整備、緩和ケ
22 ア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られた。第2期（平成24（20
23 12）年度～平成29（2017）年度）の基本計画では、小児がん、がん教
24 育、がん患者の就労を含めた社会的な問題等についても取り組むこととされ、
25 死亡率の低下や5年相対生存率が向上する等、一定の成果が得られた。また、
26 がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るた
27 め、平成27（2015）年12月には、「がん対策加速化プラン」が策定され
28 た。

29
30 しかしながら、平成19年度からの10年間の目標である「がんの年齢調整
31 死亡率（75歳未満）の20%減少」については、達成することができなかつ
32 た。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかった
33 こと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75歳未満）を着実
34 に低下させていくためには、がんにかかる国民を減らすことが重要であり、予防
35 のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんにかかった場
36 合にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を

1 向上させていくことが必要である。

2
3 また、新たな課題として、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応
4 じたがん医療や支援がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職
5 者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小
6 児がん、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人
7 世代）（以下「AYA世代」という。）のがんへの対策が必要であること、ゲノ
8 ム医療等の新たな治療法等を推進していく必要があること、就労を含めた社会
9 的な問題への対応が必要であること等が明らかとなってきた。

10
11 さらに、平成28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「が
12 ん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、
13 がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉
14 的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとと
15 もに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を
16 営むことができる社会環境の整備が図られること」が追加され、国や地方公共
17 団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施
18 することが求められている。

19
20 本基本計画は、このような認識の下、法第10条第7項の規定に基づき、第
21 2期の基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明ら
22 かにするものであり、その実行期間を、平成29（2017）年度から平成3
23 4（2022）年度までの6年程度を一つの目安として定めるものである。

24
25 今後は、本基本計画に基づき、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、
26 医療従事者、医療保険者、事業主、学会、患者団体等の関係団体、マスメディ
27 ア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題
28 の解決に向けて、取り組みを進めていくことが必要である。本基本計画におい
29 ては、「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
30 目標とすることとする。

1 第1 全体目標

がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、尊厳を持って、いつでも、どこに居ても、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」を3つの柱とし、平成29（2017）年度から平成34（2022）年度までの6年程度の期間の全体目標として、以下の3点を設定する。

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知りがんを予防する～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見、早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

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

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

1 第2 分野別施策と個別目標

3 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 4 ～がんを知りがんを予防する～

6 がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの30～50%は予防できるため、
7 がん予防は、全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期
8 的施策となる¹」とされており、引き続き、がん予防を進めていくことによって、
9 避けられるがんを防ぐことが重要である。がんのリスク等に関する科学的根拠
10 に基づき、がんのリスクの減少（1次予防）、国民が利用しやすい検診体制の構
11 築、がんの早期発見・早期治療（2次予防）の促進を図るとともに、予防、検
12 診に関する研究を進めることによって、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、
13 がんの罹患者や死亡者の減少を実現する。

16 (1) がんの1次予防

18 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
19 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
20 は、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果
21 物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等、様々な
22 ものがある。近年、がん予防・健康寿命の延伸については、日本人のエビデン
23 スの蓄積が進んでいるが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっ
24 ていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

26 <がんの予防法²>

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

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

2 国立がん研究センター研究開発費「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」（平成24（2012）年度～）
http://ganjoho.jp/public/pre_scr/prevention/evidence_based.html

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

8 ① 生活習慣について

10 (現状・課題)

11 生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子
12 となっていることが知られている。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する
13 因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要
14 である。我が国においては、これまで、「21世紀における国民健康づくり運
15 動」や健康増進法に基づく受動喫煙防止対策を行ってきた。平成17（200
16 5）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効されたこ
17 とから、我が国も、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強
18 化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙で
19 あるべき旨を記載した通知の発出、たばこ税率の引上げ等の対策を行った。平
20 成24（2012）年からは、新たな「21世紀における国民健康づくり運動」
21 として、「健康日本21（第二次）」を開始し、第2期基本計画と同様に、「成
22 人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について、目標を定
23 め、取組を進めている。

24
25 こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）
26 年）から18.2%（平成27（2015）年）へと減少した³。しかし、第2
27 期基本計画において掲げている「平成34（2022）年度までに、禁煙希望
28 者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすること」という目標からする
29 と、現在の喫煙率は、依然として高い水準にあり、喫煙率減少のための更なる
30 取組が求められている。

31
32 平成28（2016）年8月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討
33 会報告書⁴」の中では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが3割上
34 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

³ 平成27（2015）年「国民健康・栄養調査」

⁴ 厚生労働省健康局長の下に、有識者からなる「喫煙の健康影響に関する検討会」を設置し、「喫煙の健康影響に関する検討会報告書」をとりまとめたもの。

1 て、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。また、同報告書においては、
2 受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間1万5千人を超えるとの推
3 計がなされており、がんの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。
4

5 受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組は、平成15（2003）年に施
6 行された健康増進法に基づき行われてきたが、平成27（2015）年に実施
7 された「国民健康・栄養調査」によると、飲食店で受動喫煙の機会を有する者
8 の割合は41.4%、行政機関は6.0%、医療機関であっても3.5%とな
9 っている。また、職場における受動喫煙防止対策については、平成27（20
10 15）年6月に施行された改正労働安全衛生法によって、受動喫煙防止対策が
11 事業者の努力義務となったが、平成27（2015）年に実施された「国民健
12 康・栄養調査」によると、職場で受動喫煙の機会を有する者の割合は30.9%
13 となっており、更なる対策が必要となっている。
14

15 平成27（2015）年11月には、「2020年東京オリンピック競技大会・
16 東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための
17 基本方針」（以下「オリパラ基本方針」という。）が閣議決定され、「受動喫煙防
18 止対策については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピ
19 ック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会
20 場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する」とされている。これを
21 踏まえ、現在、政府内において、2020年東京オリンピック・パラリンピッ
22 ク競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策の徹底のための検討が進められてい
23 る。
24

25 飲酒、身体活動、体形や食生活等の生活習慣については、「健康日本21（第
26 二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきたが、生活習慣病のリ
27 スクを高める量を飲酒している者⁵の割合（平成27（2015）年：男性13.
28 9（14.7）%、女性8.1（7.6）%）、運動習慣のある者⁶の割合（平成
29 27（2015）年：男性37.8（36.1）%、女性27.3（28.2）%）、
30 野菜の摂取量（平成27（2015）年：293.6g（286.5g））につ
31 いては、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。
32

33 ※（ ）内は、平成24（2012）年のデータ
34

⁵ 「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。

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。

1 (取り組むべき施策)

2 たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等をより一
3 層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康へ
4 の悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、禁煙希
5 望者に対する禁煙支援を図る。

6
7 また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の
8 状況を踏まえつつ、必要な対策を検討する。

9
10 受動喫煙の防止については、オリパラ基本方針を踏まえ、受動喫煙防止対策
11 を徹底し、従来の健康増進法による努力義務の規定よりも実効性の高い制度と
12 する。

13
14 家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や
15 未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

16
17 喫煙以外の生活習慣については、「健康日本21（第二次）」と同様に、

- 18 ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合を低下させる
- 19 ・ 身体活動量が少ない者の割合を低下させる
- 20 ・ 適正体重を維持している者の割合を増加させる
- 21 ・ 高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の摂取不足の者の
22 割合を減少させる

23 等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・
24 プロジェクト⁷、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り
25 組む。

26 27 28 ② 感染症対策について

29 30 (現状・課題)

31 発がんに関与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に
32 次いで2番目、女性では最も発がんに関与する因子となっている⁸。発がん
33 に関与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連する

7 「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。

8 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

1 ヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎
2 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
3 1型（以下「HTLV-1」という。）、胃がんに関連するヘリコバクター・
4 ピロリ等がある。

5
6 子宮頸がんの発生は、その多くがHPVの感染が原因であり、子宮頸がんの
7 予防のためには、HPV感染への対策が必要である。子宮頸がんの年齢調整罹
8 患率⁹は、平成14（2002）年は、人口10万人あたり9.1であったもの
9 が、平成24（2012）年には、11.6と増加傾向にあり、国は、これま
10 でHPVワクチンの定期接種化等を行う等、子宮頸がんの予防対策を行ってき
11 た。

12
13 肝炎ウイルスについては、国は、B型肝炎ワクチンの定期接種化（平成28
14 （2016）年10月～）や、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。
15 しかし、検査を受けたことがある者は、国民の約半数¹⁰にとどまっており、また、
16 検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない状況にある。

17
18 ATLは、HTLV-1の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介し
19 た母子感染である。国による感染予防対策が行われており、HTLV-1感染
20 者（キャリア）の推計値は、約108万人（平成19（2007）年）から約
21 80万人（平成27（2015）年）と減少傾向にある。

22
23 胃がんについては、胃がんの年齢調整死亡率¹¹は、人口10万人あたり40.
24 1（昭和50（1975）年）から10.1（平成27（2015）年）へと
25 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¹²となっ
26 ており、引き続き対策が必要である。なお、ヘリコバクター・ピロリの除菌が
27 胃がん発症予防に有効であるかどうかについては、まだ明らかではないものの、
28 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

⁹ 「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する場合や、同じ集団で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。

¹⁰ 平成23（2011）年度「肝炎検査受検状況実態把握事業 事業成果報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>

¹¹ 「年齢調整死亡率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較する場合や、同じ集団で死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合わせた形で算出した死亡率。

¹² 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

1 されている¹³。

2
3
4 **(取り組むべき施策)**

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

7
8 肝炎ウイルスについては、国は、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽
9 性者の受診勧奨、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげるこ
10 とにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎については、予防接種
11 を着実に推進する。

12
13 HTLV-1については、国は、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続
14 き取り組む。

15
16 ヘリコバクター・ピロリについては、国は、除菌の胃がん発症予防における
17 有効性について、内外の知見を基に検討する。

18
19
20 **【個別目標】**

21 喫煙率については、「健康日本21（第二次）」と同様、平成34（2022）
22 年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を12%とするこ
23 と及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

24
25 **枠の中は第二期計画の記載内容**

26 受動喫煙については、平成34（2022）年度までに、受動喫煙の機会を
27 有する者の割合を、行政機関及び医療機関において0%にすること、また、家
28 庭においては3%、飲食店においては15%とすることを目標とする。

29
30 また、職場については、事業主が「全面禁煙」または「喫煙室を設けそれ以
31 外を禁煙」のいずれかの措置を講じることにより、平成32（2020）年ま
32 だに、受動喫煙のない職場を実現することとする。

33
34 その他の生活習慣改善については、平成34（2022）年度までに、生活
35 習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.

¹³ 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

- 1 9%)、女性6.4%(8.1%)とすること、運動習慣のある者について、
- 2 20～64歳の男性36.0%(24.6%)、女性33.0%(19.8%)、
- 3 65歳以上の男性58.0%(52.5%)、女性48.0%(38.0%)
- 4 とすること等を実現することとする。
- 5 ※()内は、平成27(2015)年のデータ

1 (2) がんの早期発見、がん検診(2次予防)

2
3 がん検診は、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を
4 判定し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者の減少を目
5 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
6 討会¹⁴を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

7 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。
8 以下同じ。)の事業が行われており、職域におけるがん検診としては、保険者
9 や事業主による検診が任意で行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受
10 診や精密検査の受診は、がんの早期発見、早期治療につながるため、がんの死
11 亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上及び精度管理の更
12 なる充実が必要不可欠である。

13 14 15 ① 受診率向上対策について

16 (現状・課題)

17
18 国は、これまで、平成28(2016)年度までに、がん検診受診率を50%
19 以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンや検診手帳の配布、市町
20 村と企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。地
21 方公共団体においても、普及啓発活動や様々な工夫によって、がん検診の受診
22 率の向上を図るための取組が行われてきた。

23
24 しかしながら、現状のがん検診の受診率は30%ないし40%台¹⁵であり、い
25 ずれのがんも、第2期基本計画における受診率の目標値(50%。胃、肺、大
26 腸は当面40%)を達成できていない。我が国のがん検診の受診率は、依然と
27 して、諸外国に比べて低い状況にある。

28
29 がん検診を受けない理由としては、「がん対策に関する世論調査(内閣府)(平
30 成28(2016)年)」等において、「受ける時間がないから」、「健康状態に
31 自信があり必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関を受診で
32 きるから」等が挙げられており、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の
33 立場に立った利便性への配慮等の対策が求められている。

34

¹⁴ 平成24(2012)年から開始した「がん検診のあり方に関する検討会(厚生労働省)」

¹⁵ 平成25(2013)年「国民生活基礎調査」

1
2 **(取り組むべき施策)**

3 国、都道府県、及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、引き
4 続き、連携しつつ、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市
5 町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職
6 域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した
7 個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨等、可
8 能な事項から順次取組を進める。

9
10 市町村や検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明す
11 る等、受診者が、がん検診の意義、必要性を適切に理解できるように努める。

12
13 また、がん検診と特定健診の同時実施や、女性が受診しやすい環境整備等、
14 受診者の立場に立った利便性の向上、財政上のインセンティブ策の活用にも努
15 める。

16
17
18 **② がん検診の精度管理等について**

19
20 **(現状・課題)**

21 がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における徹底した精度管
22 理が必要である。欧州では、国の政策として、乳がん・子宮頸がんを中心に組
23 織型検診¹⁶が導入され、高い精度管理を維持し、がん死亡率減少に成功している
24 国もある。一方、我が国においては、市町村が住民を対象として実施するがん
25 検診について、精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加している
26 もの、十分とは言えない状況にある。職域において、被保険者等を対象とし
27 て行うがん検診については、精度管理ができる体制は整備されていない。市町
28 村及び職域における全てのがん検診について、十分な精度管理を行うことが必
29 要である。

30
31 がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査が必要と判定された受診者
32 が、その後、実際に精密検査を受診することが必要であるが、本来100%で

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

1 あるべき精密検査受診率（精密検査受診者数／要精密検査者数）は、およそ6
2 5～85%¹⁷にとどまっている。

3
4 指針¹⁸に定められていないがん検診については、当該検診を受けることによる
5 合併症や過剰診断等の不利益が利益を上回る可能性があるが、平成28（20
6 16）年度の市町村におけるがん検診の実施状況調査集計結果によれば、指針
7 に定められていないがん種の検診を実施している市町村は、全体の85.7%
8 （1,488市町村）となっている。

9 10 11 **（取り組むべき施策）**

12 都道府県は、指針に示される5つのがんについて、指針に基づかない方法で
13 がん検診を行っている市町村に、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診
14 等管理指導協議会¹⁹の一層の活用を図ること等、がん検診の実施方法の改善や精
15 度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん
16 検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

17
18 国、都道府県、及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任
19 意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと、
20 がんだけでなくがん検診の結果が陽性となる偽陽性等についても理解を得られ
21 るように、普及啓発活動を進める。

22
23 国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、
24 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討
25 を進める。

26 27 28 **③ 職域におけるがん検診について**

29 30 **（現状・課題）**

31 職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の40～70%程度（胃がん：

¹⁷ 平成27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

¹⁸ 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成20年3月31日付け健発第0331058号厚生労働省健康局長通知別添）

¹⁹ 「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病及び要介護状態等の動向を把握し、また、市町村及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。

1 66.4%、肺がん：69.9%、大腸がん：64.4%、子宮頸がん：42.
2 7%、乳がん：48.9%¹⁵が受けているものであるが、保険者や事業主が、
3 福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等
4 実施方法は様々である。

5
6 職域におけるがん検診については、対象者数、受診者数等のデータを定期的
7 に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理を行うことが困難であ
8 る。

9 10 11 **(取り組むべき施策)**

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

16
17 保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職
18 域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基
19 づいたがん検診の実施に努める。

20
21 国は、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの
22 把握や精度管理を可能とするため、保険者や事業主、検診機関で統一されたデ
23 ータフォーマットを使用し、必要なデータを収集等できる仕組みを検討する。

24 25 26 **【個別目標】**

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

29
30 国は、精密検査受診率の目標値を90%とする。

31
32 国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を1年以内に
33 作成し、職域での普及を図る。

2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

ビッグデータやAIを活用した患者本位のがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化されたがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上と、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化と集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

(1) がんゲノム医療

(現状・課題)

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療²⁰への期待が高まっており、国内外において様々な取組が行われている。

諸外国ではゲノム医療を推進するため、様々な国家プロジェクトが進行中である。英国では、平成24(2012)年から、「Genomics England」を立ち上げ、10万人のゲノムを解析し、がんや難病の治療に役立てる取組が行われている。米国では、平成27(2015)年から、「Precision Medicine Initiative」を開始し、遺伝子、環境、ライフスタイルに関する個人ごとの違いを考慮した予防や治療法を確立する等の取組が推進されている。

我が国では、平成27(2015)年7月にとりまとめられた「ゲノム医療実現推進協議会」の中間とりまとめにおいて、ゲノム医療の実現が近い領域として、がん領域が掲げられている。また、平成28(2016)年10月にとりまとめられた「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」の意見とりまとめにおいては、遺伝子関連検査の品質・精度の確保、ゲノム医療に従事する者の育成、ゲノム医療の提供体制の構築、社会環境の整備等を進めていくことが求められている。

現在、がんゲノム医療の実用化を推進する取組として、バイオバンク²¹や臨床情報とゲノム情報を統合したデータベースといった基盤整備や、次世代シーク

²⁰ 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報を下にして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

²¹ 「バイオバンク」とは、提供されたヒトの細胞、遺伝子、組織等について、研究用資源として品質管理を実施して、不特定多数の研究者に提供する非営利的事業のこと。

1 エンサー²²を用いたゲノム解析に基づいた治験薬を含めた治療選択肢を提示す
2 る研究事業が進められている。また、拠点病院²³に、遺伝カウンセリングを行う
3 者を配置するといった取組も行われている。

4
5 今後、拠点病院等において、がんゲノム医療を実現するためには、次世代シ
6 ークエンサーを用いたゲノム解析の品質や精度を確保するための基準の策定、
7 解析結果の解釈（臨床的意義づけ）や必要な情報を適切に患者に伝える体制の
8 整備等を進めていく必要がある。また、遺伝カウンセリングを行う者等のがん
9 ゲノム医療の実現に必要な人材の育成やその配置を進めていく必要がある。

10
11 希少がん、小児がん、難治性がんをはじめとして、全てのがんについて、ゲ
12 ノム医療によって得られた情報を、革新的治療薬の開発や個人に最適化された
13 治療選択等に活用できる仕組みを構築する必要性が指摘されている。

14
15 ゲノム情報の取扱いについて、患者やその家族が安心できる環境を整備して
16 いくことも求められている。

17 18 19 **（取り組むべき施策）**

20 国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、
21 「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医
22 療推進コンソーシアム懇談会」の議論も踏まえ、本基本計画に基づき、具体的
23 な取組を進める。

24
25 国は、当該計画に基づき、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医
26 療機関の整備、拠点病院等を活用したがんゲノム医療提供体制の構築を進める。
27 これによって、ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がん
28 ゲノム医療を受けられる体制を段階的に構築する。患者、家族の理解を促し、
29 心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備も進
30 める。

31
32 国は、関係機関等と連携し、がんゲノム医療に必要な人材を育成し、適切な

22 「次世代シークエンサー」とは、核酸の配列を、同時並行で高速・大量に読み取る解析装置のこと。

23 本基本計画における「拠点病院」とは、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院及び東病院の総称を指す。

1 配置がなされるよう、必要な支援を行う。

2
3 国は、がんゲノム医療の実現に合わせた、薬事承認や保険適用等の適切な運
4 用を検討する。

5
6 国は、拠点病院等での診療や治験を含めた臨床研究等で得られたゲノム情報
7 及び臨床情報等を集約し、ゲノム情報に基づく適切な診療の提供や革新的な治
8 療を開発するため、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行う。併せ
9 て、ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するためのAIの開発を可能
10 とする高度計算機器等の技術基盤を整備し、小児がん、希少がん、難治性がん
11 をはじめとした全てのがんに対する治療開発を加速させる。

12
13 がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いや、がんゲノム医
14 療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安
15 心してゲノム医療に参加できる環境の整備を進める。

16 17 18 **【個別目標】**

19 国は、ゲノム情報等を活用し、個々のがん患者に最適な医療を提供するため、
20 「ゲノム情報を用いた医療等の実用化推進タスクフォース」や「がんゲノム医
21 療推進コンソーシアム懇談会」の議論も踏まえ、本基本計画に基づき、段階的
22 に体制整備を進める。また、「がんゲノム医療推進コンソーシアム」を形成す
23 ることや、2年以内に拠点病院等の見直しに着手する等、がんゲノム医療を提
24 供するための体制整備を進める。

25

1 (2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実

2
3 がん医療の進歩は目覚ましく、平成18(2006)年から平成20(20
4 08)年までに診断された全がんの5年相対生存率²⁴は62.1%と、3年前(5
5 8.6%)に比べて3.5%上昇しており、年齢調整死亡率も、1990年代
6 後半から低下傾向にある。一方、膵がん、肺がん、肝がんの5年相対生存率は、
7 それぞれ、7.7%、31.9%、32.6%と、依然として低いがん種もあ
8 る。

9 10 11 ① がん医療提供体制について(医療提供体制の均てん化・集約化、医療安全、 12 制度の持続可能性等)

13 14 (現状・課題)

15 これまで、我が国では、罹患者の多いがん(肺・胃・肝・大腸・乳腺)を中
16 心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療
17 や緩和ケア(以下「集学的治療等」という。)の提供、がん患者の病態に応じた
18 適切な治療・ケアの普及に努めてきた。また、拠点病院等を中心に、キャンサ
19 ーボード²⁵の実施、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等に取り
20 組み、全ての国民が全国どこにいても質の高いがん医療が等しく受けられるよ
21 う、がん医療の均てん化を進めてきた。

22
23 しかしながら、標準的治療の実施や相談支援の提供等、拠点病院等に求めら
24 れている取組の中には、施設間で格差があることも指摘されている。

25
26 近年、医療安全に関する問題が指摘されているが、拠点病院においても事故
27 が度々報告される等、医療安全に関する取組の強化が求められている。

28
29 医療技術の発達により、革新的ではあるが非常に高額な治療法が出現してい

²⁴ 「5年相対生存率」とは、あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体(正確には、性別、生まれた年、および年齢の分布を同じくする日本人集団)で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。(出典：国立がん研究センターがん情報サービス『がん登録・統計』)

²⁵ 「がん相談支援センター」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

1 る。がんについても、一部のがん種に対する新たな選択肢として期待されてい
2 るが、近年の厳しい財政事情の下で、制度の持続可能性も考慮することが必要
3 である。

6 (取り組むべき施策)

7 国は、がん診療提供体制について、これまで、拠点病院等を中心とした体制
8 を整備してきた現状を踏まえ、引き続き、標準的な手術療法、放射線療法、薬
9 物療法等の提供体制、緩和ケア、がん相談支援センターの整備、院内がん登録、
10 キャンサーボードの実施等の均てん化が必要な取組に関して、拠点病院等を中
11 心とした取組を進める。

12
13 国は、拠点病院等における質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた
14 他の医療機関との比較、第三者による医療機関の評価、医療機関間での定期的
15 な実地調査等の方策について検討する。

16
17 国は、拠点病院等の整備指針の要件を満たしていないことが疑われる拠点病
18 院等に対する指導方針や、各要件の趣旨や具体的な実施方法等の明確化等につ
19 いて検討する。

20
21 国は、拠点病院等の要件の見直しに当たっては、ゲノム医療、医療安全、支
22 持療法²⁶等、新たに追加する事項を検討する。なお、ゲノム医療、一部の放射線
23 療法、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種については、治療成績の向
24 上等に資する研究開発の促進や診療の質の向上を図るため、患者のアクセス、
25 病院の特徴や規模等、地域の状況に十分配慮した上で、がん医療における診療
26 機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置等、一定の集約化のあり方につ
27 いて検討する。

28
29 国は、国民皆保険を持続させ、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を患
30 者に提供するため、がん治療への国民負担の軽減と医療の質の向上に関する必
31 要な取組を行う。

32 33 34 ② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法）

²⁶ 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症
による症状を軽減させるための予防、治療、ケアのこと。

1
2 (ア) 手術療法について

3
4 (現状・課題)

5 我が国では、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病
6 院等を中心に、適切な実施体制や専門的な知識及び技能を有する医師の配置を
7 行ってきた。

8
9 また、外科医の教育プログラムの開発による技能の均てん化や、より侵襲度
10 の低い術式や医療機器の開発等の新たな技術開発に取り組んできた。

11
12 一方、手術療法に関連する合併症の軽減等、更なる治療成績の向上を図るた
13 め、平成23(2011)年より、一般社団法人日本外科学会等の外科系諸学
14 会では、症例登録のデータベース(National Clinical Database²⁷、以下「N C
15 D」という。)の構築を開始した。

16
17 また、一部の希少がんや難治性がん、小児がん、AYA世代のがん、高度進
18 行がんについては、定型的な術式での治療が困難な場合があるため、対応可能
19 な医療機関が偏在しており、今後は、医療提供体制を整備していくことが求め
20 られる。

21
22
23 (取り組むべき施策)

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

26
27 国は、身体への負担の少ない手術療法や侵襲性の低い治療等を普及させる。
28 また、安全かつ新たな治療法に資する医療機器の開発を推進する。

29
30 関係団体は、NCDを活用する等、手術療法の質の担保と向上を図る。

31
32 国は、関係団体と協力し、定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや
33 難治性がん等については、患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築する。

²⁷ 「National Clinical Database」とは、外科手術情報等のデータベースのこと。なお、一
般外科医が行う手術の95%以上の情報が登録(参加4,000施設以上、年間120数万件)さ
れており、施設等のベンチマークや、手術を受ける患者のリスク予測等への応用が可能と
なっている。

1 また、その情報提供を行う。多領域の手術療法に対応できるような医師・医療
2 チームを育成する。

3 4 5 (イ) 放射線療法について

6 7 (現状・課題)

8 放射線療法については、放射線療法に携わる専門的な知識と技能を有する医
9 師をはじめとした医療従事者の配置や、リニアック等の機器の整備等、集学的
10 治療を提供する体制の整備が行われてきた。粒子線治療等の新たな医療技術に
11 ついては、施設の整備に多大なコストを要することから、全国での配置は限ら
12 れている。高度な放射線療法の提供については、機器の精度管理や照射計画に
13 携わる専門職の必要性が指摘されている。

14
15 現在、粒子線治療は、限られたがん種について保険適用とされているが、今
16 後の方向性としては、各がん種における有効性・安全性や費用対効果を十分に
17 検証し、より効率的な利用を進めていく必要がある。

18
19 核医学治療（R I :Radioisotope 内用療法²⁸等）の体制については、近年、有
20 効ながん種が拡大されつつあるが、全国的な放射線治療病室の不足等、体制面
21 が不十分との指摘がある。

22
23 放射線療法は、根治的な治療のみならず、痛み等の症状緩和にも効果がある
24 もの、十分に活用されていないため、医療従事者に向けた知識の普及が必要
25 との指摘がある。

26 27 28 (取り組むべき施策)

29 国は、標準的な放射線療法の提供体制について、引き続き、均てん化を進め
30 る。粒子線治療等の高度な放射線療法については、必要に応じて、都道府県を
31 越えた連携体制や医学物理士²⁹等の必要な人材のあり方について検討する。

32
33 関係団体は、公益社団法人日本放射線腫瘍学会で行われている症例登録のデ

²⁸ 「R I 内用療法」とは、投与された放射性薬剤が全身のがん病巣に分布することで、体内から放射線を照射する全身治療法のこと。

²⁹ 「医学物理士」とは、一般財団法人日本医学物理士認定機構による認定資格で、平成 28 (2016) 年 5 月 31 日現在 959 名。

1 一データベース（放射線治療症例全国登録）を活用し、科学的根拠に基づいた治療
2 を推進する。

3
4 国は、関係団体等と連携しながら、R I 内用療法について、当該治療を実施
5 するために必要な施設数、人材等を考慮した上で、R I 内用療法を推進するた
6 めの体制整備について検討を進める。

7
8 国及び関係団体は、がんの骨転移、脳転移等による症状の緩和に有用な「緩和
9 的放射線療法」をがん治療の選択肢の一つとして普及させるため、当該療法
10 に関することを緩和ケア研修会等の教育項目に位置づけ、がん治療に携わる医
11 師等に対する普及啓発を進める。

14 (ウ) 薬物療法について

16 (現状・課題)

17 薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外
18 来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、看護師、
19 薬剤師等の配置を行い、適切な服薬管理や副作用対策等が実施されるよう努め
20 てきた。

21
22 薬物療法が外来で実施されることが一般的となり、薬物療法を外来で受ける
23 患者が増加していることから、拠点病院等の薬物療法部門では、薬物療法に関
24 する十分な説明や、支持療法をはじめとした副作用対策、新規薬剤への対応等
25 の負担が増大している。

28 (取り組むべき施策)

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

33
34 国は、薬物療法を受ける外来患者の服薬管理や副作用対策等を支援するため、
35 拠点病院等と、かかりつけ機能を有する地域の医療機関や薬局等との連携体制
36 を強化するために必要な施策を講じる。

37

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

7 (エ) 科学的根拠を有する免疫療法について

9 (現状・課題)

10 科学的根拠を有する免疫療法の研究開発が進み、「免疫チェックポイント阻害
11 剤³⁰」等、免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっている。

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

19 免疫療法には、これまでの薬物療法とは異なった副作用等が報告されており、
20 その管理には専門的な知識が求められている。

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

26 (取り組むべき施策)

27 国は、薬事承認を受けて実施される免疫療法で、安全で適切な治療・副作用
28 対策を行うことができるように、関係団体等が策定する指針等に基づいた適切
29 な使用を推進する。

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

34 国は、革新的であるが非常に高額な医薬品について、適切で、効果的な使用

³⁰ 「免疫チェックポイント阻害剤」とは、がん細胞が免疫細胞を抑制することを阻害し、
体内に元々ある免疫細胞ががん細胞に作用できるようにする薬剤のこと。

1 のあり方を検討する。

2

3

4 **【個別目標】**

5 国は、新たながん診療提供体制について、2年以内に検討する。必要に応じて
6 拠点病院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

7

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

12

1 (3) チーム医療の推進

3 (現状・課題)

4 患者とその家族の抱える様々な苦痛や悩み、負担に応え、安全かつ安心で質
5 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。

6
7 これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、キャンサ
8 ーボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局の連携、栄
9 養サポートやリハビリテーションの推進等、多職種によるチーム医療を実施す
10 るための体制を整備してきた。

11
12 しかし、病院内の多職種連携については、医療機関ごとの運用の差や、がん
13 治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化によって、状況に応じた
14 最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、外来通院等のそれ
15 ぞれのフェーズにおいて、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供するこ
16 とが求められるようになっている。

19 (取り組むべき施策)

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

28 【個別目標】

29 国は、がん患者が入院しているとき、外来通院しながら在宅で療養生活を送
30 っているとき等、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるような
31 チーム医療の体制を強化する。

1 (4) がんのリハビリテーション

3 (現状・課題)

4 がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じ
5 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、
6 著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテ
7 ーションの重要性が指摘されている。

9 平成19(2007)年から平成25(2013)年にかけて行われた「が
10 ん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業」において、がんに関わ
11 る医療従事者を対象とした研修プログラムの開発と研修会等が実施された。

13 「第2期基本計画中間評価(平成27(2015)年)(以下「中間評価」と
14 いう。)」の調査では、リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院
15 の割合は、37.4%と低く、十分な体制が整備されているとは言えない状況
16 にある。

18 がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、
19 社会復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテ
20 ーションが必要との指摘がある。

23 (取り組むべき施策)

24 国は、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーシ
25 ョンを含めた医療提供体制のあり方を検討する。

28 【個別目標】

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

1 (5) 支持療法の推進

3 (現状・課題)

4 がん患者の実態調査³¹によって、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症
5 に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連
6 した悩みの割合が、この10年で顕著に増加している（平成15（2003）
7 年 19.2%→平成25（2013）年 44.3%）ことが明らかになった。

8
9 がん種別に見ると、胃がん患者については、胃切除術後の食事や体重減少、
10 乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者については、リンパ浮腫によ
11 る症状に苦悩している者が多く、手術に関連した後遺症も、大きな問題となっ
12 ている。

13
14 リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修（現在は、新・リンパ浮腫研修）」
15 を推進し、拠点病院を中心に、リンパ浮腫外来等でケアを実践してきた。

16
17 がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法²⁵の研究開発は十
18 分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治
19 療が確立していない状況にある。

22 (取り組むべき施策)

23 国は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の生活のQOL
24 を向上させるため、支持療法に関する実態を把握し、それを踏まえた研究の
25 推進と、診療の実践に向けて取り組む。

28 【個別目標】

29 国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生
30 活の質が低下しないよう、患者視点の評価も重視した、支持療法に関する診療
31 ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

32
³¹ 静岡県立静岡がんセンターの「がんの社会学」に関する研究グループが実施（平成25
（2013）年）。詳細は <https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html> を参照。

1 (6) 希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

2
3 希少がん、難治性がんに関する研究については、平成28（2016）年の
4 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
5 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
6 ものとする。」と明記される等、更なる対策が求められている。希少がんについ
7 ては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少が
8 んに対応できる病院と地域の拠点病院等による連携の強化等を行うとともに、
9 それらを広く周知することが必要である。難治性がんについては、有効性の高
10 い診断・治療法の研究開発、そのための人材育成の体制整備等が求められてい
11 る。

14 ① 希少がんについて

16 (現状・課題)

17 希少がんは、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体として
18 は、がん全体の一定の割合を占めており、第2期基本計画の策定時に、対策が
19 必要とされた。

21 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
22 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、
23 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
24 義し、医療や支援のあり方に関する検討を行った³²。

26 また、当該検討会での報告を踏まえ、国立研究開発法人国立がん研究センタ
27 ー（以下「国立がん研究センター」という。）に「希少がん対策ワーキンググル
28 ープ」を設置し、当該ワーキンググループにおいて、四肢軟部肉腫や眼腫瘍と
29 いった一部の希少がん種から、質の高い治療を受けられる医療機関等に関する
30 情報の収集や提供のための対策等について検討している。

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

³² 詳細な課題及び取り組むべき対策は「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000095430.html>

1 を専門としない医療従事者に対する啓発等の課題も指摘されている。

4 (取り組むべき施策)

5 国は、希少がんに関する情報の集約・発信、全国のがん相談支援センターと
6 の連携、病理コンサルテーション³³等を通じた正確・迅速な病理診断を提供する
7 体制を整備する。臨床的エビデンスの創出、診療ガイドラインの整備と普及、
8 医療従事者の育成、基礎研究の支援、効率の良い臨床試験の実施等について、
9 中核的な役割を担う医療機関を整備する。

10
11 国は、各々の希少がんに関し、状況に応じた適切な集約化と連携のあり方
12 について、「希少がん対策ワーキンググループ」等の議論を踏まえ、検討を行う。
13 中核的な役割を担う医療機関は、関係機関、学会、患者団体と協力し、必要に
14 応じて、民間の取組も含めて患者が必要とする情報を収集し公表する。国は、
15 患者の集約や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病
16 院等との連携を推進し、専門医の少ない地方の患者を適切な医療につなげる対
17 策を講じる。

18
19 希少がんについては、特に有効性の高い診断、治療法の開発が求められてい
20 ることから、ゲノム医療の推進、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
21 の充実とともに、その開発段階から患者や家族の積極的参加が得られるよう、
22 国は、学会、臨床研究団体、患者団体等との連携を一層強化し、基礎研究から
23 臨床研究までの一貫した研究、治療法の開発を推進する。

26 ② 難治性がんについて

28 (現状・課題)

29 平成18(2006)年から平成20(2008)年までに診断された全が
30 んの5年相対生存率は、62.1%と、その3年前(58.6%)に比べて3.
31 5%上昇しているが、膵がんやスキルス胃がんのような、早期発見が困難であ
32 り、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等という性質を持つ難治性がんの
33 5年相対生存率は改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されていない

33 「病理コンサルテーションシステム」とは、国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会が実施している、病理診断困難症例の診断確定等について、全国の拠点病院等の病理医から、各臓器がん精通する病理医への病理診断についての相談(コンサルテーション)を受けるシステムのこと。

1 ことが課題となっている。

2
3
4 **(取り組むべき施策)**

5 国は、関係団体や学会等と協力し、難治性がんに関する臨床や研究における
6 大学や所属機関を越えた人材育成の体制整備を促進する。

7
8 国は、難治性がんの研究を推進するに当たっては、その研究結果が、臨床現
9 場におけるエビデンスに基づいた標準的治療の確立や医療の提供へとつながる
10 ようなネットワーク体制を整備する。

11
12 国は、難治性がんについて、有効性が高く、革新的な診断法・治療法を創出
13 するため、ゲノム医療やリキッドバイオプシー³⁴等を用いた低侵襲性診断技術や
14 早期診断技術等の開発を推進する。

15
16
17 **【個別目標】**

18 国は、希少がん患者が適切な医療を受けられる環境を整備するため、中核的
19 な役割を担う機関を整備し、希少がん対策を統括する体制を2年以内に整備す
20 る。

21
22 国は、希少がん・難治性がんに対するより有効性の高い診断、治療法の研究
23 開発を効率的に推進するため、国際的な研究ネットワークの下で行う等、がん
24 研究を推進するための取組を開始する。患者に有効性の高い診断法、早期発見
25 法、治療法を速やかに提供するための体制づくりを進める。

26

³⁴ 「リキッドバイオプシー」とは、主にがんの領域で、針等を使って腫瘍組織の一部を直接採取する従来の生検（バイオプシー）に代えて、血液等の体液サンプルに含まれているがん細胞やがん細胞由来のDNA等を使って、診断する技術のこと。

1 (7) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策

2
3 がんは、小児、AYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様なが
4 ん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動
5 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
6 とから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。
7 特に、小児がんについては、臨床研究の推進により、治癒率は向上しているも
8 のの、依然として、難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とと
9 もに、治療中から晩期合併症³⁵への対応が必要である。

10 高齢者のがん対策については、特に、75歳以上の高齢者が対象となるよう
11 な臨床研究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方
12 についての検討が求められている。

13 14 15 ① 小児がんについて

16 (現状・課題)

17 小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援
18 を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医
19 療機関を中心に、平成25(2013)年2月、全国に15か所の「小児がん
20 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
21 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
22 た。

23
24 25 しかしながら、脳腫瘍のように、標準治療が確立しておらず集約化すべきが
26 ん種と、標準治療が確立しておりある程度の均てん化が可能ながん種とを整理
27 することが求められている。また、提供体制については、小児がん拠点病院と
28 地域ブロックにおける他の医療機関とのネットワークの整備が求められている。
29 患者・家族の希望に応じて、在宅医療を実施できる支援体制が求められている。

30
31 再発症例、初期治療反応不良例等の難治性の小児がん、AYA世代のがんに
32 ついては、新規治療・新薬開発、ゲノム医療の応用等の実施体制の整備が十分
33 でなく、新規治療・薬剤の開発が切望されている。

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

1
2
3 **(取り組むべき施策)**

4 国は、小児がん等の更なる生存率の向上を目指して、より安全で迅速な質の
5 高い病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療の研究を推進し、十
6 分な治験・臨床研究を行うことのできる体制の整備を検討する。また、新薬の
7 開発につながる研究を推進する。

8
9 国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割、集約化、均てん化
10 の状況を把握した上で、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高度の専門性を
11 必要としない病態については、小児がん拠点病院以外の地域の連携病院におい
12 ても診療が可能な体制を構築すること、必要があれば、在宅医療を実施できる
13 ような診療連携体制を構築することについて検討を行う。

14
15
16 **② AYA世代のがんについて**

17
18 **(現状・課題)**

19 AYA世代に発症するがんについては、その診療体制が定まっておらず、ま
20 た、小児と成人領域の狭間で、患者が適切な治療が受けられないおそれがある。
21 他の世代に比べて、患者数が少なく、疾患構成が多様であることから、医療従
22 事者に、診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、AYA世代は、年代
23 によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、患者視点での教育・就労・生
24 殖機能の温存等に関する情報・相談体制等が十分ではない。個々のAYA世代
25 のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体
26 制、診療体制の整備等が求められている。

27
28
29 **(取り組むべき施策)**

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

32
33 国は、AYA世代の多様なニーズに応じた情報提供、相談支援・就労支援を
34 実施できる体制の整備について、対応できる医療機関等の一定の集約化に関す
35 る検討を行う。

36
37 国は、治療に伴う生殖機能等への影響等、世代に応じた問題について、治療

1 前に正確な情報提供が行われ、必要に応じて、適切な専門施設に紹介するための
2 体制を構築する。

5 ③ 高齢者のがんについて

7 (現状・課題)

8 我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、平成37(2025)
9 年には、65歳以上の高齢者の数が3,657万人(全人口の30.3%)に達
10 すると推計されている。また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増える
11 ことから、高齢のがん患者へのケアの必要性が増すと指摘がある。

12
13 高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があるこ
14 と等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医が標準的治療を提供
15 すべきでない判断する場合等があり得るが、こうした判断は、医師の裁量に
16 任されているところ、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は
17 示されていない。また、特に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研
18 究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方について
19 の検討が求められている。

22 (取り組むべき施策)

23 国は、QOLの観点を含めた高齢のがん患者に適した治療法や診療ガイドラ
24 インを確立するための研究を進める。現行の各がん種に関する診療ガイドライ
25 ンに、高齢者医療の観点を取り入れていくため、関係学会等への協力依頼を行
26 い、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定する。

29 【個別目標】

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

34
35 国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガ
36 イドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

1 (8) 病理診断

3 (現状・課題)

4 拠点病院等においては、病理診断医の配置を要件とし、また、必要に応じて、
5 遠隔病理診断を用いることにより、全ての拠点病院等で、術中迅速病理診断が
6 可能な体制を確保することとしてきた。また、病理診断医の養成や病理関連業
7 務を担う医療従事者の確保に向けた取組を支援してきたものの、依然として、
8 病理診断医等の不足が指摘されている。

9
10 特に、希少がん、小児がんの病理診断については、希少がん、小児がんそれ
11 ぞれについての十分な診断経験を有し、かつ専門的な知識を持った病理診断医
12 が少ないことから、病理診断が正確かつ迅速に行われず、治療開始の遅延や予
13 後の悪化につながる懸念されている³²。

14
15 こうした中、国は、国立がん研究センター、一般社団法人日本病理学会の病
16 理コンサルテーションシステム、及び小児がん中央機関による中央病理診断シ
17 ステム等を活用し、専門性の高い病理診断医による質の高い病理診断の体制構
18 築に向けた取組を推進している。

19
20 また、国は、病理診断を補助するシステムとして、学会等によるビッグデー
21 タやA I を利活用した病理診断支援システムの研究開発の支援を行っている。

24 (取り組むべき施策)

25 国は、引き続き、病理診断医の育成等の支援を実施するとともに、病理関連
26 業務を担う臨床検査技師等の医療従事者の適正配置について検討する。

27
28 国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、関係
29 団体や学会等と協力し、病理コンサルテーション等、正確かつ適正な病理診断
30 を提供する体制を強化する。

31
32 国は、ビッグデータやA I を利活用等した病理診断支援システムの研究開発
33 を推進する。

36 【個別目標】

37 国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境

- 1 を整備する。
- 2

1 (9) がん登録

3 (現状・課題)

4 我が国のがん登録においては、都道府県の事業としての地域がん登録が実施
5 されてきたが、都道府県間で登録の精度が異なることや、国全体のがんの罹患
6 数の実数による把握ができないことが課題となっていた。

7
8 こうした中、がん情報を漏れなく収集するため、平成28(2016)年1
9 月より、がん登録等の推進に関する法律(平成25年法律第111号)に基づ
10 く全国がん登録が開始され、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報
11 が、病院等から都道府県を通じて国立がん研究センターへ提出され、一元的に
12 管理されることとなった。

13
14 全国がん登録の情報の公表については、平成30(2018)年末を目途に
15 開始される予定であり、がん登録によって得られた情報の活用により、正確な
16 情報に基づくがん対策の実施、各地域の実情に応じた施策の実施、がんのリス
17 クやがん予防等についての研究の進展、患者やその家族等に対する適切な情報
18 提供が期待される。

19
20 また、拠点病院等においては、全国がん登録に加えて、従前より、より詳細
21 ながんの罹患・診療に関する情報を収集する院内がん登録が実施されており、
22 院内がん登録は、全国のがん患者の約8割をカバーしていると推定される。

23
24 がん登録情報の利活用については、全国がん登録や院内がん登録によって得
25 られるデータと、他のデータとの連携により、より利活用しやすい情報が得ら
26 れる可能性があるが、データの連携を検討する際には、個人情報の保護に配慮
27 する必要がある³⁶。

28
29 また、がん登録によって得られる情報を、患者にとって、より理解しやすい
30 形に加工して提供する必要があるとの指摘がある。

33 (取り組むべき施策)

34 国は、地方公共団体が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを

³⁶ 各医療機関における診療実績については、院内がん登録の登録件数が公表されているが、登録件数1件以上10件以下の場合には「1～10件」と記載されており、診療の実態が患者にとって分かりづらいとの指摘がある。

1 用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する上で参考と
2 なる資料を作成するとともに、地方公共団体における科学的根拠に基づいたが
3 ん対策やがん研究の推進のあり方について検討する。

4
5 上記の検討に当たっては、がん登録データの効果的な利活用を図る観点から、
6 全国がん登録データと、院内がん登録データ、レセプト情報等、臓器や診療科
7 別に収集されているがんのデータ等との連携について、個人情報の保護に配慮
8 しながら検討する。

9
10 国及び国立がん研究センターは、研究の推進や国民への情報提供に資するよ
11 う、がん登録で収集する項目を必要に応じて見直す。

12
13 国民のがんに対する理解の促進や、患者やその家族による医療機関の選択に
14 資するよう、希少がんや小児がんの情報を含め、がんに関する情報の適切な提
15 供方法について、個人情報に配慮しながら検討する。

16 17 18 **【個別目標】**

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

23

1 (10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

3 (現状・課題)

4 がん医療の進歩に伴い、様々な治療法が開発される中、我が国では、「ドラッ
5 グ・ラグ」、「デバイス・ラグ」が問題となっていた。こうした問題に対して、「医
6 療上の必要性の高い未承認薬・適応外検討会議」、「医療ニーズの高い医療機器
7 等の早期導入に関する検討会」において、随時、課題の解消に向けた取組を検
8 討しており、中間評価の調査では、平成25(2013)年度の抗がん剤開発
9 の申請ラグが5.7か月、審査ラグは0か月まで短縮した。さらに、希少疾病
10 用医薬品・希少疾病用医療機器・希少疾病用再生医療等製品の指定による実用
11 化の促進により、一刻も早く希少疾病に対する医療ニーズに応えるための取組
12 を続けているほか、平成28(2016)年1月には、「拡大治験(日本版コン
13 パシヨネートユース)制度」を開始した。

14
15 先進医療においては、「日本再興戦略2014」に基づき、平成26(201
16 4)年12月から、「最先端医療迅速評価制度」を創設し、先進医療として実施
17 することの可否についての評価の迅速化、効率化に取り組んでいる

18
19 また、医療法に基づき、平成27(2015)年より、日本発の革新的医薬
20 品・医療機器の開発等に必要となる質の高い臨床研究を推進するため、国際水
21 準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担う病院を「臨床研究中核病院」
22 として承認している。

23
24 さらに、国内未承認の医薬品等を迅速に保険外併用療養として使用したいと
25 いう患者の思いに応え、保険外併用療養費制度の中に、平成28(2016)
26 年4月から「患者申出療養制度」を創設し、先進的な医療について、安全性・
27 有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に受けられるようにするための仕
28 組みを構築している。

29
30 なお、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品や医療機器、体外
31 診断用医薬品、再生医療等製品について、平成27(2015)年より、迅速
32 に承認するための「先駆け審査指定制度」が開始されている。

33
34 一方、希少がんや難治性がん、小児・AYA世代のがんについては、依然と
35 して、患者の必要とする医薬品の開発等が進んでいないとの指摘もある。

36
37 医師主導治験や患者申出療養等の新たな「保険外併用療養費制度」を活用す

1 るためには、それらを担う臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携が必要であ
2 るが、こうした制度の周知や臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携が十分で
3 はないとの指摘がある。

4
5 既存の制度で先進的な医療にアクセスできない中で困難な病気と闘う患者の
6 思いに応えると同時に、保険外併用療養がいたずらに拡大することの無いよう、
7 留意が必要である。

8 9 10 **(取り組むべき施策)**

11 国は、臨床研究中核病院等と拠点病院等の連携を、情報共有等により一層強
12 化する。また、がん患者に対し、治験に関する情報を提供する体制を整備する。

13
14 国は、希少がん、難治性がん、小児・AYA世代のがん等、新たな治療が特
15 に求められている分野の患者が、各種の制度を的確に活用できるよう、「拡大治
16 験制度」、「最先端医療迅速評価制度」、「患者申出療養制度」について、患者や
17 医療従事者に対する周知を行う。

18
19 国は、革新的な診断法・治療法等を創出するための研究開発を推進するとと
20 もに、画期的な医薬品や医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品につい
21 ては「先駆け審査指定制度」等の仕組みを活用することによって、早期の承認
22 を推進する。

23
24 国は、真に有効な医薬品を適切に見極めてイノベーションを評価し、研究開
25 発投資の促進を図るために、革新的な新薬創出を促進するための仕組みの見直
26 しを行う。

27 28 29 **【個別目標】**

30 国は、拠点病院等の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師
31 主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者
32 を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

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

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を行う。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者がいつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、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。

なお、改正されたがん対策基本法の基本理念には、新たに「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備が図られること。」という条文が加えられ、さらに、その実現のために、がん対策は「国、地方公共団体、第5条に規定する医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること。」とされた。

本基本計画においては、その実践のため、「がんと共生」を全体目標に掲げ、がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境整備を目指すこととした。そのためには、関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することが求められている。

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

1
2 我が国のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第1期基本計画
3 から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この10年間で、全て
4 の拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備す
5 ること、全てのがん診療に携わる医師に対して、基本的な緩和ケアの知識と技
6 術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること、「がん緩和ケアガイドブ
7 ック」を改訂すること等、緩和ケアの充実を図ってきた。

8
9 国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと
10 診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケア
11 を、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。そ
12 の際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法
13 と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とす
14 る必要がある。

15 16 17 ① 緩和ケアの提供について

18 19 (現状・課題)

20 これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進
21 してきた。拠点病院等に、緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛の
22 スクリーニング³⁷が実施されるようになったが、実際に、患者とその家族に提供
23 された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評
24 価においても、「身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行われて
25 いないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者
26 とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供さ
27 れていない状況にある。

28
29 苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主
30 治医から緩和ケアチームへとつなぐ³⁸体制が機能していないとの指摘がある。ま
31 た、施設内での連携が十分にとられておらず、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、

³⁷ 「苦痛のスクリーニング」とは、診断や治療方針の変更の時に、身体・精神心理的苦痛や社会経済的問題等、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。

³⁸ ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケア（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）へコンサルトし、その後も双方向性に協働すること。

1 がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全体の緩和ケアの診療機能が
2 十分に発揮されていない状況にある。

3
4 緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進す
5 る必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能
6 な体制を整備する必要がある。

7
8 緩和ケアチーム等の質の向上が求められているが、緩和ケアの質を書面のみ
9 で評価することには限界があることが指摘されており、また、評価のための指
10 標や質の良否を判断する基準が必ずしも確立されていない状況にある。

11
12 今後、拠点病院以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院
13 以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を、把握する必要があると
14 の指摘がある。

17 (取り組むべき施策)

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

21
22 国は、患者等とのコミュニケーションの充実等、患者とその家族が、痛みや
23 つらさを訴えやすくするための環境を整備する。また、医療従事者が、患者と
24 その家族の訴えを引き出せるための研究、教育や研修を行う。

25
26 拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従
27 事者の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門
28 家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内す
29 ること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を
30 進める。

31
32 拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるように
33 するため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能
34 を持つ「緩和ケアセンター³⁹」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセ

³⁹ 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和
ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織のこと。

1 「ンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う
2 体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。
3 さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討
4 する。

5
6 国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和
7 医療専門医⁴⁰、精神腫瘍医⁴¹、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤
8 師⁴²、緩和薬物療法認定薬剤師⁴³、がん病態栄養専門管理栄養士⁴⁴、社会福祉士、
9 臨床心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

10
11 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また、実地調
12 査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの
13 質の向上策の立案に努める。

14
15 国は、実地調査等を通じて、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や
16 患者のニーズを把握する。拠点病院以外の病院においても、患者と家族のQOL
17 の向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提
18 供体制を充実させる。

19
20 国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。
21 その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟
22 と従来の看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。

40 「緩和医療専門医」とは、特定非営利活動法人日本緩和医療学会の認定する資格。平成
22（2010）年から、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師を
「緩和医療専門医」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 178 名。

41 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・
実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医、心療内科医
のこと。

42 「がん専門薬剤師」とは、一般社団法人日本医療薬学会が認定する登録薬剤師。平成 21
（2009）年 11 月よりがん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場におい
て活躍しうる「がん専門薬剤師」を養成する目的で、開始されている。平成 29（2017）年
1 月時点で 529 名。

43 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、一般社団法人日本緩和医療薬学会の認定する資格。
平成 21（2009）年から、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師を「緩
和薬物療法認定薬剤師」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 595 名。

44 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人
日本栄養士会による認定資格。近年のがん患者の増加に対応するために、栄養に関する専
門職としてのがんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士
の育成とチーム医療への連携強化を目的としている。平成 29（2017）年 3 月時点で 344 名。

1
2 ② 緩和ケア研修会について

3
4 (現状・課題)

5 第2期基本計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケ
6 アを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院において、がん診療
7 に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきた。緩和ケ
8 ア研修会の修了者数については、平成29(2017)年3月末時点で、研修
9 会の修了証書の累積交付枚数が93,250枚(累積開催回数4,888回)
10 と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医と
11 なる医師の研修会受講率として9割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、
12 平成29(2017)年3月末時点で、82.1%にとどまっており、より一
13 層の受講促進が求められる。

14
15 研修会の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れ
16 ること、主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れるこ
17 と、地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められている。
18 また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁴⁵についても、研修会を通
19 じて充実を図ることが求められている。

20
21 初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと⁴⁶は重要で
22 ある。基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の2年間で、全ての研
23 修医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

24
25
26 (取り組むべき施策)

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

32
33 国は、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアが実施されるよう、患

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

46 「臨床研修の到達目標(厚生労働省)」において、経験目標として「緩和ケア、終末期医療」について盛り込まれている。

1 者の視点を取り入れつつ、地域の実情に応じて、研修会の内容や実施方法を充
2 実させる。また、主治医が自ら緩和ケアを実施する場合の方法、緩和ケアチー
3 ムへのつなぎ方、コミュニケーションスキル等、研修会の内容の充実を図る。
4 研修会の評価指標については、修了者数や受講率のみならず、患者が専門的な
5 緩和ケアを利用することができた割合等について調査を行った上で、達成すべ
6 き目標を明確にする。

7
8 国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負
9 担や受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分は e-learning を導入するこ
10 と、1日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを
11 行う。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供に必要な研
12 修プログラムを策定し、緩和ケア研修会等の内容に追加する。

13
14 国は、卒後2年目までの医師が基本的な緩和ケアを習得するための方法につ
15 いて検討する。また、拠点病院等において、卒後2年目までの全ての医師が、
16 緩和ケア研修会を受講するよう、拠点病院等の整備指針を見直す等、必要な施
17 策を実施する。

20 ③ 普及啓発について

22 (現状・課題)

23 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」におい
24 て、「緩和ケアを開始すべき時期」については、「がんの治療が始まったときか
25 ら（20.5%）」となっている。がんと診断された時からの緩和ケアの推進に
26 ついては、一定の成果を上げてはいるものの、同調査において、「がんが治る見
27 込みがなくなったときから（16.2%）」となっていることを踏まえれば、よ
28 り一層の取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複数回答）につ
29 いては、「最後の手段だと思う（31.5%）」、「だんだん効かなくなると思う
30 （29.1%）」という結果となっており、前回（平成26（2014）年）と
31 比べても、改善は見られていない。緩和ケアについては、未だに終末期のケア
32 との誤解があることや医療用麻薬に対する誤解があること等、その意義や必要
33 性について、患者・医療従事者を含む国民に、十分周知されていない状況にあ
34 る。

37 (取り組むべき施策)

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

4
5 国は、国民に対し、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用
6 麻薬等の適正使用を推進する。がん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事
7 者も含めた院内研修を定期的実施する。医療用麻薬の使用法の確立を目指し
8 た研究を行う。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用について、
9 検討する。

12 【個別目標】

13 がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOL
14 を大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者
15 は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

16
17 国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろ
18 んのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛に
19 も対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

20
21 都道府県拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実さ
22 せる。地域拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の
23 要否も含め、3年以内に検討する。

24
25 拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態、患者のニーズ
26 を調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

1 (2) 相談支援、情報提供

2
3 医療技術や情報端末の進歩、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等
4 のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず、医療従
5 事者が抱く治療上の疑問や、精神的、心理社会的な悩みについて、対応してい
6 くことが求められている。また、がんに関する情報があふれる中で、患者と家
7 族が、その地域において、確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、
8 がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできる
9 ような環境を整備していくことが求められている。

10 11 12 ① 相談支援について

13 14 (現状・課題)

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

19
20 国立がん研究センターは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信を
21 行っており、その成果を基に、患者やその家族、医療従事者からの相談支援や、
22 相談員に対する研修等を行っている。このように、国立がん研究センターは、
23 相談支援や情報提供等の中核的な役割を担っている。

24
25 地域においては、がんに関する様々な相談をワンストップで対応することを
26 目的として、地域統括相談支援センター⁴⁷や民間団体による相談支援の場等が設
27 置されており、病院以外の場においても相談が可能となっている。

28
29 しかし、平成26（2014）年度の患者体験調査⁴⁸によれば、がん相談支援
30 センターの利用率は7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者が、
31 がん相談支援センターを十分利用するに至っていない。

32
33 相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対す

47 「地域統括相談支援センター」とは、平成23（2011）年度から都道府県健康対策推進事業の一環として開始。全国に14か所ある。（平成29（2017）年3月時点）

48 平成26（2014）年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

1 る更なる研修の必要性が指摘されている。

2
3 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、患
4 者同士が体験を共有できる場の存在は重要であることから、都道府県等は、ピ
5 ア・サポート⁴⁹研修を行い、ピア・サポーターを養成している。しかしながら、
6 平成28（2016）年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の
7 結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった36の拠点病院のうち、ピ
8 ア・サポーターの活動実績のある拠点病院の数は、20施設にとどまっていた。

9 10 11 **（取り組むべき施策）**

12 患者が、治療の早期からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じ
13 て確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等は、がん相談支援セン
14 ターの目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が、診断
15 早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明すること等、院内のがん相談
16 支援センターの利用を促進させるための方策を検討し、必要に応じて、拠点病
17 院等の整備指針に盛り込む。

18
19 拠点病院等は、がん相談支援センターの院内・院外への広報、都道府県がん
20 診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会⁵⁰等を通じて、ネットワー
21 クの形成や、相談者からのフィードバックを得るための取組を、引き続き実施
22 する。また、PDCAサイクル⁵¹を実施しながら、相談支援の質の担保と格差の
23 解消を図る。

24
25 国は、相談支援に携わる者の質を継続的に担保するための方策を検討し、必
26 要に応じて、拠点病院等の整備指針に盛り込む。

27
28 ピア・サポートについては、国が作成した研修プログラムの活用状況につい
29 て、実態調査を行う。ピア・サポートが普及しない原因を分析した上で、研修

49 「ピア・サポート」とは、患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。

50 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会」とは、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や、都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県内の地域がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等の連携強化について協議するために設置された、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の元に設けられた4部会の1つ。

51 「PDCAサイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の1つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

1 内容の見直しや、ピア・サポートの普及を図る。

2 3 4 ② 情報提供について

5 6 (現状・課題)

7 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」によれば、
8 がんに関する情報を、インターネットやソーシャルネットワークサービス
9 （SNS）等を通じて得ている国民は、35%を超えており、特に、39歳以下
10 の年齢では、約6割となっている。

11
12 しかしながら、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいているとはいえない情報が含まれていることがあり、国民が正しい情報を得ることが困難な場合がある。

13
14
15
16 コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている。

17 18 19 20 21 (取り組むべき施策)

22 国は、インターネット等を通じて行われる情報提供について、医療機関のウェブサイトの適正化を図るという観点から、医業等に係るウェブサイトの監視体制の強化に努める。

23
24
25
26 国、国立がん研究センター及び関係学会等は、引き続き、協力して、がんに関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。また、ウェブサイトの適正化の取組を踏まえて、注意喚起等を迅速に行う。

27
28
29
30 国及び国立がん研究センターは、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者の情報へのアクセスを確保するため、音声資料や点字資料等を作成し、普及に努める。

31 32 33 34 35 【個別目標】

36 国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より
37

1 効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

2

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

5

6 国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治
7 療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供
8 するための体制を整備する。

9

1 (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

2
3 がん患者がいつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、自分ら
4 しく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための
5 社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具
6 体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地
7 域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「が
8 んとの共生社会」を実現させることが重要である。

9 10 11 ① 拠点病院等と地域との連携について

12 (現状・課題)

13
14 拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院⁵²、緩
15 和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催する等、切れ目のないが
16 ん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

17
18 しかし、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和
19 ケア、セカンドオピニオン等については、地域間で取組に差があるとの指摘が
20 ある。

21
22 「地域連携クリティカルパス」は、拠点病院等が地域の医療機関と連携し、
23 切れ目のないがん医療を提供するためのツールであるが、その運用は、それぞ
24 れの拠点病院等に任されており、運用の状況に差があるとの指摘がある。

25
26 拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション
27 等との連携体制が十分に構築できていないことから、退院後も、継続的な疼痛
28 緩和治療を在宅で受けることが出来るようにする必要があるとの指摘がある。

29
30 がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、
31 地域統括相談支援センター、地域包括支援センター⁵³等が設置されているが、こ

⁵² 在宅療養支援診療所：14,562 診療所、在宅療養支援病院：1,074 病院（平成 27（2015）年 7 月 1 日時点）

⁵³ 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3 職種ของทีมアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設のこと。（介護保険法第 115 条の 46 第 1 項）

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

5 (取り組むべき施策)

6 国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実
7 情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において、医療に早期から関与する体
8 制や、病院と在宅医療との連携や患者のフォローアップ⁵⁴のあり方について検討
9 する。

10
11 国は、拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における
12 認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等の役割を明確にし
13 た上で、多職種連携を推進する。その際、施設間の調整役を担う者のあり方や、
14 「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しについて検討する。

15
16 国は、地域で在宅医療を担う医療機関等において、拠点病院等の医療従事者
17 が連携して診療を行うこと、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカ
18 ンファレンスに参加したりすること等の活動を可能とする連携・教育体制のあ
19 り方を検討する。

20
21 拠点病院等は、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入
22 れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域に
23 おける患者支援の充実を図る。また、国は、こうした取組を実効性あるものと
24 するため、施設間の調整役を担う者の養成等について、必要な支援を行う。

27 ② 在宅緩和ケアについて

29 (現状・課題)

30 在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、
31 入院可能な病床が確保されていることは安心につながる。しかしながら、拠点
32 病院等をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニ
33 ズの高い要介護者の受入れ体制は、十分整備されているとはいえない。このよ
34 うな状況において、切れ目のなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠

54 「フォローアップ」とは、治療終了後のがん患者の定期的な外来診療や検査での経過の観察のこと。

1 点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療
2 の質の向上を図っていく必要がある。

3
4 在宅緩和ケアにおける医療と介護の連携について、65歳未満のがん患者が
5 要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として申請書に記載す
6 る必要があるが、実際には記入しづらいため、利用が進まないとの指摘がある。

7 8 9 **(取り組むべき施策)**

10 国及び地方公共団体は、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行う
11 ために、引き続き、地域の医師会や薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療
12 所・病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研
13 修等を引き続き実施する。

14
15 国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対
16 応できるような方策を検討する。

17 18 19 **【個別目標】**

20 国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受け
21 られるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病
22 院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

23
24 拠点病院等は、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケ
25 アの提供体制について検討する場を3年以内に設ける等、地域における他の医
26 療機関と連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

1 (4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援⁵⁵）

2
3 がん患者には、身体的、精神的な苦痛のみならず、社会的な苦痛があること
4 から、第2期基本計画では、重点的に取り組むべき課題として、「働く世代や小
5 児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対して、主に、就労支援に関する
6 対策に取り組んできた。しかし、依然として、「がん対策に関する世論調査（内
7 閣府）（平成28（2016）年）」において、働く世代のがん患者が働き続け
8 ることを難しくさせている理由として、周囲の理解に関することが挙げられて
9 いる⁵⁶。

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

13 14 15 ① 就労支援について

16
17 地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成24
18 （2012）年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳まで
19 の就労可能年齢でがんに罹患している⁵⁷。また、平成14（2002）年におい
20 て、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったが、平成
21 24（2012）年における20歳から64歳までの罹患者数は、約26万人
22 に増加しており、就労可能年齢でがんに罹患している者の数は、増加している。

23
24 また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.
25 9%（平成12（2000）年～平成14（2002）年）、58.9%（平成
26 15（2003）年～平成17（2005）年）、62.1%（平成18（20
27 06）年～平成20（2008）年）と年々上昇しており、がん患者・経験者
28 が長期生存し、働きながらがん治療が受けられる可能性が高まっている

29

⁵⁵ 「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。

⁵⁶ 「がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思うか」という質問に対して「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」と答えた者の割合が21.7%（平成26（2014）年11月同調査では22.6%）、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」と答えたものの割合が21.3%（平成26（2014）年11月同調査では22.2%）となっている。

⁵⁷ 全がん罹患者数86.5万人のうち、20歳から64歳のものは26万人。（地域がん登録全国推計値（平成24（2012）年）より）

1 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
2 会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援
3 を充実させていくことが強く求められている。

6 (ア) 医療機関等における就労支援について

8 (現状・課題)

9 平成25(2013)年に実施されたがん患者の実態調査³¹では、がんと診
10 断された後の仕事の状況の変化について、依願退職又は解雇された者の割合(3
11 4.6%)が、平成15(2003)年(34.7%)と比べて変化していない。引き続き、がん患者の離職防止を支援していくことが必要である。

14 拠点病院では、専門的な就労相談に対応するため、がん相談支援センターを
15 中心に、社会保険労務士等の就労に関する専門家の活用を促してきた。しかし
16 ながら、この取組を実施している拠点病院は、平成28(2016)年におい
17 ては約3分の1にとどまっており、充実した就労支援を提供するには至ってい
18 ない。

20 平成27(2015)年の厚生労働省研究班による調査⁵⁸では、がんと診断さ
21 れ、退職した患者のうち、診断がなされてから最初の治療が開始されるまでに
22 退職した者が4割を超えている。また、その退職理由としては、「職場に迷惑を
23 かけたくなかった」、「がんになったら気力・体力的に働けないだろうと予測し
24 たから」、「治療と仕事を両立する自信がなかった」といった、がん治療への漠
25 然とした不安が上位に挙がっている。このため、がん患者が診断時から正しい
26 情報提供や相談支援を受けることが重要である。

28 一方、医療機関や企業に相談する前に離職する者が少なからずいるにもかか
29 わらず、がん相談支援センターの利用度(7.7%)は低い⁴⁸。

31 平成29(2017)年3月の「働き方改革実現会議⁵⁹」において決定された
32 「働き方改革実行計画」では、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートす

⁵⁸ 平成27(2015)年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研事業「働くがん患者の職場復帰支援に関する研究」

⁵⁹ 「働き方改革実現会議」とは、働き方改革の実現を目的とする実行計画の策定等に係る審議に資するため、平成28(2016)年9月から開催された内閣総理大臣を議長として政府に置かれた会議のこと。

1 る仕組みを整えること、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会
2 を目指すことが打ち出された。

3
4 がん患者の職場復帰や治療と仕事の両立については、支援を必要とするがん
5 患者に対し、企業は、患者の治療状況等についての主治医の意見書等の必要な
6 情報を踏まえた上で、就業上の措置等を講ずることが重要である。その場合に
7 においては、必要に応じて、「両立支援プラン／職場復職支援プラン」を作成する
8 ことが望ましい。しかし、がん患者自身が自身の治療状況や生活環境、勤務情
9 報等を整理することは難しい場合があるため、がん患者が自分の置かれている
10 状況を整理した上で、復職について相談できるよう、患者に寄り添った相談支
11 援を充実させていくことが求められている。

12
13 国は、就職支援としては、がん相談支援センターでの相談支援に加え、転職
14 や再就職の相談に対応するため、公共職業安定所（以下「安定所」という。）に
15 配置されている「就職支援ナビゲーター⁶⁰」と拠点病院と連携した就職支援事業
16 等に取り組んでいる。当該事業における就職率は、事業開始年度である平成2
17 5（2013）年度の40.0%（実施安定所5所）から、平成26（201
18 4）年度の43.6%（12所）、平成27（2015）年度の51.2%（1
19 6所）と一定の成果をあげている。平成28（2016）年度からは、全国4
20 7都道府県で事業を実施している。今後は、更なる事業の拡充が求められるほ
21 か、がん患者の再就職については、再就職後の治療と仕事の両立状況を把握し
22 た上で、よりよい支援を行う必要がある。

23 24 25 **（取り組むべき施策）**

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

30
31 国は、拠点病院等において、治療の早期から患者ががん相談支援センターを
32 認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるよう、拠点病院等におけるがん
33 相談支援センターの位置づけ、主治医等の治療スタッフからの紹介の方法等、
34 がん相談支援センターの利用を促す方策を検討し、必要に応じて、拠点病院等

⁶⁰ 「就職支援ナビゲーター」とは、公共職業安定所に配置されているがん患者等の就職支
援に対応する専門相談員のこと。

1 の整備指針に反映することを検討する。また、国は、社会保険労務士等の院外
2 の就労支援に関する専門家との連携、相談の質の確保やその評価の方策を検討
3 する。

4
5 診断早期の離職を防止するため、拠点病院等をはじめとする医療機関の協力
6 の下、ポスターやリーフレットを活用すること等によって、がん患者に対する
7 治療と職業生活の両立支援について、周知を図る。

8
9 国は、患者が安心して復職に臨めるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両
10 立に向けたプランの作成支援や、患者の相談支援、主治医や企業・産業医と復
11 職に向けた調整の支援を行う「両立支援コーディネーター」を、拠点病院等、
12 関係団体、独立行政法人労働者健康安全機構との連携の下に育成・配置し、「両
13 立支援コーディネーター」と主治医等、会社・産業医による、患者への「トラ
14 イアングル型サポート体制⁶¹」を構築する。

15
16 「トライアングル型サポート」を行うためには、拠点病院等で相談支援に携
17 わる者や「両立支援コーディネーター」が、がん患者の治療の状況のみならず、
18 必要に応じて、がん患者一人ひとりの社会的な背景や生活の状況等を把握する
19 ことが重要である。国は、がん患者自身や就労支援に携わる者が、がん患者の
20 おかれた事情を総合的に把握するためのツールとして、患者の治療、生活、勤
21 務情報等をまとめた「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発する。また、就労
22 支援に携わる者は、患者個々の事情を把握した上で、患者と事業主との間で復
23 職へ向けた調整を支援する。

24
25 また、国は、就職支援において、拠点病院等と安定所との連携を推進する事
26 業について、各地域の実情を踏まえながら事業の拡充を図る。さらに、がん患
27 者の再就職後の就労継続状況について調査を行い、再就職支援に活かしていく。

30 (イ) 職場や地域における就労支援について

32 (現状・課題)

61 「トライアングル型サポート体制」とは、病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整えるため、主治医、会社・産業医と、患者に寄り添う「両立支援コーディネーター」によるトライアングル型で患者をサポートする体制のこと。平成 29 (2017) 年 3 月 28 日「働き方改革実現会議」で決定された「働き方改革実行計画」において、構築するよう定められた。

1 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28年（2016）年）」では、
2 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
3 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」
4 等が上位に挙がっており、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入が求められている。

5
6 がん患者の実態調査³¹では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなっ
7 た」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」、「治療や静養に
8 必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、企業内における
9 がん患者への理解や協力も必要である。

10
11 「働き方改革実現会議」の議論においても、企業文化の抜本改革として、経
12 営トップや管理職等の意識改革や、治療と仕事の両立を可能にする社内制度の
13 整備の推進が求められている。

14
15 国は、平成28（2016）年2月に「事業場における治療と職業生活の両
16 立支援のためのガイドライン⁶²」を、そして、企業ががん治療の特徴を踏まえた
17 治療と仕事の両立支援を行えるよう、がんに関する知識やがんの治療に必要な
18 配慮等をまとめた留意事項を作成し、公表した。今後も更なる周知・普及を図
19 る必要がある。また、医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保
20 健総合支援センター⁶³等の有機的な連携をより一層推進することが求められて
21 いる。

22
23 傷病手当金については、がん治療のために入退院を繰り返す場合や、がんが
24 再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

25 26 27 **（取り組むべき施策）**

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

31

⁶² 「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」とは、事業場が、
がん、脳卒中等の疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を
行い、治療と職業生活が両立できるようにするため、事業場における取組等をまとめたも
の。

⁶³ 「産業保健総合支援センター」とは、各都道府県に設置されており、事業場で産業保健
活動に携わる事業主、人事労務担当者、産業医、産業保健スタッフ等に対して、研修や専
門的な相談への対応等の支援を行う施設のこと。

1 企業において、「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラ
2 イン」に基づくがん患者の働きやすい環境整備を推進するため、産業保健総合
3 支援センター等において、経営者等に対する啓発セミナーや産業医、産業保健
4 スタッフ、人事労務担当者等に対する専門的研修を開催する。

5
6 国は、両立支援に係る相談対応や両立支援に取り組む事業場への訪問指導、
7 がん患者と事業場との個別調整支援等を実施するとともに、支援が活用され
8 るよう周知を図る。

9
10 企業は、社員研修等により、がんを知り、がん患者への理解を深め、がん患
11 者が働きやすい社内風土づくりを行うよう努める。

12
13 がん患者・経験者に対する就労支援を推進するため、地域における就労支援
14 の関係者等で構成するチームを設置し、連携した取組の推進を図る。

15
16 現在、職域における健康の保持や増進のための取組として、企業における「健
17 康経営」を表彰する取組が推進されており、平成27（2015）年の「健康
18 経営銘柄」の選定に続き、平成29（2017）年2月には中小企業等を対象
19 とした「健康経営優良法人」も認定されているが、その選定基準に、「がんをは
20 じめ疾病に罹患した従業員の復職・就労支援」を盛り込むこと等を検討する。

21
22 国は、治療と仕事の両立等の観点から、傷病手当金の支給要件等について検
23 討し、必要な措置を講ずる。

24 25 26 ② 就労以外の社会的な問題について

27 28 （現状・課題）

29 がんに関し、治療を受けている者は、現在163万人⁶⁴である。がんの治療
30 成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患
31 者・経験者のQOL向上に向けた取組が求められる。

32
33 社会的な問題としては、がんに対する「偏見」があり、地域によっては、が
34 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
35 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

⁶⁴ 平成26（2014）年「患者調査」

1 ことや、離島、僻地における通院等に伴う経済的な課題、がん治療に伴う外見
2 (アピアランス)の変化(爪、皮膚障害、脱毛等)、診療早期における生殖機能
3 の温存や、後遺症、性生活(セクシャリティ)に関する相談支援、情報提供の
4 体制が構築されていないこと等が指摘されているものの、十分な検討がなされ
5 ていない。

6
7 また、我が国のがん患者の自殺は、診断後1年以内が多いという報告⁶⁵がある
8 が、拠点病院等であっても相談体制等の十分な対策がなされていない状況にあ
9 る。がん診療に携わる医師や医療従事者を中心としたチームで、がん患者の自
10 殺の問題に取り組むことが求められる。

11
12 さらに、我が国において、障害のあるがん患者に関する課題は明確になっ
13 ていない。障害のあるがん患者に対してどのような対応が必要かということにつ
14 いて、行政、医療従事者での問題意識の共有が不十分であり、対応も病院ごと
15 に異なる。また、罹患前から障害を持つ人だけでなく、がん治療によって障害
16 を持つことになった人に関する課題についても、十分な検討がなされていない。
17 がん罹患した後も、治療により、長期に生存することが可能になっているが、
18 高額な治療が必要な患者については、その医療費が生活を圧迫し続けるという
19 指摘もある。

20 21 22 (取り組むべき施策)

23 地方公共団体は、学校におけるがん教育だけでなく、がんに対する「偏見」
24 の払拭や国民全体に対する健康についての啓発につながるよう、民間団体や患
25 者団体等の協力を得ながら、がんに関する正しい知識を得る機会を設ける。

26
27 国は、がん患者の経済的な課題を明らかにし、利用可能な社会保障制度に関
28 する周知の方法や、その他の課題の解決に向けた施策を検討する。

29
30 国は、がん患者の更なるQOL向上を目指し、生殖機能の温存等について、
31 的確な時期に治療の選択ができるよう、関係学会等と連携し、相談支援、情報
32 提供のあり方を検討する。

33
34 国は、家族性腫瘍に関する情報を集約化し、診断、治療、相談体制の整備や
35 人材育成等について検討する。

⁶⁵ 「Psychooncology 2014; 23: 1034-41.」より引用。

1
2 国は、拠点病院等におけるがん患者の自殺の実態調査を行った上で、効果的
3 な介入のあり方について検討する。また、がん患者の自殺を防止するためには、
4 がん相談支援センターを中心とした自殺防止のためのセーフティーネットが必
5 要であり、専門的、精神心理的なケアにつなぐための体制の構築やその周知を
6 行う。

7
8 国は、障害のあるがん患者の実態やニーズ、課題を明らかにする。各専門分
9 野を越えた連携を可能とするため、障害者福祉の専門支援機関（点字図書館、
10 生活訓練施設、作業所等）と拠点病院等の連携を促進させる仕組みについて検
11 討する。コミュニケーションに配慮が必要ながん患者や、がん治療に伴って障
12 害をもった患者等について、ユニバーサルな視点⁶⁶を取り入れることを検討する。

13 14 15 **【個別目標】**

16 国は、3年以内に、「治療と仕事両立プラン（仮称）」を開発するとともに、
17 そのプランを活用した、がん相談支援センターの相談員をはじめとする就労支
18 援の関係者の連携についてモデルを構築し、「治療と仕事両立プラン（仮称）」
19 を用いた生活、介護、育児の状況等、個々の事情に応じた就労支援を行うため
20 の体制整備を進める。

21
22 国は、3年以内に、医療機関向けに企業との連携のためのマニュアルを作成
23 し、その普及を開始する。

24
25 国は、がん患者・経験者、その家族の生活の質を向上させるため、がん患者
26 や家族に関する研究を行うことによって、その課題を明らかにする。また、既
27 存の施策の強化や普及啓発等、更なる施策の必要性について検討する。

28

⁶⁶ 「ユニバーサルな視点」とは、「バリアフリー」のように、既存の状況を前提として、利
用できない環境を特別な方法で解決するという考え方ではなく、物事の設計の段階から、
広く誰もが、という普遍的（ユニバーサル）な考え方に基づく視点のこと。

1 (5) ライフステージに応じたがん対策

2
3 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
4 理的問題、社会的問題が生じることから、小児・AYA世代や高齢者のがん対
5 策等、他の世代も含めた「ライフステージに応じたがん対策」を講じていく必
6 要がある。

7 小児・AYA世代のがん患者に対する教育については、法の一部改正によっ
8 て、法第21条に、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者
9 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
10 るよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と明記さ
11 れる等、更なる対策が求められている。

12 13 14 ① 小児・AYA世代について

15 (現状・課題)

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

22
23 小児・AYA世代のがん患者の中には、成長過程にあり、教育を受けている
24 者がいることから、治療による身体的、精神的な苦痛を伴いながら学業を継続
25 することを余儀なくされている者がいる。しかし、小児・AYA世代のがん患
26 者のサポート体制は、必ずしも十分なものではなく、特に、高校教育の段階に
27 おいては、取組が遅れていることが指摘されている。このため、小児・AYA
28 世代のがん患者が治療を受けながら学業を継続できるよう、入院中・療養中の
29 教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整備等の教育環境の更なる整
30 備が求められている。

31
32 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
33 があるため、就労支援に当たっては、成人発症のがん患者とニーズや課題が異
34 なることを踏まえる必要がある。利用可能な制度や相談機関が、がん患者・経
35 験者と家族に周知されていない場合があること、周知されていても十分に活用
36 されていない場合があること等の指摘がある。

1
2 小児・AYA世代の緩和ケアは、家族に依存しており、家族の離職等、家族
3 の負担が非常に大きい。また、小児の在宅医療に対応できる医療関係者は限ら
4 れており、緩和ケア病棟もほとんどないとの指摘がある。

5 6 7 (取り組むべき施策)

8 国は、医師・看護師等の医療従事者に対し、長期フォローアップに関する教
9 育を充実させる。「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」⁶⁷等を
10 活用しながら長期フォローアップの体制を整備する。晩期合併症対策を専門と
11 する医療体制を構築するとともに、晩期合併症に関する研究を推進する。

12
13 国は、医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、情報技術（I
14 CT）を活用した高等学校段階における遠隔教育等、療養中においても適切な
15 教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援等、療養中の生徒等
16 に対する特別支援教育をより一層充実させる。

17
18 国は、小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップについて、晩期合
19 併症への対応、保育・教育・就労・自立に関する支援を含め、ライフステージ
20 に応じて成人診療科と連携した切れ目のない支援の体制整備を推進する。

21
22 国は、小児・AYA世代のがん経験者の就労における課題を踏まえ、医療従
23 事者間の連携のみならず、安定所、地域若者サポートステーション⁶⁸等を含む就
24 労支援に関係する機関や患者団体との連携を強化する。

25
26 国は、緩和ケアに従事する医療従事者が、小児・AYA世代のがん医療に携
27 わる診療従事者と問題点や診療方針等を共有すること、入院中だけでなく外来
28 や在宅においても連携できるようにすることのために、必要な方策を検討する。

29 30 31 ② 高齢者について

⁶⁷ 日本小児白血病リンパ腫研究グループ（JPLSG）の長期フォローアップ委員会が作成した「小児がん治療後の長期フォローアップガイドライン」

http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf

⁶⁸ 「地域若者サポートステーション（通称：「サポステ）」とは、働くことに悩み・課題を抱えている15歳～39歳までの若者に対し、キャリアコンサルタント等による専門的な相談支援、個々のニーズに即した職場体験、就職後の定着・ステップアップ相談等による職業的自立に向けた支援を行う就労支援機関のこと。

1
2 **(現状・課題)**

3 高齢者は、入院をきっかけに認知症と診断される場合があることや、既にあ
4 る認知症の症状が悪化する場合がありますため、がん医療における意思決定等につ
5 いて、一定の基準が必要と考えられるが、現状、そのような基準は定められて
6 いない。

7
8 高齢者ががんに罹患した際には、医療介護の連携の下で、適切ながん医療を
9 受けられることが重要であり、医療従事者のみならず、介護従事者についても、
10 がんに関する十分な知識が必要とされている。

11
12
13 **(取り組むべき施策)**

14 国は、認知症等を合併したがん患者や、看取り期における高齢のがん患者の
15 意思決定を支援するための方策について、検討を行う。

16
17 国は、高齢のがん患者を支援するため、医療機関・介護施設等の医師、医療
18 従事者、介護従事者が連携し、患者とその家族の意思決定に沿った形で、患者
19 の療養生活を支えるための方策を検討する。

20
21
22 **【個別目標】**

23 国は、小児・AYA世代のがんの経験者が治療後の年齢に応じて、継ぎ目な
24 く、診療や長期フォローアップを受けられる体制の整備を進める。そのため、
25 3年以内に、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診療提
26 供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、小児がん拠点病院とがん診療
27 連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

28
29 高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点
30 病院等に普及させることを検討する。

31

4. これらを支える基盤の整備

がん対策における横断的な対応が必要とされる基盤として、「がん研究」、「人材育成」、「がん教育、がんに関する知識の普及啓発」を位置づけ、一層の対策を講じる。

(1) がん研究

(現状・課題)

我が国のがん研究は、第2期基本計画と「健康・医療戦略」を踏まえ、平成26(2014)度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣の確認の下に策定された「がん研究10か年戦略」に基づき、計画的に進めている。

「がん研究10か年戦略」においては、「がんの本態解明に関する研究」、「アンメットメディカルニーズに応える新規薬剤開発に関する研究」、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」等の具体的研究事項を定め、平成27(2015)年4月に設立された国立研究開発法人日本医療研究開発機構(Japan Agency for Medical Research and Development、以下「AMED」という。)と協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。具体的には、医薬品、医療機器を開発するために、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の3省連携プロジェクトとして、「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を推進しており、基礎研究から実用化を目指した研究まで一貫した管理を行い、がん医療の実用化を加速している。

厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、充実したサバイバーシップを実現する社会の構築や、がん対策の効果的な推進・普及のための研究を進めているものの、公衆衛生、政策形成等に関する公的な研究が不十分との指摘がある。なお、サバイバーシップに関する研究は、「がん研究10か年戦略」に、「充実したサバイバーシップを実現する社会の構築をめざした研究」として位置づけられているものの、現在のがん患者を取り巻く社会の状況に応じた更なる研究が求められている。

依然として、小児がん、希少がん、難治性がんについては、標準的治療や診療ガイドラインがないがん種があること、必ずしも、科学的な根拠に基づかない治療が提供されていること、臨床研究における症例集積が困難であること等に加え、医療従事者に対する臨床研究に関する情報提供が分かりやすくなされ

1 ていないことが、新たな治療開発の障壁となっている。

2
3 治験、臨床試験に関するプロトコールのデザインの計画段階から、研修を受
4 けた患者が参画することによって、患者視点のアウトカムの提案や、患者のリ
5 クルートの適正化等をより高い精度で進めていくことの必要性が指摘されてい
6 る。

9 (取り組むべき施策)

10 「がん研究10か年戦略」は、本基本計画を踏まえ、中間評価や内容を見直
11 すこととしており、国は、現状のニーズや我が国に求められる研究について、
12 有識者の意見を参考にしつつ見直す。

13
14 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
15 ため、有望な基礎研究の成果の厳選、医薬品、医療機器の開発と企業導出を速
16 やかに行うための取組を推進する。

17
18 「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」を中心として、関係省庁
19 が協力し、小児がん、希少がん、難治性がん等の標準的治療の確立や診療ガイ
20 ドラインの策定、バイオマーカー⁶⁹の開発に向けた取組をより一層推進する。新
21 たな治療法が開発が期待できることから、重点的に研究を推進する必要性が指
22 摘されている分野として、ゲノム医療や免疫療法があり、これらの研究を進め
23 る。健康に無関心な層に対して、がんの予防法を周知する方法を含め、効果的
24 な健康増進に関する研究に取り組む。これらの研究の必要性を戦略上、より一
25 層明確に位置づけ、関係省庁、関係機関等が一体となって推進する。

26
27 国は、患者の声を取り入れながら、がん罹患後の社会生活に関する研究や、
28 中長期的な後遺症に対する診療ガイドラインを作成するための研究等、サバイ
29 バーシップ研究を推進する。

30
31 治験をはじめとした臨床研究の情報を医療従事者にわかりやすく提供すると
32 ともに、関係団体等と連携し、治療開発を一層推進する。

⁶⁹ 「バイオマーカー」とは、血液や尿等の体液や組織に含まれる、タンパク質や遺伝子等の生体内の物質で、病気の変化や治療に対する反応に相関し、指標となるもの。バイオマーカーの量を測定することで、病気の存在や進行度、治療の効果の指標の1つとすることができ、腫瘍マーカーもバイオマーカーの一種である。(出典：国立がん研究センターがん情報サービス)

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20

AMEDは、海外の研究体制と同様、我が国でも患者やがん経験者が研究のデザインや評価に参画できる体制を構築するため、平成30（2018）年度より、患者、がん経験者の参画によって、がん研究を推進するための取組を開始する。また、国は、研究のデザインや評価に参画可能な患者を教育するためのプログラムの策定を開始する。

近年著しく進歩しつつある革新的医療機器については、均てん化に資する更なるコストダウン等に向けた研究開発を推進する。

国は、拠点病院等と臨床研究中核病院等の連携を一層強化し、がん患者に対して、臨床研究を含めた治療選択肢を提供できる体制を整備する。

【個別目標】

国は、2年以内に、「がん研究10か年戦略」のあり方について検討を行い、新たな課題や重点的に進めるべき研究を盛り込む。その際、必要に応じて、現在AMEDで行われている事業の研究領域を見直し、科学技術の進展や臨床ニーズに見合った研究を推進する。

1 (2) 人材育成

3 (現状・課題)

4 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
5 法、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
6 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
7 えることのできる看護師、薬剤師等の人材を養成していく必要がある。

8
9 これまで、厚生労働省では、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な
10 集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」における外科医の
11 育成プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修、リハビリテーショ
12 ン研修等の人材育成のための支援を行ってきた。

13
14 文部科学省では、平成24(2012)年度から平成28(2016)年度
15 まで、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン⁷⁰」を実施し、全国の大学
16 に、がんの特化した臓器横断的な講座が整備され、手術療法、放射線療法、薬
17 物療法のほか、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、歯科医師、薬剤
18 師、看護師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行ってきた。

19
20 一方、近年、ゲノム医療等のがん医療の進歩と細分化、希少がん、難治性が
21 ん、小児・AYA世代のがん等の特性やライフステージに応じた対応が求めら
22 れるがん種について、専門的な人材の育成を更に進めていくことが求められて
23 いるものの、どのような人材を重点的に育成すべきか、必ずしも方向性が定ま
24 っていない。

25
26 医学部のモデル・コア・カリキュラム⁷¹や医師国家試験の出題基準等において
27 は、緩和ケアに関する項目があるが、卒前教育においては、緩和ケアにおける
28 チーム連携に係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

70 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」とは、文部科学省において平成24(2012)年度に大学改革推進等補助金より開始された事業。手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的とした事業。平成25(2013)年度より研究拠点形成費等補助金にて行われている。

71 「医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版・文部科学省)」において、「緩和ケア」について盛り込まれている。

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/03/31/1383961_01_1.pdf

1 **(取り組むべき施策)**

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

4
5 文部科学省におけるこれまでの取組において構築された人材育成機能を活用
6 し、がん医療を専門とする医療従事者の養成を継続するとともに、ゲノム医療
7 や希少がん及び難治性がんへの対応、小児・AYA世代や高齢者といったライ
8 フステージに応じたがん対策に対応できる医療従事者等の育成を推進する。

9
10 国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育
11 機関において、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムの充実
12 や、緩和医療に関する講座の設置も含め、医師の卒前教育を担う指導者を育成
13 するための積極的な取組を推進する。また、看護教育、薬学教育においても、
14 基本的な緩和ケアの習得を推進する。

15
16
17 **【個別目標】**

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

20

1 (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

3 (現状・課題)

4 法第23条では、「国及び地方公共団体は、国民が、がんに関する知識及びが
5 ん患者に関する理解を深めることができるよう、学校教育及び社会教育におけ
6 るがんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずるものとする。」とされて
7 いる。

8
9 健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが
10 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
11 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
12 ことは大切である。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
13 者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、がんの正しい知識やがん患者・
14 経験者の声を伝えることが重要である。

15
16 国は、平成26(2014)年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、
17 全国のモデル校において、がん教育を実施するとともに、がん教育の教材や外
18 部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進している。しか
19 し、地域によっては、外部講師の活用が不十分であること、教員のがんに関す
20 る知識が必ずしも十分でないこと、外部講師が学校において指導する際の留意
21 点⁷²等を十分認識できていないことについて指摘がある。

22
23 国民に対するがんに関する知識の普及啓発は、「がん医療に携わる医師に対す
24 る緩和ケア研修等事業」や、職場における「がん対策推進企業等連携事業」の
25 中で推進してきた。しかし、民間団体が実施している普及啓発活動への支援が
26 不十分であるとの指摘がある。また、拠点病院等のがん相談支援センターや、
27 国立がん研究センターがん情報サービスにおいて、がんに関する情報提供を行
28 っているが、それらが国民に十分に周知されていないとの指摘がある。

31 (取り組むべき施策)

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

1 国は、学校におけるがん教育について、全国での実施状況を把握する。教員
2 には、がんについての理解を促すため、外部講師には、学校でがん教育を実施
3 する上での留意点や指導方法を周知するため、教員や外部講師を対象とした研
4 修会等を実施する。

5
6 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
7 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
8 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
9 ん教育が実施されるよう、国は、必要な支援を行う。

10
11 国や地方公共団体は、引き続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進す
12 る。また、民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動をより一
13 層支援するとともに、がん相談支援センターやがん情報サービスに関する広報
14 を行う。

15
16 事業主や医療保険者は、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正し
17 い知識を得ることができるよう努める。

20 **【個別目標】**

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

23
24 国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹
25 患しても、そのことを正しく理解し、向き合うことができるよう、国は、がん
26 に関する知識の普及啓発を更に進める。

27

1 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

2 3 1. 関係者等の連携協力の更なる強化

4
5 がん対策を実効あるものとして、総合的に展開していくためには、国、地方
6 公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体と
7 なって努力することが重要である。

8 国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させ
9 ていくことが重要である。

10 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、
11 がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境の整備への理解を図る
12 とともに、相談支援、情報提供を行うことにより、国民とともに、地域におけ
13 る「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

14 15 2. 都道府県による計画の策定

16
17 都道府県においては、本基本計画を基本として、本基本計画と、平成30（2
18 018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、
19 がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主
20 的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進
21 計画（以下「都道府県計画」という。）」の見直しを行うことが望ましい。

22 なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等ががん患者等が
23 参画すること等、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対
24 策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討
25 し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、
26 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。一方、国は、都道
27 府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対し、好事例の
28 情報提供を行う等、都道府県との情報共有に努める。

29 都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、
30 必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域におけ
31 る患者支援等の市町村の取組を踏まえ、都道府県計画を作成することが望まし
32 い。

33 34 3. がん患者を含めた国民の努力

35
36 がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持

1 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
2 ることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点について
3 も努力していくことが望まれる。

- 4
- 5 ● がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立
6 っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も、医療
7 従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- 8
- 9 ● 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
10 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
11 者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等
12 について、理解するよう努めること。
- 13
- 14 ● がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患
15 者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県に
16 おけるがん対策の議論に参画する等、がん医療や、がん患者とその家族に
17 対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 18
- 19 ● 治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可
20 欠であり、国や地方公共団体が、国民の理解を得るために行う普及啓発は
21 重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を
22 理解するよう努めること。

23

24 4. 患者団体等との協力

25

26 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
27 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
28 な施策を講ずるよう努める。

29

30 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

31

32 基本計画による取組を、総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するた
33 めには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な
34 実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

35 一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用す
36 ることによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

37

1 このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の徹底、各
2 施策の重複排除、関係府省間の連携強化を図るとともに、官民で、役割と費用
3 負担の分担を図る。

4 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
5 持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

6
7
8
9 国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等につ
10 いて、ロードマップを作成し、公表する。

11 国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成
12 状況についての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資
13 する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き
14 必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

15 なお、国は、計画期間全体にわたり、計画の進捗状況を把握し、管理するた
16 め、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別
17 目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効
18 果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価
19 結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、
20 協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言
21 を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

22 また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に関するPD
23 CAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

7. 基本計画の見直し

24
25
26
27 法第10条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及
28 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
29 検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」
30 と定められている。このため、計画期間が終了する前であっても、必要がある
31 ときには、本基本計画を変更する。