

## 議論のためのたたき台

### 第1 全体目標

がん患者を含めた国民が、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られるよう、「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）年度からの6年間の全体目標として以下の3点を設定する。

#### 1. 正しい知識に基づくがん予防の充実

～がんを知りがんを予防する～

がんを予防する方法の普及啓発等の推進により、がんの罹患者数を減少させるとともに、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実現する。

#### 2. 世界最高水準のがん医療の実現

～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。）を活用した世界最高水準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。

#### 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても活躍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整備を行う。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健分野と連携し、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、活躍できる地域共生社会を実現する。

## 1 第2 分野別施策

分野別施策の中で、「がんの1次予防」、「がんゲノム医療」、「希少がん・難治性がん対策」、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」、「がん患者等の就労を含めた社会的な問題」、「がん研究」を特に、重点的に取り組むべき分野と位置づけて対策をより一層推進する。

### 1. がん予防

#### ～がんを知りがんを予防する～

「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<sup>1)</sup>(世界保健機関より)とされている。がんのリスクに関する正しい知識に基づく、がんのリスクへの暴露の減少(1次予防)や、国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見(2次予防)、早期治療の促進により、効率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

#### (1) がんの1次予防

(重点的に取り組むべき分野)

がんの1次予防は、がん対策の第1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。予防できるがんのリスク因子として、喫煙(受動喫煙を含む)、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせや、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等、様々なものがある。近年、がん予防・健康寿命延伸に資する日本人のエビデンスが蓄積され、がん予防を進めるために、以下のような総合的な対応を促すことで、がんの罹患者や死亡者の減少を目指す。

<日本人のためのがん予防法<sup>2)</sup>>

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

<sup>2)</sup> 厚生労働科学第3次対がん10か年総合戦略研究事業「生活習慣改善によるがん予防法の開発に関する研究」(平成15(2003)年～平成23(2011)年度)  
[http://ganjoho.jp/public/pre\\_scr/prevention/evidence\\_based.html](http://ganjoho.jp/public/pre_scr/prevention/evidence_based.html)

- 1 ・ 喫煙：たばこは吸わない。他人のたばこの煙をできるだけ避ける。
- 2 ・ 飲酒：飲むなら、節度のある飲酒をする。
- 3 ・ 食事：食事は偏らずバランスよくとる。
- 4     ◇ 塩蔵食品、食塩の摂取は最小限にする。
- 5     ◇ 野菜や果物不足にならない。
- 6     ◇ 飲食物を熱い状態でとらない。
- 7 ・ 身体活動：日常生活を活動的に過ごす。
- 8 ・ 体形：成人期での体重を適正な範囲に維持する（太りすぎない、やせすぎ
- 9     ない）。
- 10 ・ 感染：肝炎ウイルス感染の有無を知り、感染している場合はその治療の措
- 11     置をとる。

## 14 ① 生活習慣について

### 16 （現状・課題）

17 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  
18 となっていることが知られており、がんにも最も高く寄与する因子であるため、  
19 たばこ対策はがん予防の観点から重要である。これまで「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってきたが、平成  
20 17（2005）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効  
21 されたことから、我が国でも、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文  
22 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  
23 全面禁煙であるべき旨の通知の発出やたばこ税率の引上げ等の対策を行ってき  
24 きた。平成24（2012）年からは、新たな「21世紀における国民健康づく  
25 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  
26 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  
27 を定め、更なる取組を推進している。

29  
30 こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）  
31 年）から18.2%（平成27（2015）年）に減少した<sup>3</sup>。しかし、第2期  
32 基本計画において目標として掲げている「平成34（2022）年度までに、  
33 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」から考えると、  
34 現在の喫煙率は依然高い水準であり、更なる喫煙率の減少のための取組の  
35 推進が求められる。

---

<sup>3</sup> 平成27（2015）年「国民健康・栄養調査」

1  
2 また、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  
3 検討会報告書」<sup>4</sup>の中で、受動喫煙により非喫煙者の日本人における肺がんの  
4 リスクが3割上昇することなどが報告され、改めて受動喫煙の健康影響、受動  
5 喫煙と肺がんなどの疾患の因果関係が明らかになった。また、受動喫煙を原因  
6 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推計されており、が  
7 んの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。

8  
9 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  
10 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  
11 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  
12 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  
13 っている。また、職場の受動喫煙の状況については、平成27（2015）年  
14 6月に施行された改正労働安全衛生法により、事業者が受動喫煙の防止のため  
15 の措置を講じるよう努めることなどが規定されたが、平成27（2015）年  
16 に実施された「労働安全衛生調査（実態調査）」によると、「全面禁煙」または  
17 「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合  
18 が69.4%、職場で受動喫煙を受けている労働者が32.8%と、依然とし  
19 て多くの方が受動喫煙を受けている現状があり、更なる対策が必要となってい  
20 る。

21  
22 こうした中、現在政府内において、2020年東京オリンピック・パラリン  
23 ピック競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策を徹底する検討が進められてい  
24 る。

25  
26 飲酒、身体活動、体型や食生活等の生活習慣については、「健康日本21（第  
27 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  
28 スクを高める量を飲酒している者<sup>5</sup>の割合（平成27（2015）年：男性13.  
29 9（14.7）%、女性8.1（7.6）%）、運動習慣のある者<sup>6</sup>の割合（平成  
30 27（2015）年：男性37.8（36.1）%、女性27.3（28.2）%）、  
31 野菜の摂取量（平成27（2015）年：293.6g（286.5g））に大  
32 きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。

---

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 「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。

<sup>6</sup> 「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 ※（ ）内は、平成24（2012）年のデータ

## 4 （今後）

5 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  
6 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  
7 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他、禁煙希望  
8 者に対する禁煙支援を図る。

9  
10 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  
11 状況を踏まえつつ、必要な対策を検討する。

12  
13 受動喫煙の防止については、従来の健康増進法による努力義務の規定よりも  
14 実効性の高い制度とする。

15  
16 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  
17 未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

18  
19 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、

- 20 ・ 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。
- 21 ・ 身体活動量が少ない者の割合を低下させる。
- 22 ・ 適正体重を維持している者の割合を増加させる。
- 23 ・ 高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の接種不足の者の  
24 割合を減少させる。

25 等の日本人に推奨できるがんを予防する方法について、学校におけるがん教  
26 育や、スマート・ライフ・プロジェクト<sup>7</sup>、食生活改善運動等を通じた普及啓発  
27 により積極的に取り組む。

## 30 ② 感染症対策について

### 31 32 （現状・課題）

33 ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目、女性では最も発がん  
34 んに高く寄与する因子となっている<sup>8</sup>。発がんに高く寄与するウイルスや細菌と

---

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。

8 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

1 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」  
2 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）  
3 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。）、  
4 胃がんに関連するヘリコバクター・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、子宮頸がん予  
7 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  
8 率<sup>9</sup>は、人口10万人あたり9.1（平成14（2002）年）であったものが、  
9 11.6（平成24（2012）年）と増加傾向であり、国はこれまでHPV  
10 ワクチンの定期接種化等を行うなど、子宮頸がん予防の対策を行ってきた。

11  
12 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（2  
13 016）年10月から）、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。しか  
14 かし、検査を受けたことがある者は、国民の約半数<sup>10</sup>に止まっており、さらに、検  
15 査結果が陽性であっても受診につながっていない状況である。

16  
17 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  
18 母子感染である。国による感染予防対策が行われているため、HTLV-1感  
19 染者（キャリア）の推計値は、約108万人（平成19（2007）年）から  
20 約80万人（平成27（2015）年）と減少傾向にある。

21  
22 また、胃がんの年齢調整死亡率<sup>11</sup>は、人口10万人あたり40.1（昭和50  
23 （1975）年）から10.1（平成27（2015）年）と大幅に減少して  
24 いるものの、依然としてがんによる死亡原因の第3位<sup>12</sup>であるため、引き続き対  
25 策が必要である。ヘリコバクター・ピロリ感染が、胃がんのリスクであること  
26 は科学的に証明されている<sup>13</sup>ものの、除菌が胃がん発症予防に有効であるかはい  
27 まだ明らかではない。

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」

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

1  
2 **(今後)**

3 感染に起因するがんの対策のうち、HPVワクチンについては、接種のあり  
4 方について、国は科学的知見を収集したうえで検討する。

5  
6 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  
7 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  
8 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、着実に予防  
9 接種を推進する。

10  
11 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  
12 取り組む。

13  
14 また、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  
15 ける有用性や、対策型検診への導入について内外の知見をもとに検討する。

16  
17  
18 **【方向性】**

19 喫煙率については、「健康日本21（第二次）」と同様、平成34（2022）  
20 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  
21 及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

22  
23 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  
24 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  
25 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。

26  
27 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  
28 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  
29 までに、受動喫煙のない職場を実現することとする。

30  
31 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  
32 習慣病のリスクを高める量を飲酒している者を男性13.0%（13.9%）、  
33 女性6.4%（8.1%）とすること、運動習慣のある者を20～64歳の男  
34 性36.0%（24.6%）、女性33.0%（19.8%）、65歳以上の  
35 男性58.0%（52.5%）、女性48.0%（38.0%）とすることな  
36 どを実現する。

37 ※（ ）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や、がんに罹患していると判定された  
4 者に対して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  
5 目指すものである。国はがん検診の有効性や精度管理についての検討会<sup>14</sup>を開催  
6 するなど、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。現在、対策型がん検  
7 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。)の事業と  
8 して、職域におけるがん検診は保険者や事業主により任意で行われている。科  
9 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  
10 治療、引いてはがんの死亡者の減少につなげるため、がん検診の受診率向上及  
11 び精度管理の更なる充実が必要不可欠である。

### 12 13 14 ① 受診率向上対策について

#### 15 (現状・課題)

16  
17 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  
18 することを目標に掲げ、がん検診無料クーポンと検診手帳の配布や、市町村と  
19 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。さらに、  
20 地方公共団体においても、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のため  
21 の取組を実施してきた。

22  
23 しかしながら、がん検診の受診率は30ないし40%台<sup>15</sup>であり、いずれのが  
24 んにおいても第2期基本計画の目標である50%(胃、肺、大腸は当面40%)  
25 を達成できておらず、依然として諸外国に比べて低い状況にある。

26  
27 がん検診を受けない理由として、「がん対策に関する世論調査(内閣府)(平  
28 成28(2016)年)」等において、「受ける時間がないから」、「健康状態に  
29 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  
30 きるから」などがあげられており、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者  
31 の立場に立った利便性への配慮等の対策を充実させる必要がある。

#### 32 33 34 (今後)

---

<sup>14</sup> 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)」

<sup>15</sup> 平成25(2013)年「国民生活基礎調査」



1 国、都道府県、市町村が、これまでの施策の効果を検証したうえで、これら  
2 が連携し、効果的な受診率向上の方法を引き続き検討、実施する必要がある。  
3 当面の対応として、市町村は、検診受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨の実  
4 施、職域でがん検診を提供されていない者に対して市町村で受けられるような  
5 連携、対象者の網羅的な名簿管理に基づく個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ  
6 医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨を進める。

7  
8 市町村や検診実施機関では、受診率を向上させるため、受診者へ分かりやす  
9 くがん検診を説明するなど、受診者が正しく検診の意義、必要性を理解できる  
10 よう努める。

11  
12 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、  
13 受診者の立場に立った利便性の向上及び財政上のインセンティブ策も活用する。

## 14 15 16 ② がん検診の精度管理等について

### 17 18 (現状・課題)

19 がんによる死亡率を減少させるためには、徹底した精度管理が必要であるが、  
20 精度管理を適切に実施している市町村数は、徐々に増加しているものの、十分  
21 とは言えない状況である。

22  
23 がんを発見し早期治療につなげるためには、検診後に、精密検査が必要と診  
24 断された受診者が精密検査を受診する必要があるが、本来100%であるべき  
25 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%  
26 <sup>16</sup>に止まっている。

27  
28 また、指針<sup>17</sup>に定められていないがん検診は、合併症や過剰診断等の不利益が  
29 利益を上回る可能性があるが、現状では、平成28(2016)年度の市町村  
30 におけるがん検診の実施状況調査集計結果によると、指針に定められていない  
31 がん種の検診を実施している市町村は全体の85.7%(1,488市町村)  
32 となっている。

33  
34  

---

<sup>16</sup> 平成27(2015)年度「地域保健・健康増進事業報告」

<sup>17</sup> 「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)

1 (今後)

2 都道府県は、指針に基づかないがん検診を行っている市町村を公表するなど、  
3 生活習慣病検診等管理指導協議会<sup>18</sup>の一層の活用を図り、がん検診の実施方法や  
4 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  
5 ん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

6  
7 国、都道府県、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  
8 検診の違いや、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、が  
9 んでなくてもがん検診の結果が陽性となる偽陽性等、がん検診の不利益につい  
10 ても理解を得られるよう、普及啓発活動を進める。

11  
12 国は、関係団体と協力して指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、  
13 国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいて、指針に新たな検査項目を加え  
14 るなどがん検診の方法等について検討を行う。

15  
16  
17 ③ 職域におけるがん検診について

18  
19 (現状・課題)

20 がん検診を受けた者の40～70%程度（胃がん：66.4%、肺がん：6  
21 9.9%、大腸がん：64.4%、子宮頸がん：42.7%、乳がん：48.  
22 9%）<sup>19</sup>が職域におけるがん検診を受けているが、職域で実施されるがん検診は、  
23 法的な位置づけが明確でなく保険者や事業主が任意で実施しており、検査項目  
24 や対象年齢など実施方法は様々である。

25  
26 また、職域で実施されるがん検診は、定期的に対象者数、受診者数を含めた  
27 データを把握する統一的な仕組みもないため、受診率の算定や精度管理を行う  
28 ことは困難である。

29  
30  
31 (今後)

32 国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診の法的な位置づ

---

18 「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期間に対し、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。

19 平成25(2013)年度「国民生活基礎調査」

1 けについて検討する。また、科学的根拠に基づき、職域におけるがん検診を実  
2 施するために、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を、職  
3 域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ策定し、保険者におけるデータ  
4 ヘルス等の実施の際の参考とする。

5  
6 職域におけるがん検診を提供する保険者や事業主は、職域におけるがん検診  
7 の実態を把握し、科学的根拠に基づいたがん検診の充実に努める。また、がん  
8 検診を任意で実施する際に、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮  
9 称）」を参考とする。

10  
11 国は、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数を含めたデー  
12 タの把握や精度の管理ができるよう、保険者や事業主、検診機関が統一された  
13 データフォーマットを使用し、がん検診のデータを収集できる仕組みを構築す  
14 る。

#### 15 16 17 **【方向性】**

18 国は、がん検診の受診率を、男女とも対策型検診で行われている全てのがん  
19 種において50%とすることを目標とする。なお、目標値については、平成2  
20 8（2016）年度に実施された「国民生活基礎調査」の結果を踏まえ必要な  
21 見直しを行う。

22  
23 国は、精密検査受診率の目標値を90%と設定する。

24  
25 国は、1年以内に「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を  
26 作成し、職域での普及を図る。

## 2. がん医療の充実

### ～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を活用した世界最高水準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

(重点的に取り組むべき分野)

##### (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<sup>20</sup>」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を行っている。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などの取組を推進している。また、米国では、企業がFDA(米国食品医薬品庁)承認薬や臨床試験中の薬剤のターゲット遺伝子に関する検査を行い、その検査に関する情報を患者や医師に提供するなど、がんゲノム医療の診断サービスを実施していることや、医療機関が遺伝子診断サービスを開始するなどの取組を進めている。

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」の意見とりまとめでは、ゲノム医療を実現・発展させるために、遺伝子関連検査の品質・精度の確保や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。

<sup>20</sup> 「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。

1  
2 現在、バイオバンク<sup>21</sup>といったゲノム研究基盤の整備や次世代シーケンサー  
3 <sup>22</sup>を用いたゲノム解析に基づき治療法を選択する研究事業が進められている。また、  
4 一部の拠点病院等<sup>23</sup>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  
5 も行われている。

6  
7 しかしながら、現在、拠点病院等においてがんゲノム医療を実現するために  
8 必要とされる、次世代シーケンサーを用いたゲノム解析の品質や精度の基準、  
9 その解釈（臨床的意義づけ）や解析結果を患者に伝える体制整備の指針は明確  
10 に示されていない。また、遺伝性腫瘍等の対応に必要な遺伝カウンセリングに  
11 関する専門知識を有する者が配置されている施設は一部に限られているなど、  
12 がんゲノム医療の実現に必要な人材の育成とともにその配置を進めていく必要  
13 がある。

14  
15 さらに、希少がん、小児がん、難治性がんをはじめ全てのがんに対する治療  
16 開発のため、ゲ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  
17 に最適化された治療選択などに還元できる仕組みを早急に構築する必要性が指  
18 摘されている。

19  
20 また、ゲノム医療の実現とともに、ゲノム情報の取扱いについて、患者やそ  
21 の家族が安心できる社会環境の整備も求められている。

#### 22 23 24 (今後)

25 国は、ゲノム情報等の活用による個々のがん患者に最適な医療を提供するた  
26 めの具体的な計画を策定する。

27  
28 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の整  
29 備を進めるとともに、拠点病院等を活用したがんゲノム医療提供体制を構築し、  
30 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

---

<sup>21</sup> 「バイオバンク」とは、体系化したシステムにおいて保管された、ある集団（または集団内の部分集団）の生体試料とそれに付随する情報のコレクションのこと。

<sup>22</sup> 「次世代シーケンサー」とは、遺伝情報を持つ DNA の塩基及びこの配列を、同時並行で大量に読み取る解析装置のこと。

<sup>23</sup> 本基本計画における「拠点病院等」とは、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日付け健発第 0110 第 7 号厚生労働省健康局長通知）において定める、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、地域がん診療病院、国立がん研究センターの総称を指す。

1 られる体制を段階的に構築する。

2  
3 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  
4 配置がなされるよう必要な支援を行う。

5  
6 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及び臨  
7 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新たな治  
8 療を開発するために、国は、質の高いデータベースやバイオバンクの整備を行  
9 う。あわせて、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  
10 開発を可能とする高度計算機器等の技術基盤を有した、がんゲノム医療を推進  
11 する体制を整備し、小児がん、希少がん、難治性がんをはじめとした全てのが  
12 んに対する治療開発を加速させる。

13  
14 また、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、がんゲノ  
15 ム医療の理解促進のため、国民が安心できる社会環境の整備を進める。

### 16 17 18 **【方向性】**

19 国は、ゲノム情報等の活用による個々のがん患者に最適な医療を提供するた  
20 めの計画を策定し、その計画に基づいて段階的に整備を進める。がんゲノム医  
21 療を必要とする患者が、がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、2  
22 年以内に拠点病院等の見直しに着手するなどがんゲノム医療を提供する体制の  
23 整備を開始する。

## 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<sup>24</sup>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年代後  
6 半から低下傾向にある。一方で、がん種による差は大きく、前立腺がん、甲状  
7 腺がん、乳がん(女性のみ)の5年相対生存率はそれぞれ97.5%、93.  
8 7%、91.1%と高いものの、膵がん、肺がん、肝がんはそれぞれ7.7%、  
9 31.9%、32.6%と依然として低いがん種もある。

### 12 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、医療安全等)

#### 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)を中心  
16 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  
17 緩和ケア(以下「集学的治療等」という。)の提供とともに、がん患者の病態に  
18 応じた適切な治療・ケアの普及に努め、拠点病院等を中心に、がんセンターボ  
19 ード<sup>25</sup>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、  
20 がん医療の均てん化を進めてきた。

21  
22 しかしながら、がん医療の専門化の進展や、ゲノム医療や高度な医療機器の  
23 普及により、一律に均てん化することが困難となっている。

24  
25 一方で、拠点病院等に求められる機能の質の格差が指摘されている。

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

29  

---

<sup>24</sup> 「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』)

<sup>25</sup> 「がんセンターボード」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、状態及び治療方針などを意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

1 さらに、医療技術の発達により、革新的かつ非常に高額な治療法が出現して  
2 おり、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るが、制度の持  
3 続可能性も配慮することが必要である。

#### 4 5 (今後)

6 がん診療提供体制については、これまで拠点病院等を中心とした体制を整備  
7 してきた現状を踏襲し、標準的治療の提供、緩和ケア、がん相談支援センター  
8 の整備、院内がん登録、カンサーボードの実施等、均てん化が必要な取組に  
9 関しては、引き続き拠点病院等を中心とした体制を維持する。

10  
11 国は、拠点病院等の質の格差を解消するため、診療実績数等を用いた他の医  
12 療機関との比較や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  
13 調査等を行うための方策について検討する。

14  
15 また、拠点病院等の整備指針の要件が未充足となっている拠点病院等に対す  
16 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し、  
17 より質の高い医療提供体制を構築する。

18  
19 国は、拠点病院等における医療安全に関する検討を進め、必要に応じて拠点  
20 病院等の整備指針を見直す。

21  
22 また、拠点病院等の要件の見直しの際には、ゲノム医療、医療安全、支持療  
23 法<sup>26</sup>等、新たに盛り込む項目について検討するとともに、ゲノム医療、一部の放  
24 射線療法や、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種については、患者の  
25 受診のしやすさや、治療成績の向上等に資するよう、地域の実情、病院の特徴  
26 や規模等に十分配慮したうえで、がん医療における医療資源の集中、機能分担、  
27 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し、それを踏まえ  
28 整備を進める。

29  
30 国は、イノベーションの推進と国民皆保険の持続性を両立し、将来にわたっ  
31 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  
32 減と医療の質の向上に関する必要な取組を行う。

33  
34 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

---

<sup>26</sup> 「支持療法」とは、がん治療による副作用・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。



1 発投資の促進を図るために、費用対効果の高いものは評価を引き上げることも  
2 含め、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。

## 3 4 5 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）

### 6 7 (ア) 手術療法について

#### 8 9 (現状・課題)

10 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  
11 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  
12 行ってきた。

13  
14 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  
15 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。

16  
17 一方、手術療法に関連する合併症の軽減等の更なる治療成績の向上を図るた  
18 め、平成23（2011）年より、一般社団法人日本外科学会、特定非営利活  
19 動法人日本小児外科学会等では、症例登録のデータベース（National Clinical  
20 Database、以下「NCD」という。）の構築を開始した。

21  
22 また、一部の希少がんや難治性がん、高度進行がんについては、定型的な術  
23 式での治療が困難な場合があるため対応可能な医療機関が偏在しており、医療  
24 提供体制の整備が求められる。

#### 25 26 (今後)

27  
28 国は、拠点病院等を中心に、外科分野の専門的な学会等の意見を踏まえなが  
29 ら引き続き人材の育成や適正な配置を行うことを検討する。

30  
31 国は、負担の少ない手術療法を普及させるため、新たな術式の実現に資する  
32 技術や医療機器の開発を推進する。

33  
34 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。

35  
36 定型的な術式での治療が困難な一部の希少がんや難治性がん等については、  
37 一定の集約化を行うための体制を整備する。また、多領域の手術療法に対応で

1 きるような医師・医療チームを育成する。

## 4 (イ) 放射線療法について

### 6 (現状・課題)

7 これまで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  
8 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  
9 体制の整備を行ってきた。一方、粒子線治療等の新たな医療技術については、  
10 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。

11  
12 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  
13 の方向性については、各がん種における有効性・安全性や費用対効果を十分に  
14 検証し、より効率的な利用を目標に進める必要がある。

15  
16 核医学治療（R I :Radioisotope 内用療法<sup>27</sup>等）の体制については、近年、有  
17 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  
18 が不十分との指摘がある。

19  
20 さらに、放射線療法は根治的な治療のみならず、痛みなどの症状緩和にも効  
21 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  
22 が必要との指摘がある。

### 25 (今後)

26 基本的な放射線療法の提供体制については、引き続き均てん化を進める。ま  
27 た、粒子線治療等の新たな医療技術の整備については、必要に応じて都道府県  
28 を越えた連携体制を検討する。

29  
30 さらに、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  
31 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  
32 進する。

33  
34 R I 内用療法については、関係団体等と連携しながら当該治療を実施するた

---

<sup>27</sup> 「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。

1 めに必要な施設数、人材等について今後のあり方を十分に検討し、R I 内用療  
2 法を推進するための体制整備について検討する。

3  
4 症状緩和に有用な緩和的放射線照射は、がんの骨転移、脳転移等に対して有  
5 用であるため、治療の選択肢のひとつとして、緩和ケア研修会等の教育項目に  
6 位置づけ、がん治療に携わる医師等に普及啓発する。

## 7 8 9 (ウ) 薬物療法について

### 10 11 (現状・課題)

12 薬物療法の提供については、薬物療法部門の設置や外来薬物療法室の整備、  
13 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、適切な管理や副  
14 作用対策が実施されるよう努めてきた。

15  
16 一方で、外来で薬物療法を受療する患者が増加していることから、薬物療法  
17 を提供する部門のみで、副作用対策、新規薬剤やゲノム情報等に関連する説明  
18 に対応すること等が困難となっている。そのため、医療機関内や薬局などその  
19 他の施設との連携、人材育成が重要となっている。

### 20 21 22 (今後)

23 外来薬物療法をより安全に提供するために、適切な薬剤の服用管理や副作用  
24 対策等を含め、拠点病院等の医療機関の薬剤師とかかりつけ薬剤師をはじめと  
25 する薬局の薬剤師等の連携体制を整備する。

26  
27 新規薬剤に関する情報やゲノム情報を活用した適切な薬物療法を提供するた  
28 めに、専門的な医師や薬剤師、がん相談支援センター等の連携により、医療機  
29 関内で適切な説明を行うための体制整備や人材育成に努める。

## 30 31 32 (エ) 免疫療法について

### 33 34 (現状・課題)

35 これまで免疫担当細胞等、がん患者本人の免疫系を活用した治療法として研

1 究されてきた免疫療法の1つである「免疫チェックポイント阻害剤<sup>28</sup>」の登場に  
2 より、免疫療法が一部のがん種の標準的治療の選択肢の1つとなり注目を浴び  
3 ている。

4  
5 一方、免疫療法に関する情報の中には必ずしも科学的根拠に基づかないもの  
6 が混在しているため、国民が正しい情報を得ることが困難となっているとの指  
7 摘がある。

8  
9 また、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  
10 な医薬品が登場している。

### 11 12 13 **(今後)**

14 関係団体は、一定の科学的根拠が確立している免疫療法について、安全で適  
15 切な治療を行うことができるよう診療ガイドラインを策定し普及に努める。

16  
17 国は、免疫療法に関する正しい情報を患者や国民に届けるため、情報提供の  
18 あり方について検討する。

19  
20 国は、革新的であるが非常に高額な医薬品について、効果的・効率的な使用  
21 のあり方を検討する。

### 22 23 24 **【方向性】**

25 2年以内に、新たながん診療提供体制について検討し、必要に応じて拠点病  
26 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。

27  
28 国は、手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法に関する最新の情報につ  
29 いて、それぞれの専門的な学会に対し、質の担保と効果的・効率的な治療の推  
30 進に資するための情報共有の機会を定期的に設けることを検討する。

31  

---

<sup>28</sup> 「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 (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、負担に対応し、安全かつ安心で  
5 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  
6 る。

7  
8 こうしたことからこれまで、拠点病院等を中心に集学的治療等の提供体制や  
9 キャンサーボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局の  
10 連携、栄養サポートやリハビリテーションの推進など、多職種でのチーム医療  
11 を実施するための体制を整備してきた。

12  
13 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  
14 治療を外来で受療する患者の増加による受療環境の変化により、医師と医師以  
15 外のメディカルスタッフを含めたチームの育成や、発症から診断、入院治療、  
16 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  
17 療の提供が求められている。

#### 20 (今後)

21 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  
22 ーボードへの多職種の参加を促し、また、専門チーム（栄養サポートチーム、  
23 口腔ケアチーム、緩和ケアチーム、感染防止対策チーム等）に依頼するなど、  
24 1人1人の患者に必要な治療やケアをそれぞれの専門的な立場から議論し、連  
25 携する体制を整備する。

#### 28 【方向性】

29 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ってい  
30 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  
31 ム医療の体制を強化する。

## 1 (4) 支持療法の推進

### 3 (現状・課題)

4 がん患者の実態調査<sup>29</sup>では、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関  
5 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  
6 悩みの割合が顕著に増加している（平成15（2003）年 19.2%→平成  
7 25（2013）年 42.7%）ことが明らかになった。

8  
9 また、がん種別に見ると、胃がん患者では胃切除術後の食事や体重減少、子  
10 宮がん患者で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  
11 た後遺症も大きな問題である。

12  
13 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  
14 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。

15  
16 しかし、がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法の研究開  
17 発は不十分である。そのため、支持療法に関する診療ガイドラインが少なく、  
18 標準的治療が確立していない状況である。

### 21 (今後)

22 がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減するため、支持療法に関する  
23 実態を把握し、それを踏まえた研究の推進と、診療における実施の重要性を周  
24 知する。

### 27 【方向性】

28 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  
29 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  
30 ラインを作成する。

31  

---

<sup>29</sup> 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 [http://www.scchr.jp/press\\_releases/20150909/20150909.html](http://www.scchr.jp/press_releases/20150909/20150909.html) を参照。

1 (5) 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 (重点的に取り組むべき分野)  
3

4 希少がん、難治性がんに関する研究については、法の一部改正において、法  
5 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  
6 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、  
7 更なる対策が求められている。また、医療の提供については、その希少性から  
8 患者の集約化や施設の専門化が必要である。

9  
10  
11 ① 希少がんについて

12  
13 (現状・課題)

14 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  
15 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  
16 とされた。

17  
18 そこで、平成27(2015)年に開催された「希少がん医療・支援のあり  
19 方に関する検討会」において、希少がんを「概ね罹患率人口10万人当たり6  
20 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  
21 ん種と定義するとともに、医療や支援のあり方に関する検討を行った<sup>30</sup>。

22  
23 さらに、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  
24 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  
25 ループ」を設置し、骨軟部腫瘍や眼腫瘍といった一部のがん種に関する治療法  
26 や治療を受けられる医療機関等の情報の収集・提供、診療ガイドライン普及の  
27 ための対策等を検討している。

28  
29 しかし、病理診断や相談支援、情報提供等の全ての希少がんに共通する課題  
30 は残っており、それらに対応する機関の整備が求められている。

31  
32 また、希少がんは数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、  
33 専門とする医師や施設も少ないことから、有効な診断・治療法を実用化するこ  
34 とが難しく、情報が少ないなどの課題がある。

---

<sup>30</sup> 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  
2  
3 **(今後)**

4 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の連携、  
5 病理コンサルテーションの体制、効率の良い臨床試験の実施等において、中核  
6 的な役割を担う機関を整備する。

7  
8 個々のがん種ごとの対策については、「希少がん対策ワーキンググループ」の  
9 取組を通して関係団体、学会、患者団体が協力し、必要に応じて民間の取組も  
10 含めて患者が必要とする情報を収集し公表することにより、患者の集約や施設  
11 の専門化を推進する。また、その進捗については、中核的な役割を担う機関で  
12 統括する。

13  
14 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  
15 ることから、患者や家族の積極的参加が得られるよう学会、臨床研究団体、患  
16 者団体等の連携を一層強化し、基礎研究から臨床研究まで一貫した研究を推進  
17 する。

18  
19  
20 **② 難治性がんについて**

21  
22 **(現状・課題)**

23 平成18(2006)年から平成20(2008)年までに診断された全が  
24 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.  
25 5%上昇しているが、膵がんやスキルス胃がんをはじめとする治療抵抗性の高  
26 いがんや転移・再発したがん等、難治性がんの5年相対生存率は改善されてお  
27 らず、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。

28  
29  
30 **(今後)**

31 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人材育  
32 成を推進する。

33  
34 難治性がんの研究を推進するにあたっては、研究結果が臨床現場におけるエ  
35 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ようなネット  
36 ワーク体制を整備する。



1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11

**【方向性】**

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、2年以内に希少がん対策を統括する体制を整備する。

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、国は、がん患者、経験者等の参画によってがん研究を推進するための取組を開始し、患者に有効性の高い診断、治療法を速やかに提供する。

## 1 (6) 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、さらに必要に応じて  
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可能  
6 な体制を確保するとともに、病理診断医の養成や病理関連業務を担う医療従事  
7 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  
8 が指摘されている。

9  
10 特に、希少がんの病理診断については、それぞれの希少がんについて十分な  
11 診断の経験を有する専門的な知識を持った病理診断医が少ないため、病理診断  
12 が必ずしも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  
13 ことが懸念されている<sup>31</sup>。

14  
15 こうした中、国立がん研究センターや一般社団法人日本病理学会の病理コン  
16 サルテーションシステム<sup>32</sup>等を活用し、専門性の高い病理診断医による質の高い  
17 病理診断の体制構築に向けた取組を推進している。

18  
19 また、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A  
20 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。

### 23 (今後)

24 国は、病理診断医の育成等に対する支援を引き続き実施するとともに、病理  
25 関連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。

26  
27 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、国は、関係  
28 団体や学会等と協力し、病理コンサルテーション等を行う体制を強化する。

29  
30 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  
31 発を推進する。

---

31 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>

32 「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、全国のがん診療連携拠点病院の病理医から、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。

1

2

3 **【方向性】**

4 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  
5 を整備する。

6

## 1 (7) 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る  
5 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  
6 しく生活の質が低下することがしばしば見られることより、がん領域でのリハ  
7 ビリテーションの重要性が指摘されている。

8  
9 平成19(2007)年から平成25(2013)年にかけて「がん患者に  
10 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  
11 事者を対象とした研修プログラムの開発と研修会等を実施した。

12  
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 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  
16 である。

17  
18 また、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  
19 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  
20 ビリテーションが必要との指摘がある。

### 23 (今後)

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 【方向性】

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収集し、拠点病院  
30 等におけるリハビリテーションのあり方について3年以内に検討する。

## 1 (8) 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、がんの罹患数の実数  
6 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 月に施行された「がん登録の推進に関する法律(平成25年法律第111号)」  
10 に基づき、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  
11 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、  
12 一元的に管理されることとなった。

13  
14 全国がん登録の情報の利活用については、平成30(2018)年末を目途  
15 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  
16 な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や、がんの  
17 リスク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  
18 情報提供が期待される。

19  
20 また、拠点病院等においては、全国がん登録に加えて、より詳細ながんの罹  
21 患・診療に関する情報を収集する院内がん登録が従前より実施されており、院  
22 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の際には、全国がん登録や院内がん登録によって得ら  
25 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  
26 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す  
27 る必要がある<sup>33</sup>。

28  
29 また、がん登録によって得られる情報の提供を、患者にとって本当に必要な  
30 形で行っていく必要があるとの指摘がある。

### 31 (今後)

32  
33 34 国は、地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを活用した、医療

---

<sup>33</sup> 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 提供体制の構築等の施策の立案やがん研究の推進について具体的に検討する。

2

3 その際、がん登録データの効果的な利活用のため、全国がん登録データと、  
4 院内がん登録データ、レセプト情報等や、臓器や診療科別に収集されているが  
5 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。

6

7 国や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、  
8 がん登録で収集する項目を必要に応じて見直す。

9

10 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  
11 資するよう、希少がんや小児がんの情報を含め、個人情報に配慮しながらがん  
12 に関する情報の適切な提供方法について検討する。

13

14

#### 15 **【方向性】**

16 がん登録によって得られた情報の利活用により、正確な情報に基づくがん対  
17 策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施や、がんのリスクやがん予防等  
18 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供を行う。

19

## 1 (9) 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討  
8 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  
9 開発(申請)ラグが5.7か月、審査ラグは0か月まで短縮した。更に、希少  
10 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  
11 実用化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取組を続け  
12 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  
13 ネットユース)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 することの可否の評価の迅速化、効率化に取り組んでいる。

18  
19 更に、医療法に基づき、平成27(2015)年4月より国際水準の臨床研  
20 究等の中心的な役割を担うための「臨床研究中核病院」を位置づけ、我が国全  
21 体の研究を推進するための病院を指定している。

22  
23 加えて、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  
24 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)  
25 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・  
26 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  
27 組みを構築している。

28  
29 一方で、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」  
30 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の連携が  
31 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の連携  
32 は十分ではないとの指摘がある。

33  
34 また、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  
35 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の無  
36 いよう、留意が必要である。

1     **(今後)**

2     国は、臨床研究中核病院等と拠点病院等の情報共有の連携を一層強化する。  
3     また、がん患者に治験に関する情報を提供する体制を整備する。

4  
5     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  
6     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  
7     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、医療従事  
8     者に対して情報提供と周知を行う。

9  
10  
11    **【方向性】**

12    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  
13    主導治験、患者申出療養制度等について適切な説明を行い、こうした取組を必  
14    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。



### 3. がんとの共生

#### ～がんになっても活躍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整備を行う。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健分野と連携し、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、活躍できる地域共生社会を実現する。

#### (1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

##### (重点的に取り組むべき分野)

法の一部改正において、第15条に、緩和ケアとは、「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。」と定義されるとともに、第17条において、「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、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は、第1期基本計画から「緩和ケアの推進」は、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられており、この10年間で、全ての拠点病院等に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とともに、全てのがん診療に携わる医師に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など、緩和ケアの普及を進めてきた。

引き続き国及び地方公共団体は、患者とその家族の状況に応じて、療養場所を問わず、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、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し、こうした苦痛が迅速かつ十分に緩和できる体制を整備する。

#### ① 緩和ケアの提供体制について

##### (現状・課題)

1       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  
2       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  
3       リーニング<sup>34</sup>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  
4       緩和ケアの質には、施設間格差があるなどの課題が指摘されている。中間評価  
5       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  
6       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  
7       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  
8       ていない現状である。

9  
10       苦痛のスクリーニングで患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主治医から  
11       緩和ケアチームへつなぐ体制が機能していないとの指摘がある。また、緩和ケ  
12       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  
13       体の緩和ケアの診療機能を活性化するために必要な有機的な連携が図られてい  
14       ない状況である。

15  
16       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る  
17       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  
18       体制を整備する必要がある。

19  
20       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  
21       で評価することには限界があることが指摘されているものの、評価のための指  
22       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である。

23  
24       一方で、今後、拠点病院以外でも緩和ケアの推進を図るため、拠点病院以外  
25       の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態について把握する必要があると  
26       の指摘がある。

#### 27 28 29       (今後)

30       拠点病院等は、がん疼痛を主とした苦痛のスクリーニングを診断時から行い、  
31       苦痛を定期的に確認し、迅速に対処するなど、がん診療に緩和ケアを組み入れ  
32       た体制を引き続き整備し強化する。

33  

---

<sup>34</sup> 「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。

1 また、患者とその家族が痛みやつらさを訴えやすくしたり、医療従事者がそ  
2 れらを引き出せたりするための教育や研修を行う。

3  
4 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  
5 事者の連携を診断時から確保し、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家へ迅速  
6 につなぐ手法を明確にするとともに、患者とその家族に相談窓口を案内するな  
7 ど医療従事者から積極的な働きかけを行うなどの実効性のある体制を整備する。

8  
9 拠点病院等の緩和ケアの機能を活性化し、有機的な連携を強化するために、  
10 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った「緩  
11 和ケアセンター<sup>35</sup>」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセンター」の  
12 ない拠点病院等は、既存の管理部門を活用し、上記の機能を担う体制を整備し、  
13 緩和ケアの質の評価・改善に努める院内体制を整備する。更に、緩和ケアの質  
14 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。

15  
16 国は、専門的な緩和ケアの質の向上のため、関係学会と連携し、精神腫瘍医<sup>36</sup>、  
17 がん看護の専門・認定看護師、がん専門薬剤師<sup>37</sup>、緩和薬物療法認定薬剤師<sup>38</sup>、  
18 がん病態栄養専門管理栄養士<sup>39</sup>、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置や緩和ケ  
19 アチームの育成のあり方を検討する。

20  
21 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。また同時に、  
22 実地調査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づいた質の

---

<sup>35</sup> 「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。

<sup>36</sup> 「精神腫瘍医」とは、一般社団法人日本サイコオンコロジー学会が認定する登録医。日本サイコオンコロジー学会では、「がん患者及びその家族の精神心理的な苦痛の軽減および療養生活の質の向上を目的とし、薬物療法のみならず、がんに関連する苦悩などに耳を傾ける等、専門的知識、技能、態度を用いて、誠意をもった診療に積極的にあたる」意思を有した精神腫瘍医を「登録精神腫瘍医」として認定し、その情報を公開している。

<sup>37</sup> 「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。

<sup>38</sup> 「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。

<sup>39</sup> 「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病態栄養認定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。

1 向上策の立案に努める。

2  
3 国は、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や患者のニーズについて  
4 実地調査等を通じて把握する。また、拠点病院以外の病院においても、医師に  
5 対する緩和ケア研修等を通じて、緩和ケアの提供体制の充実を図る。

6  
7 国は、緩和ケア病棟の質の向上のため、実地調査等を通じた実態把握のうえ、  
8 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や、従来の  
9 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。

10  
11 緩和ケアに従事する全ての医療従事者は、小児・AYA世代のがん医療に携  
12 わる診療従事者と、問題点や診療方針等を共有するとともに、入院中だけでな  
13 く外来においても必要な連携体制の整備を図る。

## 14 15 16 ② 緩和ケア研修について

### 17 18 (現状・課題)

19 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  
20 アを理解し、知識と技術を習得すること、特に拠点病院等では、がん診療に携  
21 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。平成29（2  
22 017）年3月末時点で、修了証書累積交付枚数93,250枚（累積開催回  
23 数4,888回）と修了者数は増加した。しかし、拠点病院等においては、が  
24 ん患者の主治医や担当医となる医師の受講率として9割以上を求めてきたが、  
25 平成29（2017）年3月末時点で約〇%（最新データ更新予定）に止まり、  
26 より一層の受講促進が求められる。

27  
28 研修の内容や形式については、患者の視点を取り入れ、主治医と専門的な緩和  
29 和ケア部門との連携方法をプログラムに入れることや、地域の医師も受講しや  
30 すいよう利便性の改善が求められている。また、家族、遺族に対するグリーフ  
31 ケア<sup>40</sup>についても研修を通じて充実を図る。

### 32 33 34 (今後)

---

40 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族が悲しみを癒やす過程を支える取組。

1 国、拠点病院等は、拠点病院以外の病院等を対象として、研修会の受講状況  
2 の把握とともに積極的な受講勧奨を行い、基本的な緩和ケアを実践できる人材  
3 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  
4 従事者が受講可能となるような内容、体制を検討する。

5  
6 国は、研修内容の充実のため、患者の視点を取り入れつつ、拠点病院以外の  
7 医療機関においても対応できるよう、地域の実情に応じて研修内容や実施方法  
8 を充実させ、主治医が自ら緩和ケアを実践できる内容や、緩和ケアチームへの  
9 つなぎ方等のプログラムを検討する。また、研修の評価指標については、修了  
10 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できた割合等につい  
11 て、定期的、継続的な調査を行い、その結果に基づいた到達目標を明確化する。

12  
13 国は、関係団体の協力のもと、拠点病院等の研修会の開催負担や受講者の負  
14 担を軽減するために、座学部分は e-learning を導入し、1日の集合研修に変更  
15 するなど研修形式について見直しを行う。また、グリーフケアの提供に必要な  
16 研修プログラムを策定し、緩和ケア研修等の内容に追加する。

### 17 18 19 ③ 卒前・卒後教育について

#### 20 21 (現状・課題)

22 医学部のモデル・コア・カリキュラム<sup>41</sup>や医師国家試験の出題基準等に緩和ケ  
23 アに関する項目はあるが、卒前教育において、緩和ケアにおけるチーム連携に  
24 係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

25  
26 初期臨床研修<sup>42</sup>の期間に、基本的な緩和ケアの概念を学ぶことは重要であり、  
27 また、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  
28 医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

#### 29 30 31 (今後)

---

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

42 「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 国は、卒後2年目までの医師の基本的緩和ケアの習得について検討し、特に、  
2 拠点病院等においては、全ての卒後2年目までの医師が緩和ケア研修会を受講  
3 する。

4  
5 国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に拡げていくために、大学等の教育  
6 機関では、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や、  
7 医師の卒前教育を担う指導者を育成するための積極的な取組を推進する。また、  
8 看護教育、薬学教育においても、基本的な緩和ケアの習得を推進する。

#### 9 10 11 ④ 普及啓発について

##### 12 13 (現状・課題)

14 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」におい  
15 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  
16 ら（20.5%）」と国の方針であるがんと診断された時からの緩和ケアの推進  
17 が一定の成果を上げてはいるものの、「がんが治る見込みがなくなったときから  
18 （16.2%）」と更なる取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複  
19 数回答）については、「最後の手段だと思う（31.5%）」、「だんだん効かな  
20 くなると思う（29.1%）」という結果であり、前回（平成26（2014）  
21 年）と比べても改善は見られず、緩和ケアは、いまだ終末期のケアとの誤解や  
22 医療用麻薬に対する誤解があるなど、その意義や必要性が患者・医療従事者  
23 を含む国民に十分周知されていない状況である。

##### 24 25 26 (今後)

27 国、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  
28 すことが保障される社会を構築するために、関係団体と連携し、関係者等に対  
29 して効果的な普及啓発を行う。

30  
31 国は、国民に対する医療用麻薬に関する適切な啓発するとともに、適正使用  
32 の普及を図るため、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  
33 内研修を定期的実施する。また、医療用麻薬の使用法の確立を目指した研究  
34 を行う。さらに、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  
35 する。

1 **【方向性】**

2 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  
3 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は、徹底した疼  
4 痛管理を行い、「痛みがある」と思う患者を1割以下にする。

5  
6 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、医師だけでな  
7 く、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  
8 きるよう、基本的な緩和ケア研修を実施できる体制を構築する。

9  
10 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  
11 せるとともに、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  
12 設置の可否も含めて3年以内に検討する。

13  
14 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や患者のニーズ  
15 について調査し、それを踏まえ、緩和ケアの提供体制を検討する。

16

## 1 (2) 相談支援、情報提供

2  
3 医療技術や情報端末の進歩に加え、患者の療養生活の多様化に対応するため、  
4 拠点病院等のがん相談支援センターを中心として、患者とその家族のみならず  
5 医療従事者の治療上の疑問や、精神的、心理社会的な悩みにも対応する役割が  
6 求められている。また、がんに関する情報があふれる中、治療を受けられる医  
7 療機関、がんの症状・治療・費用等について、がん患者や家族に正確な情報を  
8 提供し、確実に必要な情報にアクセスできる環境を整備することが求められて  
9 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では、自院の患者だけでなく他院の患者  
16 からの相談や、医療機関からの相談にも対応しているため、相談対応件数は年々  
17 増加している。また、2次医療圏や都道府県域を超えた相談支援のネットワー  
18 クが構築されつつある。

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、その成果をもとに、患者やその家族のみならず医療従事者も含め  
22 た電話による相談支援や、相談員の研修等を通じて、相談支援と情報提供の中  
23 核的な役割を担っている。

24  
25 一方で、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行うこ  
26 とを目的に、地域統括相談支援センター<sup>43</sup>や民間ボランティアによる相談支援の  
27 場等が設置されており、病院以外でも相談が可能となる取組がなされている。

28  
29 しかし、平成26(2014)年度の患者体験調査<sup>44</sup>によると、がん相談支援  
30 センターの利用率は7.7%であり、相談支援を必要とするがん患者が、がん  
31 相談支援センターを十分利用するに至っていない。

32  
33 また、相談内容は多様化しており、人材の適切な配置についての検討や相談

---

43 「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)

44 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 支援に携わる者に対する更なる教育の必要性が指摘されている。

2  
3 その他、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  
4 供、患者同士が体験を共有できる場の存在は重要であり、「ピア・サポーター養  
5 成事業」を実施したが、平成28（2016）年度に実施した「がん対策に関  
6 する行政評価・監視の結果報告書（総務省）」によると、調査対象となった36  
7 の拠点病院等におけるピア・サポートの活動状況は20施設に止まっていた。

### 10 （今後）

11 治療の早期から患者ががん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて  
12 確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等は、がん相談支援センタ  
13 ーの目的と利用方法について院内に周知し、主治医等の医療従事者が、診断早  
14 期に患者や家族へがん相談支援センターを説明する等、院内でより効果的にが  
15 ん相談支援センターを活用するための方策を検討し、必要に応じて拠点病院等  
16 の整備指針に盛り込む。

17  
18 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  
19 診療連携拠点病院連絡協議会相談支援部会<sup>45</sup>等を通じ、更なるネットワークの構  
20 築や、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施し、PDCAサイク  
21 ル<sup>46</sup>を実施しながら相談支援の質の担保と格差の解消を図る。更に、相談支援に  
22 携わる者に対する継続的な研修を拠点病院等の仕組みの中に取り入れることを  
23 検討する。

24  
25 ピア・サポート<sup>47</sup>については、研修事業の実態調査を行い、課題を明らかにし  
26 たうえで研修内容の見直し等を行う。

## 29 ② 情報提供について

---

<sup>45</sup> 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会相談支援部会」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  
拠点病院やがん診療病院等の連携強化について協議するため設置されたもので、現在、同  
連絡協議会の元に4部会が設けられ、活動が行われている。

<sup>46</sup> 「PDCA サイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理などの管理業務を円滑  
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。

<sup>47</sup> 「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、患者や家族などを支援すること。

1  
2 **(現状・課題)**

3 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」による  
4 と、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、  
5 がんに関する情報を取得している国民は35%を超えており、特に39歳以下  
6 の年齢では約6割を超えている。

7  
8 しかしながら、がんに関する情報の中には必ずしも科学的根拠に基づかない  
9 ものが混在しているため、国民が正しい情報を得ることが困難となっている。

10  
11 また、コミュニケーションに配慮が必要な患者に対して、音声資料や点字資  
12 料等の普及や周知が不十分であることなどが指摘されている。

13  
14  
15 **(今後)**

16 国は、インターネット等で行われる情報提供について、医業等に係るウェブ  
17 サイトの監視体制の強化に努め、医療機関等のウェブサイトの適正化を図る。

18  
19 国立がん研究センターは、引き続きがんに関する様々な情報を収集、発信し、  
20 関係学会等と協力して、科学的根拠に基づく情報を国民に提供するとともに、  
21 ウェブサイト適正化の取組を踏まえて、注意喚起等の普及啓発を効果的に行う。

22  
23 国立がん研究センターは、障害等によってコミュニケーションに配慮が必要  
24 な国民に対し、音声資料や点字資料等を作成し、関係団体と協力し、普及に努  
25 める。

26  
27  
28 **【方向性】**

29 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、がん相談支  
30 援センターが関係者等と連携し、より効率的・効果的な相談支援体制を構築で  
31 けるよう3年以内に検討する。

32  
33 国及び国立がん研究センターは、拠点病院等におけるがん相談支援センター  
34 の位置づけなど、院内でより効果的ながん相談支援センターを活用するための  
35 方策を検討するとともに、3年以内に、相談支援に携わる者に対する研修のあ  
36 り方を見直す。

- 1 国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行ったうえで、3年以内に研
- 2 修内容を見直す。
- 3

### 1 (3) 地域社会におけるがん患者支援

2  
3 法の基本理念に、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知  
4 見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができるようにすること」とあ  
5 り、地域におけるがん医療提供体制の整備が進められてきた。一部改正された  
6 法には、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  
7 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  
8 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  
9 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  
10 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」が盛り  
11 込まれ、地域社会における「がんと共生」の重要性が益々増している。

#### 14 ① 拠点病院等と地域との連携について

##### 16 (現状・課題)

17 拠点病院等においては、整備指針に基づき、地域の病院や在宅療養支援診療  
18 所、緩和ケア病棟等の施設のスタッフと協働するためのカンファレンスを開催  
19 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。

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

24 また、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  
25 するためのツールである「地域連携クリティカルパス」の運用が、それぞれの  
26 拠点病院等に任されており、運用状況に差があるとの指摘がある。

28 さらに、拠点病院等と在宅医療を提供する医療機関や薬局、訪問看護ステー  
29 ション等との連携体制が構築できていないため、退院後に、継続的な疼痛緩和  
30 治療を在宅でも提供できるようにする必要があるとの指摘がある。

32 拠点病院等の医療機関以外にも、がん患者がニーズに応じて利活用できる機  
33 関として、地域包括支援センター<sup>48</sup>や産業保健総合支援センター<sup>49</sup>、地域統括相

---

48 「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職種のチームアプローチにより、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である。(介護保険法第115条の46第1項)

1 談支援センター等が設置されているが、これらの機関間の連携についても、地  
2 域ごとに差があるため、利用が進まない状況である。

### 5 (今後)

6 切れ目のない医療・ケアの提供と質の向上に資するため、国は早期から地域  
7 医療を担う医療従事者が拠点病院等での医療に関与する体制も含め、地域の実  
8 情に応じて病院と在宅医療との連携や患者のフォローアップ<sup>50</sup>のあり方を検討  
9 する。

10  
11 拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、国はがん医療における認  
12 定看護師や歯科医師、歯科衛生士、薬剤師等の役割を明確にしたうえで他職種  
13 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  
14 ティカルパス」のあり方を見直す。

15  
16 国は、拠点病院等の医療従事者が地域で在宅医療を担う医療機関において連  
17 携して診療を行ったり、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカンフ  
18 アレンスに参加したりするなどの活動ができる連携・教育体制のあり方を検討  
19 する。

20  
21 拠点病院等は、定期的に緩和ケアに関する地域連携会議等を開催し、緊急時  
22 の受入れ体制、地域での困難事例への対応等について協議し、地域における患  
23 者支援の充実を図る。また、こうした取組を実効性あるものとするため、国は  
24 施設間の調整役を担う者を養成するなどの必要な支援を行う。

## 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は、症状が増悪するなどの緊急時に  
31 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が、拠点病院

---

49 「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産業医、産業看護職、衛生管理者をはじめ、事業主、人事労務担当者等に対して、産業保健研修や専門的な相談への対応等の支援を行う。(産業保健総合支援センター、地域産業保健センター事業案内より)

50 「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 等を始めとした医療機関において、急変したがん患者や医療ニーズの高い要介  
2 護者の受入れ体制は十分整備されているとは言えない。このような状況におい  
3 て、切れ目のないがん医療を提供するためには、拠点病院以外の医療機関や在  
4 宅医療を提供している施設についても、がん医療の質の向上を図る必要がある。

#### 7 (今後)

8 国、地方公共団体は、地域の医師会や薬剤師会と協働して、在宅緩和ケアの  
9 提供や、相談支援・情報提供を行うために、在宅療養支援診療所・病院<sup>51</sup>、薬局、  
10 訪問看護ステーションの医療・介護従事者への緩和ケア研修等を引き続き実施  
11 する。

#### 14 【方向性】

15 国は、がん患者がその療養する場所に関わらず、質の高いがん医療を受けら  
16 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  
17 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。

18  
19 拠点病院等は、地域におけるがん医療の状況を把握し、緩和ケア研修の受講  
20 促進も含め、地域の実情に応じたがん医療全般の提供体制について協議する地  
21 域連携会議を3年以内に構築するよう、国は必要な支援を行う。

---

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

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<sup>52</sup>)  
2 (重点的に取り組むべき分野)  
3

4 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  
5 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  
6 児へのがん対策の充実」を掲げ、働く世代に対しては、主に就労支援に関する  
7 対策に取り組んできた。一方で、がん患者が、がんとともに生きていくために  
8 は、就労支援のみならず、治療に伴う外見 (アピアランス) の変化や生殖機能  
9 の喪失、がん患者の自殺といった課題への対策が求められている。

10  
11  
12 ① 就労支援について  
13

14 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では、平成24 (2  
15 012) 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  
16 可能年齢で罹患<sup>53</sup>している。平成14 (2002) 年において、20歳から64  
17 歳までのがんの罹患者数は約19万人であったのに対し、平成24 (2012)  
18 年では約26万人に増加し、就労可能年齢でがんに罹患している者の数も増加  
19 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、  
20 56.9% (平成12 (2000) 年—平成14 (2002) 年)、58.9%  
21 (平成15 (2003) 年—平成17 (2005) 年)、62.1% (平成18  
22 (2006) 年—平成20 (2008) 年) と年々上昇しており、がん患者・  
23 経験者が長期生存し、社会で活躍する機会が増えている。

24  
25 そのため、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  
26 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  
27 の充実が強く求められている。

28  
29  
30 (ア) 医療機関等における就労支援について  
31

32 (現状・課題)

---

<sup>52</sup> 「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。

<sup>53</sup> 全がん罹患者数 86.5 万人のうち、20 歳から 64 歳のは 26 万人。(地域がん登録全国推計値 (平成 24 (2012) 年) より)

1 平成25（2013）年に実施された「がん患者の実態調査<sup>54</sup>（以下「がん患  
2 者の実態調査」という。）」では、仕事の状況の変化について、依願退職または  
3 解雇された者の割合（34.6%）は、平成15（2003）年（34.7%）  
4 に比べて変化が無く、がん患者の離職防止支援の更なる充実が必要である。

5  
6 各拠点病院等では、がん相談支援センターを中心に、専門的な就労に関する  
7 相談に対応するため、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  
8 きた。しかしながら、この事業を実施している拠点病院等の数は、平成28（2  
9 016）年において全拠点病院（398箇所）の約3分の1にとどまり、全て  
10 の拠点病院等で充実した就労に関する相談支援を提供するに至っていない。

11  
12 平成27（2015）年の厚生労働省研究班による調査<sup>55</sup>では、がんと診断さ  
13 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退  
14 職した者が4割を超えており、退職理由としては、「職場に迷惑をかけたくなか  
15 った」、「がんになったら気力・体力的に働けなだろうと予測したから」、「治  
16 療と仕事を両立する自信がなかった」といった、がん治療への漠然とした不安  
17 が上位にあがっており、がん患者が診断時から正しい情報提供や相談支援を受  
18 けることの重要性が明らかになった。

19  
20 さらに、平成28（2016）年9月から政府で取り組んでいる「働き方改  
21 革を実現するために設置された会議（以下「働き方改革実現会議」という。）」  
22 の議論においても、疾病を抱えながら働いている者の治療と仕事の両立を推進  
23 するため、企業と医療機関の連携強化を図り、患者に寄り添いながら継続的に  
24 就労支援を行うことが求められている。

25  
26 具体的には、がん患者の職場復帰に際し、企業が、主治医が作成する患者の  
27 治療状況等の意見書を踏まえて、「両立支援プラン／職場復職支援プラン」を作  
28 成することになっているが、がん患者自身が自身の治療状況や生活環境、労務  
29 環境等を正しく理解することが難しいため、企業からの「両立支援プラン／職  
30 場復職支援プラン」を納得して受け入れられない場合も少なくない。そのため、  
31 がん患者が自分の置かれている状況を正しく理解し、復職について相談できる  
32 よう、相談支援の充実が求められている。

54 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 [http://www.scchr.jp/press\\_releases/20150909/20150909.html](http://www.scchr.jp/press_releases/20150909/20150909.html) を参照。

55 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」



1 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、公共職業安  
2 定所（以下「安定所」という。）に配置されている「就職支援ナビゲーター<sup>56</sup>」  
3 と拠点病院等と連携した就職支援事業等に取り組んでおり、当該事業における  
4 就職率は、事業開始年度である平成25（2013）年度40.0%（実施安  
5 定所5所）から、平成26（2014）年度43.6%（実施安定所12所）、  
6 平成27（2015）年度51.2%（実施安定所16所局）と一定の成果を  
7 あげている。平成28（2016）年度からは、全国47都道府県で事業を実  
8 施している。今後は、更なる事業の拡充が求められるほか、がん患者の再就職  
9 については、再就職後の治療と仕事の両立状況を把握した上で、よりよい支援  
10 を行う必要がある。

### 11 12 13 （今後）

14 国は、全国どこの拠点病院等のがん相談支援センターにおいても、より充実  
15 した就労相談支援が受けられるよう、拠点病院等の相談支援に携わる者が労務  
16 関係の知識を身につけるための研修を実施する。

17  
18 治療や支援の情報を得られず、がん治療への不安から、診断後、医療機関や  
19 企業に相談する前に離職する者が少なからずいるにも関わらず、拠点病院等  
20 がん相談支援センターの利用度<sup>57</sup>（7.7%）は低い。そのため、拠点病院等  
21 においては、治療の早期から患者ががん相談支援センターの存在を認識し、必  
22 要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等におけるがん  
23 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、  
24 院内でより効果的ながん相談支援センターを活用するための方策を検討し、必  
25 要に応じて拠点病院等の整備指針に盛り込むことを検討する。また、国は、診  
26 断早期の離職防止のため、ポスターやリーフレット等を活用して、拠点病院等  
27 をはじめとする医療機関の協力の下、がん患者へ治療と職業生活の両立支援に  
28 ついての周知を図る。

29  
30 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  
31 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  
32 職に向けた調整を行う「両立支援コーディネーター（仮称）」を配置し、「両立  
33 支援コーディネーター（仮称）」と主治医、会社・産業医による、患者への「ト

---

56 「就職支援ナビゲーター」とは、ハローワーク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。

57 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 ライアングル型サポート体制<sup>58</sup>」を構築する。

2  
3 「トライアングル型サポート」を行うためには、拠点病院等の相談支援に携  
4 わる者や「両立支援コーディネーター（仮称）」が、がん患者の治療の状況だけ  
5 ではなく、がん患者1人ひとりの社会的な背景や生活の状況等を総合的に把握  
6 することが重要である。それらの者が、がん患者のおかれた事情を総合的に把  
7 握するためのツールとして、患者の治療、生活、就業履歴等をまとめた「治療  
8 と仕事両立プラン（仮称）」を開発する。「両立支援コーディネーター（仮称）」  
9 は、患者個々の事情を把握したうえで、患者と事業主との間で復職へ向けた調  
10 整を支援する。

11  
12 また、就職支援において、国は拠点病院等と安定所との連携を推進する事業  
13 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。更に、がん患者の  
14 再就職後の就労継続状況について調査を行い、現状を明らかにし、再就職支援  
15 に活かしていく。

## 16 17 18 (イ) 職場や地域における就労支援について

### 19 20 (現状・課題)

21 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28年（2016）年）」では、  
22 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  
23 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」  
24 等が上位にあがっており、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入が求められている。

25  
26 更に、「がん患者の実態調査（前掲）」では、離職理由として「仕事を続ける  
27 自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」  
28 が上位にあがっており、企業内でのがん患者への理解や協力も必要とされてい  
29 る。

30  
31 また、「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、  
32 経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

---

<sup>58</sup> 「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（仮称）」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を指す。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 整備の推進が求められている。

2  
3 そのため、国は平成28（2016）年2月に「事業場における治療と職業  
4 生活の両立支援のためのガイドライン<sup>59</sup>」と、企業ががん治療の特徴を踏まえた  
5 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治療に必要な配  
6 慮等をまとめた企業向けのサポートマニュアルを作成し、公表した。しかし、  
7 活用できてない企業も多く、今後、周知、普及を推進する必要がある。

8  
9 また、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、  
10 がんが再発した場合に、患者が柔軟に利用できないとの指摘がある。

### 11 12 13 **（今後）**

14 企業が、短時間勤務や柔軟な休暇制度等の、治療と仕事の両立が可能となる  
15 社内制度の整備を進めるよう、国は助成金等の支援を行いながら、制度導入を  
16 促す。

17  
18 企業が、がん患者の働きやすい環境を整備するために、産業保健総合支援セ  
19 ンターにおいて、両立支援に係る相談対応や企業の個別訪問指導などの支援を  
20 実施するとともに、支援が活用されるよう周知を図る。また、「事業場における  
21 治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」の更なる普及のため、産業  
22 保健総合支援センターは、経営者等に対する啓発セミナーを開催する。

23  
24 企業は、社員の研修等を通じてがん患者への理解を深め、がん患者が働きや  
25 すい社内風土作りを行うよう努める。

26  
27 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討し、  
28 必要な措置を講ずる。

### 29 30 31 **【方向性】**

32 国は、3年以内にごがん相談支援センターの相談員と「両立支援コーディネー  
33 ター（仮称）」の連携モデルを構築し、生活の状況や介護、育児など個々の事情

---

<sup>59</sup> 「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、脳卒中など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などをまとめたもの。

1 に応じた両立支援を実現化するためのプランの普及を開始する。

2  
3 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し、  
4 普及を開始する。

## 7 ② 就労以外の社会的な問題について

### 9 (現状・課題)

10 がんに罹患して治療を受けている者は現在163万人<sup>60</sup>いる。がんの治療成績  
11 の向上にともない、がん経験者は増加しており、就労支援のみならず、がん患  
12 者・経験者のQOL向上に向けた取組が求められる。

13  
14 社会的な問題として、がんに対する「偏見」があり、地域によってはがんの  
15 罹患そのものが日常生活の大きな障壁となり、がん患者が社会から隔離されて  
16 しまうことや、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  
17 う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛等）や診療早期における  
18 生殖機能の温存や後遺症に関する相談支援、情報提供の体制が構築されていな  
19 いことなどが指摘されているものの、十分な検討がなされていない。

20  
21 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<sup>61</sup>がある  
22 が、拠点病院等であっても相談体制等の十分な予防対策がなされていない状況  
23 である。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としてがん患  
24 者の自殺の問題に取り組むことが求められる。

25  
26 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て  
27 おらず、障害のあるがん患者に対してどのような対応が必要かについて行政、  
28 医療従事者の問題意識の共有が不十分であり、対応が病院ごとに異なる。また、  
29 元々障害を持つ人のみならず、がん治療によって障害をもつことになった人に  
30 関する課題についても十分な検討がなされていない。

31  
32 こうした中、がん患者の生活の質を向上させるためのサバイバーシップに関  
33 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  
34 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

---

<sup>60</sup> 平成26(2014)年度「患者調査」

<sup>61</sup> 「Psychooncology 2014;23(9):1034-41.」より引用。

1 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。

2  
3  
4 (今後)

5 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」  
6 の払拭や国民全体の健康啓発につながるよう、がん経験者等の協力を得ながら  
7 科学的根拠に基づいたがんに関する知識の取得の機会を設ける。

8  
9 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の周  
10 知方法や、その他の課題解決に向けた施策を検討する。

11  
12 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の  
13 確な時期に治療選択ができるよう、関連学会等との連携も含め相談支援、情報  
14 提供の仕組みを検討する。

15  
16 国は、家族性腫瘍に関する相談先や人材育成等、情報・質の集約化へ向けた  
17 診断、治療、相談体制の整備と質の担保のあり方を検討する。

18  
19 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い、効果的な介入  
20 のあり方について検討する。また、がん相談支援センターを中心とした自殺防  
21 止のためのセーフティーネットが必要であり、専門的な精神心理的なケアにつ  
22 ながための体制の構築と周知を行う。

23  
24 国は、障害のあるがん患者の実態や課題、ニーズを明らかにし、各専門分野  
25 を超えて連携を可能にするため、障害者福祉の専門支援機関（点字図書館、生  
26 活訓練施設、作業所等）と拠点病院等の連携を促進できる仕組みについて検討  
27 する。また、コミュニケーションに配慮が必要ながん患者、がん治療に伴って  
28 障害をもった患者等に対して、ユニバーサルな視点<sup>62</sup>を取り入れることを検討す  
29 る。

30  
31 この他、国は、がん罹患後の中長期的な後遺症に対する診療ガイドライン作  
32 成等のサバイバーシップ研究を推進する。

33  
34  

---

<sup>62</sup> 「ユニバーサルな視点」とは、バリアフリーのように特定の人のための特別な方法で課  
題を解決するのではなく、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。

1 **【方向性】**

2 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  
3 や家族に関する研究によって課題を明らかにする。また、既存の施策の強化や  
4 普及啓発、更なる施策の必要性について検討する。

5

## 1 (5) ライフステージに応じたがん対策（小児・AYA世代、高齢者）

2  
3 個々のライフステージごとに異なった身体的問題、精神心理的問題、社会的  
4 問題が生じることから、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期  
5 世代と若年成人世代）や高齢者のがん対策等、他の世代も含めた「ライフス  
6 テージに応じたがん対策」として、対策を講じていく必要がある。

### 7 8 9 ① 小児・AYA世代について

#### 10 (現状・課題)

11  
12 がんは小児・AYA世代の病死の主な原因の1つであり、希少で多種多様な  
13 がん種を多く含むことや、乳幼児から思春期・若年成人世代まで幅広いライフ  
14 ステージに発症し、成人のがんと異なる対策が求められている。

15  
16 小児がんについては、十分な経験と支援体制を有する医療機関を中心に質の  
17 高い診療が実施できるように、平成25（2013）年2月、全国に15か所  
18 の「小児がん拠点病院」を整備し、診療の集約化を進めてきた。しかし、小児  
19 がん拠点病院への集約化にも限界があることから、例えば脳腫瘍のように集約  
20 化すべきがん種と、ある程度の均てん化が可能ながん種を整理するとともに、  
21 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必要となる。ま  
22 た患者・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  
23 いる。

24  
25 特に、小児がんにおいては、がんが治癒した後でも、治療に伴う後遺症や晩  
26 期合併症<sup>63</sup>への対応が必要となることがあり、長期に渡るフォローアップ体制の  
27 更なる整備が求められる。さらに、長期フォローアップにおいて複数の医療機  
28 関でデータを共有し、有効活用することや、後遺症や合併症が少ない治療法の  
29 研究開発が求められている。

30  
31 AYA世代のがん患者は、他の世代に比べて患者数が少ないために、医療従  
32 事者の診療や相談支援の経験が蓄積されにくい。また、AYA世代は、年代に  
33 よって就学、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  
34 に対応できるような情報提供や支援体制の整備が求められている。

---

63 「晩期合併症」とは、小児がんの患者が成長や時間の経過に伴って、がんそのものからの影響や、薬物療法、放射線療法など治療の影響によって生じる合併症。（国立がん研究センター小児がん情報サービスより）

1  
2 小児・AYA世代のがん患者の多くは、教育を受けている成長過程にあるこ  
3 とから、入院中・療養中の教育支援、退院後の学校・地域での受入れ体制の整  
4 備等の教育環境の更なる整備が求められている。

5  
6  
7 **(今後)**

8 国は、各地域ブロックにおける小児がん拠点病院の役割と集約化の体制を見  
9 直し、均てん化が可能ながん種や、必ずしも高い専門性を必要としない病態で  
10 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  
11 築し、状況に応じて、在宅医療を実施できる診療連携体制の検討を行う。

12  
13 国は、医師・看護師をはじめとする医療従事者への長期フォローアップに関  
14 する教育を充実させるとともに、ガイドライン<sup>64</sup>等を活用しながら長期フォロー  
15 アップの体制を整備し、晩期合併症が少なくなるような研究についても推進す  
16 る。

17  
18 国は、AYA世代の多様なニーズに応じた情報提供、包括的な相談支援・就  
19 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  
20 化に関する検討を行う。さらに、治療に伴う生殖機能への影響等、世代に応じ  
21 た問題について、治療前に正確な情報提供を行い、必要に応じて適切な専門施  
22 設に紹介するための体制を構築する。

23  
24 国は、医療従事者と教育関係者の連携を強めるとともに、情報技術（ICT）  
25 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教育を  
26 受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援等、療養中の生徒等に対す  
27 る特別支援教育をより一層充実させる。

28  
29  
30 **【方向性】**

31 国は、3年以内に小児・AYA世代のがんを継ぎ目なく連続して診療できる  
32 体制の整備を目指し、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」ならびに  
33 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で議論を行い、小児がん拠点病  
34 院とがん診療連携拠点病院等の両者の整備指針の見直しを行う。

---

64 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](http://jplsg.jp/menu11_contents/FU_guideline.pdf)



## ② 高齢者について

### (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歳以上の高齢者数が3,657万人(全人口の30.3%)にな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ため、高齢のがん患者へのケアの必要性が増すと指摘がある。

また、全身状態が不良であることや併存疾患があることなどにより、標準的治療の適応とならないケースや、主治医が標準的治療を提供すべきでない判断するケース等があり得るが、こうした判断は医師の裁量に任されており、現状の診療ガイドライン等における明確な判断基準はない。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。

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、既にある認知症の症状が悪化する場合があるため、がん医療における意思決定等について一律の基準が必要と考えられるが、定まっていない状況である。

高齢者ががんに罹患した時、医療介護の連携のもと適切ながん医療を受けられるよう、医療従事者のみならず介護従事者にも、がんに関する十分な知識が必要とされている。

### (今後)

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や、現行の各がん種に関する診療ガイドラインに今後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、高齢者ががん診療に関する診療ガイドラインの策定に努める。

国は、認知症を合併したがん患者や看取り期における高齢のがん患者の意思決定支援を図るための検討を行う。

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、医療従事者、介護従事者の連携により、患者とその家族の意思決定に沿った療養生活を支え

1 るための方策を検討する。

2

3

4 **【方向性】**

5 高齢のがん患者に対する意思決定支援や高齢者のがん診療に関する診療ガイ  
6 ドラインを策定し、拠点病院等に普及することを検討する。

7

## 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的な分野として、「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、より一層の対策を講じる。

### (1) がん研究

(重点的に取り組むべき分野)

#### (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」、「充実したサブパイパーシブ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めざ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。

しかし、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などに加え、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ていないことが、新たな治療開発の障壁となっている。

更に、治験、臨床試験に関するプロトコールの計画段階から、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、患者リ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る。

1  
2  
3 **(今後)**

4 「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  
5 すこととしており、現状のニーズや我が国に求められる研究について、有識者  
6 の意見を参考にしつつ見直す。

7  
8 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  
9 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  
10 やかに行うための取組を拡充する。

11  
12 「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が  
13 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ド  
14 ライン策定に向けた取組をより一層推進する。この他、新たな治療法の開発が  
15 期待できるため重点的に研究を推進する必要性が指摘されている分野として、  
16 ゲノム医療や免疫療法がある。これらの研究の必要性を戦略上、より一層明確  
17 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。

18  
19 また、小児がん、希少がん、難治性がんについては、治験をはじめとした臨  
20 床研究の情報を医療従事者にわかりやすく提供するとともに、関係団体等と連  
21 携し、治療開発を一層推進する。

22  
23 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に参画できる体  
24 制を構築するため、平成30（2018）年度から患者、がん経験者の参画に  
25 よってがん研究を推進するための取組を開始するとともに、研究に参画可能な  
26 患者を教育するためのプログラム策定を開始する。

27  
28 さらに、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  
29 するさらなるコストダウン等に向けた研究開発を推進する。

30  
31 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、  
32 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。

33  
34  
35 **【方向性】**

36 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  
37 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AM

- 1 ED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
- 2 見合った研究を推進する。
- 3

## 1 (2) 人材育成

### 3 (現状・課題)

4 集学的治療等の提供には手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法、それ  
5 ぞれを専門的に行う医療従事者を更に養成するとともに、こうした医療従事者  
6 と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基本的な知識や技  
7 能を有した看護師、薬剤師等の人材を幅広く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集  
10 学的治療を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」における外科医の育成  
11 プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修、リハビリテーション研  
12 修等の人材育成のための支援を行ってきた。

13  
14 また、文部科学省では、平成24(2012)年度から平成28(2016)  
15 年度まで「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン<sup>65</sup>」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<sup>66</sup>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、難治性がん、  
21 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れる  
22 がん種について、さらに専門的な人材の育成が求められているものの、どのよ  
23 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っていない。

### 26 (今後)

27 がん医療の均てん化に向けて、幅広い人材の育成に関する検討を行う。

28  
29 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  
30 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

---

<sup>65</sup> 「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。

<sup>66</sup> 「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 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  
2 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。

3

4

5 **【方向性】**

6 国は、2年以内に今後のがん医療に必要な人材と、幅広い育成のあり方につ  
7 いて検討し、具体的な育成スケジュールを策定する。

8

### 1 (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

#### 2 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こと」とされている。

7  
8 健康については、子どもの頃から教育することが重要であり、子どもが健康  
9 と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対  
10 する正しい知識、がん患者への認識及び命の大切さに対する理解を深めること  
11 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、医師やがん患者・  
12 経験者等の外部講師を活用し、がんの正しい知識やがん患者・経験者の声を子  
13 どもに伝えることは重要である。

14  
15 国は、平成26(2014)年度より「がんの教育総総合支援事業」を行い、  
16 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部  
17 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。しかし、  
18 地域によっては、外部講師の活用が不十分である点や、教員のがんに関する知  
19 識、外部講師が学校において指導する際の留意点等について、十分認識できて  
20 いないとの指摘がある。

21  
22 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  
23 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  
24 中で、緩和ケア及びがん検診の普及啓発を推進してきた。しかし、民間団体  
25 より実施されている普及啓発活動への支援が不十分であるとの指摘があり、ま  
26 た、拠点病院等のがん相談支援センターや国立がん研究センターがん情報サー  
27 ビスにおいて、がんに関する情報提供を行っているが、それらが国民に十分に  
28 周知されていないとの指摘がある。

#### 29 30 31 (今後)

32 国は、学校におけるがん教育に関して、全国の実施状況を把握するとともに、  
33 教員にはがんについての理解を促し、外部講師には学校でがん教育を実施する  
34 うえ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修  
35 会等を実施する。

36  
37 都道府県及び市町村においては、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会



1 議体を設置し、医師会等の関係団体とも協力し、学校医やがん医療に携わる医  
2 師、がん患者・経験者等の外部講師を活用できるよう、国は必要な支援を行う。

3  
4 国民へのがんに関する知識の普及啓発について、国や地方公共団体は、引き  
5 続き検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進し、民間団体によって実施されて  
6 いる普及啓発活動をより一層支援するとともに、がん相談支援センターやがん  
7 情報サービスに関する広報を行う。

8  
9 また、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  
10 正しい知識を得ることができるよう努める。

### 11 12 13 **【方向性】**

14 国は、全国の実施状況を把握した上で地域の実情に応じた外部講師の活用体  
15 制を整備し、がん教育の充実に努める。

16  
17 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患  
18 してもそれを正しく理解し、向かい合うため、国はがんに関する知識の普及啓  
19 発活動を更に進める。

20

### 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 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、国と地方公共団  
4 体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことが極めて  
5 重要である。また、がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者  
6 等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力すること  
7 が重要である。

#### 9 1. がん患者を含めた国民等の努力

10  
11 がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、  
12 がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に  
13 活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するため  
14 の積極的な支援・協力が望まれる。

15 なお、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  
16 識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じがん検診を受けるよう  
17 努め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  
18 いても努力していくことが望まれる。

- 19  
20 ● がん医療はがん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基  
21 盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者  
22 やその家族も医療従事者との信頼関係を構築することができるよう努め  
23 る。
- 24  
25 ● 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  
26 報の提示等を含むがんに関する十分な説明、相談支援と情報提供等が重要  
27 であるが、がん患者やその家族も病態や治療内容等について理解するよう  
28 努める。
- 29  
30 ● がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現するため、がん患者  
31 を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、都道  
32 府県の協議会等のがん対策を議論し決定する過程に参加し、がん医療やが  
33 ん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動す  
34 るよう努める。
- 35  
36 ● 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠

1 であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国  
2 民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解するよう努めること。

## 3 2. 患者団体等との協力

5  
6 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  
7 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  
8 な施策を講ずるよう努める。

## 10 3. 都道府県による計画の策定

11  
12 都道府県では、基本計画を基本として、平成30（2018）年度からの新  
13 たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を  
14 踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべ  
15 く早期に「都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）」の見  
16 直しを行うことが望ましい。

17 なお、見直しの際には、都道府県の協議会等へのがん患者等の参画をはじめ  
18 として、関係者等の意見の把握に努め、がん対策の課題を抽出し、その解決に  
19 向けた目標の設定及び施策の明示、進捗状況の評価等を実施し、必要があると  
20 きは、都道府県計画を変更するように努める。また、国は、都道府県のがん対  
21 策の状況を定期的に把握し、都道府県間の情報共有等の促進を積極的に行う。

22 都道府県計画の作成に当たって、国は都道府県計画の作成の手法等の重要な  
23 技術的事項を積極的に助言し、都道府県はこれを踏まえて作成するよう努める。  
24 一方、都道府県は、都道府県計画における市町村の役割について、がん検診の  
25 みならず、普及啓発や就労支援、地域連携等を積極的に行うことなどと記載す  
26 ることも検討する必要がある。

## 28 4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

29  
30 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め  
31 には、がん対策を推進する体制を適切に評価するようきめ細やかな措置を講  
32 じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要  
33 である。

34  
35 一方で、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  
36 することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

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

4  
5 さらに、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、効  
6 率的かつ持続可能ながん対策を実現する。

## 7 8 **5. ロードマップの作成**

9  
10 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を達成するた  
11 めに要する期間を原則として設定したロードマップ（行動計画）を作成し、別  
12 添として公表する。

## 13 14 **6. 目標の達成状況の把握**

15  
16 基本計画に定める目標及びロードマップについては、適時、その達成状況に  
17 ついて調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により  
18 公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分か  
19 りやすい指標の策定について引き続き必要な検討を行い、施策の進捗管理と必  
20 要な見直しを行う。

21  
22 なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について3年を目途に中間  
23 評価を行う。この際、個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれ  
24 だけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているか  
25 という観点から評価を行い、その評価結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応  
26 じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施  
27 策の推進に資するよう必要な提言を行うとともに、必要に応じて検討会等の積  
28 極的な活用を行うこととする。

## 29 30 **7. 基本計画の見直し**

31  
32 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  
33 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  
34 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」  
35 と定められている。計画期間が終了する前であっても、がんに関する状況の変  
36 化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときは、これを変更する。