

がん対策推進基本計画（案）

平成 29 年〇月

目次

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

(4)	がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）	57
(5)	ライフステージに応じたがん対策	65
4.	これらを支える基盤の整備	68
(1)	がん研究	68
(2)	人材育成	71
(3)	がん教育・がんに関する知識の普及啓発	73
第3	がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項	75
1.	関係者等の連携協力の更なる強化	75
2.	都道府県による計画の策定	75
3.	がん患者を含めた国民の努力	75
4.	患者団体等との協力	76
5.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	76
6.	目標の達成状況の把握	77
7.	基本計画の見直し	77

はじめに

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

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

平成 18（2006）年 6 月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年 4 月に施行された。また、同年 6 月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第 1 期の「がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）」が策定された。

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

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

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

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

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

本基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第 7 項の規定に基づき、第 2 期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間については、平成 29（2017）年度から平成 34（2022）年度までの 6 年程度を一つの目安として定める。また、本基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標とする。

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

第1 全体目標

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

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防する～

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

2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

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

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

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

第2 分野別施策と個別目標

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

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

（1）がんの1次予防

がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがある。近年、がん予防・健康寿命の延伸については、日本人のエビデンスの蓄積が進んでいるが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

<がんの予防法²⁾>

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

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

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

① 生活習慣について

(現状・課題)

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られている。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要である。我が国においては、これまで、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく受動喫煙防止対策を行ってきた。平成17（2005）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効されたことから、我が国も、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨を記載した通知の発出、たばこ税率の引上げ等の対策を行った。平成24（2012）年からは、新たな「21世紀における国民健康づくり運動」として、「健康日本21（第二次）」を開始し、第2期基本計画と同様に、「成人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について目標を定め、取組を進めている。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）年）から18.2%（平成27（2015）年）に減少した³。しかし、第2期基本計画において掲げている「平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすること」という目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準⁴にあり、喫煙率減少のための更なる取組が求められている。

平成28（2016）年8月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書⁵」の中で、我が国では、能動喫煙によって年間約13万人が死亡していること

³ 平成27（2015）年「国民健康・栄養調査」

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

⁵ 厚生労働省健康局長の下に設置した「喫煙の健康影響に関する検討会」（座長：祖父江友

や、肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されている。また、同報告書では、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約3割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。さらに、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間1万5千人を超えるとの推計がなされており、がんの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。

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

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

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

(参考)

・生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(平成27年のデータ。()内

孝)において、平成28年8月にとりまとめたもの。

⁶ 「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。

⁷ 「運動習慣のある者」とは、30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者。

は平成 24 年のデータ。)

男性 13.9 (14.7) % 女性 8.1 (7.6) %

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

男性 37.8 (36.1) % 女性 27.3 (28.2) %

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

293.6 (286.5) g

(取り組むべき施策)

たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、特定保健指導等の様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。加えて、禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル (第二版)」の周知を進めるとともに、内容の充実を図る。

また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の状況を踏まえつつ、関係省庁が連携して、必要な対策を講ずる。

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

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

喫煙以外の生活習慣については、「健康日本 21 (第二次)」と同様に、

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

等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・プロジェクト⁸、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り組む。

⁸ 「スマート・ライフ・プロジェクト」とは、「健康寿命をのばそう！」をスローガンに、国民全体が人生の最後まで元気に健康で楽しく毎日が送れることを目標とした国民運動のこと。

② 感染症対策について

(現状・課題)

発がんに関与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も発がんに関与する因子となっている⁹。発がんに関与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎ウイルス、ATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（以下「HTLV-1」という。）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ等がある。

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

肝炎ウイルスについては、国は、B型肝炎ワクチンの定期接種化（平成28（2016）年10月から実施）や、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。しかし、検査を受けたことがある者は、国民の約半数¹¹にとどまっており、また、検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない状況にある。

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

⁹ 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

¹⁰ 「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。

¹¹ 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>

胃がんについては、胃がんの年齢調整死亡率¹²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¹³となっており、引き続き対策が必要である。なお、ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であるかどうかについては、まだ明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている¹⁴。

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

【個別目標】

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

その他の生活習慣改善については、平成34 (2022) 年度までに、生活習慣病

¹² 「年齢調整死亡率」とは、高齢化の影響等により年齢構成が異なる集団の間で死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成 (基準人口) に合わせた形で算出した死亡率。

¹³ 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

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

のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0%（24.6%）・女性33.0%（19.8%）、65歳以上：男性58.0%（52.5%）・女性48.0%（38.0%）とすること等を実現することとする。

※（ ）内は、平成27年のデータ。

(2) がんの早期発見及びがん検診（2次予防）

がん検診は、一定の集団を対象として、がん罹患している疑いのある者や、がん罹患している者を早めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることに より、がんの死亡者の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会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。

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

① 受診率向上対策について

（現状・課題）

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

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

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

¹⁶ 平成 28（2016）年「国民生活基礎調査」

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

がん検診を受けない理由としては、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」等において、「受ける時間がないから」、「健康状態に自信があり必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられており、がん検診についての正しい認識を持ち、正しい行動を取ってもらうよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められている。

（取り組むべき施策）

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

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

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

② がん検診の精度管理等について

（現状・課題）

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

度管理を行うことが必要である。

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

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

（取り組むべき施策）

都道府県は、指針に示される 5 つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会²⁰の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

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

国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。

¹⁸ 平成 27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

¹⁹ 「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）

²⁰ 「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あり方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。

③ 職域におけるがん検診について

(現状・課題)

職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の 30～60%程度（胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%）¹⁶が受けているものであるが、保険者や事業主が、福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

【個別目標】

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

国は、精密検査受診率の目標値を 90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を1年以内に作成し、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を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上及びそれぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。さらに、ゲノム情報や臨床情報を収集し分析することで、革新的医薬品等の開発を推進し、がんの克服を目指す。

(1) がんゲノム医療

(現状・課題)

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療²¹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、環境及びライフスタイルに関する個人ごとの違いを考慮した予防や治療法を確立する等の取組が推進されている。

我が国では、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²²や臨床情報等とゲノム情報を統合したデータベースの構築といった基盤整備や、次世

²¹ 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報をもとにして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

²² 「バイオバンク」とは、提供されたヒトの細胞、遺伝子、組織等について、研究用資源として品質管理を実施して、不特定多数の研究者に提供する非営利的事業のこと。

代シーケンサー²³を用いたゲノム解析に基づいた治験薬を含めた治療選択肢を提示する研究事業が進められている。また、拠点病院²⁴等に、遺伝カウンセリングを行う者を配置するといった取組も行われている。さらに、平成 29 (2017) 年 3 月より、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の下に設置された「がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会」において、最新のがんゲノム医療を提供する仕組みを構築するために必要な機能や役割について検討され、同年 6 月に報告書がとりまとめられた。

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

国は、本計画に基づき、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関（「がんゲノム医療中核拠点病院（仮称）」）の整備及び拠点病院等や小児が

²³ 「次世代シーケンサー」とは、核酸の配列を、同時並行で高速・大量に読み取る解析装置のこと。

²⁴ 本基本計画における「拠点病院」とは、都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院及び東病院の総称を指す。また、「拠点病院等」とは、「拠点病院」と地域がん診療病院の総称を指す。

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

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

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

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

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院での診療や治験を含めた臨床研究等で得られたゲノム情報及び臨床情報等を集約し、ゲノム情報に基づく適切な診療の提供や革新的な治療を開発するため、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行う。併せて、集約したゲノム情報等を管理・運用し、ゲノム情報等のビッグデータを効率的に活用するためのAIの開発を可能とする高度計算機器等の技術基盤を有した「がんゲノム情報管理センター（仮称）」を整備する。さらに、治験・臨床試験情報の集約、医師主導治験等の支援を行い、小児がん、希少がん及び難治性がんをはじめとした全てのがんに対する治療開発を加速させる。

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

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

への意見具申等を行う体制を構築する。

【個別目標】

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

(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実

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

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

(現状・課題)

これまで、我が国では、罹患者の多いがん (肺・胃・肝・大腸・乳腺) を中心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケア (以下「集学的治療等」という。) の提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの普及に努めてきた。また、拠点病院等を中心に、がん登録²⁶の実施、がん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等に取り組み、全ての国民が全国どこにいても質の高いがん医療が等しく受けられるよう、がん医療の均てん化を進めてきた。

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

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

医療技術の発達により、革新的ではあるが非常に高額な治療法が出現している。一部のがん種に対する新たな選択肢としてそうした治療法が期待されてい

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

²⁶ 「がん登録」は、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

るが、近年の厳しい財政事情の下で、制度の持続可能性も考慮することが必要である。

（取り組むべき施策）

国は、がん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を整備してきた現状を踏まえ、引き続き、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供体制、緩和ケア、がん相談支援センターの整備、院内がん登録、カ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、拠点病院等を中心とした取組を進める。

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

国は、拠点病院等の整備指針の要件を満たしていない可能性のある拠点病院等に対する指導方針や、各要件の趣旨や具体的な実施方法等の明確化等について検討する。

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

国は、国民皆保険の持続性を確保しつつ、医療技術の一層の向上を図り、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を患者に提供するため、がん治療への国民負担の軽減と医療の質の向上に関する必要な取組を、患者の声を聴きながら実施する。

²⁷ 「支持療法」とは、がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療及びケアのこと。

② 各治療法について（手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法）

（ア） 手術療法について

（現状・課題）

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

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

一方、手術療法に関連する合併症の軽減など、更なる治療成績の向上を図るため、平成 23（2011）年より、一般社団法人日本外科学会等の外科系諸学会では、症例登録のデータベース（National Clinical Database²⁸。以下「NCD」という。）の構築を開始した。

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

（取り組むべき施策）

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

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

関係団体は、NCDを活用するなど、手術療法の質の担保と向上を図る。

国は、関係団体と協力し、定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや

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

難治性がん等について、患者の一定の集約化を行うための仕組みを構築するとともに、当該仕組みの情報提供を行う。また、多領域の手術療法に対応できるような医師・医療チームを育成する。

(イ) 放射線療法について

(現状・課題)

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

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

核医学治療（R I :Radioisotope 内用療法²⁹等）の体制については、近年、有効ながん種が拡大されつつあるが、全国的な放射線治療病室の不足など、体制面が不十分との指摘がある。

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

(取り組むべき施策)

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

²⁹ 「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。

³⁰ 「医学物理士」とは、一般財団法人医学物理士認定機構による認定資格で、平成 28 (2016) 年 5 月 31 日時点で 958 名。

関係団体は、公益社団法人日本放射線腫瘍学会で行われている症例登録のデータベース（放射線治療症例全国登録）を活用し、科学的根拠に基づいた治療を推進する。

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

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

(ウ) 薬物療法について

(現状・課題)

薬物療法の提供については、拠点病院等を中心に、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備を進めるとともに、専門的な知識を有する医師、看護師、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てきた。

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

(エ) 科学的根拠を有する免疫療法について

(現状・課題)

科学的根拠を有する免疫療法の研究開発が進み、「免疫チェックポイント阻害剤³¹」等の免疫療法は、有力な治療選択肢の一つとなっている。

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

³¹ 「免疫チェックポイント阻害剤」とは、がん細胞が免疫細胞を抑制することを阻害し、体内に元々ある免疫細胞ががん細胞に作用できるようにする薬剤のこと。

【個別目標】

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

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

(3) チーム医療の推進

(現状・課題)

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

これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、がんサージボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局との連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種によるチーム医療を実施するための体制を整備してきた。

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

(取り組むべき施策)

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

【個別目標】

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

(4) がんのリハビリテーション

(現状・課題)

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

【個別目標】

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

(5) 支持療法の推進

(現状・課題)

がん患者の実態調査³²によって、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連した悩みの割合が、この10年で顕著に増加している（平成15（2003）年：19.2%→平成25（2013）年：44.3%）ことが明らかになった。

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

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

がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法²⁷の研究開発は十分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治療が確立していない状況にある。

(取り組むべき施策)

国は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の生活のQOLを向上させるため、支持療法に関する実態を把握し、それを踏まえた研究の推進と、適切な診療の実施に向けた取組を行う。

【個別目標】

国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生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ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

³² 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。

(6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）

希少がん及び難治性がんに関する研究については、平成 28（2016）年の法の一部改正において、法第 19 条第 2 項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。希少がんについては、その医療の提供について、患者の集約化や施設の専門化、各々の希少がんに対応できる病院と地域の拠点病院等や小児がん拠点病院による連携の強化等を行うとともに、それらを広く周知することが必要である。難治性がんについては、有効性の高い診断・治療法の研究開発、そのための人材育成の体制整備等が求められている。

① 希少がんについて

（現状・課題）

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

平成 27（2015）年に開催された「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」においては、希少がんを「概ね罹患率人口 10 万人当たり 6 例未満、数が少ないため診療・受療上の課題が他のがん種に比べて大きい」がん種と定義し、医療や支援のあり方に関する検討を行った³³。

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

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

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

各々の希少がんを専門としない医療従事者に対する啓発等の課題も指摘されている。

(取り組むべき施策)

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

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

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

② 難治性がんについて

(現状・課題)

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

³⁴ 「病理コンサルテーションシステム」とは、病理診断が困難である症例の診断確定等について、全国の拠点病院等の病理医から、各種がん精通する病理医に相談（コンサルテーション）するシステムのこと。国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会が実施している。

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

【個別目標】

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

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

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

(7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因の1つであるが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められる。特に、小児がんについては、臨床研究の推進により治癒率は向上しているものの、依然として難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症³⁶への対応が必要である。

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

① 小児がんについて

(現状・課題)

小児がんについては、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に、平成25(2013)年2月に、全国に15か所の小児がん拠点病院及び2か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

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

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

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

(取り組むべき施策)

国は、小児がん等の更なる生存率の向上を目指して、より安全で迅速な質の高い病理診断、がんゲノム医療の活用等を含む診断・治療の研究を推進し、十分な治験・臨床研究を行うことのできる体制の整備を検討する。また、新薬の開発につながる研究を推進する。

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

② A Y A世代のがんについて

(現状・課題)

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

③ 高齢者のがんについて

(現状・課題)

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

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

(取り組むべき施策)

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

【個別目標】

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

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

(8) 病理診断

(現状・課題)

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

特に、希少がん及び小児がんの病理診断については、希少がん及び小児がんそれぞれについての十分な診断経験を有し、かつ専門的な知識を持った病理診断医が少ないことから、病理診断が正確かつ迅速に行われず、治療開始の遅延や予後の悪化につながるものが懸念されている³³。

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

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

(取り組むべき施策)

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

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するため、関係団体や学会等と協力し、病理コンサルテーションなど、正確かつ適正な病理診

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

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

断を提供する体制を強化する。

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

【個別目標】

国は、より安全で迅速な質の高い病理診断や細胞診断を提供するための環境を整備する。

(9) がん登録

(現状・課題)

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

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

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

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

がん登録情報の利活用については、全国がん登録や院内がん登録によって得られるデータと他のデータとの連携により、より利活用しやすい情報が得られる可能性があるが、データの連携に当たっては個人情報の保護に配慮する必要がある³⁹。

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

³⁹ 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。

(取り組むべき施策)

国は、地方公共団体が地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する上で参考となる資料を作成するとともに、地方公共団体における科学的根拠に基づいたがん対策やがん研究の推進のあり方について検討する。

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

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

国及び国立がん研究センターは、国民のがんに対する理解の促進や、患者やその家族による医療機関の選択に資するよう、希少がんや小児がんの情報を含めがんに関する情報の適切な提供方法について、個人情報に配慮しながら検討する。

【個別目標】

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

(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

(現状・課題)

がん医療の進歩に伴い、様々な治療法が開発される中、我が国では、「ドラッグ・ラグ」及び「デバイス・ラグ」が問題となっていた。こうした問題に対して、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外検討会議」及び「医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会」において、随時、課題の解消に向けた取組を検討しており、中間評価の調査では、平成 25 (2013) 年度の抗がん剤開発の申請ラグ⁴⁰が 32.9 か月から 5.7 か月に、審査ラグ⁴¹が 1.6 か月から 0 か月に短縮した。さらに、希少疾病用医薬品・希少疾病用医療機器・希少疾病用再生医療等製品の指定による実用化の促進により、一刻も早く希少疾病に対する医療ニーズに応えるための取組を続けているほか、平成 28 (2016) 年 1 月には、「拡大治験（日本版コンパシオネートユース）制度」を開始した。

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

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

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

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

⁴⁰ 「申請ラグ」とは、当該年度に国内で承認申請された新薬について、米国における申請時期との差の中央値のこと。

⁴¹ 「審査ラグ」とは、当該年度（米国は暦年）における日米間の新薬の新規承認された総審査期間（中央値）の差のこと。

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

患者申出療養等の新たな「保険外併用療養費制度」や医師主導治験を活用するためには、それらを担う臨床研究中核病院等と拠点病院等や小児がん拠点病院との連携が必要であるが、こうした制度の周知や臨床研究中核病院等と拠点病院等や小児がん拠点病院との連携が十分ではないとの指摘がある。

こうした既存の制度を活用して、先進的な医療にアクセスできない中で困難な病気と闘う患者の思いに応えると同時に、保険外併用療養がいたずらに拡大することがないように、留意が必要である。

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

【個別目標】

国は、拠点病院等や小児がん拠点病院の医師が、患者や家族に対して臨床研究、先進医療、医師主導治験、患者申出療養制度等についての適切な説明を行い、必要とする患者を専門的な施設につなぐ仕組みを構築する。また、がん患者に対し、治験や臨床試験に関する情報を提供する体制を整備する。

3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～

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

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

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

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

我が国のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第 1 期基本計画から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この 10 年間で、全ての拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備す

ること、全てのがん診療に携わる医師に対して、基本的な緩和ケアの知識と技術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること、「がん緩和ケアガイドブック」を改訂することなど、緩和ケアの充実を図ってきた。

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

① 緩和ケアの提供について

(現状・課題)

これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進してきた。拠点病院等に、緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛のスクリーニング⁴²が実施されるようになったが、実際に、患者とその家族に提供された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評価においても、「身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されていない状況にある。

苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から緩和ケアチームへとつなぐ⁴³体制が機能していないとの指摘がある。また、施設内での連携が十分にとられておらず、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全体の緩和ケアの診療機能が十分に発揮されていない状況にある。

緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進す

⁴² 「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など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。

⁴³ ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケアについて、緩和ケアチームや緩和ケア外来等に相談し、その後も双方向性に協働すること。

る必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能な体制を整備する必要がある。

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

拠点病院等における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるようにするため、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター⁴⁴」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。さらに、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

⁴⁴ 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院等において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織のこと。

国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和医療専門医⁴⁵、精神腫瘍医⁴⁶、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤師⁴⁷、緩和薬物療法認定薬剤師⁴⁸、がん病態栄養専門管理栄養士⁴⁹、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

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

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

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

② 緩和ケア研修会について

（現状・課題）

第2期基本計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケ

⁴⁵ 「緩和医療専門医」とは、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師として、特定非営利活動法人日本緩和医療学会が認定する資格。平成29（2017）年4月時点で178名。

⁴⁶ 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医又は心療内科医のことをいう。

⁴⁷ 「がん専門薬剤師」とは、がん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場において活躍しうる薬剤師として、一般社団法人日本医療薬学会が認定する資格。平成29（2017）年1月時点で529名。

⁴⁸ 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師として、一般社団法人日本緩和医療薬学会が認定する資格。平成29（2017）年4月時点で595名。

⁴⁹ 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、がんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士として、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人日本栄養士会が認定する資格。平成29（2017）年3月時点で344名。

アを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院において、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきた。緩和ケア研修会の修了者数については、平成 29（2017）年 3 月末時点で、研修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）と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医となる医師の研修会受講率として 9 割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、平成 29（2017）年 3 月末時点で、82.1%にとどまっており、より一層の受講促進が求められる。

研修会の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れること、主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れること及び地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められている。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁵⁰についても、研修会を通じて充実を図ることが求められている。

初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと⁵¹は重要である。基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の 2 年間で、全ての研修医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

（取り組むべき施策）

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

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

⁵⁰ 「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。

⁵¹ 「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。

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

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

③ 普及啓発について

(現状・課題)

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

(取り組むべき施策)

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

国は、国民に対し、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用麻薬等の適正使用を推進する。がん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事者も含めた院内研修を定期的実施する。医療用麻薬の使用法の確立を目指し

た研究を行う。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用について、検討する。

【個別目標】

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

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

都道府県がん診療連携拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実させる。地域がん診療連携拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の要否も含め、3年以内に検討する。

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

(2) 相談支援及び情報提供

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

① 相談支援について

(現状・課題)

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

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

地域においては、がんに関する様々な相談をワンストップで対応することを目的として、地域統括相談支援センター⁵²や民間団体による相談支援の場等が設置されており、病院以外の場においても相談が可能となっている。

しかし、平成 26 (2014) 年度の患者体験調査⁵³によれば、がん相談支援センターの利用率は 7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者ががん相談支援センターを十分利用するに至っていない。

相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対し

⁵² 「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)。

⁵³ 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」

る更なる研修の必要性が指摘されている。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、都道府県等は、ピア・サポート⁵⁴研修を行い、ピア・サポーターを養成している。しかしながら、平成 28（2016）年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった 36 の拠点病院のうち、ピア・サポーターの活動実績のある拠点病院の数は、20 施設にとどまっていた。

（取り組むべき施策）

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

拠点病院等は、がん相談支援センターの院内・院外への広報、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会⁵⁵等を通じて、ネットワークの形成や、相談者からのフィードバックを得るための取組を引き続き実施する。また、PDCAサイクル⁵⁶により、相談支援の質の担保と格差の解消を図る。

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

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

⁵⁴ 「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。

⁵⁵ 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会」とは、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や、都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県内の地域がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等との連携強化について協議するために設置された、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の下に設けられた 4 部会のうちの 1 つ。

⁵⁶ 「PDCA サイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の 1 つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の 4 段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

② 情報提供について

(現状・課題)

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

【個別目標】

国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会との連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3 年以内に検討し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

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

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

(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

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

① 拠点病院等と地域との連携について

(現状・課題)

拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院⁵⁷、緩和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催するなど、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

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

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

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

がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、地域統括相談支援センター、地域包括支援センター⁵⁸等が設置されているが、こ

⁵⁷ 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）

⁵⁸ 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の配置による 3 職種チームアプローチによって、住民の健康の保持及

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

(取り組むべき施策)

国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において医療に早期から関与する体制や、病院と在宅医療との連携及び患者のフォローアップ⁵⁹のあり方について検討する。

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

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

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

② 在宅緩和ケアについて

(現状・課題)

在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、入院可能な病床が確保されていることは安心につながる。しかしながら、拠点

び生活の安定のために必要な援助を行うことで、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設のこと（介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の46第1項）。全国に4,685か所ある（平成27(2015)年4月末時点）。

⁵⁹ 「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。

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

【個別目標】

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

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

(4) がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援⁶⁰）

がん患者には、身体的、精神的な苦痛のみならず、社会的な苦痛があることから、第2期基本計画では、重点的に取り組むべき課題として、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対して、主に、就労支援に関する対策に取り組んできた。しかし、依然として、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」において、働く世代のがん患者が働き続けることを難しくさせている理由として、周囲の理解に関することが挙げられている⁶¹。

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

① 就労支援について

地域がん登録全国推計による年齢別がん罹患者数データによれば、平成24（2012）年において、がん患者の約3人に1人は、20歳から64歳までの就労可能年齢でがんに罹患している⁶²。また、平成14（2002）年において、20歳から64歳までのがんの罹患者数は、約19万人であったが、平成24（2012）年における20歳から64歳までの罹患者数は、約26万人に増加しており、就労可能年齢でがんに罹患している者の数は、増加している。

また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの5年相対生存率は、56.9%（平成12（2000）年～平成14（2002）年）、58.9%（平成15（2003）年～平成17（2005）年）、62.1%（平成18（2006）年～平成20（2008）年）と年々上昇しており、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社

⁶⁰ 「サバイバーシップ支援」とは、がんになったその後を生きていく上で直面する課題を乗り越えていくためのサポートのこと。

⁶¹ 「がんの治療や検査のために2週間に一度程度病院に通う必要がある場合、働き続けることを難しくさせている最も大きな理由は何だと思うか」という質問に対して「代わりに仕事をする人がいない、またはいても頼みにくいから」と答えた者の割合が21.7%（平成26（2014）年11月同調査：22.6%）、「職場が休むことを許してくれるかどうかわからないから」と答えたものの割合が21.3%（平成26（2014）年11月同調査：22.2%）となっている。

⁶² 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）。