

# がん対策加速化プラン

平成27年12月

## 目次

はじめに	1
1. 予防 ～避けられるがんを防ぐ～	
(1) がん検診	
1) 受診率対策	2
2) 職域のがん検診	4
(2) たばこ対策	
1) 禁煙対策	5
2) 受動喫煙対策	6
(3) 肝炎対策	7
(4) 学校におけるがん教育	8
2. 治療・研究 ～がん死亡者の減少～	
(1) がんのゲノム医療	9
(2) 標準的治療の開発・普及	11
(3) がん医療に関する情報提供	12
(4) 小児・AYA世代のがん・希少がん対策	
1) 小児・AYA世代のがん対策	13
2) 希少がん対策	14
(5) がん研究	15
3. がんとの共生 ～がんと共に生きる～	
(1) 就労支援	16
(2) 支持療法の開発・普及	18
(3) 緩和ケア	19

## 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 26（2014）年には年間約 37 万人が亡くなり、生涯のうちに約 2 人に 1 人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題であるとともに、がん対策は、「一億総活躍社会」の実現に向けても取り組むべき課題の一つである。

日本のがん対策は、昭和 59（1984）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、施策を実施してきた。

さらに、平成 19（2007）年 4 月には、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「基本計画」という。）を策定した。それ以降、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんを負けることのない社会」の実現を目指して、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民等の関係者が一体となって、がん対策を進めている。

様々な施策により、がん対策の進捗はみられるものの、「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27（2015）年 6 月）（以下「基本計画中間評価報告書」という。）では、「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」（平成 19（2007）年度からの 10 年間の目標）について、このままの状況では、目標の達成が難しいと予測されている。その理由として、たばこ対策やがん検診の受診率向上に向けた施策が遅れていることなどが挙げられている。

こうした状況を踏まえ、平成 27（2015）年 6 月 1 日に厚生労働省主催のもと「がんサミット」を開催し、基本計画中間評価報告書や最近の様々な調査結果等を踏まえ、

### ① がんの予防

予防や早期発見を進め、「避けられるがんを防ぐ」こと

### ② がんの治療・研究

治療や研究を推進し、「がんによる死亡者数の減少」につなげていくこと

### ③ がんと共生

就労支援や緩和ケアなどを含む包括的な支援により、「がんと共に生きる」ことを可能にする社会を構築すること

を 3 つの柱とした「がん対策加速化プラン」を策定した。

「がん対策加速化プラン」では、基本計画に示されている分野のうち、特に

① 遅れているため「加速する」ことが必要な分野

② 当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野

について、次期基本計画策定までの残された期間で短期集中的に実行すべき具体的施策を明示した。

また、「がん対策加速化プラン」に基づく個々の施策が、目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか評価を行い、評価を踏まえて、課題を抽出し、さらなるがん対策につなげる PDCA サイクルを確実に機能させることにより、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

## 1. 予防 ～避けられるがんを防ぐ～

### (1) がん検診

#### 1) 受診率対策

##### <現状と課題>

科学的根拠に基づく正しいがん検診を受診し、必要に応じて精密検査を受診することは、がんの早期発見、適切な治療、がんによる死亡者の減少につながる。従って、がんによる死亡者を減らし、確実に救えるいのちを救うためには、諸外国に比べて低い状況にあるがん検診の受診率向上が重要である。

このため、基本計画では受診率 50%（胃、肺、大腸は当面の間 40%）を目標に掲げ、その達成に向けての取組を進めている。具体的には、平成 21（2009）年度より「がん検診推進事業」を開始し、がん検診を無料で受けられるクーポン券の配布や、国民一人一人への受診勧奨（個別受診勧奨）が行われている。また、がん検診の精度管理や、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」<sup>1</sup>を通じた企業に対する普及啓発等も行っている。

このような取組により、受診率は上昇傾向であるが、胃がん：39.6%、肺がん：42.3%、大腸がん：37.9%、子宮頸がん：42.1%（過去2年）、乳がん：43.4%（過去2年）<sup>2</sup>となっており、未だ目標の50%には達していない。国際的にみても先進国が50～85%<sup>3</sup>である

<sup>1</sup>平成 21（2009）年度から開始した、企業におけるがん検診に関する普及啓発や就労支援を目的とした事業。企業等 1,777 社・団体が参加している。（平成 27（2015）年 11 月 9 日時点）。

<sup>2</sup>平成 25（2013）年国民生活基礎調査

<sup>3</sup>OECD Health Statistics 2015

のに対して低い水準である。

また、市町村（特別区を含む。以下同じ。）が実施するがん検診の精密検査の受診率は、胃がん：79.8%、肺がん：78.6%、大腸がん：64.4%、子宮頸がん：69.6%、乳がん：84.6%<sup>4</sup>となっており、十分に高いとは言えない<sup>5</sup>。

さらに、受診率が向上しない要因の一つとして、受診勧奨や精度管理の方法、検診項目等について市町村によって差がみられることが指摘されている。例えば、個別受診勧奨はほぼ確実に受診率を上げることができるが、個別受診勧奨を行っている市町村は全市町村のうち約49%である。また、未受診者への再勧奨を行っているのは約6%、陽性反応適中度<sup>6</sup>を把握しているのは約60%である<sup>7</sup>。こうした市町村間の格差が、検診受診率の差、精検受診率の差、早期発見率の差につながるとも考えられる。

### <実施すべき具体策>

受診率を上げるため、以下の施策を実施する。

- 市町村が提供するがん検診について、受診勧奨の方法、精度管理、検査項目等を継続して把握する。
- 検診受診率のみならず、精密検査受診率等についても目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各市町村が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各市町村のがん検診受診率、がんの死亡率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、市町村それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 胃がんの死亡率減少効果が新たに認められた<sup>8</sup>胃内視鏡検査を対策型検診として普及するため、医療関係団体と協力して、運用マニュアルの周知や受診者が受けやすい環境づくり等、精度や安全性を担保した実施体制の整備を進める。

<sup>4</sup>平成25（2013）年度地域保健・健康増進事業報告

<sup>5</sup>職域におけるがん検診の精密検査受診率は学会等が実施した調査結果はあるものの、全体像は把握できていない。

<sup>6</sup>がん検診受診者のうち、精密検査が必要とされた者（要精検者）のうち、がんが発見された者の割合。一般的に高い方が望ましく、精検受診率が低い場合、検査の精度が低い場合などに低くなる傾向がある。

<sup>7</sup>平成26（2014）年度国立がん研究センターがん対策情報センター調べ

<sup>8</sup>平成27（2015）年9月にとりまとめられた「がん検診のあり方に関する検討会中間報告書～乳がん検診及び胃がん検診の検診項目等について～」において、胃内視鏡検査による胃がん検診は、胃がんの死亡率減少効果を示す相応な証拠が認められたため、対策型検診として実施することが適当とされた。

- 一部自治体において、厚生労働省のがん検診に関する指針<sup>9</sup>（ガイドライン）に基づかないがん検診が行われていることを踏まえ、推奨する検査項目のみならず、効果が明らかでない検査項目等も明示したガイドラインを策定し、関係団体と協力して普及啓発を進める。
- 医療関係団体と協力し、かかりつけ医が対象者の受診状況を確認した上で、未受診者にパンフレットを配布する等、かかりつけ医による検診及び精密検査の受診勧奨を進める。
- 健康サポート薬局<sup>10</sup>におけるかかりつけ薬剤師を通じた受診勧奨を進める。
- 市町村が継続して効率よく受診勧奨を実施できるよう、受診勧奨の事例集（対象者の特性に応じたメッセージ、受診履歴の分析結果を用いた受診勧奨、申込み方法の工夫等）の作成、受診勧奨に関するマニュアルの作成・周知、市町村への研修を通じて、受診勧奨の方法を徹底的に普及する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

## 2) 職域のがん検診

### <現状と課題>

がん検診は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）に基づき市町村が実施する一方、職域においては、保険者が自主的に提供している。保険者の提供するがん検診は、これまでがん対策における位置づけは不明確であったが、がん検診受診者の 4～7 割<sup>11</sup>が職域で受診しており、その多くを占める保険者の提供するがん検診は、がん対策の観点から大きな役割を担っている。

一方、厚生労働省のがん検診に関する指針（ガイドライン）は主として市町村向けとなっており、保険者に対する指針はない。また、保険者が提供するがん検診の実態も正確につか

<sup>9</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）

<sup>10</sup>かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた薬局のうち、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する薬局をいう。（平成 27（2015）年 9 月 24 日「健康情報拠点薬局（仮称）のあり方に関する検討会」報告書（厚生労働省）。詳細は

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/matome.pdf> を参照。

<sup>11</sup>平成 25（2013）年国民生活基礎調査によれば、検診受診者のうち、胃がん検診では 66.4%、肺がん検診では 69.9%、大腸がん検診では 64.4%、子宮頸がん検診では 42.7%、乳がん検診では 48.9%がそれぞれ「勤め先（家族の勤め先を含む）からのお知らせで受けた」と回答している。

めていないのが現状である。

### ＜実施すべき具体策＞

職域において保険者が提供するがん検診が、今やがん対策において重要な役割を担っていることを踏まえ、以下の施策を実施する。

- 保険者と協力し、職域において保険者が提供するがん検診の実態を早急に把握する。
- 職域においても、検診受診率のみならず、精密検査受診率等に関する目標値を設定する。
- 目標値を達成するには、モニタリングが重要であることから、各保険者が全国での位置づけを確認し施策に役立てるため、各保険者のがん検診受診率や受診率向上に向けた取組等を比較可能な形で公表する。
- 検診対象者、保険者それぞれの特性に応じて、行動変容を起こすためのインセンティブ策及びディスインセンティブ策を導入する。
- 上記の実態調査結果を踏まえて、保険者が提供する職域におけるがん検診に対するガイドラインを早急に策定する。
- 時間がない人でも簡便にがん検診を受けられるよう、特定健診とがん検診を同時に実施するため、都道府県、市町村及び保険者の協力を得て、同時実施体制が取られている取組事例を収集し、広く普及することにより、さらに同時実施を推進する。
- 上記の受診率向上のための施策については、実施されているかどうかを把握し、より実効性のある仕組みを講じる。

## （２）たばこ対策

### １）禁煙対策

#### ＜現状と課題＞

たばこは肺がん、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性閉塞性肺疾患などの原因である。中でも肺がんの死亡者数は年間 73,396 人と増加傾向である<sup>12</sup>。基本計画の全体目標である「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」を達成できない大きな理由の一つにたばこ対策が遅れていることが指摘されており、喫煙状況を改善し、たばこによるがん死亡者を減少させることが必要である。

<sup>12</sup>平成 26（2014）年人口動態統計

喫煙率については、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人の喫煙率を12%まで減少させることを目標として、「世界禁煙デー記念イベント」の開催や「スマート・ライフ・プロジェクト」の推進、「禁煙支援マニュアル（第二版）」の公表、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）における「クイットライン」の整備、都道府県等が実施する禁煙対策等への支援を実施してきた。

しかし、「現在習慣的に喫煙している者」の割合は19.3%であり、平成22（2010）年度以降は下げ止まっている<sup>13</sup>。また、未成年者の喫煙率は減少傾向であるが、平成24（2012）年時点で、中学1年生は男子1.2%、女子0.8%、高校3年生は男子5.6%、女子2.5%となっている<sup>14</sup>。

### <実施すべき具体策>

喫煙率を下げるため、以下の施策を実施する。

- たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（FCTC）<sup>15</sup>や海外のたばこ対策の状況を踏まえつつ、必要な対策を検討する。
- 厚生労働省としては、たばこ税の税率の引上げを継続して要望する。
- ニコチン依存症に対する禁煙治療の保険適用の拡大を検討する。
- 未成年者・妊産婦等に対する健康教育を推進する。
- 日本人におけるたばこの健康影響を体系的に評価し、たばこの健康影響と対策の重要性について、普及啓発を推進する。

## 2) 受動喫煙対策

### <現状と課題>

平成15（2003）年に施行された健康増進法第25条において、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用す

---

<sup>13</sup>国民健康・栄養調査

<sup>14</sup>平成25（2013）年度厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業「未成年者の健康課題および生活習慣に関する実態調査研究」

<sup>15</sup>FCTCにおいては、たばこの需要を減少させるための価格及び課税に関する措置、たばこの煙にさらされることからの保護、たばこ製品の包装及びラベル、教育、情報の伝達、訓練及び啓発、たばこの広告、販売促進及び後援等に関して規定。なお、各国の代表的なたばこ1箱（20本、ドイツは19本）あたりの価格（平成27（2015）年1月時点）は、日本430.0円、ドイツ725.0円、フランス942.5円、米国（イリノイ州シカゴ市）1641.2円、英国1714.7円。



る施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるように努めなければならない。」と定められている。また、職場に関しては、平成26（2014）年6月に「労働安全衛生法」（昭和47年法律第57号）が改正され、事業者及び事業場の実情に応じ、受動喫煙を防止するための適切な措置を講じることが事業者の努力義務とした（平成27（2015）年6月施行）。また、受動喫煙防止対策に取り組む事業者に対しては、「受動喫煙防止対策助成金」等による支援を行っている。

こうした取組により、受動喫煙の機会を有する非喫煙者の割合は減少傾向であるが、飲食店：46.8%、遊技場：35.8%、職場：33.1%など、依然として非喫煙者が受動喫煙にあって<sup>16</sup>いる。

なお、平成22（2010）年にWHOとIOCがたばこフリーオリンピックを推進することに合意していることや、受動喫煙を減らすため、近年のオリンピック開催地では、すべての開催地で罰則規定のある法制上の措置が講じられていることに留意する。

## <実施すべき具体策>

受動喫煙を減らすため、平成31（2019）年のラグビーワールドカップ及び平成32（2020）年の東京オリンピック・パラリンピック開催までに、関係府省庁や都道府県等と連携しつつ、受動喫煙防止対策を強化する。

### （3）肝炎対策

#### <現状と課題>

肝がんの約75%<sup>17</sup>が肝炎ウイルスの持続感染に起因するとされており、毎年約4万5千人が肝がん罹患し、約3万人が死亡している。B型肝炎及びC型肝炎は、適切な治療を行わないまま放置すると、肝硬変、肝がんといった重篤な病態に進行するおそれがある。このため、肝炎ウイルス陽性者を早期に発見し、早期に治療を行うことで、その後の肝がんを予防することが必要である。

C型肝炎ウイルスに対しては、平成26（2014）年9月に登場したインターフェロンフリー治療薬（内服薬）により、従来のインターフェロン治療よりも治癒率が高く、かつ、副作用

<sup>16</sup>平成25（2013）年国民健康・栄養調査

<sup>17</sup>肝がんの約60%がC型肝炎ウイルス（HCV）の持続感染、約15%がB型肝炎ウイルス（HBV）の持続感染に起因すると試算されている。（国立がん研究センターHP <http://ganjoho.jp/public/cancer/liver/>）

等の患者負担が少ない治療が可能となっており、こうした抗ウイルス治療に積極的に結びつけることによって、重症化の予防と肝がんの減少につながることを期待される。

なお、B型肝炎については、インターフェロン治療や核酸アナログ製剤治療はあるものの、根治できる治療法の開発が課題となっている。

### <実施すべき具体策>

肝炎対策を進め、肝がんを予防するため、以下の施策を実施する。

- 抗ウイルス治療に係る患者の自己負担の軽減を通じ、医療のアクセス機会を担保し、重症化予防を図る。
- 肝炎ウイルス検査陽性者の効果的な受診勧奨・フォローアップの方法を開発するとともに、初回精密検査及び定期検査費用の助成の充実を図る。
- 身近な医療機関での検査実施や職場での健診の場の活用などを進め、一生に一度は肝炎ウイルス検査を受けるように促す。
- B型肝炎及び肝硬変の創薬研究を推進する。

## (4) 学校におけるがん教育

### <現状と課題>

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、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することが重要である。

学校におけるがん教育については、これまでも児童生徒の発達段階に応じた指導がなされているが、がんそのものの理解やがん患者に対する正しい認識を深めるには不十分であるとの指摘がある。そのため、文部科学省では、平成26年（2014）度から「がんの教育総合支援事業」を行っており、平成27（2015）年度は21地域86校において実施されている。また、各発達段階における指導内容については、平成27（2015）年度に有識者会議を設けて検討し、教材を作成している。

なお、喫煙の健康影響については、現行の学習指導要領に基づき、小学校段階から体育科、保健体育科で指導している。

## ＜実施すべき具体策＞

- 児童生徒ががん及びがん患者に対する正しい知識、認識及び命の大切さに対する理解を深めるため、「がんの教育総合支援事業」において、国が発達段階に応じて作成した教材を活用したがん教育を実施する。また、地方自治体において、教育委員会及び衛生主管部局が連携し、関連団体とも協力する等により、学校医、がん専門医やがん患者・経験者等の外部講師の活用等、地域連携体制構築を図るよう、国は必要な支援を行う。

## 2. 治療・研究 ～がん死亡者の減少～

### （1）がんのゲノム医療

#### ＜現状と課題＞

ゲノム医療は個人のゲノム情報等を調べて、その結果をもとに、より効率的・効果的に診断、治療、予防を行うことを指す。がんの領域では、すでに一部実用化されており、例えば、がん細胞の遺伝子変異を調べ、患者に適した副作用の少ない抗がん剤が提供されている。

がんのゲノム医療の研究開発や医療現場での実用化をさらに進めることにより、将来、

- ① 大腸がんや肺がんといったがん種別の治療法ではなく、「私のゲノム情報」等に基づき、その人のがんの効果があり、副作用の少ない「私のがん治療」を行うこと
- ② 現在は一定の年齢以上の人に同じ検査項目を同じ頻度で行っているがん検診についても、「私のゲノム情報」等に基づき、将来どのようながんにかかる可能性があるのか予測し、予測結果に基づく「私のがん検診」を提供すること

等が可能になると期待される。

政府ではゲノム医療を進めるため、平成26（2014）年7月に閣議決定した「健康・医療戦略」において、「環境や遺伝的背景といったエビデンスに基づく医療を実現するため、その基盤整備や情報技術の発展に向けた検討を進める」、「ゲノム医療の実現に向けた取組を推進する」など、ゲノム医療の実現に向けた取組を進めている。また、平成27（2015）年1月には、健康・医療戦略推進会議の下に、「ゲノム医療実現推進協議会」を設置し、平成27（2015）年7月には「ゲノム医療実現推進協議会中間とりまとめ」（以下「中間とりまとめ」という。）を策定した。

中間とりまとめでは、

- ① 個人のゲノム情報等を検査する遺伝学的検査の質や精度を確保することなど、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

- ② 遺伝情報を利活用する上での情報保護に関するルール作りをすることなど、国民及び社会の理解と協力
- ③ 遺伝カウンセリング<sup>18</sup>体制を整備することなど、ゲノム医療の実用化に向けた体制等の構築
- ④ 人材育成及び医療従事者への教育強化

などを今後求められる取組としてあげている。

この中間とりまとめを受け、平成27（2015）年11月には内閣官房健康・医療戦略室、文部科学省、経済産業省の協力のもと、厚生労働省が事務局を担う「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」（以下「ゲノム医療等タスクフォース」という。）を「ゲノム医療実現推進協議会」のもとに設置し、ゲノム医療等の実用化に向け、重点的かつ早急に取り組むべき課題への対応策を検討している。

米国ではすでに「Precision Medicine Initiative」の取組として、100万人からなるゲノム情報と臨床情報を蓄積した研究コホートを創設するとのことであるが、長期にわたって追跡し、臨床情報を蓄積していく観点においては、国民皆保険の我が国の方が適しているとも考えられ、今後、アカデミアや企業と協力して、ゲノム医療の実用化に向けた取組を加速させていく必要がある。

### <実施すべき具体策>

ゲノム医療を実現するため、以下の施策を実施する。

- ゲノム医療等タスクフォースにおいて、改正個人情報保護法におけるゲノム情報の取扱い、ゲノム情報に基づく差別の防止、遺伝子関連検査の品質・精度の確保、遺伝子関連検査の結果の伝え方等について、検討を進める。
- ゲノム医療の医療現場におけるより詳細な課題を明らかにするため、国内外のゲノム医療の詳細な実態調査を実施する。
- 家族性腫瘍<sup>19</sup>等の遺伝子変異陽性者に対する検査・治療・支援のあり方を検討するとともに、拠点病院等に遺伝カウンセラー<sup>20</sup>等の配置を促進する。

<sup>18</sup>遺伝情報を本人や家族に伝える際のカウンセリング

<sup>19</sup>家族性腫瘍とは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を指し、例えば HBOC（遺伝性乳がん卵巣がん症候群）は BRCA 遺伝子の変異が原因であり、海外の報告からの推定によると、乳がん患者の3～5%、卵巣がん患者の約10%を占めると言われている（日本 HBOC コンソーシアム）。

<sup>20</sup>遺伝医療を必要としている患者や家族に適切な遺伝情報や社会の支援体制等を含む様々な情報提供を行い、心理的、社会的サポートを通して当事者の自律的な意思決定を支援する者（認定遺伝カウンセラー制度委員会

- 国立がん研究センターが、国内外の研究機関・医療機関と協働し、我が国のゲノム医療の実現化に向けて主要な役割を果たせるよう、国は必要な支援を行う。
- 関係府省庁等が協力して、ゲノム医療の実現に資する研究を推進する。また、大学病院等医療機関の疾患ゲノム情報等を集約するため、「全ゲノム情報等の集積拠点」を整備する。
- 従来のがん種別の治療を提供する時代から、「私のゲノム情報」に基づいた「私のがん治療」を提供する時代に移りつつあることを踏まえ、患者を含めた国民に対して、ゲノム医療やその実現のために必要な研究等に関する普及啓発を進める。

## （２）標準的治療の開発・普及

### <現状と課題>

がん患者が、その居住する地域にかかわらず等しく、そのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けられるようにすることは重要である。そのため、基本計画に基づき、一般的ながん患者に推奨される治療法（標準的治療）を示す様々な診療ガイドラインが策定されている。また、患者がどこでも質の高いがん医療を受けることができるよう拠点病院等が整備され、がん医療の均てん化が進められてきた。

しかし、拠点病院等の院内がん登録及びDPC（診断群分類）データの集計によれば、学会が策定している診療ガイドラインに沿った標準的治療の実施率は、拠点病院間で大きな差があることが明らかになった<sup>21</sup>。

一方、診療ガイドラインに記載されている標準的治療は、一般的ながん患者に推奨できる治療法を示したものであり、高齢者や他疾患を持つ患者が増えている中、これらの患者に対して実施された場合の有効性・安全性等の検証は十分に実施されていない。さらに、各地域で医療提供体制が異なる中、標準的治療が各地域で実施可能なものであるかどうかの検証もされていない。

医療安全に関しては、昨今、拠点病院において重大な事案が相次いで発生し、平成 27 (2015) 年 4 月に 3 つの拠点病院について指定更新を行わなかった。また、高度な医療を提供する特定機能病院において、医療安全に関する重大な事案が相次いだことを踏まえ、平成 27 (2015)

HP <http://plaza.umin.ac.jp/~GC/>

<sup>21</sup>がん診療連携拠点病院の標準治療実施割合は、例えば、高い確率で吐き気を引き起こす化学療法を処方する際に、吐き気止め（制吐剤）を処方している率は 60.5%、外来で麻薬鎮痛薬を開始した際に緩下剤を処方している率は 66.0%にとどまっている。（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」研究班調査）

年4月に、厚生労働省に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」を設置し、特定機能病院に対する集中検査を実施し、当該結果を踏まえて同年11月に特定機能病院の医療安全確保の改善策をとりまとめた。今後、特定機能病院の承認要件の見直し等を行う。

### <実施すべき具体策>

標準的治療を普及させるとともに、高齢者や他の疾患を持つがん患者も適切ながん医療を安全に受けられるよう、以下の施策を実施する。

- 関係学会と協力し、診療ガイドラインに示されている標準的治療の医療現場での運用等の実態調査及び標準的治療の実施に影響を与える因子を分析する。
- 関係学会と協力し、診療ガイドラインの標準的治療が、高齢者や他疾患を持つ患者にも、有効かつ安全なものであるか検証する。
- 関係学会と協力し、診療ガイドラインの標準的治療が、地域の医療提供体制を考慮したものであるかどうか検証する。
- 特定機能病院に対する集中検査の結果や承認要件の見直し等も参考にしつつ、拠点病院等において備えるべき医療安全に関する要件の見直しを行う。

### (3) がん医療に関する情報提供

#### <現状と課題>

がんに関する情報があふれる中、治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用などについて、がん患者や家族に正確な情報を提供し、確実に必要な情報にアクセスできる環境を整備していくことは重要である。

平成26(2014)年に内閣府が実施した「がん対策に関する世論調査」では、がんの治療法や病院についての情報源として、医師、看護師、相談窓口を挙げた者が60.3%である一方、35.6%の人がインターネットを情報源として利用している。また、政府に対するがん対策に関する要望も、がんに関する情報提供を挙げた者が37.0%となっている。

がんに関する情報発信については、国立がん研究センターがん対策情報センターが運営するホームページ「がん情報サービス」等で最新のがんの統計や拠点病院等の診療実績、各種がんの解説等について、詳細かつ正確な情報提供が行われている。また、関係学会や患者団体等も多くのがんに関する情報を提供している。

しかし、がん医療・支援に関する正確な情報を求める声は多く、今もなお、多くのがん患者や家族のみならず医療関係者でさえ、必要な情報にたどり着くことができていないことが課題となっている。

## <実施すべき具体策>

がん患者や家族が必要とする情報のうち医療機関に関する情報を提供するため、拠点病院等の院内がん登録や現況報告<sup>22</sup>で得られる情報を活用し、希少がん<sup>23</sup>や小児・AYA (Adolescent and Young Adult) 世代（思春期世代と若年成人世代）のがんも含め、診療実績や医療従事者の配置等、患者や家族が必要とする情報を簡単に検索でき、医療施設同士の比較も可能なシステムを構築し、広報・周知する。

### （４）小児・AYA 世代のがん・希少がん対策

#### １）小児・AYA 世代のがん対策

##### <現状と課題>

「がん」は小児の病死原因の第１位であり、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。小児がん対策は第２期基本計画においてはじめて盛り込まれた。平成 25（2013）年 1 月に開催した「小児がん拠点病院の指定に関する検討会」の報告を踏まえ、平成 25（2013）年 2 月には、全国の 15 の医療機関を小児がん拠点病院として指定した。また、小児がん拠点病院を取りまとめ、情報の集約・発信、人材育成、臨床試験の支援等の機能を担う小児がん中央機関は平成 26（2014）年 2 月に指定された。小児がんに関する臨床研究は平成 24（2012）年度 5 課題から平成 27（2015）年度 12 課題に増えている一方、小児がん患者・家族に対する医療や支援の提供体制についてはさらなる強化が必要である。

また、AYA 世代のがん対策については、修学・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観点が必要であることに加えて、心理社会的な問題や教育の問題への対応を含めた相談支援体制、セクシャリティの問題（生殖機能障害や性に関するボディイメージの変化等）への対応、緩和ケアの提供体制等を含めた、総合的な対策

<sup>22</sup>がん診療連携拠点病院等が毎年厚生労働省へ提出する診療実績、人材配置、患者支援取組等の報告書

<sup>23</sup>次の 2 つの条件に該当するがん種を、政策的な対応を要する「希少がん」として扱うこととしている。①概ね罹患率（発生率）人口 10 万人当たり 6 例未満（分類は RARECARE 分類の Layer 2 を参考とする。）②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。

のあり方を検討する必要がある。検討にあたっては、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。

### <実施すべき具体策>

小児・AYA世代のがん患者に対し、専門的な治療を提供することのできる施設の整備や、情報提供、晩期合併症や後遺症などの長期フォローアップ体制、がん患者の療育・教育・就業環境の整備を充実するため、以下の施策を実施する。

- 「小児がん拠点病院連絡協議会」等を活用し、小児がん拠点病院の専門的医療の提供、地域医療機関との連携、相談支援、情報提供等、小児がん医療提供体制や長期フォローアップ体制等のあり方を検証する。
- AYA 世代固有の詳細な課題を明らかにするため、AYA 世代のがん医療等に関する実態調査や研究を進める。

## 2) 希少がん対策

### <現状と課題>

希少がん対策は、第2期基本計画で新たに加えられた項目である。希少がんの患者が安心して適切な医療・支援を受けられるようにするため、平成27(2015)年3月に「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会」を立ち上げ、平成27(2015)年8月に課題及び取り組むべき施策を整理した報告書<sup>24</sup>をとりまとめた。報告書では、希少がん医療に関する医師や医療機関等の情報が不足していることや、病理診断が難しいこと、希少がんに関する臨床研究を推進するための体制が不足していること等が課題として指摘されている。

### <実施すべき具体策>

平成27(2015)年9月にとりまとめた「希少がん医療・支援のあり方に関する検討会報告書」を踏まえ、以下の施策を実施する。

- 国立がん研究センターを事務局とした「希少がんワーキンググループ(仮称)」を設置し、個別のがん種について、当該希少がんに関する治療法や治療を受けられる医療機関

<sup>24</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/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000095429.pdf> を参照。



等の情報の収集・提供、ガイドライン普及のための対策等を検討する。

- 病理診断の質を向上させるため、バーチャルスライドや映像を集積するデータベースの構築や、病理コンサルテーションの際に、依頼する医師と診断する専門の医師をつなぐ仕組みの構築を目指す。
- 研究については、「がん研究 10 か年戦略」を踏まえつつ、引き続き適応外や未承認の薬剤及び医療機器の開発ラグの解消をめざした研究を含む治療開発に取り組む。

## （５）がん研究

### ＜現状と課題＞

がん研究に関しては、「健康・医療戦略」及び「医療分野研究開発推進計画」<sup>25</sup>に基づき、文部科学省、厚生労働省及び経済産業省の３省の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」を実施している。また、平成 27（2015）年 4 月には日本医療研究開発機構（以下「AMED」という。）を設立し、AMED が「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」の関連事業を一体的に管理している。

平成 27（2015）年 3 月 31 日時点では、「医療分野研究開発推進計画」の平成 27（2015）年度及び平成 32（2020）年頃までの達成目標に対し、健康・医療戦略推進専門調査会<sup>26</sup>により、概ね順調に進捗していると評価されており<sup>27</sup>、平成 32（2020）年頃までの達成目標については、必要な取組を計画的に実施していくことが期待されている。

一方、基本計画中間評価報告書においては、AMED による一体的な管理の下、がん研究をより一層推進することが重要であると指摘されている。

### ＜実施すべき具体策＞

がんの本態解明に基づく革新的ながんの予防・診断・治療法の研究開発を推進し、その実

<sup>25</sup>政府が講ずべき医療分野の研究開発並びにその環境の整備及び成果の普及に関する施策の集中的かつ計画的な推進を図るため、内閣総理大臣を本部長とする健康・医療戦略推進本部が、健康・医療戦略推進法（平成 26 年法律第 48 号）第 18 条に基づき、「健康・医療戦略」に即して策定した計画（平成 26（2014）年 7 月健康・医療戦略推進本部決定）。

<sup>26</sup>医療分野の研究開発に関する専門家で構成される調査会で、医療分野研究開発推進計画の作成、及び実施の推進に関する調査・検討を行う。

<sup>27</sup>医療分野研究開発推進計画の平成 27（2015）年度までの達成目標に対する進捗状況（カッコ内は達成目標）  
新規抗がん剤の有望シーズの取得：4 件（10） 早期診断バイオマーカー及び免疫治療予測マーカー：2 件（5）  
・医療分野研究開発推進計画の平成 32（2020）年頃までの達成目標に対する進捗状況（カッコ内は達成目標）  
日本発の革新的ながん治療薬の創出に向けた治験への導出：3 件（10） 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治験への導出：3 件（6）（平成 27（2015）年 3 月 31 日時点）

用化を加速するため、以下の施策を実施する。

- AMED の下、「がん研究 10 か年戦略」を踏まえた「ジャパン・キャンサーリサーチ・プロジェクト」による基礎から実用化までの切れ目のない一体的な研究を推進する。
- 平成 32（2020）年頃までの目標を達成するため、難治性がん、小児・AYA 世代のがん、高齢者のがん、希少がん等の研究開発に対する支援を充実させる。臨床研究への患者参画を進めるため、患者会等の関係団体と協働しながら、がん研究に関する情報を国民やがん患者に対して積極的に発信する。

### 3. がんとの共生 ～がんと共に生きる～

#### （1）就労支援

##### <現状と課題>

毎年 20 歳から 64 歳までの約 26 万人ががんに罹患し、約 7 万人ががんで死亡している一方、がん医療の進歩とともに、日本の全がんの 5 年相対生存率は 58.6%<sup>28</sup>となっており、がん患者・経験者の中には長期生存し、社会で活躍している者も多い。一方、がんに罹患した勤労者の約 30%が依願退職し、約 4%が解雇される<sup>29</sup>など、がん患者や経験者への就労支援の必要性が高まったことから、第 2 期基本計画では、働く世代へのがん対策の充実が「重点的に取り組むべき課題」として、「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が「分野別施策」として新たに盛り込まれた。

基本計画を踏まえ、平成 25（2013）年度より、拠点病院での就労に関する相談の実施、治療と職業生活の両立支援に関するガイドラインの作成に向けた検討、ハローワークに「就職支援ナビゲーター」を配置し拠点病院等と連携した就職支援のモデル事業等が進められてきた。また、「がん対策推進企業等連携事業（がん対策推進企業アクション）」では、推進パートナー企業に対し（1,777 社・団体、平成 27（2015）年 11 月 9 日現在）、事業者向け説明会等によるがん対策に関する普及啓発、がん患者の就労支援に関する現状及び課題の把握、先駆的に取り組んでいる企業の実例の紹介等を進めてきた。

しかし、平成 25（2013）年のがん患者の実態調査<sup>30</sup>では、仕事の状況の変化について、依

<sup>28</sup>全国がん罹患モニタリング集計 2003-2005 年生存率報告

<sup>29</sup>静岡県立静岡がんセンターの研究班が実施（平成 15（2003）年）。詳細は [http://www.scchr.jp/press\\_releases/20150909/11.pdf](http://www.scchr.jp/press_releases/20150909/11.pdf) を参照。

<sup>30</sup>静岡県立静岡がんセンターの研究班が実施。詳細は [http://www.scchr.jp/press\\_releases/20150909/02.pdf](http://www.scchr.jp/press_releases/20150909/02.pdf) を参照。その他、仕事を継続できなかった理由：1 位 仕事を続ける自信がなくなった：36.6%、2 位 会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った：28.8%。仕事に関する悩み：1 位 体力の低下（115.6%）、

願退職または解雇された者の割合（34.6%）は平成 15（2003）年（34.7%）に比べて変化がなく、状況が改善されているとは言い難い。また、仕事を継続できなかった理由として、「仕事を続ける自信がなくなった」（36.6%）、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」（28.8%）が多く、その背景には、仕事に関する悩みの上位を占める「体力の低下」や「病気の症状や治療による副作用や後遺症による症状」などもあり、仕事を継続するためには、症状のコントロールや周囲の理解・支えが重要であることも明らかになった。

また、がん患者の支援では、質の高い医療の提供のみならず、本人の状況に応じ、福祉的な支援、就労支援を提供することも重要である。しかし、複合的な課題を有し、特に分野をまたがる課題を有している場合においては、総合的な支援の提供が容易ではないために適切な支援が受けられないなどの例が見られる。

### <実施すべき具体策>

がん患者の仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援等を通じて、がんになっても安心して働き暮らせる社会を構築するため、以下の施策を実施する。

- 拠点病院等のがん相談支援センターを活用した仕事の継続を重視した相談支援の実施、就労相談を重視した地域統括相談支援センター<sup>31</sup>の設置を進めていく。
- ハローワークが拠点病院等と連携して実施する就職支援モデル事業を全国展開していくとともに、事業主向けセミナーや就職支援ナビゲーターの交流会の実施なども進めていく。
- すでに仕事を持っている患者が、就労の継続が可能であるにもかかわらず、本人の理解不足や企業の支援体制の不足などにより、がんに罹患したことだけをもって直ちに辞職したり解雇されたりすることがないように、がん等の疾病を有する患者が治療と職業生活を両立できるよう支援するための企業向けガイドラインを策定し、事業者団体等と協力しながら、ガイドライン等の普及啓発を推進する。
- 全国の産業保健総合支援センターに所属する専門の相談員がモデルケースとして、必要に応じて医療機関や企業に出向きながら、がん患者等が就労を継続することができるよう、関係者間の調整や相談対応等を支援する。

---

2位 病気の症状や治療による副作用や後遺症による症状（13.6%）、3位 通院や治療のための勤務調整や時間休の確保（13.1%）

<sup>31</sup>がんに関するさまざまな分野の相談をワンストップで提供することを目的に、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。現在全国 10 カ所に設置されている。

- がん患者等に対する総合的な支援の提供を図るため、関係機関等とのネットワークを強化し、がん患者等が抱える複合的な課題に対する適切なアセスメントや支援のコーディネート、調整に至る一貫した支援の仕組の構築を進める。

## （２）支持療法の開発・普及

### <現状と課題>

抗がん剤をはじめとして、がん医療が進歩し、がんの５年相対生存率は上昇傾向にある一方、治療に伴う副作用・合併症・後遺症に苦悩している患者も多い。がん患者の実態調査<sup>32</sup>では、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）や外見の変化（爪・皮膚障害、脱毛）をはじめとした薬物療法に関連した悩みの割合が顕著に増加している（平成15（2003）年 19.2%→平成25（2013）年 42.7%）ことが明らかになった。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、手術に関連した合併症や後遺症も大きな問題である。

一方、治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する予防とケア（支持療法）については、海外では多職種による幅広い分野で研究が行われ、ガイドラインの整備も進んでいるが、日本では研究が少なく、実態も十分に把握できておらず、支持療法の開発と普及が課題となっている。

### <実施すべき具体策>

療養生活の質を向上させ、さらに患者が無理なく仕事と治療を両立できるようにするため、以下の施策を実施する。

- 治療に伴う副作用・合併症・後遺症の実態を把握し、それを踏まえた支持療法に関する研究を進める。
- 特に術後の合併症・後遺症を軽減する観点から、栄養療法、リハビリテーション療法や漢方薬を用いた支持療法に関する研究を進める。
- 患者視点の評価も重視した、支持療法に関するガイドラインの作成に向けた研究を進める。

<sup>32</sup>静岡県立静岡がんセンターの研究班が平成 25（2013）年に実施。詳細は [http://www.scchr.jp/press\\_releases/20150909/02.pdf](http://www.scchr.jp/press_releases/20150909/02.pdf) を参照。

### (3) 緩和ケア

#### <現状と課題>

緩和ケアについては、がんと診断された時から全人的な苦痛を軽減するため、拠点病院に緩和ケアチームを設置し、がん疼痛をはじめとするさまざまな苦痛のスクリーニング<sup>33</sup>を診断時から行うなど、緩和ケアを組み入れた診療体制の整備が行われてきた。また、がん診療に携わる医師等が緩和ケアに関する基本的な知識と技術を習得するための研修も進められ、平成27（2015）年9月30日時点で63,528人が受講している。

しかし、拠点病院において、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が50件（月に4件程度）に満たない施設は25%におよび、緩和ケアチームの診療報酬上の評価である「緩和ケア診療加算」を算定する拠点病院も176施設と半数に満たず、緩和ケアのニーズに対応できていないことや苦痛のスクリーニングも普及していないことが、「緩和ケア推進検討会」等で指摘されている。

さらに、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<sup>34</sup>いるという調査結果も出ており、基本計画の全体目標である「全てのがん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を達成するためには、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備を進める必要がある。

また、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、「切れ目のない質の高い緩和ケア」を提供するためには、地域で緩和ケアを担う人材の育成や施設間の地域連携は欠かせない。平成27（2015）年8月に「緩和ケア推進検討会」がとりまとめた「地域緩和ケアの提供体制について」では、①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）の提供体制が地域では十分に整備されていないこと、②地域で緩和ケアを担う施設に関する情報が集約・共有されていないこと、③地域の緩和ケアを担うスタッフが不足しており、診療・ケアの質が十分に担保されていないことなどが課題としてあげられている。

#### <実施すべき具体策>

入院患者のみならず、外来患者に対する緩和ケアも充実するため、以下の施策を実施する。

- 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が多い等、診

<sup>33</sup>「苦痛のスクリーニング」は第2期基本計画において、患者と家族が確実に緩和ケアを受けられるよう、患者と家族が抱える苦痛を適切に汲み上げるために必要とされ、がん診療連携拠点病院等での実施が義務付けられている。

<sup>34</sup>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事業「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」

療機能の高いチームが、他病院の緩和ケアチームの医療従事者を受け入れて、実地研修を提供する。

- 苦痛のスクリーニングの事例集等を作成し、医療現場に普及する。
- 人材育成に関しては、関係学会や都道府県と協力して、引き続きがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講を進める。
- 関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める。
- 終末期の療養生活の質を向上させるため、関係団体等と協力し、遺族調査を通じて終末期の医療・介護サービスの実態を分析する。
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、関係団体と協力し、緩和ケアに携わる者や施設間の調整を担う人材の研修や、訪問看護ステーション等の看護師を対象とした研修を実施する。
- 近年、外来で治療を受けるがん患者が増えていることに鑑み、病院の外来から在宅医療への移行や、がん患者が安心して自宅等で療養できるよう緊急の症状緩和目的の入院を受け入れる緩和ケア病棟の評価を検討する。