

今後のがん対策の方向性について

(～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)

平成27年6月

厚生労働省

がん対策推進協議会

目次

○はじめに	1
○がん対策推進基本計画に明確な記載がなく、今後、推進が必要な事項	2
1. 将来にわたって持続可能ながん対策の実現	2
2. 全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築	3
3. 小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策	4
○おわりに	5

はじめに

がんは、日本で昭和 56（1981）年より死因の第 1 位であり、平成 25（2013）年には年間約 36 万人が亡くなり、生涯のうちに約 2 人に 1 人ががんにかかると推計されている。

日本のがん対策については、昭和 59 年以降、「対がん 10 年総合戦略」、「がん克服新 10 年戦略」、「第 3 次対がん 10 年総合戦略」と 10 年毎に戦略の改訂を行い、施策を推進してきたが、がん対策をより一層推進するため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「基本法」という。）が平成 19 年 4 月に施行され、基本法に基づき、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成 19 年 6 月に閣議決定された。

前基本計画の期間中に取り組んだ施策をさらに充実させるとともに、浮き彫りとなった新たな課題を改善するため、前基本計画の見直しを行い、平成 24 年 6 月に現行の「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が閣議決定され、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんに向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指して、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等が一体となって、がん対策に取り組んでいるところである。

基本計画の策定から 3 年が経過し、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、「がん登録等の推進に関する法律」（平成 25 年法律第 101 号。以下「がん登録推進法」という。）の制定、がん検診受診率の向上、小児がん拠点病院の整備、「がん研究 10 年戦略」の策定等、基本計画に基づいて、施策を推進してきたが、ライフステージに応じたがん対策、社会経済的な問題等の新たな課題も明らかとなってきた。

本報告書は、上記の経緯を踏まえて、これまで取り組まれていない対策に焦点を当て、今後のがん対策のあるべき方向性について、がん対策推進協議会の意見をまとめたものである。

がん対策推進基本計画に明確な記載がなく、今後、推進が必要な事項

1 将来にわたって持続可能ながん対策の実現

国は、少子高齢化をはじめとする社会・経済のさまざまな変化に対応するべく、社会保障制度の機能強化に向けて取り組んでおり、「社会保障制度改革推進法」（平成24年法律第64号）に基づき、社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（平成25年法律第112号）を制定し、社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進するとともに、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進しているところである。

また、医療・介護については、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（平成26年法律第83号）により、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の改正が行われ、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保、地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化、地域医療介護総合確保基金の創設と医療・介護の連携強化等を実施しているところである。

上記のような取組を通じて、がん患者を含めた国民全体が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる体制の整備を推進していく必要がある。

医療経済的な観点からは、平成24年度の国民医療費は39.2兆円であり、がんを含む新生物については、3.8兆円と、年々増加傾向にあり、がん患者が質の高いがん医療を受けることができる体制を整備しつつ、効率的に医療を提供することが重要である。がんの予防や早期発見、がん治療等を推進するに当たって、有効性や安全性の観点はもとより、費用対効果の観点から政策の検証を実施していくことも必要である。

また、効果的・効率的にがんの罹患者数・死亡者数を減少させる取組として、特定の生活習慣や感染症の既往、ゲノム情報等に基づく発症リスクに応じた予防法や早期発見法を開発・確立し、個人に適した先制医療を推進していくことも重要である。

基本法で掲げた「がん医療の均てん化の推進」については、拠点病院等を整備し、一定の集約化を図りながら推進しているところであるが、受診の利便性や医療資源の適正配置等を考慮しながら、がん医療の均てん化と集約化の適正なバランスを検討していく必要がある。

がん医療に関する医療情報連携ネットワークの構築については、がん登録を軸として多様なデータを統合し、より効率的で標準化された大規模データベースを構築し、次代のがん対策を検討していく体制を整備することが重要であり、がん登録推進法に基づく全国がん登録における複数の罹患情報や死亡情報との突合作業の効率化、また、小児がん経験者の長期間にわたる診療情報の管理等の分野で、個人情報を守られた範囲での医療分野における番号制度の活用を引き続き検討する必要がある。検討に当たっては、機微な情報を扱う医療分野の特性や個人情報保護等の課題に十分に配慮する必要がある。また、都道府県等で実施されているがん対策の取組について、より効率的にその内容を把握し、好事例を共有することができる体制を構築していくことも重要である。

2 全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築

国は、基本計画に基づいて、がん対策を総合的かつ計画的に推進しているところであるが、がんの現状や基本計画に掲げられている取組が国民に十分に理解されているとは言いがたく、多くのがん患者やその家族は受動的に医療を受けている。がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い中、がん患者が「自分らしさと尊厳」を持って、がんと向き合って生活していくためには、がんに関する正しい情報を獲得することが重要である。

個々の国民が価値観、人生観、死生観に基づいて主体的に療養選択を行い、自らの命と真正面から向き合うことができるよう、今後のがん対策の重要な視点として、「全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築」を新たに掲げ、国民の自覚を促すための教育・普及啓発等を推進しつつ、国民のがんに対する意識向上及び医療従事者との連携の充実を図り、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんと共に生きることができる社会」の実現を目指す。

障害のある者では、がんに関する正確な情報が伝わらず、治療が遅れるケースもあることが指摘されており、適切な方法によりがん医療に関する情報を提

供することにより、障害のある者の意思決定を支援していくとともに、がん検診等の検査をより円滑に受けることができる体制を整備することが必要である。

膵がんや胆道がんのように未だ治療困難ながん等については、5年生存率も低く、患者は診断時に多大な精神心理的苦痛を抱え、がんと向き合うことができないことも多い。これらの難治性がんに対する、有効で安全な新しい治療法の開発や効果の期待できる治療法を組み合わせた集学的治療の開発をより一層推進することにより、より多くのがん患者ががんと向き合い、がんと共に生きることができる社会を構築していく必要がある。

3 小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策

基本計画において、重点的に取り組むべき課題として、新たに「働く世代や小児へのがん対策の充実」が盛り込まれ、施策を推進しているところであるが、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、社会的問題が生じていることから、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代（思春期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。

AYA世代のがん対策については、就職時期と治療時期が重なるため、働く世代のがん患者への就労支援とは異なった就労支援の観点が必要であることに加え、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制、緩和ケアの提供体制等を含めた、総合的な対策のあり方を検討する必要がある。検討に当たっては、思春期世代と若年成人世代で、直面する課題に相違点があるということも指摘されているため、両世代の課題の共通点と相違点を整理し、各年代に応じた対策を検討していく必要がある。また、AYA世代のがんの治療に当たっては、倫理面に配慮しつつ、生殖機能温存に関する正確な情報提供を患者・家族に対して行うよう、医療従事者に周知を図る必要がある。さらに、AYA世代の患者であっても、病状に応じて適切な介護が受けられる体制を構築していくことも重要である。また、小児がん、AYA世代のがん等については、遺伝性腫瘍も存在することから、今後、遺伝性腫瘍に対する医療・支援のあり方についても検討していく必要がある。

我が国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行し、平成37(2025)年には65歳以上の高齢者数は3,657万人(全人口の30.3%)になると推計されており、高齢者のがん患者がさらに増加することが見込まれ、高齢者のがん対策のあり方を検討していく必要がある。特に、厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」研究班の調査によると、平成22年時点で65歳以上の高齢者では認知症有病率が15%と推計されており、入院をきっかけに認知症と診断されることや認知症の症状が悪化する場面もあることから、発症及び重症化の予防等も含めて認知症の対策を行いながら、がん医療を提供することが重要である。こうした観点を踏まえて、がんと認知症を併せ持つ高齢者が、住み慣れた地域や住まいで療養生活を送ることができるような医療・介護体制の整備を進める必要がある。その際、高齢者のがん患者が人生の最終段階でも緩和ケアをはじめとした医療を適切に受けることができるよう、医療者だけでなく、介護者への教育を充実させていくことも重要である。さらに高齢者では自律機能の低下や他疾患の併存、加齢による個体差の拡大など、身体的な問題が増加するため、高齢者のがん患者に適した治療法を確立することが重要である。また、個々人の治療方法の選択にあたっては、医師と家族や成年後見人等が十分な意思疎通を図ることが必要である。

おわりに

今後のがん対策については、基本計画で示されている施策に加えて、「将来にわたって持続可能ながん対策の実現」、「全てのがん患者が尊厳をもった生き方を選択できる社会の構築」、「小児期、AYA世代、壮年期、高齢期等のライフステージに応じたがん対策」を推進していくことが重要である。本報告書において示した意見や指摘等については、早急に対策を講じるとともに、次期がん対策推進基本計画を作成する際に考慮すべきと考える。