

がん対策加速化プランの策定に向けて

1

目 次

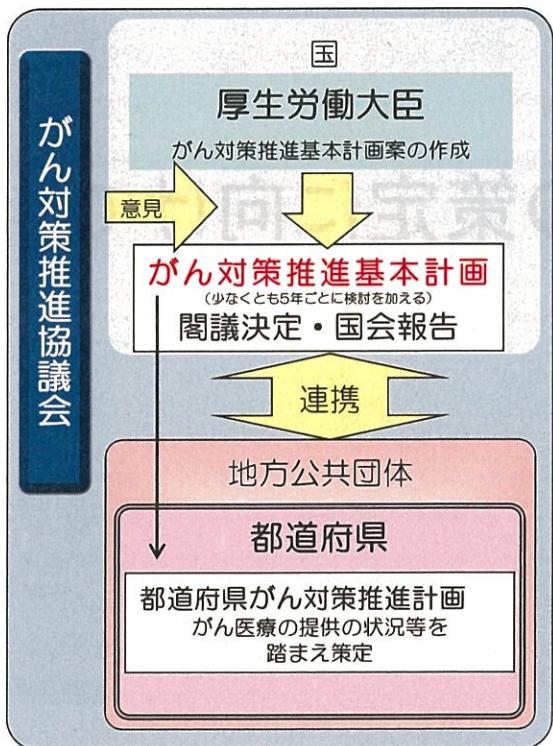
がん対策の概要	3
1)がんの予防・早期発見	
①がんの早期発見	12
②がんの教育・普及啓発	36
③たばこ対策の推進	41
④感染症等によるがん予防	50
※がんの予防・早期発見に関する論点	53
2)がんの治療・研究	
⑤がん医療の均てん化	54
⑥希少がんの対策、難治性がんの対策	61
⑦「がん研究10か年戦略」に基づく研究開発の推進	66
⑧ライフステージを意識したがん対策の充実	74
⑨がんに係るゲノム医療の推進	81
※がんの治療・研究に関する論点	90
3)がんとの共生	
⑩緩和ケアの推進	91
⑪がん患者の就労支援	111
※がんとの共生に関する論点	119

2

がん対策基本法

(平成18年法律第98号、平成19年4月施行)

がん対策を総合的かつ計画的に推進



第一節：がん予防及び早期発見の推進

- がん予防の推進
- がん検診の質の向上等

第二節：がん医療の均てん化の促進等

- 専門的な知識及び技能を有する医師、他の医療従事者の育成
- 医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

第三節：研究の推進等

- がんに関する研究の促進
- 研究成果の活用
- 医薬品及び医療機器の早期承認に資する治験の促進
- 臨床研究に係る環境整備

国

地方公共団体

都道府県

3

民

がん対策推進基本計画

(平成24年6月)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

新(3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

重点的に取り組むべき課題

(1) 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成

(2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

(3) がん登録の推進

新(4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

1. がん医療

- ① 放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進
- ② がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成
- ③ がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- ④ 地域の医療・介護サービス提供体制の構築
- 新⑤ 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組
- ⑥ その他（希少がん、病理診断、リハビリテーション）

2. がんに関する相談支援と情報提供

患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を実現する。

3. がん登録

法的位置づけの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させる。

4. がんの予防

平成34年度までに、成人喫煙率を12%、未成年の喫煙率を0%、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は0%、家庭は3%、飲食店は15%、職場は平成32年までに受動喫煙の無い職場を実現する。

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を5年以内に50%（胃、肺、大腸は当面40%）を達成する。

6. がん研究

がん対策に資する研究をより一層推進する。2年以内に、関係省庁が連携して、がん研究の今後の方向性と、各分野の具体的な研究事項等を明示する新たな総合的がん研究戦略を策定する。

新7. 小児がん

5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始する。

新8. がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

新9. がん患者の就労を含めた社会的な問題

就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解の促進、相談支援体制の充実を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す。

4

がん対策推進基本計画中間評価の概要

(平成27年6月)

全体目標【平成19年度からの10年目標】

(1) がんによる死者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少)

(2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

(3) がんになつても安心して暮らせる社会の構築

第二期から

- ・年齢調整死亡率の推移：
92.4(2005年)→80.1(2013年)
- ・減少傾向ながら、全体目標の達成が難しいという統計予測も出ている。
- ・**喫煙率減少、がん検診受診率向上をはじめとしたがん対策のより一層の推進が必要。**

- ・身体的苦痛や精神心理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。
- ・引き続き、**緩和ケア等の提供体制の検証と整備**が必要。

- ・家族に負担をかけていると感じていたり、職場関係者等に気を使われていると感じるがん患者が3割ほどいる。
- ・**がんの教育・普及啓発、がん患者への社会的苦痛の緩和等の取組**をより一層推進することが重要。

5

がん対策推進基本計画中間評価の概要

(平成27年6月)

分野別施策について

- ・**拠点病院の指定要件の改正**や**がんプロフェッショナル基盤養成プラン**等の取組により、一定の進捗が得られている。
- ・今後、系統的なデータ収集体制の整備や先進的な放射線治療機器の適正配置についての検討、がん診療に携わる専門医のあり方についての検討等を推進することが重要。
- ・地域の医療・介護サービス提供体制の構築や、病理診断、リハビリテーション、がんの相談支援、たばこ対策・感染症に起因するがんへの対策をはじめとするがんの予防に係る施策、がん検診の受診率向上をはじめとするがんの早期発見に係る施策等についても、一定の進捗が得られているが、基本計画で掲げた目標達成に向けて、引き続き推進が必要。
- ・拠点病院の指定要件の改正により、診断時から緩和ケアを提供する体制や専門家による診療支援体制の整備が進み、医師・看護師の意識の変化もみられた。
- ・**拠点病院の医師に対して、緩和ケア研修会を受講するよう促す**とともに、**在宅医等が受講できる体制**を構築することが必要。
- ・拠点病院以外の医療機関や緩和ケア病棟、在宅医療等における緩和ケアを推進していくことが必要。
- ・**平成25年12月にがん登録が法制化されたものの、国民への周知が不十分であり、より一層の普及啓発が必要。**
- ・**就労支援に関する既存の仕組み・施策・制度を十分に理解し、活用していくことが重要。**
- ・小児がんについては、「**小児がん拠点病院**」及び「**小児がん中央機関**」を指定した。今後、長期フォローアップの体制整備等が必要。
- ・**高齢化が進んでいる我が国の現状を鑑みて、がん患者が住み慣れた地域や住まいでの療養生活を送ることができるよう、拠点病院等との連携を確保しつつ、在宅医療・介護体制の整備等を進めることは喫緊の課題。**
- ・**希少がんについては、「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」の検討状況を踏まえ、診療体制や情報提供体制等を整備することが必要。**
- ・がん研究については、「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」に基づき、新たに設立されたAMEDによる管理の下、平成26年度からの「がん研究10か年戦略」に基づいて、関係省庁が一体となって推進することが重要。

等

6

今後のがん対策の方向性についての概要

(平成27年6月)

(～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)

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

- ・少子高齢化等の社会・経済の変化に対応する**社会保障制度の改革**

地域医療介護総合確保推進法に基づく**地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保** 等

⇒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

- ・各施策の**「費用対効果」**の検証

- ・発症リスクに応じた予防法や早期発見法を開発・確立することによる**個人に適した先制医療**の推進

- ・がん医療の**均てん化と集約化の適正なバランス**に関する検討

- ・がん登録情報を活用した**大規模データベース**の構築

等

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

・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⇒**「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

- ・障害のある者に対する情報提供、意志決定支援、医療提供体制の整備

・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等

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

- ・総合的な**AYA世代のがん対策**のあり方に関する検討(緩和ケア、就労支援、相談支援、生殖機能温存等)

- ・**遺伝性腫瘍**に対する医療・支援のあり方に関する検討

- ・**認知症対策と連動した高齢者のがん対策**のあり方に関する検討

等

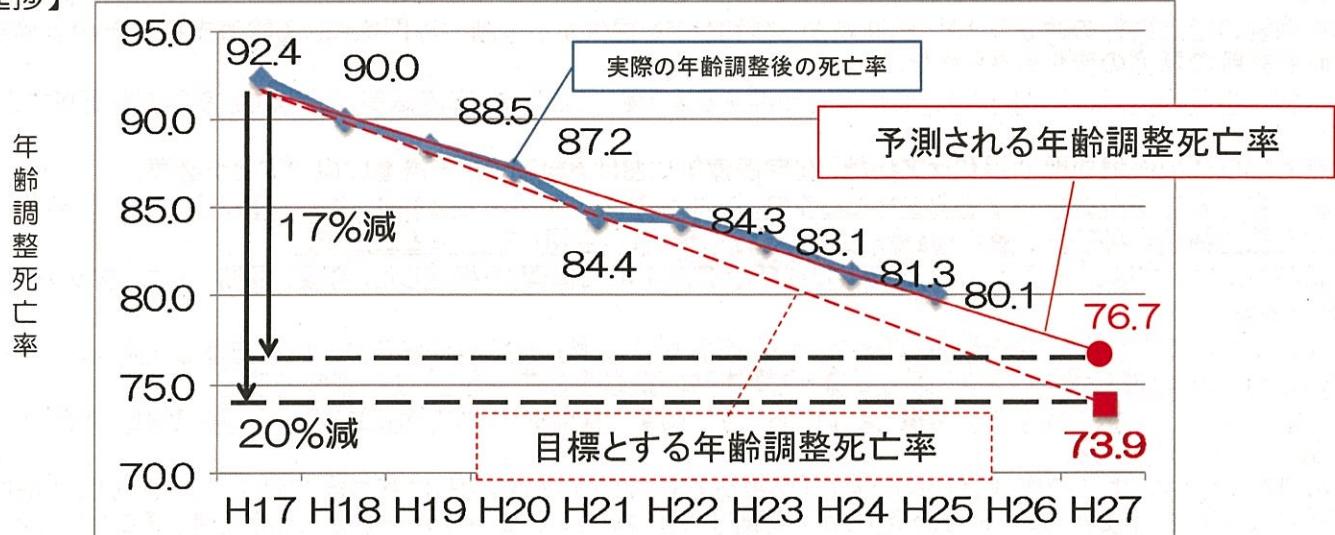
全体目標（がんによる死亡者の減少）に対する進捗状況

【目標】がんによる死亡者数の減少

(10年間でがんの年齢調整死亡率(加齢による死亡率の変化を補正)

(75歳未満)の20%減少)

【進捗】



目標に対して減少傾向が鈍化

がん対策を加速するための新たなプランの策定について

がんサミット開催（平成27年6月1日）

～安倍総理大臣の挨拶より～

本日、私から、厚生労働大臣に対し、「がん対策加速化プラン」を年内を目途に策定し、取組の一層の強化を図るよう指示いたします。このプランは、厚生労働省だけでなく、関係する多くの方々と政府が一丸となって実施するものです。

～塩崎厚生労働大臣の挨拶より～

[がん対策を加速するための3つの柱となる考え方]

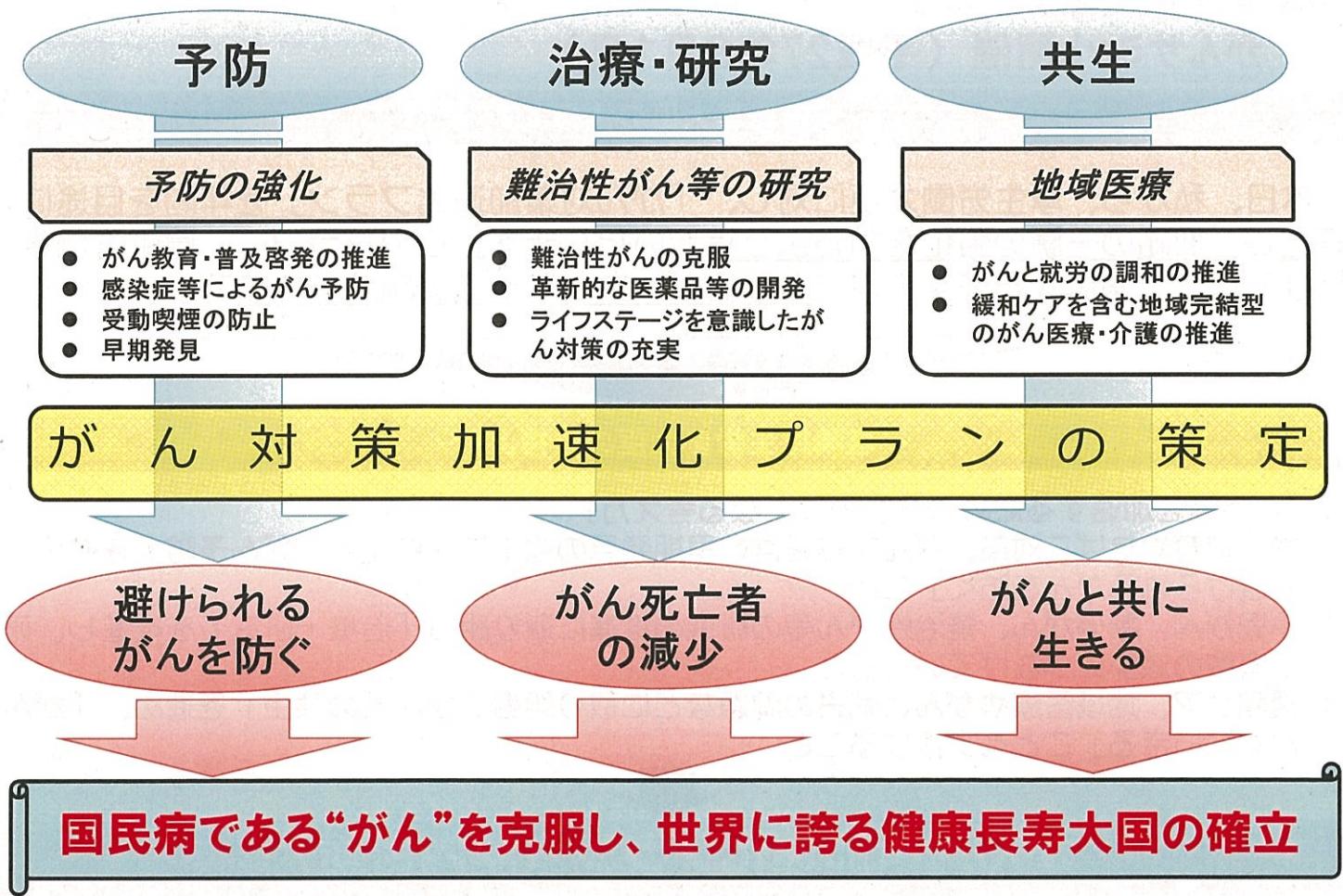
- ① がん教育やたばこ対策、がん検診を含む早期発見の強化に取り組む「がん予防」を進め、「避けられるがんを防ぐ」こと
- ② 小児がん、希少がん、難治性がん等の研究の推進に取り組む「治療・研究」を推進し、死亡者数の減少につなげていくこと
- ③ 緩和ケア、地域医療やがんと就労の問題などに取り組む「がんとの共生」を進め、「がんと共にいきる」ことを支援すること

がん対策加速化プラン（年内目途）

わが国のがん対策の歩みについて

法律	がん対策推進基本計画	研究戦略
平成18年6月 がん対策基本法成立		昭和59年4月 対がん10ヵ年総合戦略
平成19年4月 がん対策基本法施行	平成19年6月 がん対策推進基本計画 閣議決定	平成6年4月 がん克服新10か年戦略
平成25年12月 がん登録推進法成立	平成24年6月 第2期がん対策推進基本計画 閣議決定	平成16年4月 第3次対がん10か年総合戦略
	平成27年6月 がん対策推進基本計画 中間評価	平成26年4月 がん研究10か年戦略
がん対	策加速化	プラン
平成28年6月頃 がん対策基本法 改正(P) <議連で検討の動き>	平成29年6月頃 第3期がん対策推進基本計画 閣議決定	

「がん対策加速化プラン」の3本の柱



がんの予防・早期発見

- ① がんの早期発見
- ② がん教育・普及啓発
- ③ たばこ対策の推進
- ④ 感染症等によるがん予防

がん対策推進基本計画の「がんの早期発見」に関する記載(概要)

(現状)

- ・がん検診受診率向上を目標に掲げて、さまざまな取組を行ってきたが、依然として受診率が低い。
- ・対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっているとの報告もある。
- ・国の指針に準拠しないがん検診を実施している市町村の数は1000を超える。
- ・精度管理を適切に実施している市町村数が依然として少ない。
- ・職域や個人でがん検診を受ける者もいるが、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがない。
等

(取り組むべき施策)

- ・職域のがん検診や個人で受診するがん検診等を含めた検診実態のより正確な分析。
- ・科学的根拠のあるがん検診の方法等についての検討。
- ・職域のがん検診について、科学的根拠のあるがん検診の実施を促す普及啓発。
- ・都道府県によるがん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組の検討。
- ・受診者の不安軽減。
- ・検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策の検討。
- ・がん検診の意義等の普及啓発活動の推進。
等

(個別目標)

- ・全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施。
- ・5年以内に受診率50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成。
- ・がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診を実施。
等

13 等

がんの早期発見に関する施策の進捗

昭和58年2月	老人保健法施行(胃がん・子宮がん検診の開始)
昭和62年	がん検診に子宮体部がん・肺がん・乳がん検診を追加
平成4年	がん検診に大腸がん検診を追加
平成10年4月	老人保健法にもとづかない事業と整理 がん検診等に係る経費の一般財源化
平成20年4月	健康増進法上(第19条の2)の健康増進事業としてがん検診を位置づけ
平成21年	がん検診推進事業(子宮頸がん検診、乳がん検診)を開始
平成23年	がん検診推進事業に大腸がん検診を追加
平成24年5月～	がん検診のあり方に関する検討会
平成24年6月	第二期 がん対策推進基本計画策定 「5年以内に受診率50%(胃、肺、大腸は当面40%)を達成。」
平成25年3月	がん検診のあり方に関する検討会中間報告書 ～子宮頸がん検診の検診項目等について～
平成25年8月	がん検診のあり方に関する検討会中間報告書 ～がん検診の精度管理・事業評価及び受診率向上施策のあり方について～
平成27年夏頃	がん検診のあり方に関する検討会中間報告書(とりまとめ予定) ～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について～

14

市町村のがん検診の項目について

厚生労働省においては、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（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）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進。

指針で定めるがん検診の内容

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診及び胃部エックス線検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
肺がん検診	質問(問診)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上	年1回
乳がん検診	問診、視診、触診及び乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	40歳以上	2年に1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回

15

がん検診のあり方に関する検討会

【趣旨】

がん検診は健康増進法に基づく市町村の事業として行われている。がん検診の実施については「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（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）を定め、市町村による科学的根拠に基づくがん検診を推進しているところである。

本検討会においては、国内外の知見を収集し、科学的根拠のあるがん検診の方法等について検討することとする。

【構成員】（平成26年9月～）

井上	真奈美	国立大学法人東京大学大学院医学研究科特任教授
○ 大内	憲明	国立大学法人東北大学大学院医学系研究科外科病態学講座腫瘍外科学分野教授
菅野	匡彦	東京都八王子市総合経営部経営計画第一課課長
斎藤	博	国立研究開発法人国立がん研究センター がん予防・検診研究センター検診研究部部長
祖父江	友孝	国立大学法人大阪大学医学系研究科環境医学教授
福田	敬	国立保健医療科学院統括研究官
松田	一夫	公益財団法人福井県健康管理協会副理事長
道永	麻里	公益社団法人日本医師会常任理事

（五十音順・敬称略 ○は座長）

【設置】平成24年5月

【検討状況】

平成24年度は4回開催して主に子宮頸がんの検診項目について検討し、2月に報告書をとりまとめた。

平成25年度は4回開催して受診率向上施策や精度管理について検討し、8月に報告書をとりまとめた。

平成26年度は4回開催し、乳がん検診や胃がん検診の検診項目等について検討した。

平成27年度はこれまで3回開催し、前年度に引き続き、乳がん検診や胃がん検診の検診項目等についての検討を行い、中間報告書のとりまとめを行う予定。

16

がん検診のあり方に関する検討会中間報告書(案) ～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について(抜粋)～

第15回検討会(平成27年7月30日)において、下記のように中間報告書の取りまとめを行うことで了承された。

【乳がん検診について】

○検診方法

- ・マンモグラフィによる検診を原則とする。
- ・視触診については推奨しない。
仮に視触診を実施する場合は、マンモグラフィと併用する。
- ・超音波検査については、死亡率減少効果や検診の実施体制等について、引き続き検証していく必要がある。

○対象年齢は40歳以上

○検診間隔は2年に1度

【胃がん検診について】

○検診方法

- ・胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査とする。
- ・ペプシノゲン検査及びヘリコバクター・ピロリ抗体検査については、死亡率減少効果のエビデンスが十分ではないため、引き続き検証を行っていく必要がある。

○対象年齢は50歳以上(※)

○検診間隔は2年に1度(※)

※経過措置について検討中

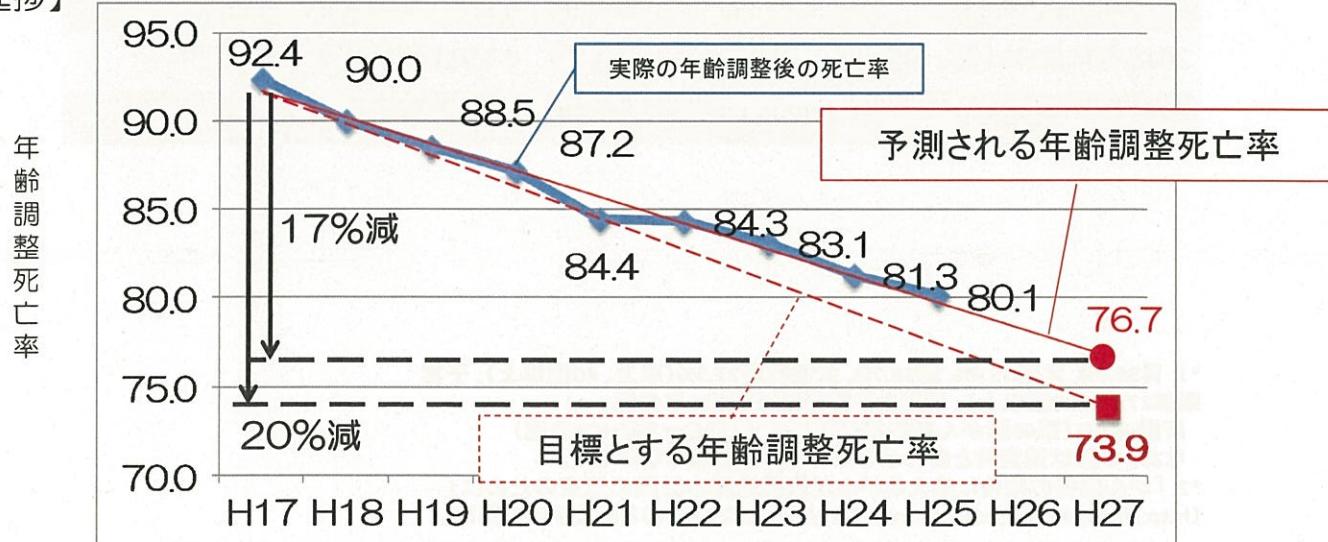
17

全体目標（がんによる死亡者の減少） に対する進捗状況

【目標】がんによる死亡者数の減少

(10年間でがんの年齢調整死亡率(加齢による死亡率の変化を補正)
(75歳未満)の20%減少)

【進捗】



目標に対して減少傾向が鈍化

18

対策の達成度の検討

- がん対策推進基本計画策定時の20%減の内訳¹

自然減： 10%

喫煙率半減： 1.6%

がん検診受診率50%達成： 4.0%

がん医療の均てん化： 4.7%

約10%

合計20%

- 策定時の算定根拠

喫煙率： 喫煙率を10年後半減した場合の男性肺がん死亡率減少(6.4%減)を他の部位に外挿

受診率： がん検診受診者の非受診者に対する死亡率減少の大きさ

(胃59%減、大腸60%減、肺28%減、女性乳房19%減、子宮頸部78%減、肝臓36%減)を受診率50%に適用(5年のラグタイム)

均てん化： 大阪府の高い生存率の病院群の生存率を全患者に適用した場合の死亡率減少効果(5年のラグタイム)

1. がん患者の期待に応えるがん対策推進基本計画の策定のために(<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>)

がん検診による「4.0%減」の達成度

がん検診受診率	全がん死亡率 減少率
2015年に50%	4.0%減 ←2007年策定時の目標
2015年に50%(胃、大腸、肺は40%)	3.1%減 ←2012年改定時の目標 ^{*2}
2013年国民生活基礎調査受診率 ^{*1}	2.5%減 ←現時点での見込み ^{*2}

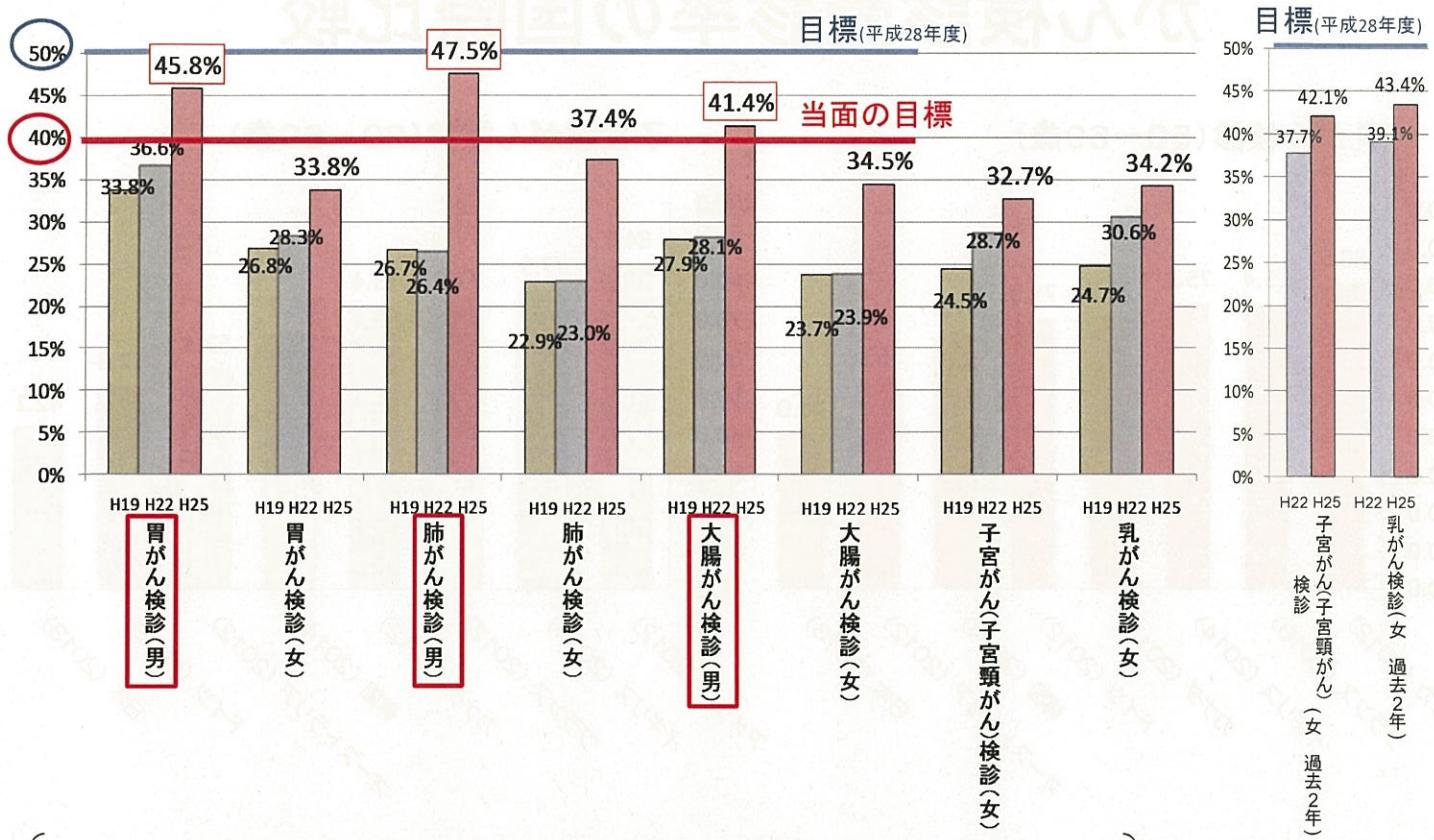
*1. 胃36.7%, 大腸35.4%, 肺38.7%, 女性乳房27.5%(以上、40歳以上), 子宮頸部27.5%(20歳以上)。乳房と子宮頸部は過去1年の値。

肝臓48.0%(第49回がん対策推進協議会資料2-2のHCVの値)

なお、年齢は策定時と合わせるために上限を設けなかった。

*2. 「がん患者の期待に応えるがん対策推進基本計画の策定のために」(<http://ganjoho.jp/public/news/2007/20070927.html>)と同じ手法で算出。

がん検診の受診率の推移

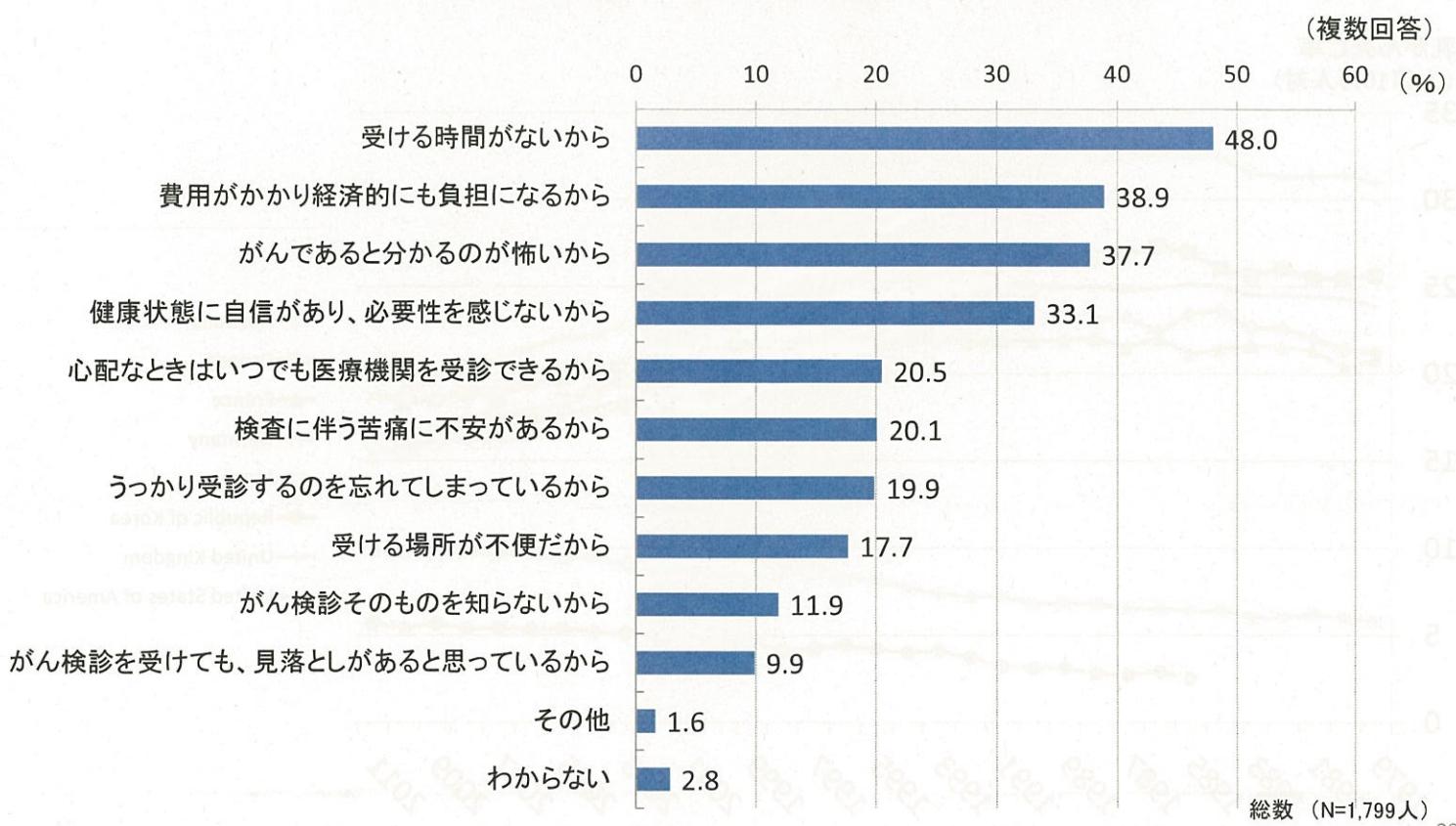


- 胃がん、肺がん、乳がん、大腸がんは40歳～69歳、子宮がん(子宮頸がん)は20歳～69歳。
- 健診等(健康診断、健康診査及び人間ドック)の中で受診したものも含む。

※がん対策推進基本計画(平成24年6月閣議決定)及び健康日本21(第二次)(平成25年4月1日開始)

出典:国民生活基礎調査 21

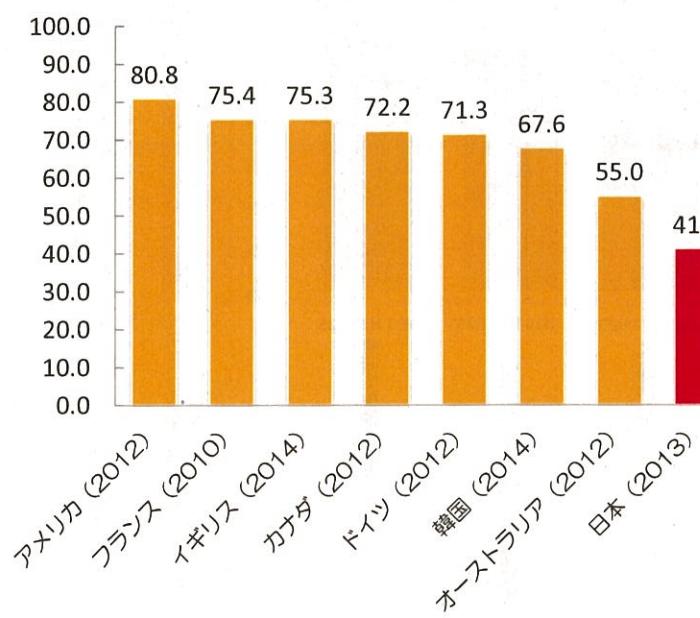
がん検診未受診の理由



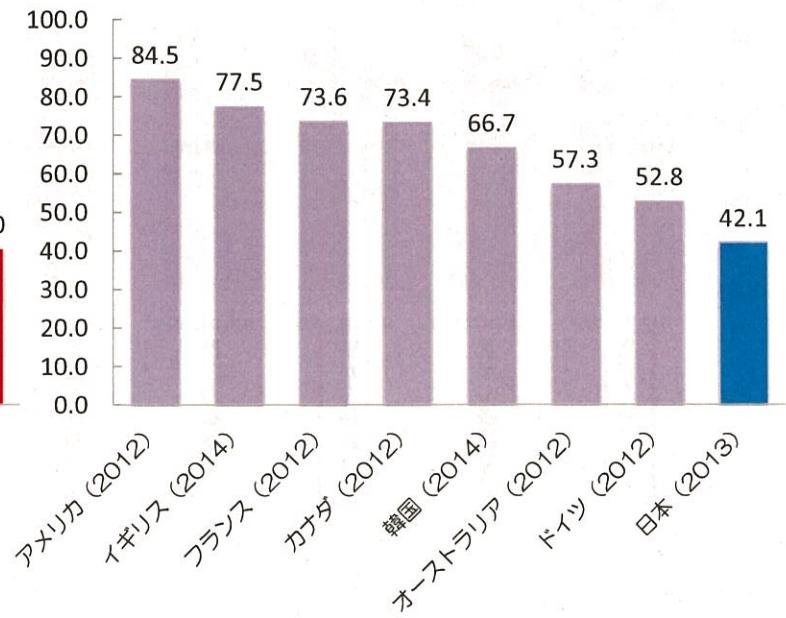
出典:平成26年11月がん対策に関する世論調査(内閣府大臣官房政府広報室) 22

がん検診受診率の国際比較

乳がん検診(50~69歳)



子宮頸がん検診(20~69歳)

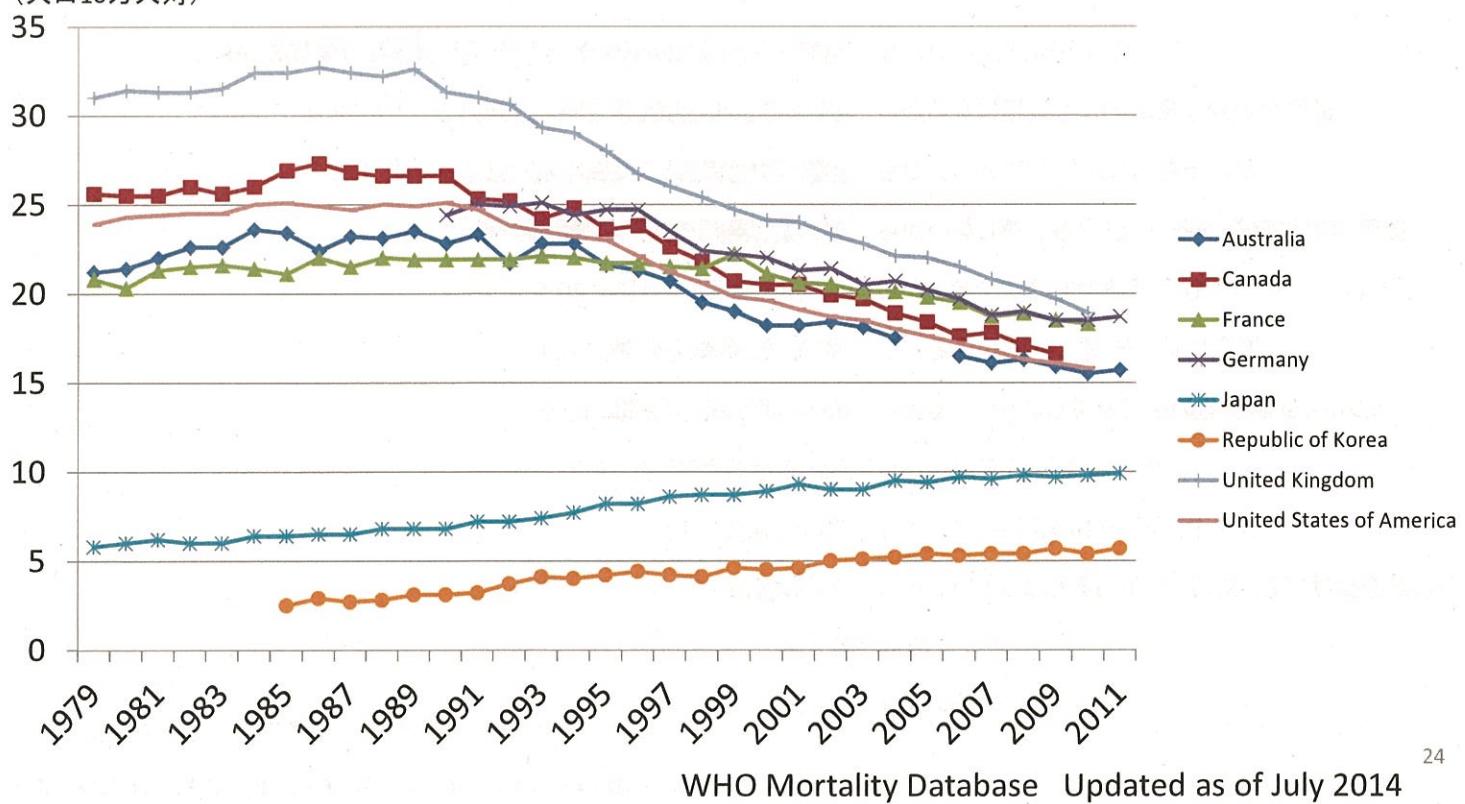


23

出典：OECD Health Statistics 2015

乳がん年齢調整死亡率(女性)推移:国際比較

乳がん死亡率
(人口10万人対)

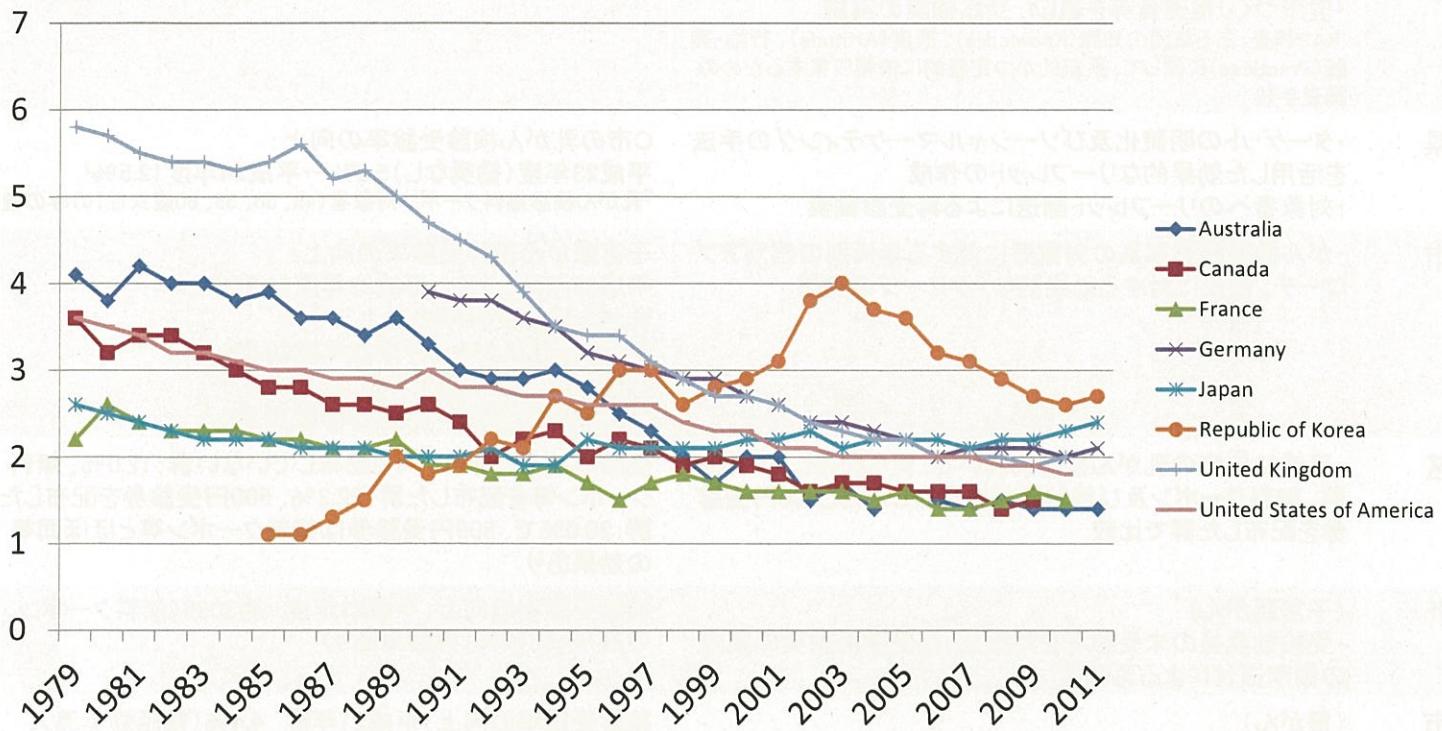


24

WHO Mortality Database Updated as of July 2014

子宮頸がん年齢調整死亡率(女性)推移:国際比較

子宮頸がん死亡率
(人口10万人対)



WHO Mortality Database Updated as of July 2014

25

がん検診に関する推進事業

趣旨

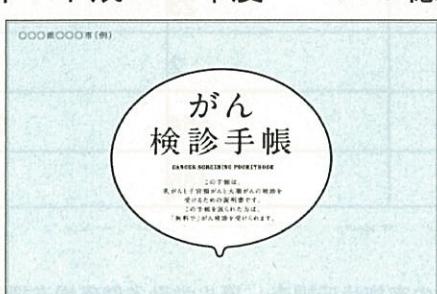
一定の年齢に達した対象者に対し、検診のクーポン券や検診手帳の配布等を実施することにより、検診受診率の向上を図るもの

- 子宮頸がん・乳がん検診：平成21年度から開始
- 大腸がん検診：平成23年度から開始（平成27年度終了予定）

-新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業-（平成27年度～）

- 子宮頸がん、乳がん検診のクーポン券配布、検診費用の自己負担分助成、受診勧奨
- 子宮頸がん、乳がん、大腸がん、胃がん、肺がんの要精密検査と判断された者に対する受診勧奨

○予算：平成27年度 25億円



26

がん検診の受診率向上に係る好事例について

自治体	方法	成果
A市	<ul style="list-style-type: none"> KAP調査¹の結果やソーシャルマーケティングの手法を活用した対象特性別のパンフレットの作成・送付 健康づくり推進員等を通じた受診勧奨の実施 <p>¹KAP調査：ある集団の知識(Knowledge)、態度(Attitude)、行動・実践(Practices)に関して、系統的かつ定量的に情報収集するための調査手法</p>	特定健診及びがん検診受診率の向上： 平成20年度以降連続増加
B県	<ul style="list-style-type: none"> ターゲットの明確化及びソーシャルマーケティングの手法を活用した効果的なリーフレットの作成 対象者へのリーフレット郵送による再受診勧奨 	C市の乳がん検診受診率の向上： 平成23年度(勧奨なし)5.8%→平成24年度12.5% ²
D市	<ul style="list-style-type: none"> がん検診推進事業の対象者に対する年代別の個別アプローチ、住民に対する効果的なメッセージの発信 	子宮頸がん検診受診率の向上： 平成22年度5.2%→平成23年度23.2% 乳がん検診受診率の向上： 平成22年度4.5%→平成23年度20.8% 大腸がん検診受診率の向上： 平成22年度3.1%→平成23年度15.3%
E区	<ul style="list-style-type: none"> 平成23年度の乳がん検診において、何も配布していない群、無料クーポン及び検診手帳を配布した群、500円受診券を配布した群で比較 	受診率はそれぞれ、何も配布していない群:12.0%、無料クーポン等を配布した群:22.2%、500円受診券を配布した群:20.0%で、500円受診券は無料クーポン等とほぼ同等の効果あり
F市	(子宮頸がん) <ul style="list-style-type: none"> 受診勧奨後の未受診者を対象とした受診再勧奨の案内の個別送付による再勧奨 	検診受診率の向上：平成21年度 約30%(無料クーポンのみ)→約40%(再勧奨あり)
G市	(胃がん) <ul style="list-style-type: none"> 過去検診未受診者を対象に電話で勧奨 	検診受診率の向上：平成21年度 4.4%(電話勧奨導入前)→平成22年度7.6%→平成23年度8.8%

出典：平成25年度 地域保健総合推進事業 特定健診・がん検診受診率向上に役立つ好事例集、第5回がん検診のあり方に関する検討会(平成25年5月15日)資料

27

国の指針以外の市区町村がん検診の実施状況①

胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診、乳がん検診、子宮頸がん検診の実施状況

	実施市区町村数	国の中止以外の検診項目	集団検診・個別検診のいずれかでも実施している市区町村 (複数選択)	
			市区町村数	(%)
胃がん検診	1734	胃内視鏡検査	353	20.4%
		ペプシノゲン法	104	6.0%
		ヘリコバクター・ピロリ抗体検査	107	6.2%
肺がん検診	1713	胸部CT	218	12.7%
大腸がん検診	1737	大腸内視鏡検査	28	1.6%
		S状結腸鏡検査	23	1.3%
		注腸エックス線検査	2	0.1%
乳がん検診	1738	超音波検査(エコー)	554	31.9%
子宮頸がん検診	1738	HPV検査	165	9.5%

国の指針以外の市区町村がん検診の実施状況②

① 胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん以外のがんの検診の実施状況

	市区町村数	(%)
実施している	1477	85.0%
実施していない	250	14.4%
未回答	11	0.6%
合計	1738	

*実施していないまたは未回答の市区町村においても、②でいずれかの検診を実施していると回答があった場合、ここでは「実施」とみなして集計した。

② 実施しているがんの検診

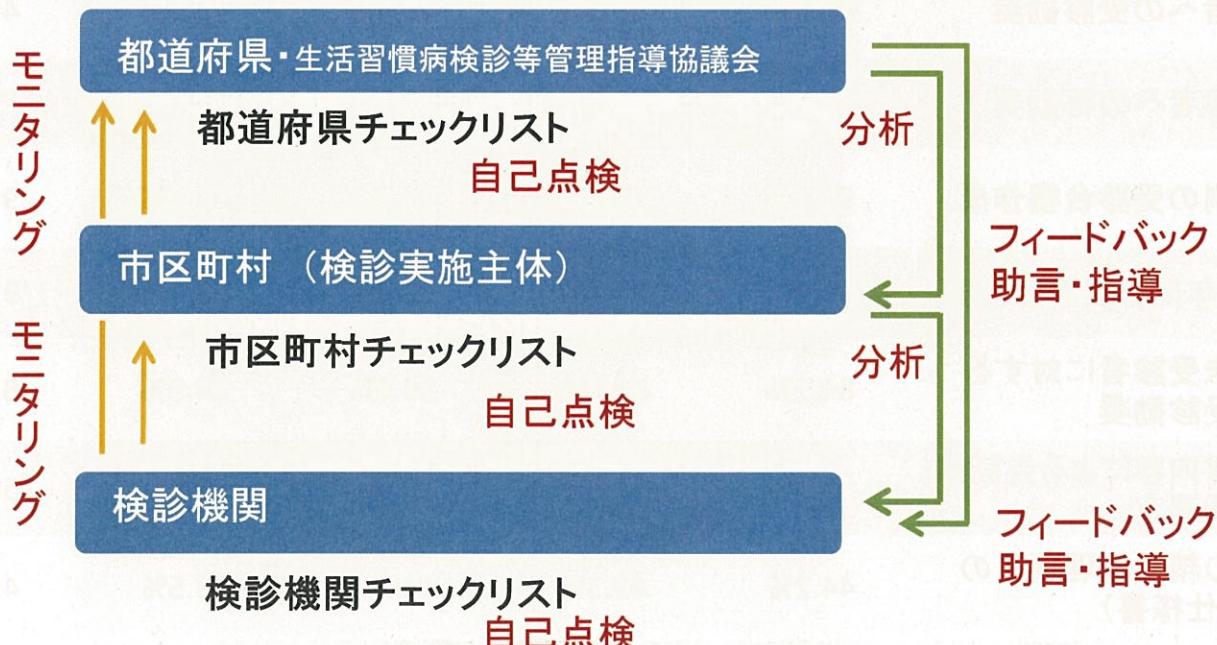
	市区町村数	(%)
前立腺がんの検診(PSA検査)	1355	91.7%
PSA検査以外の前立腺がんの検診	5	0.3%
肝臓がんの検診(エコー)	138	9.3%
エコー以外の肝臓がんの検診	36	2.4%
子宮体がんの検診(子宮体部の細胞診)	534	36.2%
細胞診以外の子宮体がんの検診	0	0.0%
卵巣がんの検診(エコー)	84	5.7%
エコー以外の卵巣がんの検診	1	0.1%
甲状腺がんの検診(エコー)	36	2.4%
エコー以外の甲状腺がんの検診	42	2.8%
口腔がんの検診	54	3.7%
喉頭がん、咽頭がんの検診	17	1.2%
皮膚がんの検診	2	0.1%
その他のがん種の検診	29	2.0%
未回答	7	0.5%
合計	1477	

平成27年度「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」 厚生労働省健康増進課調べ

29

がん検診の精度管理の手法

がん検診の実施主体である市町村や検診実施機関が、確実かつ円滑に事業評価及びその結果に基づく改善を行うために、「がん検診推進事業の評価に関する委員会」において必要な事項を系統的にまとめた「チェックリスト」を作成し、事業評価の参考としている。



【出典】第10回がん検診のあり方に関する検討会 斎藤構成員提出資料を一部改変

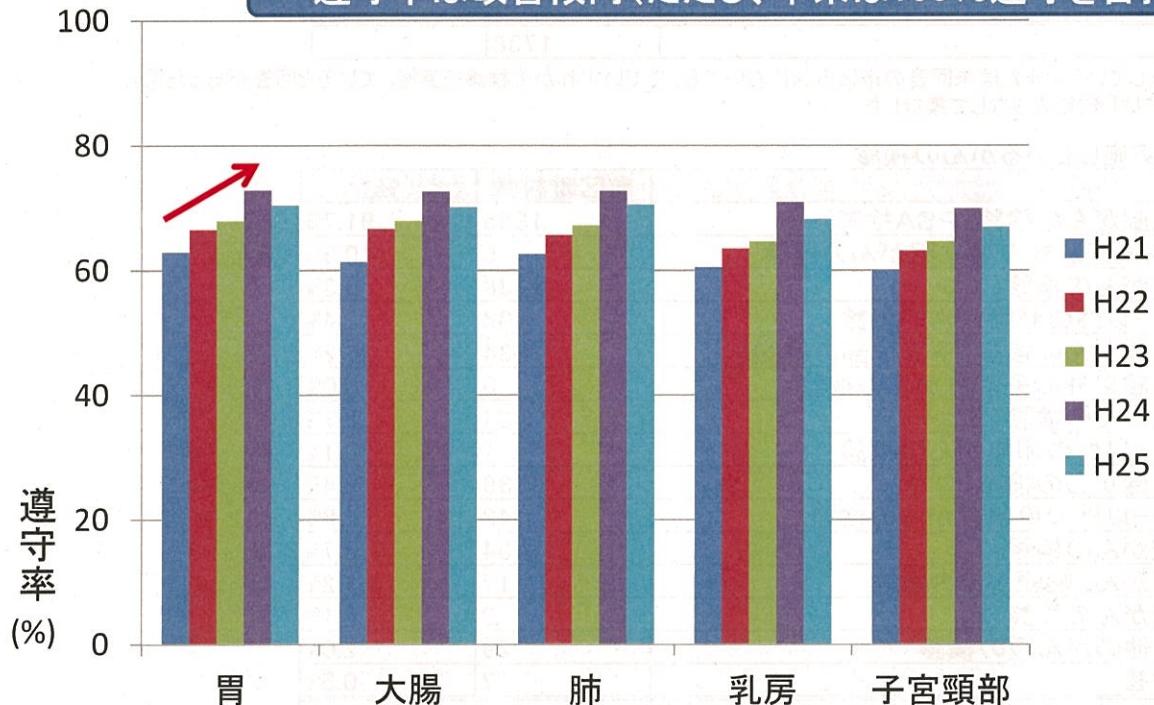
30

チェックリスト遵守率の推移

【調査対象】全市区町村(約1700)

【回収率】71~84%

遵守率は改善傾向(ただし、本来は100%遵守を目指すべき)



【出典】国立がん研究センターがん対策情報センター「がん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

31

市区町村におけるチェックリストの主な項目の実施率

チェックリスト項目	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
住民台帳に基づいた網羅的な対象者名簿作成	87.3%	87.5%	87.6%	87.7%	87.4%
対象者への受診勧奨	48.4%	49.3%	48.4%	48.5%	49.3%
未受診者への再勧奨	5.9%	5.7%	5.6%	5.1%	5.7%
個人別の受診台帳作成	91.7%	91.4%	91.5%	91.9%	91.4%
過去3年間の受診歴記録	93.2%	92.8%	92.4%	93.1%	92.8%
精検未受診者に対する精検受診勧奨	84.1%	83.4%	84.5%	84.9%	85.5%
仕様書内容による委託検診機関選定	60.1%	57.3%	59.0%	58.9%	58.7%
必須の精度管理項目の記載(仕様書)	44.2%	42.3%	44.2%	43.5%	43.9%

(出典)平成26年度「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」結果報告

32

がん検診の受診者数(H25年度)の比較

	市区町村 (平成25年度)	全国健康保険協会 (平成25年度)
胃	236万人 (40~69歳)	一般健診受診者
肺	396万人 (40~69歳)	552万人 (40~74歳)
大腸	478万人 (40~69歳)	※一般健診項目に胃部レントゲン、胸部レントゲン、便潜血反応が含まれている。医学的理由などでがん検診を受けなかった者も一部含まれる。
乳	207万人 (40~69歳)	44万人 (40~74歳)
子宮頸	393万人 (20~69歳)	64万人 (20~74歳)

出典 市区町村:平成25年度地域保健・健康増進事業報告
全国健康保険協会:全国健康保険協会 平成25年度事業報告書

33



がん対策推進企業等連携事業



- 事務局:業務委託 (<http://www.gankenshin50.go.jp>)
- 推進パートナー企業: 1,714社・団体 (平成27年9月14日現在)
- 事業内容

- ・企業、団体の連携の推進
- ・コンテンツ作成、Web運営などによる情報発信の推進
- ・事業者向け説明会等による意識啓発
- ・職域等におけるがん検診受診促進に関する現状及び課題の把握
- ・就労支援に関する現状及び課題の把握
- ・シンポジウム開催による推進パートナーとの認識共有 等

○ 推進パートナーの役割

社内における普及啓発活動	社内における活動・情報発信	事業的な価値・社会的な価値の創出
<ul style="list-style-type: none"> ■従業員への呼びかけ、がん検診に対する意識を啓発する活動 ■ポスター、小冊子、パンフレット等、啓発ツールの配付 	<ul style="list-style-type: none"> ■社内における勉強会の開催 ■社内報やホームページでがん検診に対する情報の提示 ■職域におけるがん検診実施状況の把握と報告 	<ul style="list-style-type: none"> ■顧客へのがん検診に関する主体的な情報の提供 ■企業方針、グループ方針としての打ち出し ■ステークホルダーに対してのがん検診の大切さの啓発



34

地域包括診療料

B001-2-9 地域包括診療料(月1回) 1,503点

主な算定要件は下記のとおり。

(告示)

診療所・許可病床数200床未満の病院で、脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2以上の疾患有する患者に指導・診療した場合に月1回に限り算定。(以下、省略)

(通知)

(1) 地域包括診療料は、外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価したものであり、初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない。なお、地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することができる。

(2) 地域包括診療料の対象患者は、高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上(疑いは除く)を有する者である。なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能である。

(3) 当該患者を診療する担当医を決める。担当医は、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師とし、担当医により指導及び診療を行った場合に当該診療料を算定する。ただし、平成27年3月31日までは適切な研修を修了したものとみなす。

(中略)

(6) 健康相談を行っている。また、**健康診断や検診の受診勧奨**を行い、その結果等を診療録に記載するとともに、患者に提供し、評価結果をもとに患者の健康状態を管理する。

35

がんの予防・早期発見

- ① がんの早期発見
- ② がん教育・普及啓発
- ③ たばこ対策の推進
- ④ 感染症等によるがん予防

がん対策推進基本計画の「がんの教育・普及啓発」に関する記載(概要)

(現状)

- ・がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育が不十分。
- ・患者を含めた国民に対するさまざまがんの普及啓発が行われているが、がん検診の受診率が低いなどがんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。
- ・職域でのがんの普及啓発、がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治験に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等の問題も明らかになりつつある。

(取り組むべき施策)

- ・健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討する。
- ・対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。
- ・国や地方公共団体は引き続き、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。
- ・国や地方公共団体は引き続き、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化するとともに、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援する。

(個別目標)

- ・5年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目指とする。
- ・国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。
- ・患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者の家族自身も心身のケアが必要であること等を学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

37 等

学校におけるがん教育の在り方について(報告)概要

(平成27年3月)

1. 学校におけるがん教育を取り巻く状況

- ・がんは重要な課題であり、健康に関する国民の基礎的教養として身に付けておくべきものとなりつつある。
- ・がん対策推進基本計画で、5年以内に、「がん」教育をどのようにすべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施が目標とされている。
- ・国において、モデル事業を実施するとともに、有識者による検討会を設置し、今後のがん教育の推進に向けて検討。

2. 学校におけるがん教育の基本的な考え方

(1)がん教育の定義

健康教育の一環として、がんについての正しい理解と、がんと向き合う人々に対する共感的な理解を深めることを通して、自他の健康と命の大切さについて学び、共に生きる社会づくりに寄与する資質や能力の育成を図る。

(2)がん教育の目標

- ①がんについて正しく理解することができるようとする
- ②健康と命の大切さについて主体的に考えることができるようとする

(3)がん教育の具体的な内容

ア	がんとは (がんの要因等)	カ	がんの治療法
イ	がんの種類とその経過	キ	がん治療における緩和ケア
ウ	我が国のがんの状況	ク	がん患者の生活の質
エ	がんの予防	ケ	がん患者への理解と共生
オ	がんの早期発見・がん検診		

(4)留意点

- ①学校教育活動全体での推進
- ②発達の段階を踏まえた指導
- ③外部講師の参加・協力など関係諸機関との連携
- ④がん教育で配慮が必要な事項

3. 今後の検討課題

平成29年度以降全国に展開することを目指し、以下のことで検討。

(1)がんに関する教材や指導参考資料の作成

映像を含めたわかりやすい教材等の開発とその活用方法等が示された指導参考資料の作成が重要。

(2)外部講師の確保等

がんという専門性の高さに鑑みて、専門機関等との連携を進めるなど、がんの専門家の確保が重要。

(3)研修

管理職を含む教職員に対する研修と、医療関係者やがん経験者等の外部指導者に対する研修について、研修プログラムの作成と研修体制の整備を検討。

(4)がん教育の評価について

教育効果を確認するための児童生徒を対象とする評価と、事業の適切さを確認するための学校や教育委員会と事業の企画や実施等を対象とする評価が必要。

(5)教育課程上の位置付け

中央教育審議会における教育課程の在り方に関する議論において、健康教育の在り方全体の議論の中で検討。

38

がんの教育総合支援事業

(前年度予算額：15,597千円)
27年度予算額：15,868千円

背景

- 平成24年度から平成28年度までの5年間を対象とした新たな「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負ることのない社会」を目指すこととしている。
- 学校における健康教育の中でも、国民の二人に一人がかかる「がん」は重要な課題であり、国民の健康に関する基礎的な教養として必要不可欠。

課題

- 様々な形で患者を含めた国民に対するがんの普及啓発が行われているが、がんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。(がん検診の受診率は20%～30%で推移)
- 健康については、子供の頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であるとの指摘。

学校での教育の在り方を含め、健康教育全体の中で「がん教育」を推進する必要性

課題解決のための事業概要

◆検討会の設置

有識者からなる「がん教育」の在り方に関する検討会を設置し、各都道府県で行っている先進事例の分析・調査等を行い、全国に展開させるための検討等を行う。
※H27はワーキングを設置し、教材の開発を行う。

相互に連携

◆事業の実施 (21道府県市)

地域の実情を踏まえた事業の実施
 ・がんの教育に係る外部講師派遣
 ・がんの教育に係る保護者・地域との連携
 ・がんの教育に係る研修会の開催
 ・がんに関する教育教材の作成・印刷・配布
 ・地域全体に広めるための取組
 ・その他 特色あるがんの教育に関する取組

成果

- 学校教育全体の中で、がんの教育を推進することにより、がんに対する正しい理解とがん患者に対する正しい認識及び命の大切さに対する理解の深化
- 自らの健康を適切に管理するとともに、がん予防や早期発見につながる行動変容を促す。

○「がん教育」に関する政府と文部科学省のスケジュール

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
政 府	がん対策推進基本計画(平成24年6月策定)【平成24年度～平成28年度までの5年間】 ○がんの教育・普及啓発 5年以内に、学校での教育の在り方を含め、健康教育全体の中で「がん教育」をどのようにすべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする				
文 部 科 学 省	「がんに関する検討委員会」 日本学校保健会主催 (文部科学省補助金) ○有識者からなる検討会を設置し学校における「がん教育」の在り方について検討	「がん教育」の在り方に関する検討会 文部科学省主催 ○1年目 ・「がん教育」の基本方針について検討 ※フレームワークの検討			○2年目 ・「がん教育」に必要な教材等の開発 ・外部人材の活用方法等について検討 ※「がん教育」推進のための準備期間
		○モデル事業の実施 期待される成果 ・教育委員会等によるがんの教育用教材の作成 ・専門医等の講師派遣 ・教職員用研修会の開催 など	○1年目 希望地域において、事業を実施。	○2年目 基本方針を基に1年目の実施地域を中心に、地域を絞って実施。	○3年目 事業の課題の改善、教材等を活用して実施。

学習指導要領改訂の必要性について検討

がんの予防・早期発見

- ① がんの早期発見
- ② がん教育・普及啓発
- ③ たばこ対策の推進
- ④ 感染症等によるがん予防

41

がん対策推進基本計画の「たばこ対策」に関する記載(概要)

(現状)

- ・ 平成17(2005)年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、たばこ製品への注意文言の表示強化、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の通知の発出等対策を行ってきた。また、平成22(2010)年10月には、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するという考え方の下、1本あたり3.5円のたばこ税率の引上げを行った。
- ・ こうした取組により、成人の喫煙率は減少したところであるが、男性の喫煙率は諸外国と比較すると依然高い水準である。
- ・ 受動喫煙の機会を有する者の割合については、行政機関は16.9%(平成20(2008)年)、医療機関は13.3%(平成20(2008)年)となっている。家庭で日常的に受動喫煙の機会を有する者の割合は10.7%(平成22(2010)年)、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は50.1%(平成22(2010)年)となっている。職場の受動喫煙に対する取組の遅れが指摘されている。

等

(取り組むべき施策)

- ・ 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の一層の推進、禁煙希望者に対する禁煙支援。
- ・ 職場の受動喫煙防止対策を強化。家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊娠中の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

等

(個別目標)

- ・ 平成34(2022)年度までに、成人喫煙率を12%にし、未成年者の喫煙をなくす。
- ・ 行政機関及び医療機関は平成34(2022)年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を0%、職場については、平成32(2020)年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、平成34(2022)年度までに家庭は3%、飲食店は15%とすることを目標とする。

等

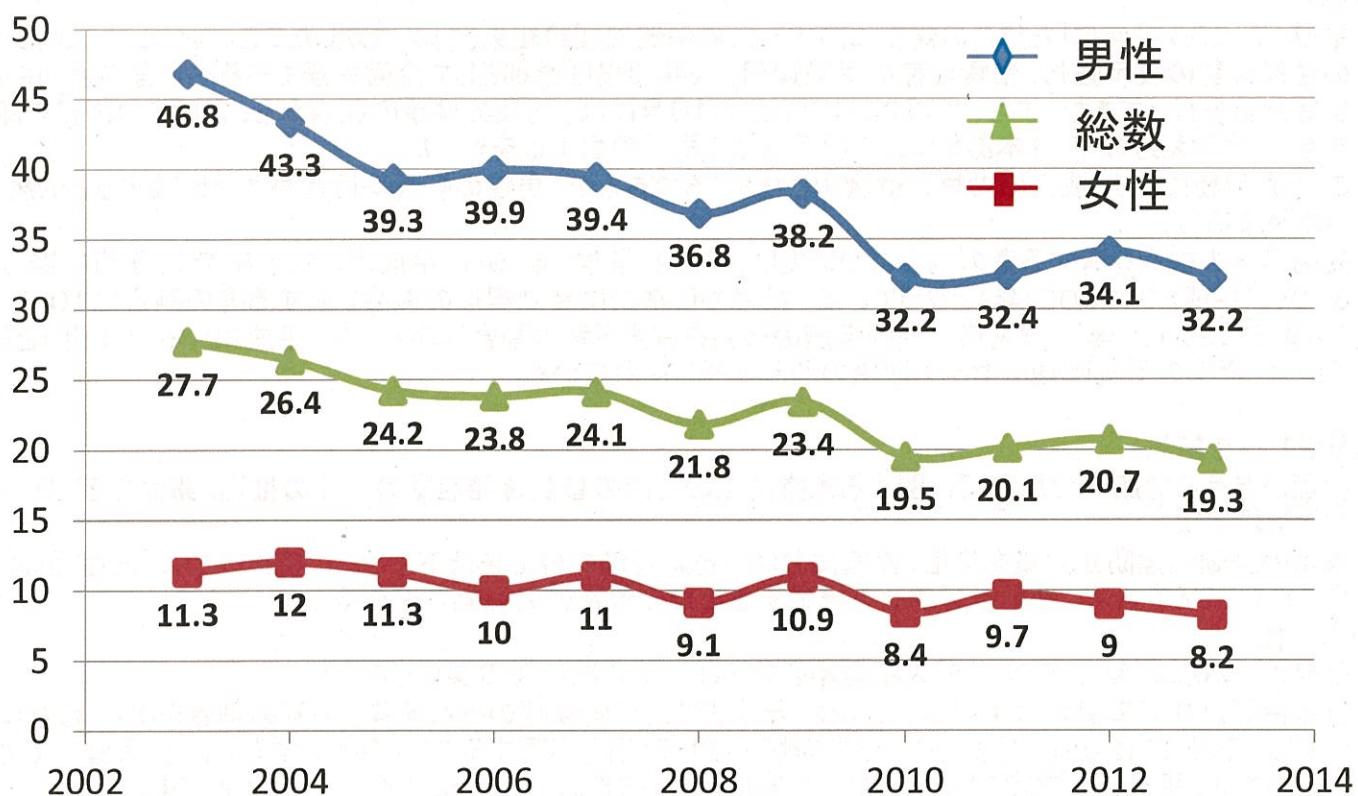
健康日本21(第二次) タバコに関する目標設定

項目	現状	目標
①成人の喫煙率の減少 (喫煙をやめたい人がやめる)	19.5% (H22年)	12% (H34年度) ※現在の成人の喫煙率から禁煙希望者が禁煙した場合の割合を減じたものを設定
②未成年の喫煙をなくす	中学1年生 男子 1.6% 女子 0.9% 高校3年生 男子 8.6% 女子 3.8%	(H22年) 0% (H34年度)
③妊娠中の喫煙をなくす	5.0% (H22年)	0% (H26年)
④受動喫煙の機会を有する 者の割合の減少	行政機関 16.9% (H20年) 医療機関 13.3% (H20年) 職場 64% (H23年) 家庭 10.7% (H22年) 飲食店 50.1% (H22年)	受動喫煙の無い 職場の実現 (H32年) 0% (H34年度) 0% (H34年度) 3% (H34年度) 15% (H34年度)



43

喫煙率(20歳以上)の年次推移

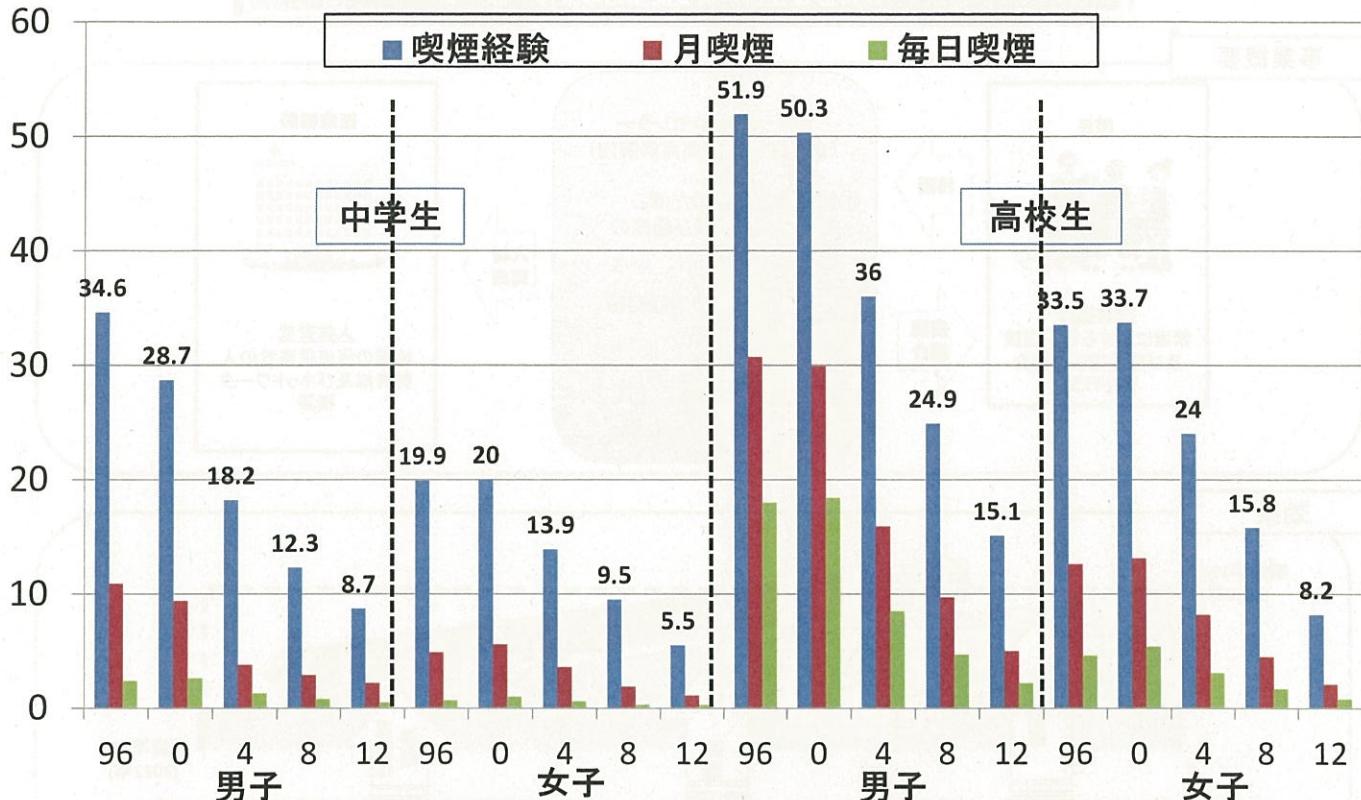


出典:厚生労働省「平成25年国民健康・栄養調査」

44

(%)

中学生・高校生の喫煙者割合の推移



注 1) 調査年は、1996年(96)、2000年(0)、2004年(4)、2008年(8)、2012年(12)。

2) 月喫煙は調査前30日間に1回でも喫煙した者の割合。

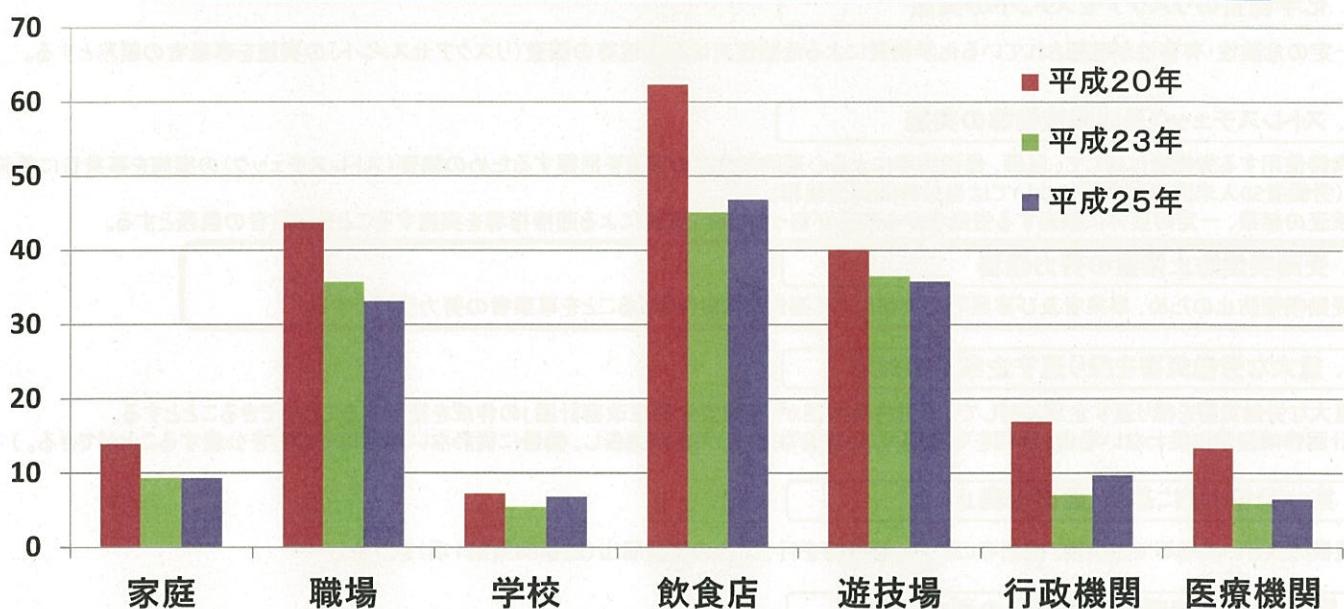
出典：厚生労働科学研究補助金「未成年者の喫煙・飲酒状況に関する実態調査研究」

45

受動喫煙の状況

過去1か月間に、自分以外の人が吸っていたたばこの煙を吸う機会
(受動喫煙)を有する者(現在喫煙者除く)の割合

(%)



- 職場、飲食店等においては、漸減傾向にあるものの、非喫煙者の4割近くが受動喫煙にあっている。
- 行政機関、医療機関等においては、非喫煙者の1割近くが受動喫煙にあっている。

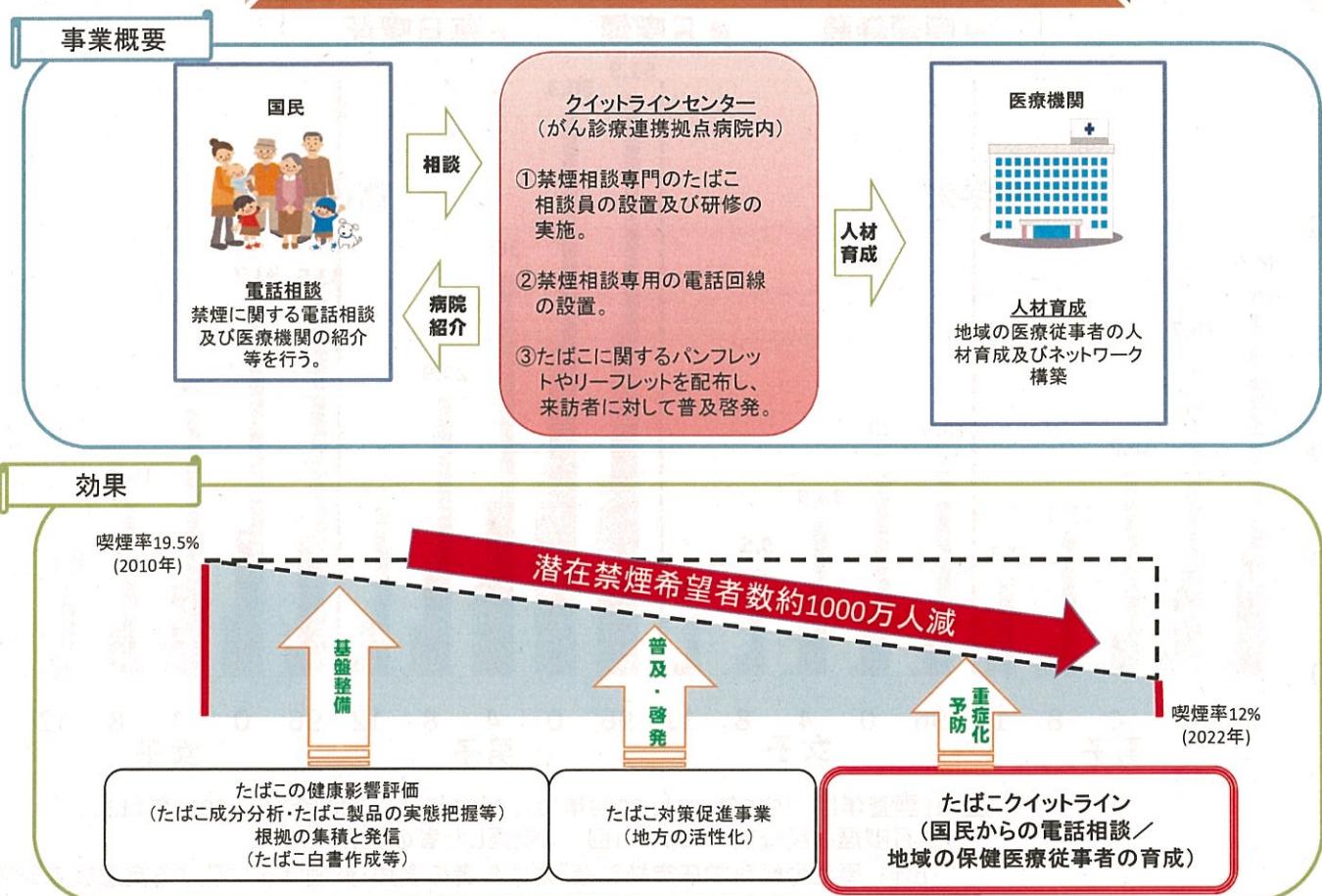
※遊技場: ゲームセンター、パチンコ、競馬場など
行政機関: 市役所、町村役場、公民館など

(参照) 平成20,23,25年 国民・健康栄養調査

46

たばこクイットライン

(がん診療拠点病院機能強化事業の一部)



47

労働安全衛生法の改正（平成26年6月25日公布）の概要

化学物質による健康被害が問題となった胆管がん事案の発生や、精神障害を原因とする労災認定件数の増加など、最近の社会情勢の変化や労働災害の動向に即応し、労働者の安全と健康の確保対策を一層充実するための改正

1. 化学物質のリスクアセスメントの実施

- 一定の危険性・有害性が確認されている化学物質による危険性又は有害性等の調査(リスクアセスメント)の実施を事業者の義務とする。

2. ストレスチェック及び面接指導の実施

- 常時使用する労働者に対して、医師、保健師等による心理的な負担の程度を把握するための検査(ストレスチェック)の実施を事業者に義務付け（労働者50人未満の事業場については当分の間努力義務）
- 検査の結果、一定の要件に該当する労働者から申出があった場合、医師による面接指導を実施することを事業者の義務とする。

3. 受動喫煙防止措置の努力義務

- 受動喫煙防止のため、事業者及び事業場の実情に応じ適切な措置を講じることを事業者の努力義務とする。

4. 重大な労働災害を繰り返す企業への対応

- 重大な労働災害を繰り返す企業に対して、厚生労働大臣が「特別安全衛生改善計画」の作成を指示することができるとする。
(計画作成指示に従わない場合、計画を守っていない場合などに、大臣が勧告し、勧告に従わない場合はその旨を公表することができる。)

5. 第88条第1項に基づく届出の廃止

- 規模の大きい工場等で建設物、機械等の設置、移転等を行う場合の事前届出(法第88条第1項)を廃止。

6. 電動ファン付き呼吸用保護具の型式検定

- 特に粉じん濃度が高くなる作業に従事する際に使用が義務付けられている電動ファン付き呼吸用保護具を型式検定・譲渡制限の対象に追加。

7. 外国に立地する検査機関の登録

- 国際的な動向を踏まえ、ボイラーや、特に危険な機械等の検査・検定を行う機関について、日本国内に事務所のない機関も登録できるとする。

※施行期日: 5, 6は平成26年12月1日、3・4・7は平成27年6月1日、2は平成27年12月1日、1は平成28年6月1日

その他のたばこ対策に関する取組

- 「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】において、健診当日からの喫煙に関する保健指導の内容が強化されたことを踏まえ、「禁煙支援マニュアル(第二版)」を改訂(平成25年4月)。
- 禁煙週間及び世界禁煙デーに、記念シンポジウムの開催及びウェブサイトを活用した情報提供等を実施。
- スマート・ライフ・プロジェクトに参画している企業・団体・自治体と協力・連携し、国民運動として禁煙を推進。
- 地方自治体による未成年者喫煙防止対策を効果的に推進するため、学校保健担当者等を対象とした未成年者の喫煙防止に効果的な教育方法等を指導する講習会等を実施。
- 各都道府県等が行う受動喫煙防止対策に対する講習会等を通じ、地域と連携した受動喫煙防止対策を含むたばこ対策を推進。

等

49

がんの予防・早期発見

- ① がんの早期発見
- ② がん教育・普及啓発
- ③ たばこ対策の推進
- ④ 感染症等によるがん予防

50

感染症等によるがん予防(平成27年6月中間評価報告書より抜粋)

現状と課題

- ヒトパピローマウイルス(以下「HPV」という。)の感染予防については、予防接種法上の定期接種としてHPVワクチンを実施しているところであるが、接種後の疼痛又は運動障害を中心とする多様な症状等が報告されており、積極的勧奨を差し控えた上で、厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会安全対策調査会(合同開催)等においてワクチンの安全性について検討を行っている。
- 肝がんの発症予防という観点では、肝炎ウイルスの感染を早期に発見するため、受検者の利便性に配慮した肝炎ウイルス検査体制の整備と積極的な受検勧奨を行っている。また、肝炎ウイルス陽性者を早期治療に繋げ、重症化予防を図る観点から、検査後のフォローアップや検査費用の助成や受診勧奨を実施している。さらに、国民が肝炎に関する正しい知識を持つよう、肝炎総合対策国民運動事業「知って、肝炎プロジェクト」を通じた広報の展開など、積極的な普及啓発を行っている。
- 成人T細胞白血病と関連するHTLV-1については、平成22年に取りまとめられたHTLV-1総合対策に基づき対策を進めている。また、HTLV-1関連研究については、厚生労働科学研究のHTLV-1関連疾患研究領域において、省内関係部局が連携を図り、平成23年度から毎年度、研究費として10億円を計上している。

51

日本医療研究開発機構研究費 革新的がん医療実用化研究事業 子宮頸がん検診における細胞診とHPV検査併用の有用性に関する研究

研究代表者 慶應義塾大学医学部産婦人科教授 青木 大輔

○背景

- 子宮頸がんは、若年層の罹患が増加しており、死亡率については諸外国は低下している中、日本では上昇しており、早期発見による死亡率減少を図る必要がある。
- 日本でも、子宮頸がん検診へのヒトパピローマウイルス(HPV)検査の導入が検討されている。

○目的及び方法

- 平成25年度のがん検診推進事業において実施されたHPV検査検証事業※の効果を評価するため、対象自治体における子宮頸がん検診受診者コホート研究を開始。
 - 検診方法別の子宮頸部上皮内腫瘍(Cervical Intraepithelial Neoplasia 2,3)、浸潤がんの感度、特異度や発見に関する指標、治療内容や死亡率を観測
- 平成26年度以降は、協力自治体を対象に、細胞診にHPV検査を併用で実施する非ランダム化比較試験(介入研究)を開始。細胞診検査とHPV検査の併用群(介入群)と、細胞診検査のみの群(対照群)を比較。

○対象者

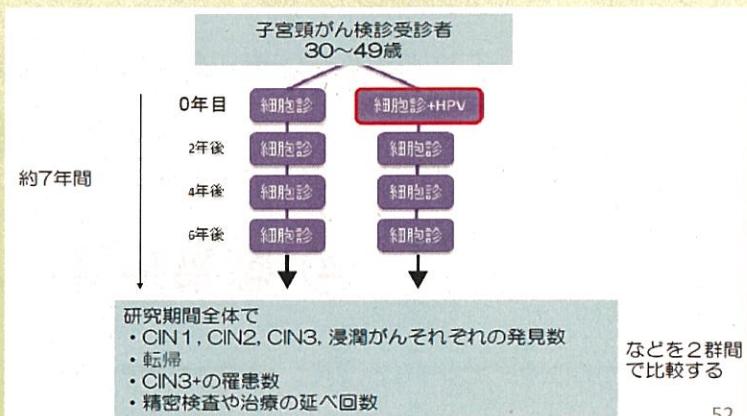
- 30~49歳
- 子宮頸がん検診受診者のうち研究参加に同意した者

○研究期間

- 登録期間: 研究許可日~平成28年3月末
- 追跡期間: 登録から7年間
- 解析期間: 追跡終了から5年以内

※HPV検査検証事業:

日本におけるHPV検査の有用性の検討及び実施上の課題を把握し、当該検査の導入の有効性及び最も適切な実施方法を検証



52

がんの予防・早期発見

論点案

- がん検診については、受診率50%(胃、肺、大腸は当面40%)を目標とし、平成25年現在、一部のがん種で受診率40%を超えておりがんには到達していない。
精度管理については改善しているものの、未受診者への受診勧奨、委託検診機関の質の担保のように充足率の低い項目が存在する。
さらに、厚労省の指針は主として市区町村を対象としているため、保険者の提供するがん検診を受けている者は市区町村の提供するがん検診より多い傾向にあるが、その実態がつかめていない。
このような現状を踏まえ、がん検診の受診率向上、精度管理の向上、保険者の提供するがん検診のがん対策における位置づけや実態把握等についてどのように考えるか。
- がん教育については、第2期基本計画で新たに位置づけられ、がん教育の在り方に関する検討を行い、モデル事業を実施している。
平成29年度よりがん教育の全国展開を開始する予定としているが、実行にあたっての課題・対応策についてどのように考えるか。
- たばこ対策については、成人喫煙率12%等を目標とし、平成25年現在19.3%となっている。平成26年度より「たばこクイットライン事業」を開始し、平成26年6月には労働安全衛生法を改正し、職場での受動喫煙防止を事業者の努力義務とした。
今後のたばこ対策、特に受動喫煙防止対策についてどのように考えるか。
- ヘリコバクター・ピロリ、HPV、肝炎ウイルスなど発がんリスクを高める感染症に関する対策や研究等についてどのように考えるか。

53

がんの治療・研究

⑤がん医療の均てん化

⑥希少がんの対策、難治性がんの対策

⑦「がん研究10か年戦略」に基づく研究開発の推進

⑧ライフステージを意識したがん対策の充実

⑨がんに係るゲノム医療の推進

54

がん診療連携拠点病院のあゆみ

- 平成13年8月 地域がん診療拠点病院の整備に関する指針
 - 平成14年3月 地域がん診療拠点病院の指定開始(5施設)
 - 平成17年4月 がん医療水準均てん化に関する検討会報告書
- 拠点病院指定要件をできる限り数値を含めて明確化すること、地域がん診療拠点病院を、診療・教育研修・研究・情報発信機能に応じて2段階に階層化すること、特定機能病院を指定の対象とすること等が提言された。
- 平成18年2月 がん診療連携拠点病院の整備について
 - 平成18年6月 がん対策基本法 成立
 - 平成19年4月 がん対策基本法 施行
 - 平成19年6月 がん対策推進基本計画の閣議決定
 - 平成20年3月 がん診療連携拠点病院の整備について(旧指針)
 - 平成24年6月 がん対策推進基本計画(2期目)の閣議決定
 - 平成24年12月～ がん診療提供体制のあり方に関する検討会
 - 平成26年1月 がん診療連携拠点病院等の整備について(現在の指針)

平成27年4月1日現在 拠点病院401施設、地域がん診療病院20施設、特定領域拠点病院1施設が指定

55

新たながん診療提供体制の概要

平成27年4月1日時点(新規指定・指定更新)

地域がん診療連携拠点病院
352カ所
・指定要件強化による質の向上
・高度診療に関する一定の集約化
・都市部への患者流入への対応
・複数指定圏域における役割・連携の明確化 等

都道府県がん診療連携拠点病院
49カ所
国内、都道府県内のがん診療に関するPDCA体制の中心的位置づけ 強化

地域がん診療病院
20カ所
・拠点病院とのグループ指定により高度がん診療へのアクセスを確保
・緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的がん診療のさらなる均てん化
・空白の医療圏の縮小 新設

特定領域がん診療連携拠点病院
1カ所
・特定のがん種に関して多くの診療実績を有し、拠点的役割を果たす医療機関の制度的位置づけの明確化 新設

空白の医療圏
(84箇所)

56

拠点病院に求められる診療機能

【目標】

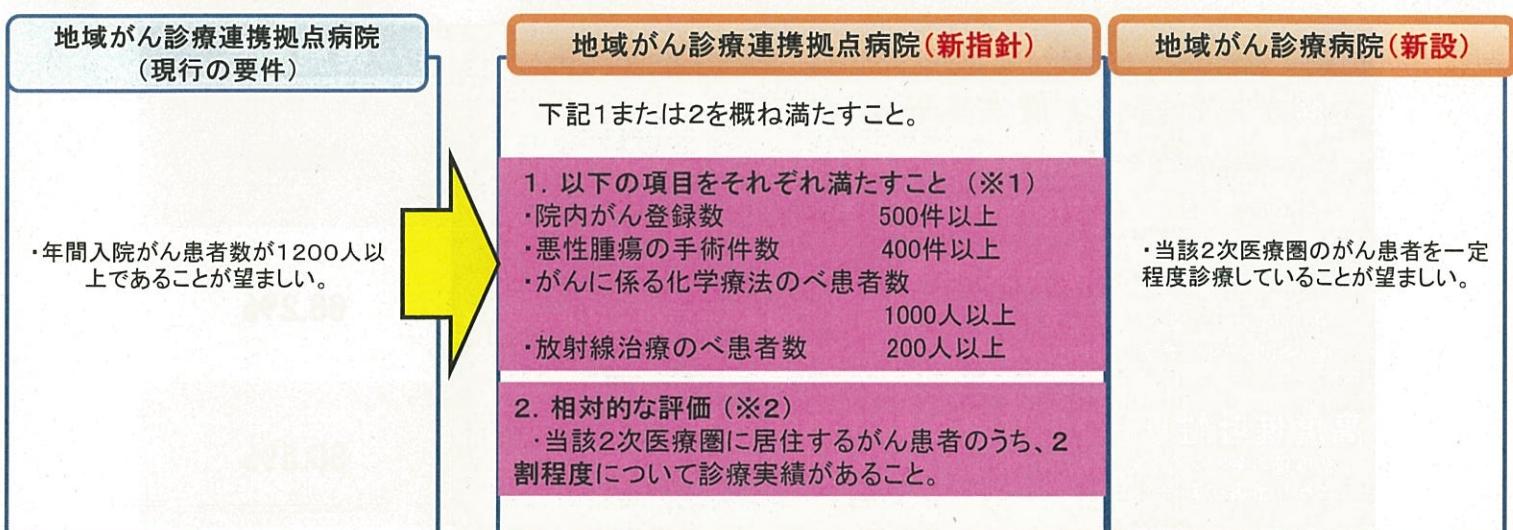
手術療法、放射線治療、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目指とする。

【拠点病院指定要件の一部】(赤字は新項目)

人員配置等の体制	求められる主な取組
●診療従事者 医師 ・手術療法担当医師（常勤） ・放射線診断担当医師 （専任、原則常勤） ・放射線治療担当医師 （専従、原則常勤） ・化学療法担当医師 （原則専従、常勤） ・病理診断医師 （専従、常勤） 医師以外 以下の専門職の配置が望ましい。 【放射線治療】 ・放射線治療専門放射線技師 ・医学物理士 ・がん放射線療法看護認定看護師 【化学療法】 ・がん専門薬剤師又はがん薬物療法認定薬剤師 ・がん看護専門看護師又はがん化学療法看護認定看護師 【その他】 ・細胞検査士	集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供 集学的治療及び緩和ケアを提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療の提供。
	クリティカルパスの活用状況の把握 クリティカルパスの整備に加え、 その活用状況の把握を必須化。
	キャンサーボードの強化 実施主体を明らかにした上で、月1回以上の開催を必須化。メンバーには 放射線診断、放射線治療、病理診断、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師の参加を必須化。
	手術療法の提供体制 術中迅速病理診断が可能な体制の確保を必須化。
	放射線治療の提供体制 IMRTを含む当該治療に関して地域の医療機関との連絡、役割分担を必須化。 第三者機関による出力線量測定等の実施を必須化。
●医療施設 ・病理診断室の設置	グループ指定を受ける地域がん診療病院との連携 連携協力による集学的治療を提供する体制の整備、人材交流の実施、定期的なカンファレンスの実施

診療実績

【指定要件の主な改定点】



※1 平成23年度現況報告による年間新入院がん患者数が900～1200人のがん診療連携拠点病院の平均値 ($\pm 2SD$)を目安に設定 (がん診療提供体制のあり方に関するWG報告書)

※2 分子:各施設の年間新入院がん患者数

分母:患者調査による1ヶ月間の「病院の推計退院患者数(患者住所地もしくは施設住所地)」

第二次医療圏×傷病分類別」の当該2次医療圏の悪性新生物の数値を12倍したもの

分子には、がん診療連携拠点病院現況報告の数値を用い、

分母には、原則として患者調査の最新公開情報の数値を用いる。

医療提供体制

【目標】

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、拠点病院のあり方を検討し、その機能を更に充実させる。

【指定要件の主な改定点】 (赤字は新項目)

新たな診療体制の構築	ねらい
地域がん診療病院の整備 (拠点病院の無い二次医療圏に整備) <ul style="list-style-type: none">空白の二次医療圏において、緩和ケア、相談支援、地域連携等基本的ながん診療の提供隣接二次医療圏の拠点病院とのグループ指定による高度がん診療へのアクセスを確保連携協力による集学的治療を提供する体制の整備人材交流の実施定期的なカンファレンスの実施	拠点病院の存在しない二次医療圏においても、質の高いがん医療を提供する。
特定領域がん診療連携拠点病院の整備 <ul style="list-style-type: none">特定のがんについて、集学的治療等を提供する体制を有するとともに、標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供する。当該都道府県内の最も多くの患者を診療する。特定領域における高い診療技術や知識を共有するがん診療連携拠点病院等との人材交流の実施合同のカンファレンスの実施診療業務や相談支援業務における情報共有など	特定のがんについて、既指定の拠点病院よりも高度な診療機能を有し、診療実績を持つ医療機関を制度上位置付けることにより、より質の高い地域完結型のがん診療提供体制を構築する。
PDCAサイクルの構築 <ul style="list-style-type: none">各拠点病院での院内のPDCAサイクルの確保(患者QOL把握・評価等による組織的改善と実施状況の報告・広報体制の整備等)国立がん研究センター、都道府県拠点病院による各拠点病院への実地調査等	国、都道府県、各拠点病院等のそれぞれにおけるPDCAサイクルを構築し、がん診療の継続的な評価、改善を図る。

59

がん診療連携拠点病院における標準治療実施割合

標準治療の内容	実施割合
大腸がん術後化学療法実施率 (根治術後に組織学的Stage IIIと診断された大腸がん患者のうち、術後8週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者の割合)	49.6%
胃がん術後化学療法実施率 (根治術後に組織学的Stage II、III(pT1、pT3N0を除く)と診断された胃がん患者のうち、術後6週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者の割合)	68.2%
高度催吐性リスク化学療法治吐剤処方率 (高度催吐性リスクのある抗がん剤が処方された患者のうち、同時に予防的制吐剤が使用された患者の割合)	60.5%
外来麻薬鎮痛開始時緩下剤処方率 (外来で麻薬が開始された患者のうち、同時あるいはそれ以前1ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者の割合)	66.0%

(出典)厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「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」

※がん診療連携拠点病院169施設の院内がん登録+DPCデータより解析(2012年1月1日～2013年12月31日)

他院での治療内容が補足できていない、臨床判断により標準治療を行わないなどの限界がある数字であることに注意

60

がんの治療・研究

⑤がん医療の均てん化

⑥希少がんの対策、難治性がんの対策

⑦「がん研究10か年戦略」に基づく研究開発の推進

⑧ライフステージを意識したがん対策の充実

⑨がんに係るゲノム医療の推進

がん対策推進基本計画の希少がん分野に関する記載

(現状)

希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、様々な臓器に発生する肉腫、口腔がん、成人T細胞白血病（以下「ATL」という。）など、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、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。

(取り組むべき施策)

患者が安心して適切な医療を受けられるよう、専門家による集学的医療の提供などによる適切な標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等も参考にしながら検討する。

(個別目標)

中間評価に向けて、希少がんについて検討する場を設置し、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討する。

希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書概要①

希少がんについての現状と課題

(平成27年8月)



専門的な医師・専門的な施設

- 専門的な医師や医療機関の所在が分かりにくい。等



がん診療連携拠点病院等

- 相談支援センターの体制が十分でない。
- 医療提供体制の情報が分かりづらい。等



ホットライン

- 希少がんホットラインが存在し、非常に有用だが、周知されていない。等



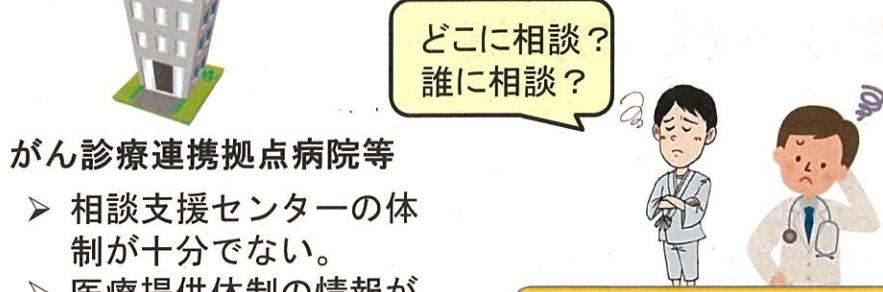
患者団体

- 情報共有等において患者団体の存在が重要であるが、認知できない患者もいる。等



病理診断

- 診断が難しい。専門性の高い医師の不足。等



- 必要な情報の不足
- 情報共有の困難さ 等



研究

- 症例が少なく、研究が進みづらい。等

63

希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書概要②

(平成27年8月)

希少がんの定義

- 概ね罹患率（発生率）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

（参考）

希少がんについて取り組むべき施策

○ 病理診断

- ・バーチャルスライドを用いたカンファレンス。
- ・病理コンサルテーションシステムのコンサルタント増員や事務局の整備。
- ・コンサルテーションにおける費用負担のあり方について検討。等

○ 人材育成

- ・必要な集約化を推進し、希少がんの経験を蓄積した医療機関の確保と、そこでの教育。
- ・拠点病院や専門性の高い医療機関、医師によるかかりつけ医等に対する普及、啓発。等

○ 情報の集約・発信

- ・がん登録実務者への研修等の強化。
- ・がん情報サービスで希少がんに関する情報を集約、提供。
- ・質の高い最新の情報を収集し、必要な情報を患者に提供できるようにする。等

○ 相談支援

- ・国立がん研究センターの相談員研修に希少がんを盛り込む。
- ・希少がんホットラインと連携する等適切な対応ができる相談員の教育、確保。等

○ 研究開発

- ・必要な集約化を推進し、研究を進めやすい環境を整備。
- ・AMEDでも引き続き希少がんの研究を整備。
- ・研究について患者参画の仕組みを検討。等

○ 検討の場の設置

- ・国立がん研究センターを事務局として「希少がんワーキンググループ（仮称）」を設置する。特定のがん種に絞り、希少がんに関する最新情報の収集・提供、ガイドラインの推進や評価項目の検討などを行う。等



希少がん医療・支援体制の構築へ



64

難治性がんの対策について

がん研究10か年戦略に基づく研究開発の推進

がん患者全体の5年生存率が約60%と改善してきた一方で、肺がんをはじめとする難治性がんの治療成績向上が望まれている状況を鑑み、平成26年度からの「がん研究10か年戦略」では、新たに「難治性がんに関する研究」の推進について明記され、日本医療研究開発機構「革新的がん医療実用化研究事業」等で、肺がん等の難治性がんに対する治療薬の開発、早期診断技術の開発、標準治療の確立に関する研究を推進しており、現在、少なくとも20課題の研究を支援している。

「今後のがん対策の方向性について」記載の事項

肺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。

がんの治療・研究

⑤がん医療の均てん化

⑥希少がんの対策、難治性がんの対策

⑦「がん研究10か年戦略」に基づく研究開発の推進

⑧ライフステージを意識したがん対策の充実

⑨がんに係るゲノム医療の推進

がん対策推進基本計画の「がん研究」に関する記載(概要)

(現状)

- 依然として、多くのがん種でその本態には未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治、治療に伴う副作用の軽減等を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。また、日本発のがん治療薬や医療機器の開発の遅れが指摘され、特に難治性がんや小児がんを含めた希少がんについては、創薬や機器開発をはじめとして、有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化することが求められている。
- 研究の特性に応じた研究期間の設定や研究費の適正配分が行われてなく、研究に関わる専門の人材育成等を含めた継続的な支援体制が十分に整備されていないことが、質の高い研究の推進の障害となっている。
- 研究の明確な目標や方向性が患者や国民に対して適切に伝えられてなく、その進捗状況を的確に把握し評価するため体制も不十分。

等

(取り組むべき施策)

- 日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、国際水準に準拠した臨床試験、未承認薬などを用いた研究者主導臨床試験を実施するための基盤整備と研究施設内の薬事支援部門の強化を推進する。
- 平成24(2012)年度より臨床試験グループの基盤整備に対する支援を図る。
- 固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現、新たな医療機器導入と効果的な集学的治療法開発のため、中心となって臨床試験に取り組む施設を整備。
- 優良な医療シーズを生み出すがんの基礎研究への支援を一層強化するとともに、その基礎研究で得られた成果を臨床試験等へつなげるための橋渡し研究などへの支援の拡充を図る。
- 国内の優れた最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発を促進する。

等

(個別目標)

- 新たな総合的ながん研究戦略の策定。
- がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備。

等

がん研究10か年戦略の概要

(文部科学省、厚生労働省、経済産業省)

(平成26年度～)

「根治・予防・共生～患者・社会と協働するがん研究～」

戦略目標

我が国の死亡原因第一位であるがんについて、患者・社会と協働した研究を総合的かつ計画的に推進することにより、がんの根治、がんの予防、がんとの共生をより一層実現し、「基本計画」の全体目標を達成することを目指す。

「基本計画」の全体目標【平成19年度からの10年目標】

- | | | |
|---|---|------------------------------|
| (1) がんによる死者の減少
(75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少) | (2) すべてのがん患者とその家族の
苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上 | (3) がんになっても安心して暮らせる
社会の構築 |
|---|---|------------------------------|

今後のるべき方向性

- ・産官学が一体となり、「がんの本態解明研究」と「実用化をめざしたがん研究」が一体的かつ融合的につながった疾患研究として推進
- ・臨床現場から新たな課題や国民のニーズを抽出し研究へと還元する、循環型の研究開発
- ・研究成果等の国民への積極的な公開による、国民ががん研究に参加しやすい環境の整備と、がん研究に関する教育・普及啓発
- ・研究推進における利益相反マネジメント体制の整備

【研究開発において重視する観点】

- | | | |
|-----------------------------|-------------|---------|
| ・がんの根治をめざした治療 | ・がんの予防と早期発見 | ・がんとの共生 |
| ・がん患者とその家族のニーズに応じた
苦痛の軽減 | | |

具体的研究事項

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| (1)がんの本態解明に関する研究 | (6)がんの予防法や早期発見手法に関する研究 |
| (2)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 | (7)充実したサバイバーシップを実現する
社会の構築をめざした研究 |
| (3)患者に優しい新規医療技術開発に関する研究 | (8)がん対策の効果的な推進と評価に関する研究 |
| (4)新たな標準治療を創るための研究 | |
| (5)ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域 | |
| 1)小児がん 2)高齢者のがん
3)難治性がん 4)希少がん等 | ・がん研究を継続的に推進していくため、
研究者の育成等にも取り組む。 |
| | |

「医療分野研究開発推進計画(平成26年7月22日健康・医療戦略推進本部決定)」(抄)

○疾患に対応した研究

<がん>

がん対策推進基本計画(平成24年6月閣議決定)に基づき策定された「がん研究10か年戦略」(平成26年3月関係3大臣確認)を踏まえ、関係省の所管する研究関連事業の連携の下、がんの本態解明等に係る基礎研究から実用化に向けた研究まで一体的に推進する。達成目標及び各省連携プロジェクトは以下のとおり。

【2015年度までの達成目標】

- ・新規抗がん剤の有望シーズを10種取得
- ・早期診断バイオマーカー及び免疫治療予測マーカーを5種取得
- ・がんによる死亡率を20%減少(2005年の75歳未満の年齢調整死亡率に比べて2015年に20%減少させる)

【2020年頃までの達成目標】

- ・5年以内に日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けた10種類以上の治験への導出
- ・小児がん、難治性がん、希少がん等に関して、未承認薬・適応外薬を含む治療薬の実用化に向けた6種類以上の治験への導出
- ・小児がん、希少がん等の治療薬に関して1種類以上の薬事承認・効能追加
- ・いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消
- ・小児・高齢者のがん、希少がんに対する標準治療の確立(3件以上のガイドラインを作成)

●ジャパン・キャンサリサーチ・プロジェクト

- ・基礎研究の有望な成果を厳選し、実用化に向けた医薬品、医療機器を開発する研究を推進し、臨床研究及び治験へ導出する。また、臨床研究及び治験で得られた臨床データ等を基礎研究等に還元し、医薬品、医療機器の開発をはじめとするがん医療の実用化を加速する。

69

6. ジャパン・キャンサリサーチ・プロジェクト

日本医療研究開発機構対象経費
平成27年度予算 162.3億円(一部再掲)

基礎研究の有望な成果を厳選し、実用化に向けた医薬品・医療機器を開発する研究を推進し、臨床研究等へ導出する。また、臨床研究で得られた臨床データ等を基礎研究等に還元し、医薬品・医療機器開発をはじめとするがん医療の実用化を「がん研究10か年戦略」に基づいて加速する。

フェーズ

基礎研究

応用研究

非臨床

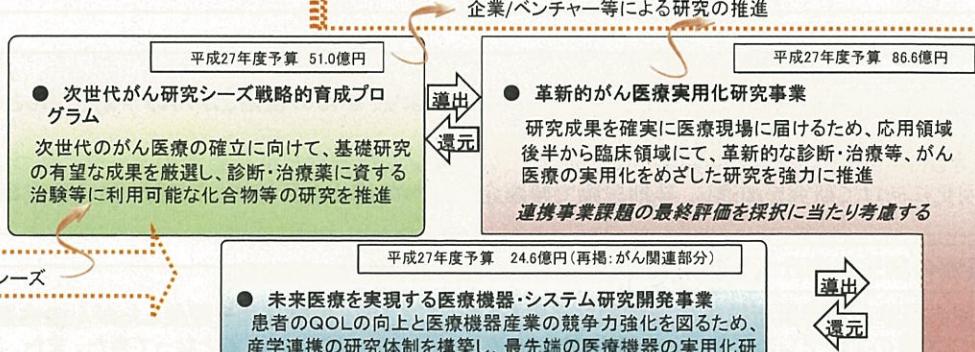
臨床研究・治験

実用化

研究開発

実用化(市販・医療現場への普及等)

文科省、厚労省、経産省



創薬支援ネットワーク

(独)医薬品医療機器総合機構(PMDA)による支援

【2015年度までの達成目標】

- 新規抗がん剤の有望シーズを10種取得
- 早期診断バイオマーカー及び免疫治療予測マーカーを5種取得
- がんによる死亡率を20%減少(平成17年の75歳未満の年齢調整死亡率に比べて平成27年に20%減少させる)

【2020年頃までの達成目標】

- 5年以内に日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けた10種類以上の治験への導出
- 小児がん、難治性がん、希少がん等に関して、未承認薬・適応外薬を含む治療薬の実用化に向けた6種類以上の治験への導出
- 小児がん、希少がん等の治療薬に関して1種類以上の薬事承認・効能追加
- いわゆるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消
- 小児・高齢者のがん、希少がんに対する標準治療の確立(3件以上のガイドラインを作成)

70

各領域の内容 (革新的がん医療実用化研究事業)

(平成27年4月時点)

【領域1】がんの本態解明に関する研究

がん本態を構成する生物学的特性を、がんと宿主の相互作用の観点を交えて明らかにすることで、広く生命現象の根幹に関わるがんの本態を深く理解し、がんの発生・進展を強力に制御することのできる予防法や治療法の開発につなげる。等

【領域2】がんの予防法や早期発見手法に関する研究

簡便かつ幅広く実施できる手法を新たに開発するとともに、未知の発がん要因の探索を行う。等

【領域3】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

日本発の個別化治療に資する診断薬、治療薬の研究開発や、免疫療法及び遺伝子治療等をはじめとする新しい治療開発を強力に推進する。等

【領域4】患者に優しい新規医療技術開発に関する研究

現在早期発見が困難なことにより難治性となっているがんの早期発見を可能とするイメージング技術等を含む医療機器開発や、患者にとってより負担の少ない低侵襲治療を可能とする根治性の高い手術療法の開発を推進する。等

【領域5】新たな標準治療を創るための研究

手術療法、放射線療法、薬物療法等を適切に組み合わせた標準治療の開発のため、多施設共同臨床試験を推進する。等

【領域6】ライフステージやがんの特性に着目した重点研究領域

以下の分野について、重点的に研究を推進する。

- 1) 小児がん 2) 高齢者のがん 3) 難治性がん 4) 希少がん

71

がん研究に係るプログラムの今後の在り方に関する検討会報告書

概要

(平成27年7月)

概要

- 平成23年度から5年計画の「次世代がん研究シーズ戦略的育成プログラム」が平成27年度で終了することから、次年度以降のプログラムの在り方を検討するため、平成27年6月に検討会を設置。
- 現行プログラムは、目標の達成見通しを踏まえると、大きな成果を上げつつある一方で、標的探索研究の必要性や、研究の早期段階からの創薬専門家等との連携など、様々な課題が明らかとなった。
- これらの課題に対応しつつ、国民のニーズが一層高まっているがん研究に取り組む「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト(JCRP)」におけるプログラムとして、国内外のがん研究の動向等を踏まえ、次期プログラムを推進する必要がある。

次期プログラムの目的・役割

- 患者・社会と協働した研究を総合的かつ計画的に推進することにより、がんの根治、がんの予防、がんとの共生をより一層実現し、「がん対策推進基本計画」の全体目標の達成を目指す。
- JCRPの一環として、がんの生物学的解明に迫る研究と、がんゲノム情報などがん患者のデータに基づいた研究及びこれらの融合研究を推進して、実用化に向けて研究を加速し、早期段階で製薬企業等への導出を目指す。この際、他の研究事業等との役割分担と連携に留意する。

次世代のがん医療の創生に向けたがん研究

- 近年、科学技術の進歩が各種解析技術の飛躍的な発展をもたらしており、先端技術を駆使したがんの本態解明を通じて、従来では得られなかった精緻かつ大量のエビデンスに基づいた画期的な治療法・診断法の開発が可能となってきた。また、これまでの取組で個々の研究が進展し、さらにヘッドオーファー部門における進捗管理により、出口戦略を明確に意識した研究開発が進んできた。
- 次期プログラムでは、主として次の3つアプローチから研究を推進することが重要である。
 - (1)先端技術を駆使することで、ヒトのがんの生物学的特性の解明を通じ、がん研究の質的飛躍を図る。
 - (2)臨床研究者を含む研究プラットフォームを構築し、PDCAサイクルにより次世代の治療法を創生する。
 - (3)異分野先端技術を融合し、がん治療や診断・予防法のパラダイム転換を目指す。
- これらの遂行により、具体的に実現が期待できる主な研究成果は以下のとおりである。
 - A.患者に優しい高感度・高精度ながん診断法
 - B.がんの発症・進展・再発に係る代謝やタンパク質間相互作用に着目した新規治療法
 - C.体内のがん細胞を取り巻く環境を制御し、患者の免疫機能を強化してがんを駆逐する革新的治療法
 - D.患者体内における難治がんの動的な変化を標的にして、転移や再発を阻止する治療法
 - E.がん生物学と異分野先端技術の融合による新規創薬システム構築と、それによる新規がん治療法

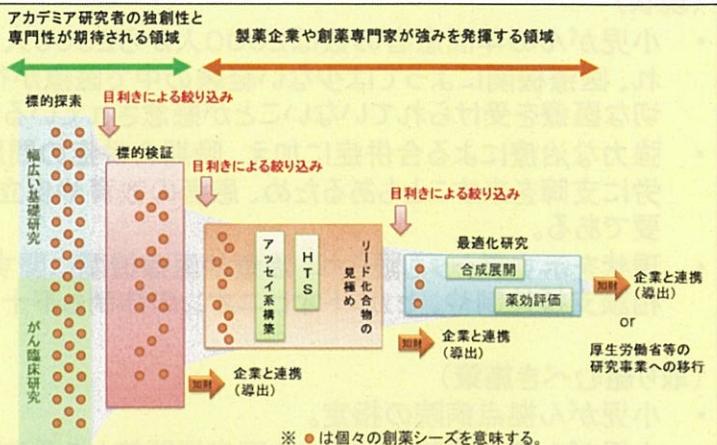
72

がん研究に係るプログラムの今後の在り方に関する検討会報告書

概 要

入口から出口までの戦略的研究

- 有用性の高いがん治療薬や早期診断法を開発するためには、がんの発症・進展のメカニズムの解明が必須である。このため、標的となり得る分子標的を探索するための研究（標的探索研究）を推進する。
- 創薬専門家の関与のもと、標的検証の過程を重視する。
- 研究の早期段階での製薬企業等への導出を目指す。
- 各段階において厳格に目利き・見極めを行い、段階ごとにシーズを絞り込む。



研究を推進するための体制等

- これまでのノウハウを生かしつつ、日本医療研究開発機構(AMED)の統括的管理の下、進捗管理を行う。研究支援機能についても、AMEDや製薬企業等のリソースを積極的に活用する。
- 新しい領域を切り開くイノベーターとして若手研究者に期待し、支援する。
- 患者及び社会との協働を推進する。

73

がんの治療・研究

- ⑤がん医療の均てん化
- ⑥希少がんの対策、難治性がんの対策
- ⑦「がん研究10か年戦略」に基づく研究開発の推進
- ⑧ライフステージを意識したがん対策の充実
- ⑨がんに係るゲノム医療の推進

74

がん対策推進基本計画の「小児がん」に関する記載(概要)

(現状)

- ・ 小児がんの年間患者の数は2000人から2500人と少ないが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていがないことが懸念されている。
- ・ 強力な治療による合併症に加え、晚期合併症の問題があり、診断後、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が必要である。
- ・ 現状を示すデータも限られ、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。等

(取り組むべき施策)

- ・ 小児がん拠点病院の指定。
- ・ 小児がん拠点病院は、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。
- ・ 長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。
- ・ 小児がんに関する情報の集約・発信、診療実績などのデータベースの構築等の機能を担う中核的な機関のあり方について検討し整備を開始する。等

(個別目標)

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、5年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とする。

75

小児がん対策の進捗

平成24年5月-6月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会(計3回)開催
平成24年6月	第二期 がん対策推進基本計画策定 ・重点的に取り組むべき課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」 ・分野別施策に「小児がん」を追加
平成24年9月	小児がん医療・支援のあり方に関する検討会 報告書とりまとめ
平成24年11月- 平成25年1月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会(計4回開催)
平成25年2月	小児がん拠点病院選定(15施設)
平成25年12月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催 ・小児がん中央機関について ・小児がん医療・支援に係る計画書等について
平成26年2月	小児がん中央機関選定(2施設)
平成26年7月	小児がん拠点病院の指定に関する検討会開催 ・小児がん拠点病院の進捗の検証について
平成26年10月	小児がん拠点病院等指定後の整備状況にかかるヒアリング結果公表

76

小児がん中央機関と小児がん拠点病院の整備

アドバイザリー・ボード

小児がん中央機関

国立成育医療研究センター

- 相談支援の向上に関する体制整備（小児用カリキュラム開発）
- 情報提供
- 診断支援（放射線診断、病理診断等）
- 小児がんの登録体制の整備
- 人材育成（医師、看護師、心理士等）
- 連絡協議会（仮称）事務局

国立がん研究センター

- 情報提供
- 小児がんの登録体制の整備（院内がん登録実施支援）
- 人材育成（がん専門相談員基礎研修、院内がん登録実務者）

平成26年2月指定

連絡協議会

小児がん拠点病院

地域小児がん医療提供体制協議会

小児がん拠点病院

地域小児がん医療提供体制協議会

小児がん拠点病院

地域小児がん医療提供体制協議会

平成25年2月指定

厚生労働省 小児がん拠点病院の指定に関する検討会（一部改変）、2013

77

小児がん拠点病院

小児がん拠点病院 全国に15箇所配置



78

小児がん拠点病院の指定に関する検討会における指摘事項 概要（平成26年10月）

○ 小児がん中央機関

- ・学会等の各団体と連携した小児がん登録の具体的な推進。
- ・小児がん中央機関にコールセンターの設置

○ 小児がん拠点病院

- ・難治性がん及び再発がんを特に集約、その情報を患者及びその家族に伝える。
- ・小児がんの初診を行う医療機関に対し、小児がんに関する情報の周知・研修を推進。
- ・小児がん拠点病院を中心とした小児がんの在宅医療支援体制の整備。

○ 相談支援体制について

- ・相談員の質の確保、研修カリキュラムの整備。
- ・各職種の特性及び役割の共有化と周知のための作業が必要。

○ 長期支援について

- ・小児がん登録の体制整備の推進。
- ・長期支援の取り組みが不十分。長期支援の内容について共有することが必要。
- ・小児がん経験者の就労支援とともに就学支援が必要。

○ その他

- ・AYA(Adolescence and Young Adult)世代への診療体制及び就学支援の体制整備。

○ 地域連携、人材育成

- ・トランジッショナ(成人診療科への移行)の内容の具体化。

等

79

AYA世代のがん対策について (「今後のがん対策の方向性について」記載の事項)

- ・就職時期と治療時期が重なるため、働く世代のがん患者とは異なった就労支援が必要。
- ・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。
- ・治療にあたっては、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。
- ・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。
- ・上記に加えて、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。
- ・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、遺伝性腫瘍に対する医療・支援のあり方について検討していく必要がある。

80

がんの治療・研究

- ⑤がん医療の均てん化
- ⑥希少がんの対策、難治性がんの対策
- ⑦「がん研究10か年戦略」に基づく研究開発の推進
- ⑧ライフステージを意識したがん対策の充実
- ⑨がんに係るゲノム医療の推進

81

がん領域におけるゲノム医療

- 「ゲノム医療」とは…
「質と信頼性の担保されたゲノム検査結果等をはじめとした種々の医療情報を用いて診断を行い、最も有効な治療、予防及び発症予測を国民に提供すること」
(ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめより抜粋)
- がん領域におけるゲノム医療の例
 - ①ゲノム診断
 - ・白血病などの造血器腫瘍に関する遺伝子検査は既に保険収載されている
 - ・一部の遺伝性腫瘍については先進医療として実施(網膜芽細胞腫、甲状腺臓様癌等)
 - ②ファーマコゲノミクス(副作用回避など)
 - ・抗がん剤「イリノテカン」の代謝酵素の遺伝子多型検査が保険収載されている
 - ③ゲノム創薬
 - ・疾患原因遺伝子に対する分子標的治療薬の開発(後述のように実用化されているものも多い)
※分子標的治療薬…がん細胞で傷ついた遺伝子からつくられる、がん細胞の増殖する異常な性質の原因となっているタンパク質を特異的に攻撃する物質や抗体(がん情報サービスHPより抜粋、一部改変)
 - ・国立がん研究センターを中心として、臨床ゲノム検査と組み合わせた分子標的薬の開発研究が進行中(SCRUM-Japan)

82

がんに係る分子標的治療薬の承認状況

一般名/商品名	標的分子	適応がん種	米国承認年	日本承認年	一般名/商品名	標的分子	適応がん種	米国承認年	日本承認年
Rituximab/Rituxan *1	CD20	B細胞性非ホジキンリンパ腫, MCL	1997年	2001年	Axitinib/Inlyta	Multi-kinases **	腎細胞がん	2012年	2012年
Trastuzumab/Herceptin *1	Her2 **	乳がん, 胃がん	1998年	2001年	Vismodegib/Erlizedge	Hh signaling	基底細胞がん	2012年	未開発
Gentuzumab		再発・難治性AML	2000年	2005年	Mogamulizumab/Poteligeo*1	CCR4	ATL, PTCL, CTCL	Phase III	2012年
ozogamicin/Mylotarg *2	CD33		2001年	2014年	Pertuzumab/Perjeta *1	Her2**	乳がん	2012年	2013年
Alemtuzumab/Campath *1	CD52	CLL	2001年	2014年	Carfilzomib/Kyprolis	Proteasome	多発性骨髄腫	2012年	Phase III
Imatinib/Gleevec	Bcr-Abl/Kit **	CML, GIST, Ph+ALL	2001年	2001年	Ziv-aflibercept/Zaltrap *4	VEGF	大腸がん	2012年	Phase III
Ibrutinib/tuixtan		B細胞性非ホジキンリンパ腫, MCL	2002年	2008年	Bosutinib/Bosulfif	Bcr-Abl/Src **	CML	2012年	2014年
Tositumomab/Zevalin *3	CD20	再発・難治性非ホジキンリンパ腫	2003年	状況不明	Regorafenib/Stivarga	Multi-kinases **	大腸がん, GIST	2012年	2013年
Tositumomab/Bexxar *3	CD20	非小細胞肺がん(EGFR遺伝子変異陽性)	2003年	2002年	Cabozantinib/Cometriq	Multi-kinases **	甲状腺腫瘍がん	2012年	Phase I
Gefitinib/Iressa	EGFR **	多発性骨髄腫, MCL	2003年	2006年	Ponatinib/Clisug	Bcr-Abl(T315I)**	CML, Ph+ALL	2012年	Phase II
Bortezomib/Velcade	Proteasome	大腸がん, 小細胞肺がん, 乳がん, グリオ	2004年	2007年	Kadcyla *2	Her2 **	乳がん	2013年	2013年
Bevacizumab/Avastin *1	VEGF	グラストーマ, 腎細胞がん, 卵巣がん, 悪性神経膠腫	2004年	2007年	Dabrafenib/Tafinlar	BRAF(V600E) **	メラノーマ(BRAF/V600E)	2013年	申請中
Cetuximab/Erbxitux *1	EGFR **	大腸がん, 頭頸部がん	2004年	2008年	Trametinib/Mekinist	MEK**	メラノーマ(BRAF/V600E/k)	2013年	申請中
Erlotinib/Tarceva	EGFR **	非小細胞肺がん(EGFR/exon19del, L858R)	2004年	2007年	Afatinib/Gilotrif	EGFR/Her2 **	非小細胞肺がん(EGFR/exon19del, L858R)	2013年	2014年
Azacitidine/Vidaza	DNMT	骨髄異形成症候群	2004年	2011年	Obinutuzumab/Gazyva *1	CD20	CLL	2013年	Phase III
Sorafenib/Nexavar	Multi-kinases **	腎細胞がん, 肝細胞がん, 甲状腺がん	2005年	2008年	Ibrutinib/Imbruvica	Btk **	MCL, CLL, WM	2013年	申請中
Sunitinib/Sutent	Multi-kinases **	GIST, 腎細胞がん, NET	2006年	2008年	Ramucirumab/Cyramza *1	VEGFR2 **	胃腸がん及び胃食道接合部腺がん, 非小細胞肺がん, 大腸がん	2014年	2015年
Dasatinib/Sprycel	Bcr-Abl/Src **	CML, Ph+ALL	2006年	2009年	Ceritinib/Zykadia	ALK **	非小細胞肺がん(ALK fusion gene)	2014年	Phase III
Panitumumab/Vectibix *1	EGFR **	大腸がん	2006年	2010年	Belinostat/Beleodaq	HDAC	PTCL	2014年	状況不明
Vorinostat/Zolinza	HDAC	CTCL	2006年	2011年	Nivolumab/Opidivo *1	PD-1	メラノーマ, 非小細胞肺がん	2014年	2014年
Decitabine/Dacogen	DNMT	骨髄異形成症候群	2006年	Phase I/II	Alectinib/Alecensa	ALK **	非小細胞肺がん(ALK fusion gene)	Phase III	2014年
Lapatinib/Tykerb	EGFR/Her2 **	乳がん	2007年	2009年	Idealisib/Zydelig	PI3K **	CLL, FL, SLL	2014年	状況不明
Temsirolimus/Torisel	mTOR **	腎細胞がん	2007年	2010年	Pembrolizumab/Keytruda *1	PD-1	メラノーマ	2014年	Phase III
Nilotinib/Tasigna	Bcr-Abl **	CML	2007年	2009年	Nintedanib/Vargatef	Multi-kinases **	非小細胞肺がん	2014年 ***	2015年
Everolimus/Afinitor	mTOR **	腎細胞がん, SEGA, NET, 乳がん腎血管筋脂膜	2009年	2010年	Blinatumomab/Blinacyt *5	CD19/CD3	Ph-ALL	2014年	状況不明
Pazopanib/Votrient	Multi-kinases **	腎細胞がん, 軟部腫瘍	2009年	2012年	Olaparib/Lynparza	PARP	卵巣がん(BRCA遺伝子変異陽性)	2014年	Phase III
Ofatumumab/Arzerra *1	CD20	CLL	2009年	2013年	Palbociclib/Ibrance	CDK4/6 **	乳がん	2015年	Phase III
Romidepsin/Istdoxa	HDAC	CTCL, PTCL	2009年	Phase I/II	Lenvatinib/Lenvima	Multi-kinases **	甲状腺がん	2015年	2015年
Denosumab/Ranmark *1	RANKL	多発性骨髓腫による骨病変及び固形がん 骨転移による骨病変, 骨連関事象予防, 骨	2010年	2012年	Panobinostat/Farydak	HDAC	多発性骨髄腫	2015年	2015年
Ipilimumab/Yervoy *1	CTLA-4	メラノーマ	2011年	2015年					
Vandetanib/Caprelsa	Multi-kinases **	甲状腺腫瘍がん	2011年	申請中					
Vemurafenib/Zelboraf	BRAF(V600E) **	メラノーマ(BRAF/V600E)	2011年	2014年					
Brentuximab	CD30	再発・難治性ホジキンリンパ腫, 未分化大細胞リンパ腫	2011年	2014年					
Crizotinib/Xalkori	ALK **	非小細胞肺がん(ALK fusion gene)	2011年	2012年					
Ruxolitinib/Jakafi	JAK **	骨髄線維症	2011年	2014年					

*1 非修飾抗体、*2 抗体薬物複合体、*3 放射性物質標識抗体、*4 VEGF受容体／IgG抗体Fc融合タンパク質、*5 二重特異性を有するT細胞誘導抗体

** キナーゼ標的

*** 欧承認年

下線: 日本発の分子標的抗がん剤を示す

出典: 文部科学省新学術領域研究

「がん研究分野の特性等を踏まえた支援活動」化学療法基盤支援活動

83

2015年6月23日時点

遺伝性腫瘍症候群について

○定義

「家族性腫瘍」 … 環境や遺伝的要因によりある家系に腫瘍の異常発生が見られるもの

(日本癌治療学会用語・ICD-11委員会用語集2013版)

「遺伝性腫瘍症候群」 … 家族性腫瘍のうち、1つの病的な遺伝子の変異が親から子へ伝わることにより遺伝的にがんに罹患

しやすくなり、その素因をもとに発症する疾患

(がん研究会HPより抜粋)

○頻度 家族集積性が見られる腫瘍の頻度はがん全体の約5%と言われている。

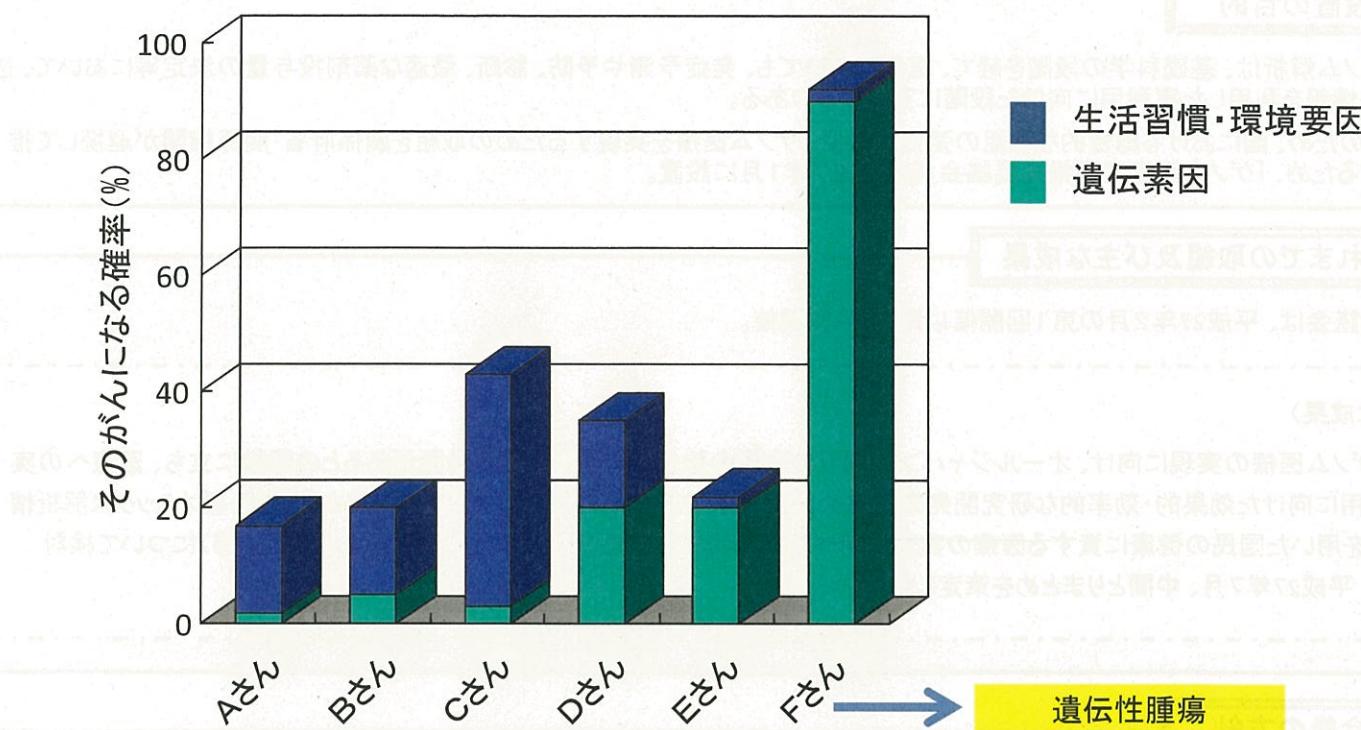
(Harvard Report on Cancer Prevention. Summary. Cancer Causes & Control. 7: S55-59, 1996.)

臓器	組織型	遺伝性腫瘍症候群
脳	星状細胞腫	神経線維腫症 1型、神経線維腫症 2型、結節性硬化症、家族性悪性黒色腫
	悪性膠芽腫	リンチ症候群、カウデン病
甲状腺	濾胞がん、乳頭がん	家族性大腸腺腫症、カウデン病
	髓様がん	多発性内分泌腫瘍症 2型、家族性甲状腺髓様がん
肺	がん(上皮性)	リーフラウメニ症候群、ポイツ-ジェガーズ症候群、遺伝性網膜芽細胞腫、色素性乾皮症、ブルーム症候群
胃	腺がん	リンチ症候群、家族性大腸腺腫症、若年性ポリポーシス、遺伝性乳がん・卵巣がん、毛細血管拡張性運動失調症、リーフラウメニ症候群、ブルーム症候群、ウェルナー症候群、遺伝性びまん性胃がん
大腸・直腸	腺がん	リンチ症候群、家族性大腸腺腫症(FAP, MAP)、ポイツ-ジェガーズ症候群、若年性ポリポーシス、遺伝性乳がん・卵巣がん、リーフラウメニ症候群、ブルーム症候群、NAME症候群
肝	肝細胞がん	ファンコニー貧血、ベックウィズ-ウィーデマン症候群、自己免疫性リンバ増殖症候群
	肝芽腫	家族性大腸腺腫症、ベックウィズ-ウィーデマン症候群
膵	腺がん	遺伝性乳がん・卵巣がん、ポイツ-ジェガーズ症候群、家族性悪性黒色腫、毛細血管拡張性運動失調症、家族性膵炎、若年性ポリポーシス、ブルーム症候群、NAME症候群、ファン・ヒッペル-リンダウ病
腎	腎細胞がん	ファン・ヒッペル-リンダウ病、リンチ症候群、カウデン病、結節性硬化症、遺伝性乳頭状腎細胞がん
子宮体部	腺がん	リンチ症候群、カウデン病、ポイツ-ジェガーズ症候群、色素性乾皮症
卵巣	腺がん	遺伝性乳がん・卵巣がん、カウデン病、リンチ症候群、ポイツ-ジェガーズ症候群、毛細血管拡張性運動失調症
乳腺	腺がん	遺伝性乳がん・卵巣がん、リーフラウメニ症候群、カウデン病、ポイツ-ジェガーズ症候群、遺伝性びまん性胃がん(小葉がん)、毛細血管拡張性運動失調症、色素性乾皮症、ブルーム症候群、ウェルナー症候群、リンチ症候群(?)
前立腺	腺がん	遺伝性乳がん・卵巣がん
白血病、悪性リンパ腫		遺伝性網膜芽細胞腫、ウェルナー症候群、色素性乾皮症、ブルーム症候群、リーフラウメニ症候群、ファンコニー貧血、自己免疫性リンバ増殖症候群、Diamond-Blackfan貧血

(国立がん研究センターより提供)

84

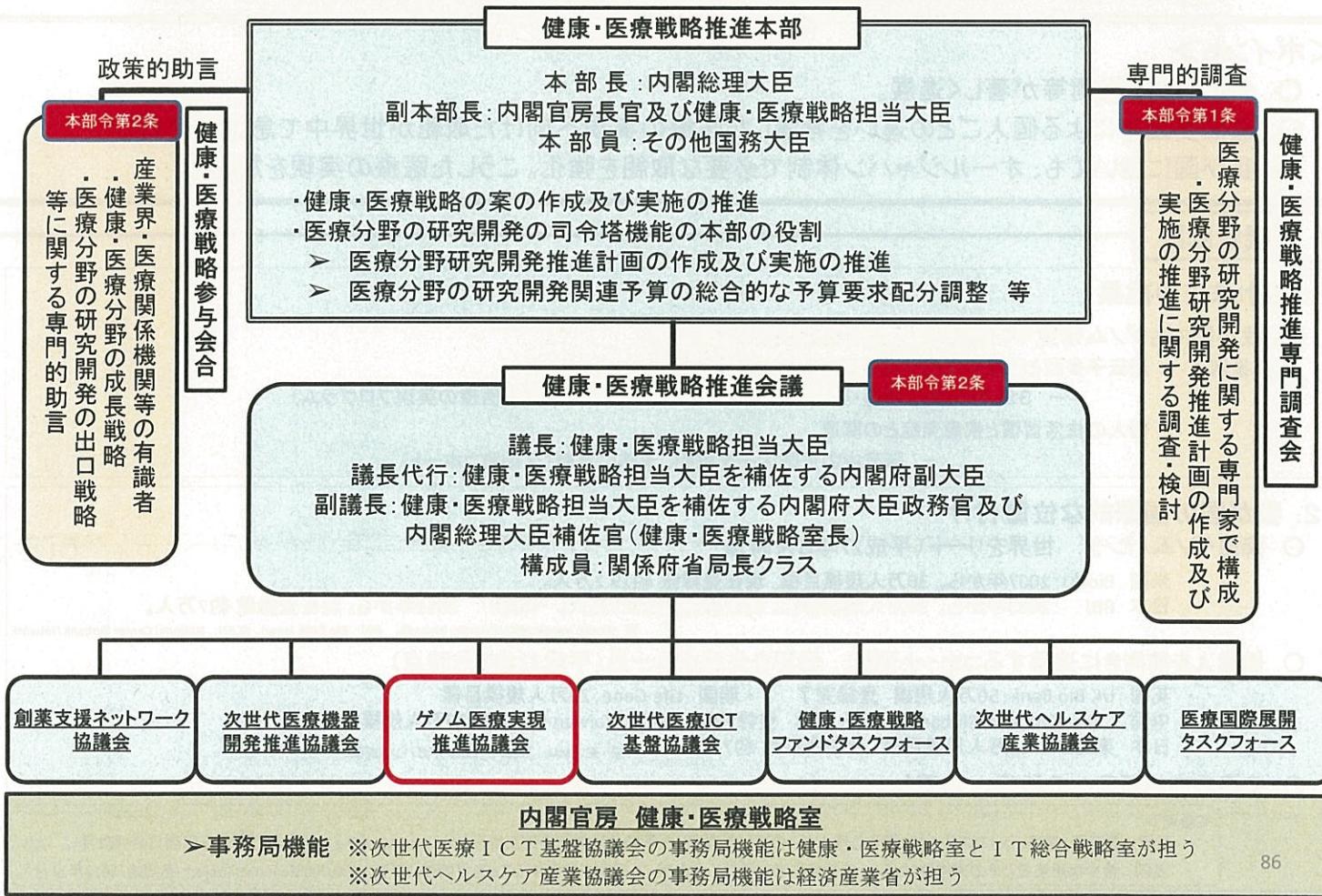
生活習慣・環境要因と遺伝素因の組合せ



- 同じ人でも、違うがんに対しては全く違う組み合わせになりうる
- 抗がん剤の応答性(副作用等)についても基本的に同様に考えられる

(国立がん研究センターより提供) 85

健康・医療戦略の推進体制



ゲノム医療実現推進協議会のこれまでの成果等について

設置の目的

- ゲノム解析は、基礎科学の段階を経て、医療においても、発症予測や予防、診断、最適な薬剤投与量の決定等において、遺伝子情報を利用した実利用に向けた段階に突入しつつある。
- このため、国における総合的な取組の強化が必要。ゲノム医療を実現するための取組を関係府省・関係機関が連携して推進するため、「ゲノム医療実現推進協議会」を平成27年1月に設置。

これまでの取組及び主な成果

- 協議会は、平成27年2月の第1回開催以降、計4回開催。

〈主な成果〉

- ゲノム医療の実現に向け、オールジャパン体制での取組の強化を速やかに図る必要があるとの認識に立ち、医療への実利用に向けた効果的・効率的な研究開発の推進や研究環境の整備及び「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス解析情報を用いた国民の健康に資する医療の実現に向けた具体的な方向性(現状と課題、求められる取組 等)について検討し、平成27年7月、中間とりまとめを策定した。

今後の方針

- 「ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめ」に掲げた各取組について、工程表※に基づき推進していく。
- ゲノム医療実現推進協議会は、毎年度工程表※の実行状況をフォローアップすることとする。

※ 中間とりまとめの別添2として策定されているもの

ゲノム医療実現推進協議会 中間とりまとめ（概要）

(平成27年7月)

〈ポイント〉

- ゲノム解析技術等が著しく進展。
- 遺伝要因等による個人ごとの違いを考慮した医療の実現へ向けた取組が世界中で急速に進行。
- 我が国においても、オールジャパン体制で必要な取組を強化。こうした医療の実現を加速。

I. 現状認識

1. これまでの成果

- 我が国でもゲノム研究やコホート研究が実施されてきている。

〈成果例〉 · 遺伝子多型と疾患の発症や薬剤の反応性との関連

— 320個の疾患関連・薬剤関連遺伝子を同定(オーダーメイド医療の実現プログラム)

· 個人の生活習慣と疾患発症との関連

— 脳卒中の危険因子を解明、予防に貢献(久山町コホート)

2. 我が国の国際的な位置付け

- 疾患ゲノムバンク：世界をリード(平成27年3月時点)

· 米国 BioVU: 2007年から。30万人規模目標。現在登録数 約19.2万人。

· 日本 BBJ : 2003年から。30万人規模目標。現在登録数 約23万人。NCBN : 2011年から。現在登録数 約7万人。

※ BioVU: Vanderbilt University biobank、BBJ: Bio Bank Japan、NCBN: National Center Biobank Network

- 健常人を前向きに追跡するコホート研究：世界を先導する一員(平成27年3月時点)

· 英国 UK Bio Bank: 50万人規模 登録完了 · 瑞国 Life Gene: 20万人規模目標

· 中国 China Kadoorie Biobank: 50万人規模 登録完了 · 台湾 Taiwan Biobank: 20万人規模目標

· 日本 東北MM: 15万人規模目標 現在登録数 約7万人

※ 東北MM: 東北メディカル・メガバンク計画

- 疾患志向的研究への移行：出遅れ

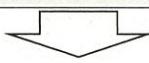
〈参考〉

- 米国: 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「Precision Medicine Initiative」の開始を発表(2015年1月)。 88
- 英国: 希少疾患患者とその家族及びがん、感染症患者に特化して全ゲノム配列を解読すること目的とした「The 100,000 Genomes Project」を開始(2012年12月)。

II. 医療現場への実利用に向けた課題

- ゲノム解析は、基礎科学中心の段階を経て、一部の疾患・領域に関しては、医療において、遺伝子情報を利用した実利用に向けた段階に突入しつつある。

＜参考＞ 医師の指示を受けて行われる遺伝学的検査 欧米：4600項目以上 日本：144項目



国における総合的な取組の強化

- ① 医療に用いることのできる信頼性と質の確保された試料・情報の獲得・管理
 - － 信頼性と質の確保 等
- ② 国民及び社会の理解と協力
 - － 倫理的、法的、社会的課題への対応及びルールの整備 等
- ③ 研究の推進(知見の蓄積・活用に向けた取組)及び臨床現場・研究・産業界の協働・連携
 - － 様々なコホートやバイオバンクとの有機的連携
 - － 目標設定(疾患ニーズ対応)の上での連携 等
- ④ 人材育成及び医療従事者への教育強化
 - － 人材育成 等

※ 中間とりまとめに基づく施策の推進

- 工程表※に基づき推進していく。○ 協議会は、毎年度工程表の実行状況をフォローアップすることとする。

※ 中間とりまとめの別添2として策定されているもの

89

がんの治療・研究

論点案

- ・ がん医療提供体制については、現在、がん診療連携拠点病院を全国401施設指定し、拠点病院の無い二次医療圏においてもがん医療の均てん化を目指し、平成26年度より地域がん診療病院を20施設指定している。一方、拠点病院において標準治療が実施されている割合は4～8割程度と推計されており、様々な状況はあると考えられるものの、必ずしも均てん化が図られているわけではない。
こうした状況の中、拠点病院等を中心としたがん医療の質の向上についてどのように考えるか。
- ・ 希少がんについては、第2期基本計画で新たに盛り込まれ、平成27年8月に「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」をとりまとめた。報告書で提言されている、情報の集約・発信、人材育成、病理診断等について進めていくことについてどのように考えるか。
- ・ がん研究の中で特に研究開発に係る研究費については、平成26年度に策定された「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」に基づき、第2期基本計画に続いて平成26年度に開始した「がん研究10か年戦略」を踏まえて、平成27年度より日本医療研究開発機構（AMED）による管理の下、関係省庁が一体となって推進している。
薬剤開発に関連する研究が多く行われているが、「10か年戦略」で重視する観点とされている「がん患者とその家族のニーズに応じた苦痛の軽減」、「がんの予防と早期発見」、「がんとの共生」等に資する研究についてもよりいっそう充実させていく必要があると考えられる。
今後、薬剤開発とともに、難治性がんに関する研究、それ以外の分野の研究も推進し、研究者・医療者・患者等の関係者が一体となってがん研究をさらに強化していくためにどのような施策が考えられるだろうか。
- ・ 小児がんについては、小児がん拠点病院・小児がん中央機関を中心とした医療提供体制についてどのように考えるか。また、AYA世代のがん患者に対する医療・支援のあり方についてどのように考えるか。
- ・ がんのゲノム医療については、すでに臨床現場で遺伝子変異の解析とそれに基づく治療法の選択等が行われている。また、がんの約5%は家族性腫瘍とされており、こうした患者の検査結果の伝え方、カウンセリング、検査精度の担保等も課題となっている。
ゲノム医療全般に関しては、健康・医療戦略推進会議の下に設置された「ゲノム医療実現推進協議会」において、平成27年7月に「中間とりまとめ」が策定され、今後、関係府省・関係機関が連携してゲノム医療の推進に向けた取組を進めることとしている。
厚生労働省では、こうした動きを受け、9月7日に厚生労働大臣の下「ゲノム医療実現推進本部」が立ち上げられた。このような状況を踏まえ、がん領域におけるゲノム医療の推進についてどのように考えるか。

90

がんとの共生

- ⑩緩和ケアの推進
- ⑪がん患者の就労支援

91

がん対策推進基本計画の「緩和ケア」に関する記載(概要)

(現状)

- ・がんと診断された時から、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。
- ・緩和ケアチームに質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。
- ・国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。
等

(取り組むべき施策)

- ・様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。
- ・精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。
- ・入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。
- ・がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。
等

(個別目標)

- ・がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設の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する。
- ・拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。
等

92

緩和ケアの推進の進捗

平成18年6月	がん対策基本法成立(「がん患者の療養生活の質の維持向上」)
平成19年6月	がん対策推進基本計画策定 ・重点的に取り組むべき課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」
平成20年～	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開始
平成24年～	在宅緩和ケア地域連携事業(在宅療養支援診療所の医師に対する研修等)
平成24年4月～	緩和ケア推進検討会
平成24年6月	第二期 がん対策推進基本計画策定 ・重点的に取り組むべき課題に「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」
平成24年9月	緩和ケア推進検討会中間とりまとめ
平成25年～	緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)
平成25年8月	緩和ケア推進検討会第二次中間とりまとめ
平成26年1月	がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針改正
平成26年3月	拠点病院の緩和ケア提供体制における実地調査に関するワーキンググループ報告書
平成26年～	がん医療に携わる看護研修事業
平成27年1月	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針改正
平成27年7月	地域緩和ケアの提供体制について(議論の整理)

93

早期からの緩和ケアの重要性

○早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで、苦痛緩和が得られQuality of lifeが改善するのみならず、生命予後が改善する可能性がある。

■緩和ケアチームが早期からかかわる効果

1. 早期からの緩和ケア¹⁾

進行肺がん患者に診断時から専門的緩和ケアが介入すると、12週後のQOLが有意に高くなる。

Table 2. Bivariate Analyses of Quality-of-Life Outcomes at 12 Weeks.*

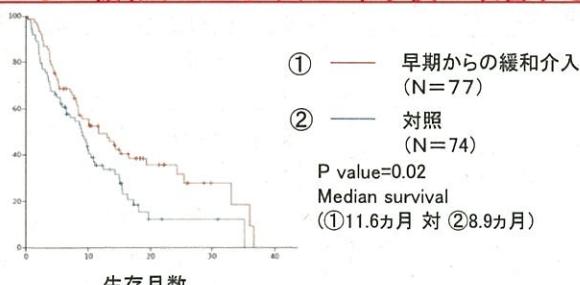
Variable	Standard Care (N=47)	Early Palliative Care (N=60)	Difference between Early Care and Standard Care (95% CI)	P Value†	Effect Size‡
FACT-L score	91.5±15.8	98.0±15.1	6.5 (0.5–12.4)	0.03	0.42
LCS score	19.3±4.2	21.0±3.9	1.7 (0.1–3.2)	0.04	0.41
TOI score	53.0±11.5	59.0±11.6	6.0 (1.5–10.4)	0.009	0.52

FACT-L score : 高いほどQOLが高い

LCS score : 高いほど症状が少ない

TOI score : LCSとFACT-Lの一部を合計

早期からの緩和ケアにより、生命予後が改善する。

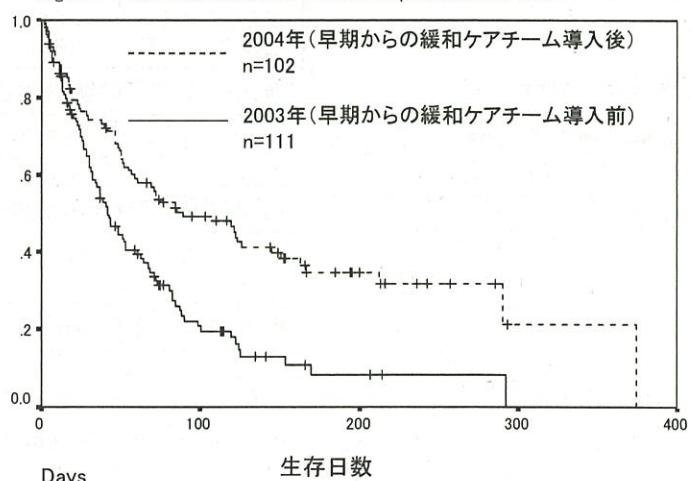


1)Temel JS. N Engl J Med 2010; 363: 733

2. 日本の状況²⁾

複数の施設で緩和ケアチームの早期からの導入が行われ、同様の効果を上げつつある。

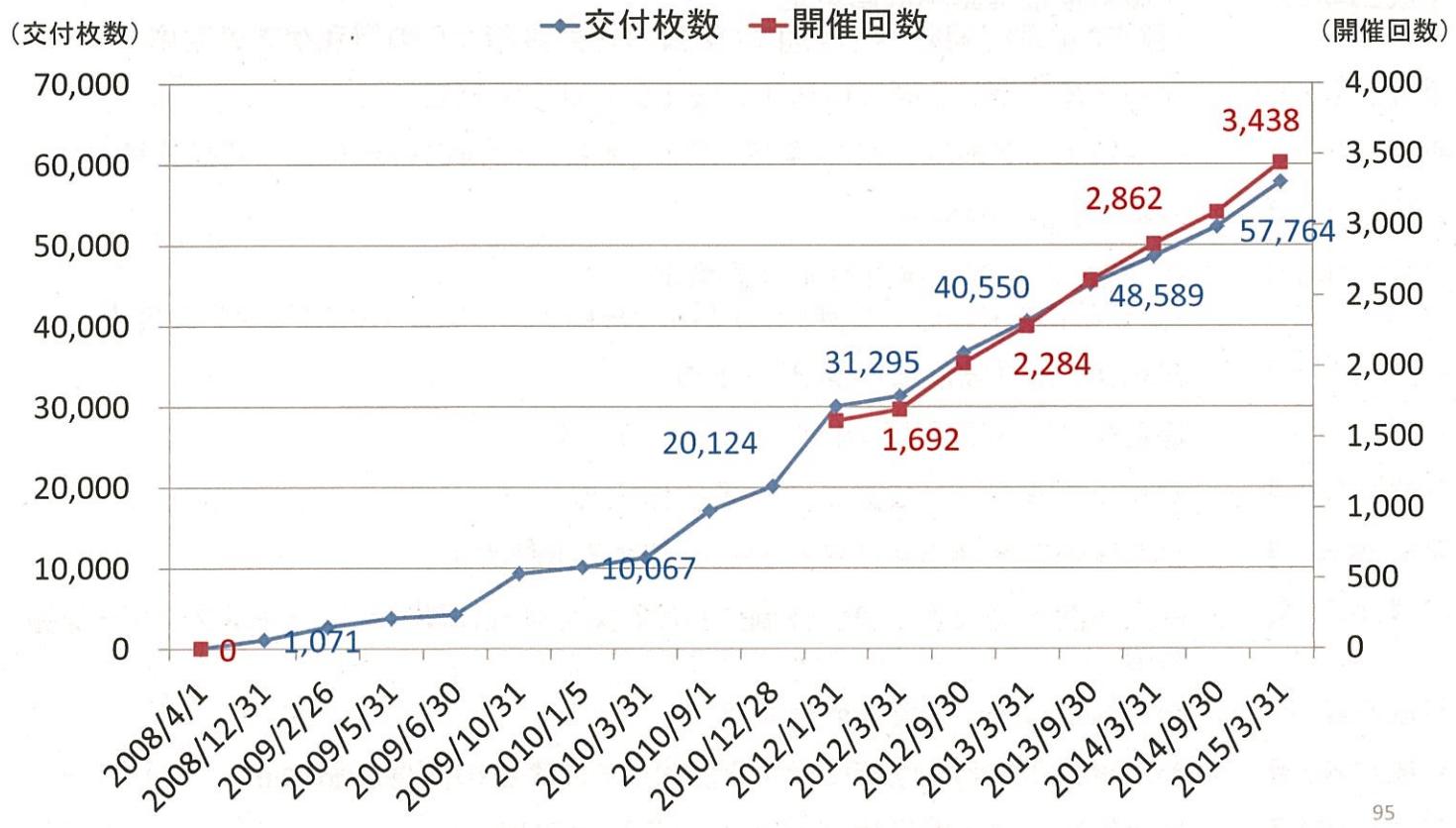
Figure 1 Patient survivals after referrals to palliative care team



2)Morita T. J Pain Symptom Manage 2005; 30: 204

94

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」 開催回数と修了証書の交付枚数の推移



95

拠点病院指定要件の改正内容(緩和ケア)

【目標】

(平成26年1月)

患者とその家族などががんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切に緩和ケアを受け、こうした苦痛が緩和されることをめざす。

【拠点病院指定要件の主な改定点】 (赤字は新項目)

緩和ケアチームの 人員配置	求められる主な取組		ねらい
	新規	既存	
●専任の 身体症状担当医師	苦痛のスクリーニングの徹底	診断時から外来及び病棟での系統的な苦痛のスクリーニングの実施を義務化	患者の苦痛の拾い上げの強化。 患者が苦痛を表現できる。
●精神症状担当医師	緩和ケアチームの看護師による 外来看護業務の支援・強化	がん患者カウンセリング等、緩和ケアチームの専従看護師の役割・義務を明確化	がんと診断されたときから患者が切れ目のないケアを受けられる。
●専従の看護師	苦痛への対応の明確化と診療方針の提示	緩和ケアチームへの診療の依頼方法など対応を明確化し、患者とその家族に診療方針を提示	全ての診療従事者により苦痛への系統的な対応を行う。
がん看護専門看護師、 緩和ケア認定看護師、 がん性疼痛看護認定看護師 のいずれかの配置を義務化	迅速な苦痛の緩和(医療用麻薬の処方等)	全ての診療従事者と緩和ケアチームの連携による、迅速な対応を義務化	患者の立場に立って苦痛をできるだけ早く緩和する。
●協力する薬剤師	地域連携時の症状緩和	症状緩和に係る院内バスに準じた地域連携バス、マニュアル等の整備	入院時の緩和ケアが退院後も継続して提供される体制を構築する。
●協力する臨床心理に 携わる者	緩和ケア研修の受講促進	若手医師が緩和ケア研修会を修了する体制を整備	自施設の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。

96

緩和ケアの評価

- 緩和ケア病棟に入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直し(入院初期の緩和ケアに対する評価の充実)を行い、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて、在宅への円滑な移行を促進し、緩和ケアの提供体制の充実を図る。

【現行】

緩和ケア病棟入院料(1日につき)

【改定後】

緩和ケア病棟入院料	3,780点
-----------	--------



(改) 30日以内の場合	4,791点
(改) 31日以上60日以内の場合	4,291点
(改) 61日以上の場合	3,291点

- 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行い、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関における緩和ケアの充実を図る。

[施設基準]

がん診療連携の拠点となる病院又は公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院若しくはこれらの病院に準じる病院

97

がん医療の推進②

平成24年度診療報酬改定

緩和ケアを行う医療機関の評価

- 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設し、小児緩和ケアの充実を図る。

(新) がん性疼痛緩和指導料	小児加算	50点
(新) 緩和ケア診療加算	小児加算	100点
(新) 外来緩和ケア管理料	小児加算	150点

[算定要件]

(注)外来緩和ケア管理料は新設

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

外来緩和ケアの更なる評価

- がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行い、緩和ケアの充実を図る。

【現行】

がん性疼痛緩和指導管理料(月1回)

【改定後】

がん性疼痛緩和指導管理料	100点
--------------	------



(新) がん性疼痛緩和指導管理料1	200点
(改) がん性疼痛緩和指導管理料2	100点

[施設基準]

当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。

[算定要件]

がん性疼痛緩和指導管理料1: 緩和ケアの経験を有する医師が直接当該指導管理を行った場合に算定する。 98

がん患者指導管理の充実

- ▶ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

【現行】

がん患者カウンセリング料	500点
--------------	------

【改定後】

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と共同して治療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合（1回に限り）	500点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合（6回に限り）	200点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射の必要性等について文書により説明を行った場合（6回に限り）	200点

[施設基準]

1は従来のがん患者カウンセリング料と同様。

2の場合：

- ① 当該保険医療機関に、緩和ケアの研修を修了した医師及び専任の看護師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる看護師は、5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、がん患者へのカウンセリング等に係る適切な研修（6月以上600時間以上）を修了した者であること。

3の場合：

- ① 当該保険医療機関に、化学療法の経験を5年以上有する医師及び専任の薬剤師がそれぞれ1名以上配置されていること。
 ② ①に掲げる薬剤師は、3年以上化学療法に係る業務に従事した経験を有し、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例以上有する者であること。等

[対象患者]

1の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者。

2の場合：がんと診断された患者であって継続して治療を行う者のうち、STAS-J(STAS日本語版)で2以上の項目が2項目以上該当する者、又はDCS(Dicisional Conflict Scale)40点以上のものであること。

3の場合：悪性腫瘍と診断された患者のうち、抗悪性腫瘍剤の投薬又は注射されている者。（算定期間は、抗悪性腫瘍剤の投薬若しくは注射の開始日前30日以内、又は投薬若しくは注射をしている期間に限る。）

在宅緩和ケア地域連携事業（平成24年度～）

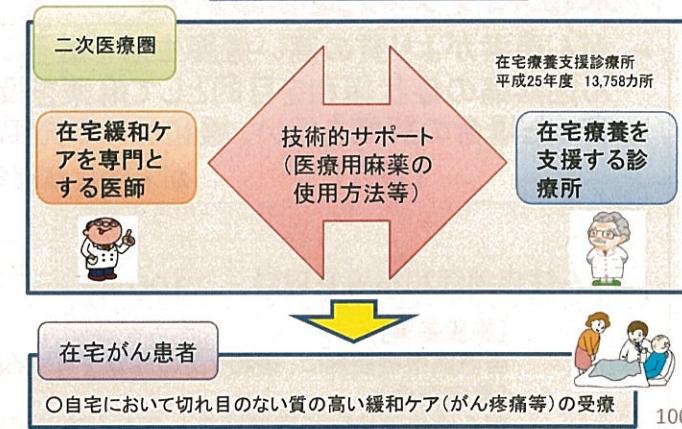
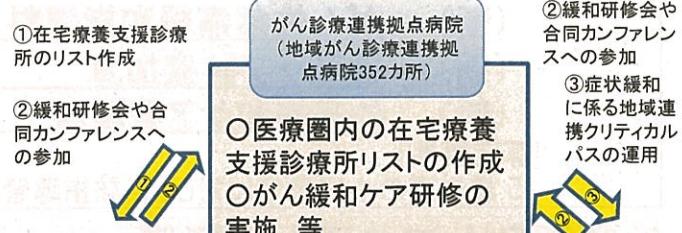
背景と課題

事業内容

- がん対策基本法は「がん患者の意向を十分尊重したがん医療提供体制の整備」を理念とし、がん対策推進基本計画に「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を目標としている。
- このことから、いつでも、どこでも、切れ目のない質の高い緩和ケアを受けられることが大切である。
- 死期が迫っているがん患者が希望する療養場所は、自宅が63%となっている。

- ▶ 病院での治療を終え、がん患者自身が住み慣れた地域（自宅）での療養生活を希望する等のニーズに応じた医療を提供するため、がん診療連携拠点病院と地域の診療機関が連携し、切れ目のない質の高い緩和ケアを提供できる体制整備を図る必要がある。

がん診療連携拠点病院において都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所の協力リストを作成し、医療圏内の在宅緩和ケアを専門とする医師等と協力し、在宅療養支援診療所の医師に対し、がん緩和ケアに関する知識と技術の研修を行う在宅緩和ケア地域連携体制を構築

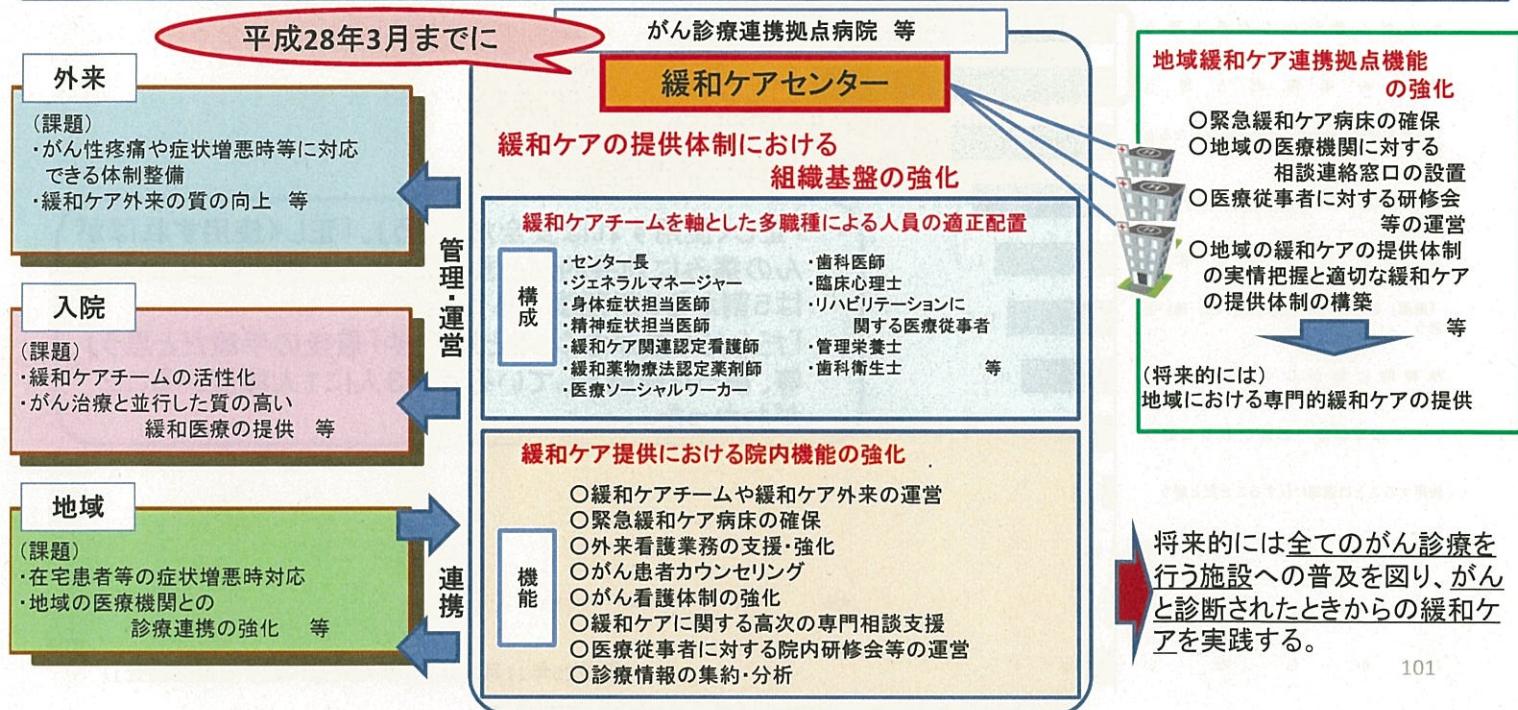


緩和ケア推進事業(緩和ケアセンターの整備)

【背景】

がん対策推進基本計画(平成24年6月閣議決定)において、緩和ケアについては「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点課題に掲げられている。現在、がん診療連携拠点病院(全国397カ所)を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来が一定数整備された一方、専門的緩和ケアにたどり着けない、施設間の質の格差等の指摘があり、拠点病院で提供される緩和ケアの体制強化と質の向上が求められている。

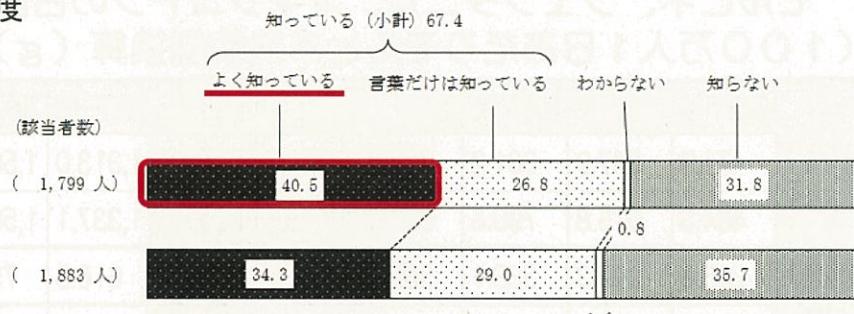
がん疼痛をはじめとする苦痛を抱えた患者に対してより迅速かつ適切な緩和ケアを提供するため、チーム医療や外来、地域連携を含めた診療の質の向上をめざし、緩和ケアの提供体制について組織基盤の強化と人材の適正配置を図るため、平成25年度には都道府県がん診療連携拠点病院を中心に整備を進めた「緩和ケアセンター」について、機能強化を図るとともに、地域がん診療連携拠点病院にも対象を拡大し、整備を進めている。



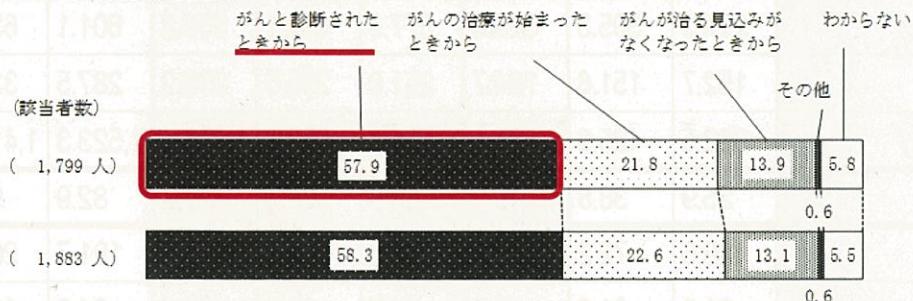
101

一般市民の緩和ケアの認識

○緩和ケアの認知度



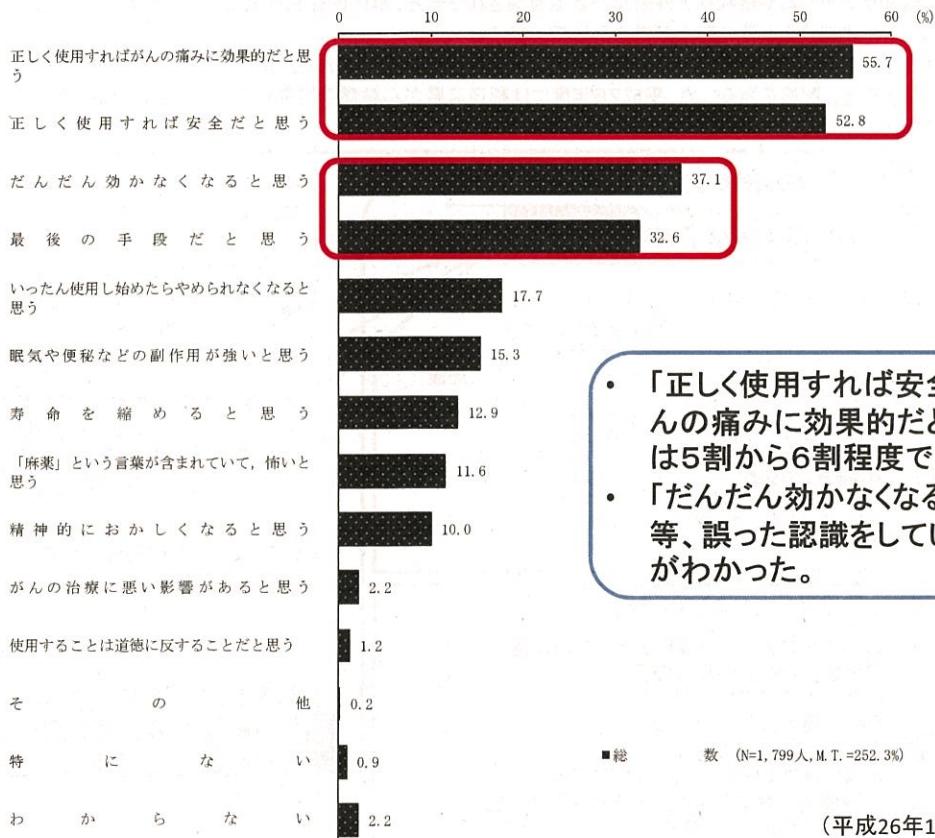
○緩和ケアを開始すべき時期の認識



- 緩和ケアのことを、「よく知っている」と回答した者は40.5%であり、基本計画策定時の34.4%より增加了。
- 緩和ケアを開始すべき時期について、「がんと診断された時から」と回答した者の割合は57.9%と基本計画策定時(58.3%)と同程度の結果であった。

一般市民の医療用麻薬の認識

(複数回答)



- 「正しく使用すれば安全だと思う」、「正しく使用すればがんの痛みに効果的だと思う」ということを認識していた者は5割から6割程度であった。
- 「だんだん効かなくなると思う」や「最後の手段だと思う」等、誤った認識をしている者が3人に1人程度いることがわかった。

103

(平成26年11月内閣府「がん対策に関する世論調査」)

医療用麻薬各国消費量の比較

<100万人1日あたりモルヒネ消費量換算 (g)>

モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンの合計
(100万人1日あたりモルヒネ消費量換算 (g))

	2000-02	2001-03	2002-04	2003-05	2004-06	2005-07	2006-08	2007-09	2008-10	2009-11	2010-12
オーストリア Austria	471.9	547.9	631.2	734.4	880.7	1,100.8	1,313.0	1,502.2	1,543.9	1,655.7	1,717.5
カナダ Canada	484.3	615.8	790.6	884.0	1,049.3	1,227.8	1,337.1	1,588.5	1,727.8	1,912.6	1,940.8
オーストラリア Australia	265.8	299.3	333.1	362.6	410.8	496.6	616.5	753.8	829.3	975.7	1,169.4
アメリカ USA	711.4	872.2	1,030.4	1,203.0	1,355.4	1,514.6	1,639.4	1,725.0	1,791.5	1,801.5	1,775.9
フランス France	274.3	305.5	329.8	377.9	459.1	556.2	601.1	637.0	687.1	701.9	711.3
イギリス UK	152.7	151.6	184.7	251.9	295.5	270.2	287.5	320.5	471.5	1,281.3	1,433.2
ドイツ Germany	352.5	425.9	581.1	726.8	1,082.3	1,336.4	1,523.3	1,413.2	1,421.1	1,438.3	1,269.1
日本 Japan	25.9	38.8	49.2	60.8	68.7	76.7	82.9	96.8	110.5	120.0	118.3
イタリア Italy	46.6	72.2	94.6	123.2	140.0	157.4	191.7	266.2	306.1	371.1	302.2
韓国 Korea	21.0	21.0	18.2	22.7	36.2	55.8	84.2	124.2	172.2	189.5	217.5

*国際麻薬統制委員会(INCB)・統計のために定義された1日投与量(S-DDD: フェンタニル 0.6mg = オキシコドン 75mg = モルヒネ 100mg)で換算

現状として、医療用麻薬の消費量がまだ少ない。

104

現状

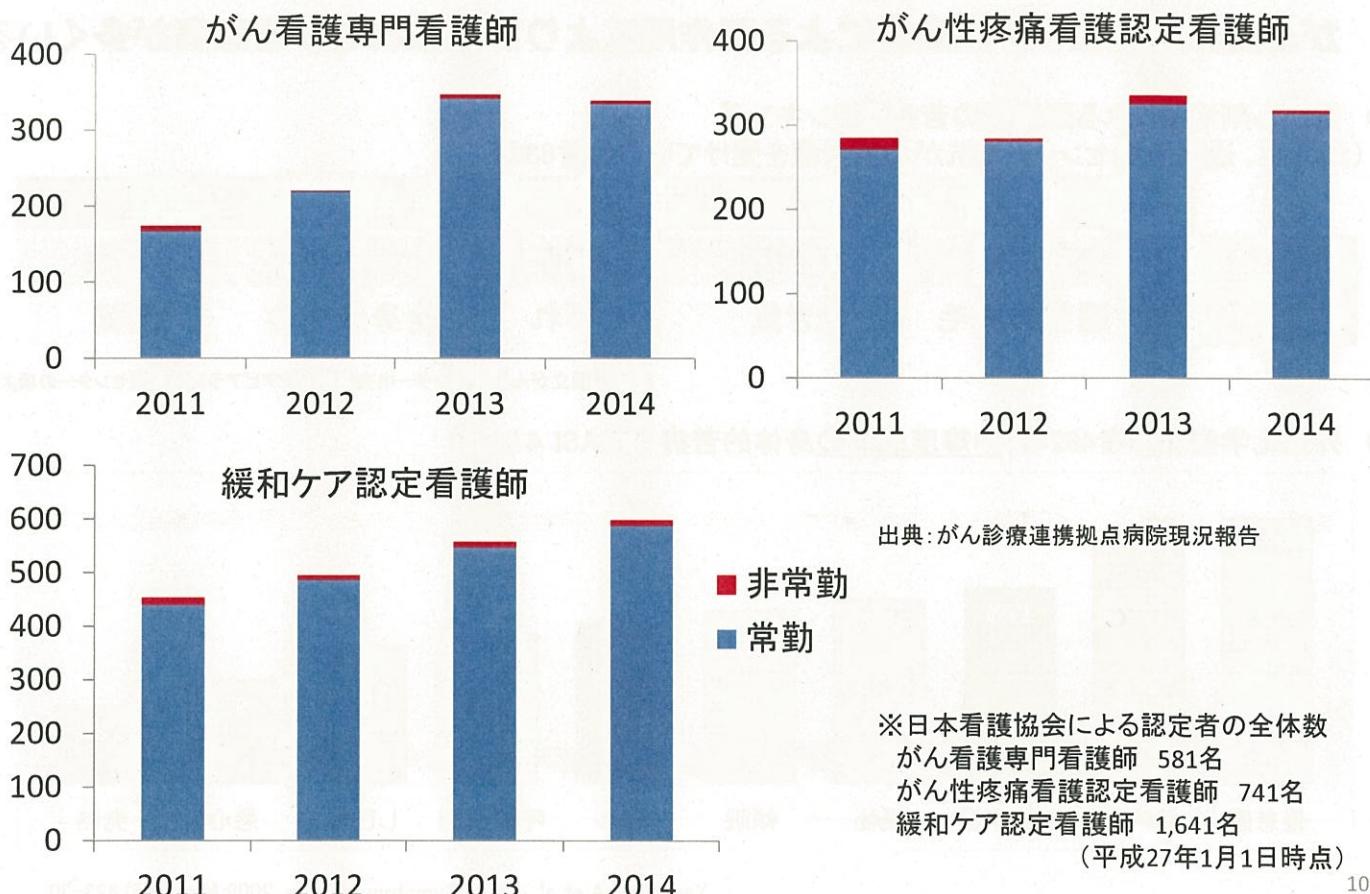
- 拠点病院等の専門的緩和ケア(緩和ケアチーム、緩和ケア外来等)の提供体制が、地域緩和ケアにおいて整備されていない。また整備されていても十分活用されていない。
- 地域緩和ケアを担う施設(病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟等)に関する情報が医療機関間で十分に集約・共有されておらず、また患者・家族のみならず、医療従事者に対しても情報提供が十分になされていない。
- 地域緩和ケアを担うスタッフ(地域の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師等の医療従事者、社会福祉士、介護・福祉従事者等)の人員が不足しており、また、診療・ケアの質が十分に担保されていない。

地域緩和ケアの提供体制の構築に向けて～今後の対応の方向性～

- 医師会等のネットワークを活用し、地域緩和ケアを担う施設に関する情報集約を行い、患者や家族に対して情報提供を行うと共に、地域全体の医療機関での共有を図る。
- 拠点病院の緩和ケアセンター等が中心となり、「地域緩和ケア連携調整員(仮称)」のような関係者間・施設間を調整する人員の配置を伴う事務局機能を有する地域拠点を、地域の状況に応じて整備する。
- 抗がん剤治療中など早い段階から地域の医療機関や訪問看護ステーションと拠点病院等の連携を促進する。
- 緩和ケア病棟は、がん疼痛をはじめとする身体的苦痛が増悪した場合のバックベッドとしての役割を果たし、症状が落ち着いたら、患者や家族の意向に沿った形で、在宅への復帰を図る。
- 診療所や訪問看護ステーション等でのがん患者・家族に対する看護相談のあり方について検討する。等

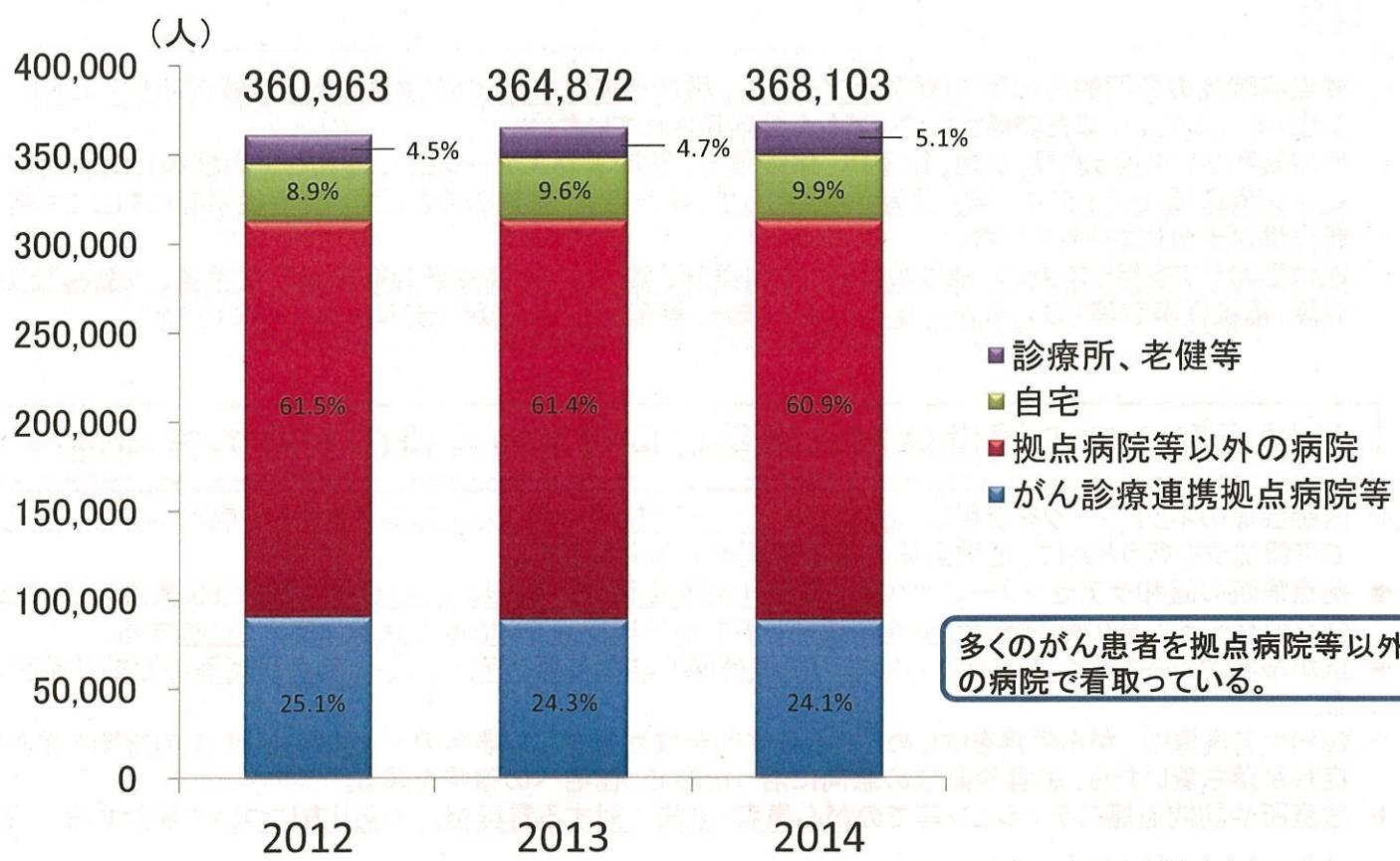
105

拠点病院における専門、認定看護師数の推移



106

がん死亡者数における死亡場所の内訳



107

治療による副作用や合併症の現状

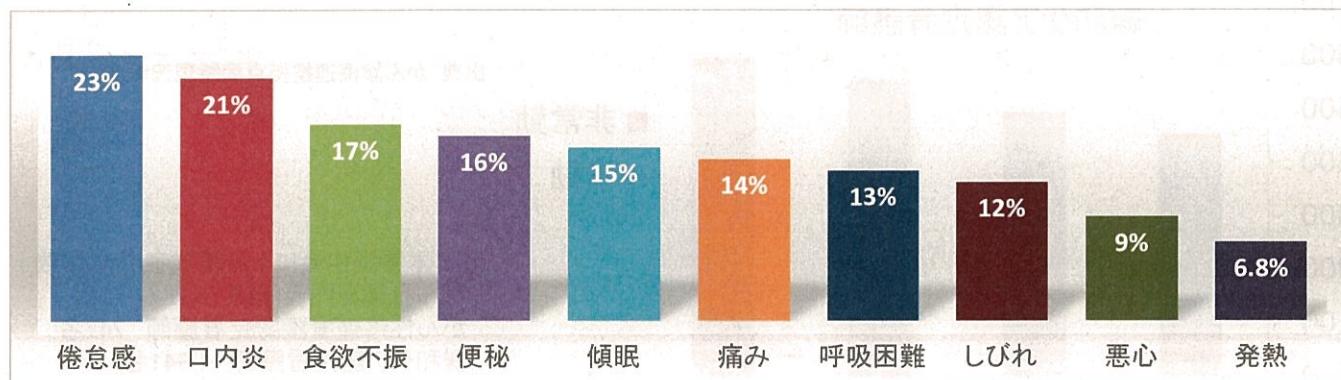
がん自体の症状やがん治療による副作用により苦しまれている患者が多くいる。

- 抗がん剤治療による副作用の苦痛度ランキング
(2009年、通院治療センターで抗がん剤治療を受けている患者638名)

	1	2	3	4	5
男性	全身の痛み	吐き気	発熱	口内炎	しびれ
女性	頭髪の脱毛	吐き気	しびれ	全身の痛み	便秘

出典:「国立がん研究センター中央病院」HPアピアランス支援センターの項より

- 外来化学療法患者462名:中等度以上の身体的苦痛(MDASI 4以上)



副作用や合併症に関するガイドライン

	ガイドラインの整備状況		
	米国	欧州	日本
制吐薬	○	○	○
がん疼痛	○	○	○
骨髄抑制	○	○	○(好中球減少のみ)
倦怠感	○	—	—
神経障害	○	—	—
粘膜障害	—	○	—
呼吸困難	—	○	—
皮膚障害	—	—	—
リハビリテーション	—	—	○
サバイバーシップ	○	—	—

(日本癌治療学会、がん支持療法多国籍学会、米国臨床腫瘍学会、NCCNのホームページを元にがん対策・健康増進課が作成)

<参考>

標準的治療の実施割合；高度催吐性リスク化学療法における制吐剤処方率 60.5%

(拠点病院169施設の院内がん登録及びDPCデータに基づく解析)

109

副作用や合併症に関する臨床研究

	海外	国内 ☆
難治性疼痛・神経障害性疼痛	<ul style="list-style-type: none"> メチルプレドニゾロン vs プラセボ (JCO 2014) * デュロキセチン vs プラセボ (JAMA 2013) ケタミン vs プラセボ (JCO 2012) ※ ガバペンチン vs プラセボ (JCO 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> デュロキセチン vs プラセボ(RCT)実施中
呼吸困難	<ul style="list-style-type: none"> セルトラリン (SSNI) vs プラセボ (Current/Open Phase III) ※ モルヒネ vs プラセボ (Current/Open Phase III) ※ モルヒネ vs プラセボ (BMJ 2003) ※ 	<ul style="list-style-type: none"> モルヒネ、コルチコステロイド コホート研究
悪心嘔吐・消化管閉塞	<ul style="list-style-type: none"> Methotripteneprazine vs ハロペリドール (Current/Open Phase III) ※ オクトレオチド vs プラセボ (JPSM 2015) ※ レボメプロマジン / オンダンセトロン vs プラセボ (Closed Phase III) ※ 機序に基づく薬剤選択 vs 一律の薬剤選択 (Closed Phase III) ※ 	<ul style="list-style-type: none"> プロクロルペラジン RCT試験実施中 オランザピンRCT試験実施中 漢方薬(第二相試験)
倦怠感	<ul style="list-style-type: none"> デキサメサゾン vs プラセボ (JCO 2013) # メチルフェニデート vs プラセボ (JCO 2003) # 	<ul style="list-style-type: none"> コルチコステロイド コホート研究
悪液質・食欲不振・脱水	<ul style="list-style-type: none"> 栄養指導+EPA+運動+イブプロフェン vs 標準治療(Current/Open Phase III) ※ メgestrol / デキサメサゾン vs プラセボ (Closed Phase III) ※ 輸液1000ml vs プラセボ100ml (JCO 2013) # 	
せん妄	<ul style="list-style-type: none"> ハロペリドール vs リスパダール vs プラセボ (Closed Phase III) ※ 	

がんとの共生

⑩緩和ケアの推進 ⑪がん患者の就労支援

111

がん対策推進基本計画の「がん患者の就労支援」に関する記載(概要)

(現状)

- がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多い。例えば、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の30%が依頼退職し、4%が解雇されたと報告されている。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定される。
- 必ずしも相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念される。
等

(取り組むべき施策)

- 職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。
- 治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。
- 医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい。
- 事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。
等

(個別目標)

がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を3年以内に明らかにした上で、国、地方公共団体、関係者等が協力して、がんやがん患者・経験者に対する理解を進め、がん患者・経験者とその家族等の仕事と治療の両立を支援することを通じて、抱えている不安の軽減を図り、がんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目標とする。

112

がん患者・経験者の就労支援の進捗

平成24年6月

第二期 がん対策推進基本計画策定

- ・重点的に取り組むべき課題に「働く世代や小児へのがん対策の充実」
- ・分野別施策に「がん患者の就労を含めた社会的な問題」を追加

平成25年～

がん患者の就労に関する総合支援事業(健康局)

治療と職業生活の両立等の支援対策事業(労働基準局)

がん患者等に対する就職支援モデル事業(職業安定局)

平成26年1月

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針改正

平成26年2月-6月

がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会(計5回)

平成26年8月

がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会 報告書公表

がん患者の就労に関する総合支援事業

趣旨

○がん患者は、生活費や治療費などの経済面はもとより、仕事と治療の両立の仕方や仕事への復帰時期等に不安を抱いており、就労を維持するための情報提供や相談体制の整備が望まれている。

※がん対策基本法(平成18年法律第98号)に基づき国が策定するがん対策推進基本計画(以下「基本計画」)においては、平成24年6月に見直しを行い、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」が重点課題とされたところ。

○本事業は、がん診療連携拠点病院の相談支援センター等に就労に関する専門家を配置し、がん患者が抱える就労に関する問題をくみ上げ、就労に関する適切な情報提供と相談支援を行うことを目的とする。

がん診療連携拠点病院(相談支援センター)

拠点病院の相談支援センターに社労士、産業カウンセラー、キャリアコンサルタントなど就労の専門家を週1回配置。

がん患者

就労に関する問題発生

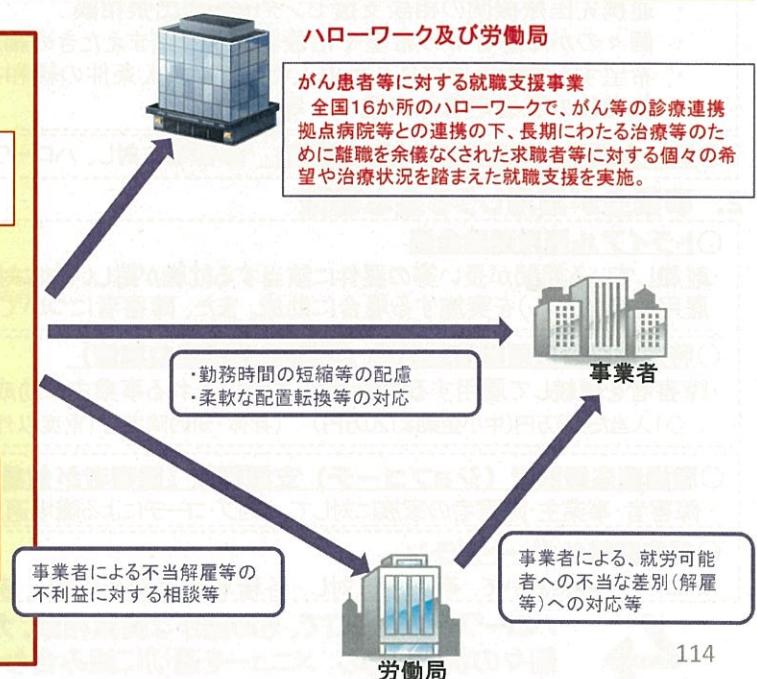


- ・仕事に関する相談への対応
- ・仕事と治療の両立の仕方
- ・仕事復帰の時期
- ・仕事の復帰に向けた準備
- ・職場への伝え方
- ・関係機関の紹介 等

ハローワーク及び労働局

がん患者等に対する就職支援事業

全国16か所のハローワークで、がん等の診療連携拠点病院等との連携の下、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者等に対する個々の希望や治療状況を踏まえた就職支援を実施。



治療と職業生活の両立等の支援対策事業(平成25年度～)

1 趣旨・目的

- 疾病を患った後も、治療を継続しながら就労しなければならない労働者が増えているが、そのような労働者に対する適切な健康管理による職場復帰支援は、労働者の福祉の向上はもとより、事業者や社会にとっても、労働損失を避け、労働生産性を上げるために重要な対策となっている。
- また、疾病を持つ労働者の中には、通院や治療と仕事の両立のための体制が不十分なことから、就労可能な健康状態にもかかわらず、復職、継続就労することが困難な場合があり、事業場における作業関連疾患をもつ労働者の職場環境整備や就労支援の整備が必要となっている。
- 平成24年に開催された「治療と職業生活の両立等の支援に関する検討会」の報告書においても、治療と職業生活の両立を支援することの重要性が指摘され、今後、行政の取り組みとして、企業等に対して、治療と職業生活の両立を支援するためにはどう取り組むべきかを示したガイドラインやマニュアル等を作成し、周知・徹底を図ることが提言されている。
- そこで本事業では、作業関連疾患等の疾病を抱えた労働者が就労を継続するための事業場における支援対策を検討することを目的とする。

2 事業概要

- 長期にわたる治療等が必要な疾病を抱えた労働者の就労継続に関する事例を収集し、就労継続支援のあり方に関する検討を行うとともに、就労継続支援の指針等を作成し、広く関係者に周知する。

3 主な事業内容(委託内容)

<平成25年度>

- 長期にわたる治療が必要な作業関連疾患等の疾病を抱えた労働者の就労継続に関する事例等の調査
※対象には、脳血管疾患、心疾患、筋骨格系疾患、職業性がん、ストレス性疾患等を含む。
- 労働者の就労継続支援に関する留意事項の作成・周知

<平成26年度>

- 平成25年度に作成する留意事項を活用した事例集の作成
- 事例集の周知(研修会の開催等)

<平成27年度>

- 治療と職業生活の両立支援対策に関する指針の作成
- 治療と職業生活の両立支援対策に関する指針の普及(研修会開催)

115

がん患者の就労支援について(活用しうる主な施策)

- がん患者の就労支援については、以下に掲げる様々な支援メニューを用意しており、個々人の状況にあつた対応が可能となっている。

1. がん患者が活用しうる主な施策

○がん患者等に対する就職支援モデル事業

- ・ハローワークに就職支援ナビゲーターを配置し、がん診療連携拠点病院等と連携したがん患者等に対する就職支援を全国16か所において実施。

◇支援内容

- ・連携先医療機関の相談支援センターへの出張相談
- ・個々のがん患者等の希望や治療状況等を踏まえたきめ細かな職業相談・職業紹介
- ・希望する労働条件に応じた求人の開拓、求人条件の緩和指導
- ・就職後の職場定着の支援 等

○チーム支援(障害者が対象の施策)

- ・障害者に対し、ハローワークと福祉・教育・医療等の関係機関とが連携し支援。

2. 事業主が活用しうる主な施策

○トライアル雇用奨励金等

- ・離職している期間が長い等の要件に該当する就職が難しい方に対し、事業主がトライアル雇用(試用雇用として原則3ヶ月の有期雇用で雇い入れ)を実施する場合に助成。また、障害者については、障害者トライアル雇用奨励金による助成を実施。

○特定求職者雇用開発助成金(障害者が対象の施策)

- ・障害者を継続して雇用する労働者として雇い入れる事業主に助成。
◇1人当たり50万円(中小企業は120万円) (身体・知的障害者(重度以外)を通常労働者として雇う場合)

○職場適応援助者(ジョブコーチ)支援制度(障害者が対象の施策)

- ・障害者・事業主・障害者の家族に対して、ジョブ・コーチによる職場適応に関するきめ細かな支援を実施。

○就業継続サポートプラン

- ・ハローワークにおいて、事業主に対し、各種専門機関と連携し、疾患を抱える従業員の就業継続についても積極的に支援。

ハローワークの窓口で、きめ細かな職業相談、カウンセリング等を実施。

個々の状況に応じ、メニューを適切に組み合わせて、効果的な就労支援を行っていく。

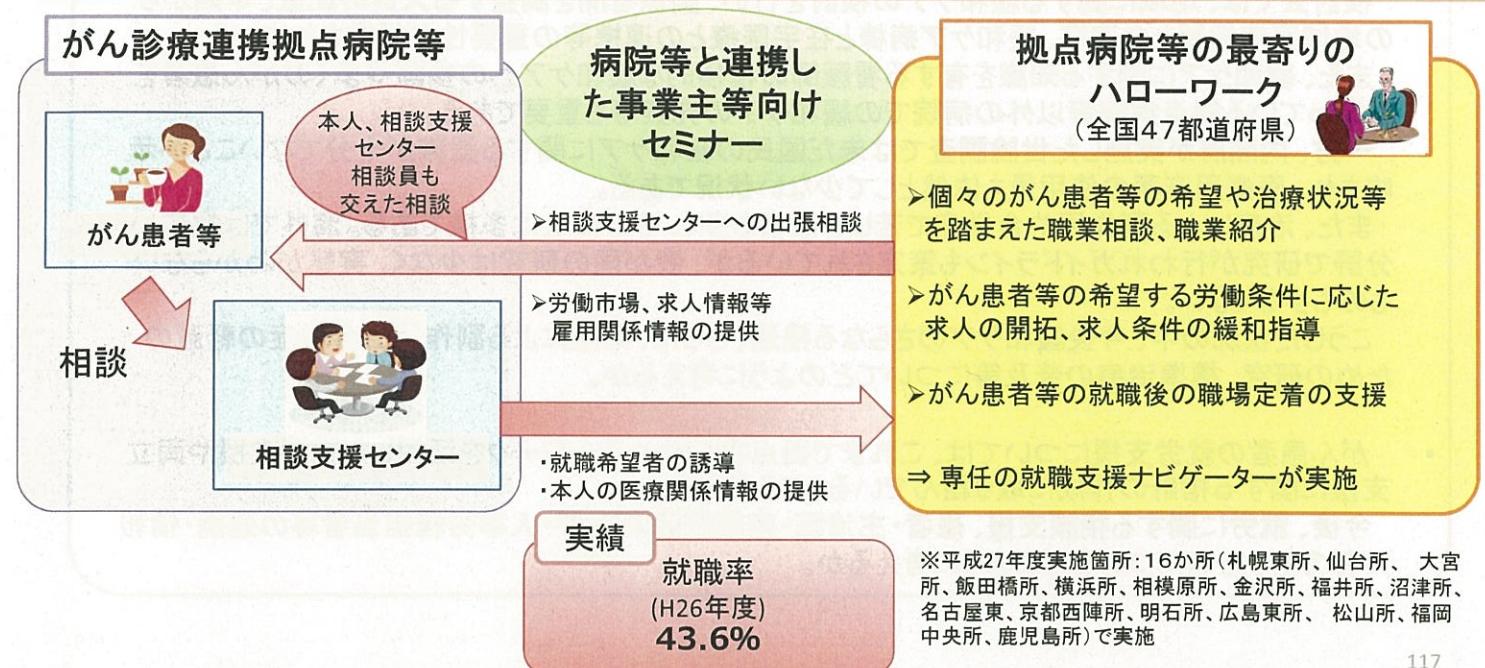


116

がん患者等に対する就職支援事業

平成28年度予算要求額 248百万円(27年度予算額85百万円)

- 25年度から、ハローワークに専門相談員を配置し、がん診療連携拠点病院等と連携したがん患者等に対する就職支援モデル事業を開始し、平成27年度は全国16か所において実施している。
- 28年度は、3年間のモデル事業で蓄積した就職支援ノウハウや知見を幅広く共有し、がん患者等の就職支援について、事業の実施箇所数を拡充し、全国で実施する(全国16か所→48か所)。



117

就労支援に関する主な取組（検討会報告書より抜粋）

(平成26年8月)

- | | |
|------------------|---|
| がん患者・経験者とその家族 | ・身体的、心理的、社会的な問題を抱えていても相談先がわからない
⇒既存の制度を理解し、自分ができることや配慮して欲しいことを明確に伝える |
| 小児がん経験者 | ・晚期合併症により就労が難しい、既存施策が十分に活用されていない
⇒HWの就職支援メニューの活用、HWにおける企業との効果的なマッチング |
| がん診療連携拠点病院等の医療機関 | ・がん患者等の就労ニーズの把握が不十分、就労継続を意識した説明が不十分
⇒就労継続を意識した治療方針説明の強化
・就労支援に関する知識、技量、情報が不十分
⇒就労の専門家との連携、医療従事者や相談員に対する研修の実施 |
| 企業 | ・病状の把握が難しい
⇒がん患者と主治医と産業保健スタッフ等が連携した病状、配慮事項の共有
・相談体制、情報が十分ではない
⇒従業員に対する研修の実施 |
| ハローワーク等雇用関係機関 | ・医療機関における就労支援に関する知識、技量情報が不十分
⇒がん患者等に対する就職支援モデル事業の拡充
・既存の制度の周知が不十分
⇒就職支援メニューの活用推進（トライアル雇用奨励金等） |
| 国民の理解・国の取組 | ・国民のがんに対する知識が十分ではない
⇒「がん教育」を含めた国民への普及・啓発、情報発信
・利用可能な制度の周知が十分ではない
⇒市民公開講座の活用 |

118

がんとの共生

論点案

- 緩和ケアについては、質の向上を目指し、研修修了者は平成27年3月末時点で57,764名となっている。また、平成26年1月に拠点病院の要件を見直し、苦痛のスクリーニングの徹底、症状緩和に係る地域連携パスの整備等を要件とした。平成27年度末には都道府県拠点病院に緩和ケアセンターが整備される予定となっている。
検討会では、地域に関する緩和ケアの検討を行い、関係者間を調整する人員の配置、早期からの地域医療機関との連携、緩和ケア病棟と在宅医療との連携等の重要性が提言されている。
また、緩和ケアに関する知識を有する看護師の積極的な緩和ケアへの参画や多くのがん患者を看取っている拠点病院等以外の病院での緩和ケアの充実等も重要である。
一方、内閣府が実施した世論調査では未だ国民の緩和ケアに関する認識が十分でないことが示唆され、医療用麻薬の使用量も依然として少ない状況である。
また、治療による副作用や合併症で苦しむ患者も多く、その症状は多様である。海外では幅広い分野で研究が行われガイドラインも策定されているが、我が国の研究は少なく、実態がわからないものも少なくない。
こうした状況の中、今後緩和ケアのさらなる推進、さらに、治療による副作用や合併症の軽減のための研究、標準治療の普及等についてどのように考えるか。
- がん患者の就労支援については、これまで拠点病院やハローワークを活用した就労支援や両立支援に関する指針の作成に取り組んでいるところである。
今後、就労に関する相談支援、患者・主治医・産業保健スタッフ・人事労務担当者等の連携・情報共有のあり方等についてどのように考えるか。

119

今後のがん対策の方向性についての概要 (～これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて～)

再掲

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

- 少子高齢化等の社会・経済の変化に対応する**社会保障制度の改革**
地域医療介護総合確保推進法に基づく**地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保** 等
⇒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
- 各施策の**「費用対効果」**の検証
- 発症リスクに応じた予防法や早期発見法を開発・確立することによる**個人に適した先制医療**の推進
- がん医療の**均てん化と集約化の適正なバランス**に関する検討
- がん登録情報を活用した**大規模データベース**の構築 等

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

- 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⇒**「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
- 障害のある者に対する情報提供、意志決定支援、医療提供体制の整備
- 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等

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

- 総合的な**AYA世代のがん対策**のあり方に関する検討(緩和ケア、就労支援、相談支援、生殖機能温存等)
- 遺伝性腫瘍**に対する医療・支援のあり方に関する検討
- 認知症対策と連動した高齢者のがん対策**のあり方に関する検討

等

120