参考資料３

# がん対策推進基本計画

令和５年３月

## 目次

はじめに ..... 1

第１　全体目標と分野別目標 ..... 3

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ..... 3

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 ..... 3

３．　がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 ..... 4

第２　分野別施策と個別目標 ..... 5

１．　科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ..... 5

（１）　がんの１次予防 ..... 5

①　生活習慣について ..... 5

②　感染症対策について ..... 7

（２）　がんの２次予防（がん検診） ..... 10

①　受診率向上対策について ..... 10

②　がん検診の精度管理等について ..... 11

③　科学的根拠に基づくがん検診の実施について ..... 13

２．　患者本位で持続可能ながん医療の提供 ..... 15

（１）　がん医療提供体制等 ..... 15

①　医療提供体制の均てん化・集約化について ..... 15

②　がんゲノム医療について ..... 16

③　手術療法・放射線療法・薬物療法について ..... 17

④　チーム医療の推進について ..... 19

⑤　がんのリハビリテーションについて ..... 20

⑥　支持療法の推進について ..... 21

⑦　がんと診断された時からの緩和ケアの推進について ..... 23

⑧　妊孕性温存療法について ..... 27

（２）　希少がん及び難治性がん対策 ..... 29
（３）　小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策 ..... 31
（４）　高齢者のがん対策 ..... 33
（５）　新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装 ..... 34
３．　がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 ..... 36
（１）　相談支援及び情報提供 ..... 36
①　相談支援について ..... 36
②　情報提供について ..... 38
（２）　社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援 ..... 40
（３）　がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援） ..... 42
①　就労支援について ..... 42
②　アピアランスケアについて ..... 44
③　がん診断後の自殺対策について ..... 45
④　その他の社会的な問題について ..... 46
（４）　ライフステージに応じた療養環境への支援 ..... 48
①　小児・ＡＹＡ世代について ..... 48
②　高齢者について ..... 49
４．　これらを支える基盤の整備 ..... 51
（１）　全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進 ..... 51
（２）　人材育成の強化 ..... 53
（３）　がん教育及びがんに関する知識の普及啓発 ..... 55
（４）　がん登録の利活用の推進 ..... 57
（５）　患者・市民参画の推進 ..... 59
（６）　デジタル化の推進 ..... 60
第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項 ..... 61
１．　関係者等の連携協力の更なる強化 ..... 61

２．　感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策 ..... 61
３．　都道府県による計画の策定 ..... 61
４．　国民の努力 ..... 62
５．　必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化 ..... 63
６．　目標の達成状況の把握 ..... 63
７．　基本計画の見直し ..... 63

## はじめに

我が国において、がんは、昭和 56（1981）年より死因の第１位であり、令和３（2021）年には、年間約 38 万人と約３人に１人ががんで亡くなっているほか、生涯のうちに約２人に１人が罹患すると推計されているなど、依然として、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国は、これまで、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。平成 18（2006）年６月には、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「法」という。）が成立し、平成 19（2007）年６月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

第１期基本計画では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。平成 24（2012）年に策定された第２期基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労を含めた社会的な問題等への取組が盛り込まれた。また、平成 27（2015）年 12 月には、取組が遅れている分野の強化を図るため、「がん対策加速化プラン」が策定された。平成 30（2018）年に策定された第３期基本計画では、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。」ことを目標とし、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」の３本の柱に沿った総合的ながん対策が推進されたほか、新たな課題として、ＡＹＡ（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）のがん、高齢者のがんといったライフステージに応じたがん対策やがんゲノム医療の推進等が盛り込まれた。

令和４（2022）年６月に取りまとめられた第３期基本計画の中間評価報告書においては、がん医療の均てん化のため、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心とした医療提供体制の整備が進められてきた一方で、地域間及び医療機関間で進捗状況に差があることや、あらゆる分野で、情報提供及び普及啓発の更なる推進が必要であることが指摘された。また、少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化の中で、質の高いがん対策を持続可能なものとするためには、役割分担や連携の強化、人材の適正配置など、地域資源の有効活用等に取り組むことが重要となる。同時に、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時や災害時における対応を検討するとともに、ＩＣＴの活用やデジタル化など、流行下で普及した保健医療サービスの提

供方法の在り方についても検討を進める必要がある。

　これらを踏まえ、法第 10 条第７項の規定に基づき、第３期基本計画の見直しを行い、第４期基本計画（以下「本基本計画」という。）を策定する。本基本計画では、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とした上で、３本の柱という第３期基本計画の構成を維持して「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の各分野における現状・課題、それらに対する取り組むべき施策を定める。また、施策の評価に当たっては、全体目標、分野別目標及び個別目標と各施策の関連性を明確にし、ＰＤＣＡサイクルの実効性を確保するため、ロジックモデルを活用する。実行期間は、令和５（2023）年度から令和 10（2028）年度までの６年を目安とする。

## 第１　全体目標と分野別目標

本基本計画では、第３期基本計画の目標である「がんの克服」を引き続きの目標とした上で、がん患者を含めた全ての国民ががんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、誰もが、いつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるがん対策を推進すること、さらに、こうしたがん対策を全ての国民とともに進めていくことが重要であるという考えの下、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とする。また、全体目標の下に、「がん予防」、「がん医療」及び「がんとの共生」の分野別目標を定め、これらの３本の柱に沿った総合的ながん対策を推進する。

**１．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実**
**～がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～**

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、地方公共団体、関係学会等の連携による取組を推進し、科学的根拠を積極的に収集・分析した上で、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患率を減少させる。全ての国民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がん死亡率の減少を実現する。

**２．患者本位で持続可能ながん医療の提供**
**～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～**

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

**３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築**
**～がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～**

がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。国と地方公共団体、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、事業主、関係学会、患者団体及び職能団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）は、医療・福祉・介護・産業保健・就労・教育支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉・保健サービスの提供や、就労・教育支援等を行う仕組みを構築することで、社会的な課題を解決し、がん患者及びその家族等の「全人的な苦痛」の緩和を図る。これらにより、全てのがん患者が、いつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現し、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

## 第２　分野別施策と個別目標

### １．科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
### ～がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

### （１）　がんの１次予防

#### ①　生活習慣について

**（現状・課題）**

がんの１次予防は、がん対策の第一の砦（とりで）であり、避けられるがんを防ぐことは、がんの罹患率の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含む。）、飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣など、様々なものがある。

生活習慣の中でも、喫煙は、種々のがんのリスク因子となっており、がんに最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点からも、たばこ対策を進めていくことが重要である。

また、平成 28（2016）年８月に取りまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書[1]」の中で、我が国では、受動喫煙を原因として死亡する人が日本国内で年間１万５千人を超えることや、受動喫煙によって、非喫煙者の肺がんのリスクが約３割上昇すること等が報告され、受動喫煙と肺がん等の疾患の因果関係を含め、改めて、受動喫煙の健康への影響が明らかになった。

我が国においては、これまで、スマート・ライフ・プロジェクト[2]や５月 31 日の世界禁煙デーに合わせた「禁煙週間」を含めた、各自治体と連携した普及啓発の実施、「禁煙支援マニュアル」の改訂や周知、拠点病院等の「たばこクイットライン」事業による禁煙相談等の取組、母子健康手帳を通じた普及啓発等による妊娠中の喫煙率０％を目指した取組や、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）

---

[1] 厚生労働省健康局長の下に開催した「喫煙の健康影響に関する検討会」において、平成 28（2016）年８月に取りまとめた。

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

の改正による望まない受動喫煙防止対策を実施してきた。

成人喫煙率、未成年者の喫煙率、妊娠中の喫煙率及び望まない受動喫煙の機会を有する者の割合についてはいずれも改善傾向にある[3]。一方で、成人喫煙率については令和元（2019）年で 16.7%であり、令和４（2022）年度までに 12%とする目標達成には改善が不十分であった。

飲酒、身体活動、食生活等の生活習慣については、「健康日本 21（第二次）」等で適切な生活習慣の普及・啓発等を行ってきた。「国民健康・栄養調査」によると、平成 22（2010）年と比較し令和元（2019）年では、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者[4]の割合は、男性では横ばい、女性では増加しており[5]改善が必要である。また、運動習慣のある者[6]の割合は横ばい、食塩摂取量は男性では減少、女性は減少していたが平成 27（2015）年以降は横ばい、野菜・果物の摂取量については悪化しており[7]、これらについても更なる改善が必要である。

**（取り組むべき施策）**

国及び地方公共団体は、生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラン」

---

[3] 平成 29（2017）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の厚生労働科学研究費補助金による研究班の調査によると、未成年の喫煙率は、中学１年生男子：0.5（1.6）%、中学１年生女子：0.5（0.9）%、高校３年生男子：3.1（8.6）%、高校３年生女子：1.3（3.8）%となっている。また、令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の厚生労働省の調査によると、妊娠中に喫煙した者の割合は 2.3（5.0）%となっている。さらに、令和元（2019）年の「国民健康・栄養調査」によると、望まない受動喫煙の機会を有する者の割合は、行政機関：4.1%（16.9%：平成 20（2008）年）、医療機関：2.9%（13.3%：平成 20（2008）年）、家庭：6.9%（10.7%：平成 22（2010）年）、飲食店：29.6%（50.1%：平成 22（2010）年）となっている。また、平成 30（2018）年の「労働安全衛生調査（実態調査）」（（　）内は平成 23（2011）年の「平成 23 年職場における受動喫煙防止対策に係る調査」）によると、受動喫煙防止対策（全面禁煙又は空間分煙）を講じている職場の割合は、71.8（64.0）%となっている（これらの調査を基に厚生労働省健康局において算出）。

[4] 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、１日当たりの純アルコール摂取量が男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上の者をいう。

[5] 令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合は、男性で 14.9（15.3）%、女性で 9.1（7.5）%となっている。

[6] 「運動習慣のある者」とは、１回 30 分以上の運動を週２回以上実施し、１年以上継続している者をいう。

[7] 令和元（2019）年（（　）内は平成 22（2010）年の数字）の「国民健康・栄養調査」によると、運動習慣のある者の割合は、20～64 歳男性で 23.5（26.3）%、20～64 歳女性で 16.9（22.9）%、65 歳以上男性で 41.9（47.6）%、65 歳以上女性で 33.9（37.6）%、食塩摂取量は、20 歳以上男性で 10.9（11.4）ｇ、20 歳以上女性で 9.3（9.8）ｇ、野菜の摂取量は 281（282）ｇ、果物の摂取不足の者の割合は 63.3（61.4）%となっている。

に沿った取組を引き続き推進する。

拠点病院等は、地域におけるがん対策を牽引する立場から、地域へのがんの予防に関する普及啓発を実施するとともに、必要に応じてがん相談支援センターが窓口となり、病院全体でがんの予防に関する情報を提供できる体制を整備する。

### ② 感染症対策について

**（現状・課題）**

発がんに寄与する因子として、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで２番目に、女性では最も大きく寄与する因子となっている[8]。発がんに大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんと関連するヒトパピローマウイルス（以下「ＨＰＶ」という。）、肝がんと関連する肝炎ウイルス、ＡＴＬ（成人Ｔ細胞白血病）と関連するヒトＴ細胞白血病ウイルス１型（以下「ＨＴＬＶ－１」という。）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ（以下「ピロリ菌」という。）等がある。

子宮頸がんの年齢調整罹患率[9]は、平成 17（2005）年は、人口 10 万人あたり 10.3 であったものが、令和元（2019）年には 13.9 と増加傾向にある[10]。子宮頸がんの発生原因の多くがＨＰＶ感染であり、子宮頸がんの予防のためには、ＨＰＶ感染への対策が必要である。

ＨＰＶワクチンについて、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）に基づく個別の接種勧奨を令和４（2022）年４月から実施している。また、積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した者に対しては、公平な接種機会を確保する観点から、令和４（2022）年度から３年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。また、令和５（2023）年度から９価ＨＰＶワクチンの

---

8 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

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

10 平成 17（2005）年について：がん情報サービス「がん統計」（全国がん罹患モニタリング集計（ＭＣＩＪ））、令和元（2019）年について：がん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）　いずれも令和５（2023）年３月１日時点

安定的な供給が可能であることから、令和５（2023）年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始することとしている。

肝炎対策について、国は、肝炎の治療促進のための環境整備、肝炎ウイルス検査の促進、肝炎に係る診療及び相談体制の整備、国民に対する肝炎に係る正しい知識の普及啓発並びに肝炎に係る研究の推進の５本の柱からなる肝炎総合対策を推進している。

肝炎ウイルス検査の受検率は増加傾向である[11]。また、地方公共団体で行っている肝炎ウイルス検査では、ＨＢｓ抗原・ＨＣＶ抗体陽性率が経年的に低下している傾向が認められた[12]。

Ｂ型肝炎の予防接種については、平成 28（2016）年 10 月から予防接種法に基づく定期接種に位置付けられ、接種率は、平成 29（2017）年度以降、いずれの年も９割を越えている[13]。

ＨＴＬＶ－１について、国は、平成 22（2010）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、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「ＡＭＥＤ」という。）において、ＨＴＬＶ－１の実態把握と感染メカニズム解析やＨＴＬＶ－１の検査法の改善等に関する研究を行っている。

胃がんの年齢調整死亡率は、ピロリ菌の感染者の減少等の影響もあり、人口 10 万人あたり 40.1（昭和 50（1975）年）から 7.7（令和３（2021）年）へと大幅に減少しているものの、依然として、がんによる死亡原因の第３位[14]となっており、引き続き対策が必要である。健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌による胃がん発症の予防効果について十分な科学的根拠は示されていないもの

---

11 平成 29（2017）年（（　）内は平成 23（2011）年の数字）の「肝炎検査受検状況実態把握調査」によると、Ｂ型肝炎ウイルス検査受検率は 71.0（57.4）％、Ｃ型肝炎ウイルス検査受検率は 61.6（48.0）％となっている。

12 令和元（2019）年度の「地域保健・健康増進事業報告（健康増進編）」及び「特定感染症検査等事業実績報告」によると、ＨＢｓ抗原陽性率は 0.54％、ＨＣＶ抗体陽性率は 0.25％となっている。（平成 23（2011）年度「特定感染症検査等事業実績報告」：ＨＢｓ抗原陽性率 0.87％、ＨＣＶ抗体陽性率 0.60％）

13 予防接種の接種者数については、毎年、「地域保健・健康増進事業報告」において調査を行い、厚生労働省のＨＰ（https://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html）で公表している。

14 がん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）　令和５（2023）年３月１日時点

の、ピロリ菌の感染が胃がんのリスクであることは、科学的に証明されている[15]。

**（取り組むべき施策）**

国は、令和４（2022）年４月に再開したＨＰＶワクチンの個別の接種勧奨の実施を踏まえ、ＨＰＶワクチンの接種状況と子宮頸がんの年齢調整罹患率の国内外の推移を把握し、必要に応じて子宮頸がん検診に係る「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「指針」という。）を見直す等、科学的根拠に基づく子宮頸がん対策を推進する。また、令和５（2023）年４月から９価ＨＰＶワクチンの定期接種を開始し、定期接種及びキャッチアップ接種の対象者に対する、適切な情報提供に基づく正しい理解の促進に取り組む。

国は、肝炎の早期発見・早期治療及びそれによる肝がんの発症予防のため、肝炎ウイルス検査体制の充実やウイルス陽性者の受診勧奨、普及啓発を引き続き推進する。また、Ｂ型肝炎については、予防接種法に基づく定期接種及びウイルス排除を可能とする治療薬・治療法の開発に向けた研究を引き続き推進する。

国は、感染予防対策を含めたＨＴＬＶ－１総合対策等を引き続き推進する。

国は、引き続き、健康で無症状な集団に対する、ピロリ菌の除菌の胃がん発症予防における有効性等について、国内外の知見を速やかに収集し、科学的根拠に基づき、除菌の必要性の有無及びその対象者について検討するとともに、運用上の課題について整理する。

**【個別目標】**

栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙といった生活習慣の改善（リスクファクターの低減）については、「次期国民健康づくり運動プラン」で定める目標値の達成を目指す。また、ＨＰＶ、肝炎ウイルス、ＨＴＬＶ－１といった発がんに寄与するウイルスや細菌への感染の減少を目指す。

---

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

## （２） がんの２次予防（がん検診）

### ① 受診率向上対策について

**（現状・課題）**

現在、対策型がん検診としては、健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業が行われている。科学的根拠に基づくがん検診の受診は、がんの早期発見・早期治療につながるため、がんの死亡者を更に減少させていくためには、がん検診の受診率向上が必要不可欠である。

がん検診の受診率向上に向けて、国は、これまで、対象者一人一人への個別受診勧奨・再勧奨の推進や、子宮頸がん検診・乳がん検診の受診クーポン券の配布等に取り組んできた。個別受診勧奨・再勧奨の推進については、個別受診勧奨は約８割、再勧奨は約４～５割の市町村で実施されている[16]。また、平成 31（2019）年４月には、「ナッジ理論」に基づいた受診勧奨の好事例等を紹介した「受診率向上施策ハンドブック（第２版）」を公表した。

国民生活基礎調査によると、がん検診の受診率は、いずれの検診においても増加傾向であるものの、令和元（2019）年時点で、男性の肺がん検診を除き、第３期基本計画における目標の 50%を達成できていない[17]。また、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が１～２割程度減少しているとの報告もある[18]。

また、がん検診を受けた者のうち、30～70%程度[19]は職域において受診しているが、職域におけるがん検診は、保険者や事業主が福利厚生の一環として任意で実施しているものであり、実施割合、実施されているがん検診の種類、対象者数

---

16 令和３（2021）年度の「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」によると、令和２（2020）年度時点で、個別受診勧奨の実施割合は、胃がん：80.4%、肺がん：78.8%、大腸がん：81.6%、子宮頸がん：81.9%、乳がん：81.6%、再勧奨の実施割合は、胃がん：37.4%、肺がん：36.6%、大腸がん：42.5%、子宮頸がん：50.7%、乳がん：52.5%となっている。

17 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん（男性）：48.0%、胃がん（女性）：37.1%、肺がん（男性）：53.4%、肺がん（女性）：45.6%、大腸がん（男性）：47.8%、大腸がん（女性）：40.9%、子宮頸がん：43.7%、乳がん：47.4%となっている。（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がんは 40～69 歳、子宮頸がんは 20～69 歳。健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）において受診したものを含む。）

18 厚生労働行政推進調査事業費補助金がん対策推進総合研究事業「新型コロナウイルス感染症によるがん診療及びがん検診などの受診状況の変化及び健康影響の解明にむけた研究」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

19 令和元（2019）年の「国民生活基礎調査」によると、胃がん：62.6%、肺がん：67.5%、大腸がん：61.9%、子宮頸がん：36.1%、乳がん：40.3%となっている。

及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

**（取り組むべき施策）**

国は、受診率向上に向けて、がん検診受診率をより正確かつ精緻に、また、個人単位で把握することができるよう検討する。

国は、受診率向上に向けて、これまでの取組から得られた知見を踏まえつつ、より科学的かつ効率的な受診勧奨策を、関係学会や企業等の協力を得て、都道府県及び市町村と連携して推進する。また、全ての国民ががん検診を受診しやすい体制の整備に向け、保険者への財政上のインセンティブを活用したがん検診の推進、がん検診と特定健診の同時実施の推進、事業主健診時における市町村等で実施するがん検診の受診勧奨の推進、女性・障害者・非正規雇用者等が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立ったがん検診を受診する上での利便性の向上に努める。

市町村及び検診実施機関においては、受診者に分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者が、がん検診の意義及び必要性を適切に理解できるよう努める。また、国は、指針に基づくがん検診の意義及び必要性について、国民が正しく理解できるよう普及啓発を行う。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

国は、実施主体によらずがん検診を一体的に進めることができるよう、職域におけるがん検診について、実施状況の継続的な把握及び適切な実施に向けた課題の整理を行い、必要に応じて、その法的な位置付けも含め、がん検診全体の制度設計について検討する。

### ② がん検診の精度管理等について

**（現状・課題）**

がんの早期発見・早期治療につなげ、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が必要不可欠である。

現在、精密検査未受診者への郵送や電話などによる再勧奨の取組が、市町村において行われているが、精密検査受診率については、多くのがん種で十分とは言えない[20]。精密検査未受診率及び精密検査未把握率についても、更なる減少に向けた取組が必要である[21]。また、新型コロナウイルス感染症の流行が精密検査受診率に与えた影響については評価ができていない。

国は、精度管理の指標として「事業評価のためチェックリスト」を設定しており、当該チェックリスト等により実施状況を把握することとしている。チェックリストに沿った検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度で 60～80%となっており[22]、実施率は向上している。

職域におけるがん検診については、「職域におけるがん検診に関するワーキンググループ」の報告書として、「職域におけるがん検診に関するマニュアル」を平成 30（2018）年３月に公表し、科学的根拠に基づくがん検診の普及啓発に取り組んでいる。

**（取り組むべき施策）**

国は、レセプトやがん登録情報を活用したがん検診の精度管理について、技術的支援等を行う。

精密検査受診率について、都道府県やがん種による差が大きくなっていることから、国は、市町村における適切な精度管理の実施のため、精密検査受診率の低い市町村の実態把握を行う仕組みについて検討するとともに、都道府県による指導・助言等の取組を推進する。市町村は、都道府県による指導・助言等を踏まえ、引き続き、指針に基づいたがん検診の実施及び精度管理の向上に取り組む。

国は、職域におけるがん検診の実態把握に係る方法を検討した上で、職域におけるがん検診の精度管理を推進するための取組について、保険者に対する技術的支援や、産業保健総合支援センターを通じた事業場の産業保健スタッフに対する周知等を含め検討する。

---

[20] 令和２（2020）年度の「地域保健・健康増進事業報告」によると、令和元（2019）年度時点で、胃がん：84.1%、肺がん：83.0%、大腸がん：69.8%、子宮頸がん：74.6%、乳がん：89.2%となっている。

[21] 令和２（2020）年度の「地域保健・健康増進事業報告」によると、令和元（2019）年度時点で、精密検査未受診率は、胃がん：5.9%、肺がん：6.5%、大腸がん：12.4%、子宮頸がん：6.1%、乳がん：3.1%、精密検査未把握率は、胃がん：10.0%、肺がん：10.6%、大腸がん：17.8%、子宮頸がん：19.3%、乳がん：7.7%となっている。

[22] 国立がん研究センター「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」

国及び都道府県は、精密検査受診率向上のため、要精密検査とされた受診者に対する「精密検査を受けられる医療機関リスト」の提供等、職域を含めた、がん検診の実施者による分かりやすい情報提供を推進する。

### ③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

**（現状・課題）**

がん検診は、一定の集団を対象として、がんに罹患している疑いのある者や、がんに罹患している者を早期に発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡率の減少を目指すものである。このため、国は、がん検診の有効性や精度管理についての検討会[23]を開催するなど、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進してきた。

指針に基づかないがん検診を実施している市町村の割合は、令和２（2020）年度時点で 81.3%と、高い状況が続いている。これらの検診のうち、最も多いものは、前立腺がん検診（ＰＳＡ検査）となっており、その他、子宮体がん検診や肝臓がん検診（エコー）などがある[24]。

国は、統一されたプログラムの下、適格な対象集団を特定し、対象者を個別に勧奨する組織型検診[25]の実現を目指し、指針に基づかないがん検診が、十分な検証なしに実施されている点に係る対策を進めるとともに、指針に基づくがん検診についても、がんの疫学的動向を踏まえ、その効果を継続的に評価できるようにする必要がある。

また、現在、がん検診の分野における研究開発の進展は著しく、より正確に、低侵襲に、簡便に、安価に、がんを発見できる方法が提案されている。一方で、それらの対策型検診への導入に当たっては、死亡率減少効果の確認や実施体制の確保に時間を要すること、導入までのプロセスが不透明かつ煩雑であること

---

23 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に開催した「がん検診のあり方に関する検討会」

24 「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」

25 「組織型検診」とは、がんの死亡率減少をより確実にするために、統一されたプログラムの下、適切な対象集団を特定し、対象者に対し個別に勧奨を行う、欧州で公共政策として行われている検診をいう。なお、「組織型検診」の基本条件として、①対象集団の明確化、②対象となる個人が特定されている、③高い受診率を確保できる体制、④精度管理体制の整備、⑤診断・治療体制の整備、⑥検診受診者のモニタリング、⑦評価体制の確立が挙げられている（がん情報サービス「がん検診について」）。

が指摘されている。

**（取り組むべき施策）**

国は、我が国におけるがん検診の進捗及び課題を整理するため、諸外国における取組との経年的な比較調査を実施する仕組みについて検討する。

国は、より効率的・効果的ながん検診の実施を推進する観点から、指針に基づくがん検診の科学的根拠に基づいた効果検証を進めるとともに、対策型検診の項目の導入に係るプロセスの明確化等について検討する。

国は、指針に基づかないがん検診に係る効果検証の方法について検討するとともに、指針に基づかないがん検診の効果検証を希望する関係学会や企業等と、地方公共団体のマッチングを促進する仕組みについて検討する。

国は、我が国における組織型検診の構築に向け、科学的根拠に基づくがん検診の実施に向けた取組により精度管理を向上させつつ、課題を整理し、その対応を検討する。

**【個別目標】**

がん検診受診率を向上させ、指針に基づく全てのがん検診において、受診率60%を目指す。がん検診の精度管理を向上させるとともに、精密検査受診率90%を目指す。

## ２．患者本位で持続可能ながん医療の提供

**～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～**

### （１） がん医療提供体制等

#### ① 医療提供体制の均てん化・集約化について

**（現状・課題）**

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

令和５（2023）年３月時点で、全ての都道府県に、計 453 施設の拠点病院等が指定されている。

令和４（2022）年８月には、がん医療の更なる充実のため、整備指針の見直しを行い（以下「令和４（2022）年整備指針改定」という。）、がん医療の高度化や少子高齢化・人口減少という今後の人口動態の変化を踏まえ、拠点病院等の役割分担を図る必要がある項目については、患者の適切ながん医療へのアクセスを確保した上で、一定の集約化を求めることとしたほか、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症発生・まん延時や災害時等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。さらに、適切な病理診断を速やかに提供するため、地域がん診療病院を除く全ての拠点病院等に対し、病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師の配置を指定要件とした。

**（取り組むべき施策）**

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

国は、拠点病院等を中心に、患者に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切に実施されるような体制整備を引き続き推進する。また、質の高い病理診断や細胞診断を提供するための体制の整備を引き続き推進する。

国及び都道府県は、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

国は、拠点病院等、小児がん拠点病院等、がんゲノム医療中核拠点病院等が相互に連携可能となるよう検討する。

### ② がんゲノム医療について

**（現状・課題）**

がんゲノム医療については、平成 29（2017）年 12 月に「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」を策定し、がんゲノム医療中核拠点病院及びがんゲノム医療連携病院の整備が進められた。その後、令和元（2019）年７月の一部改正によってがんゲノム医療拠点病院の類型が新設された。

令和５（2023）年３月時点で、全ての都道府県に、計 243 施設のがんゲノム医療中核拠点病院等が整備されている。

また、ゲノム情報及び臨床情報等の集約・管理・利活用を目的として、平成 30（2018）年６月にがんゲノム情報管理センターが開設され、関連情報の収集、利活用に向けた取組等を開始した。

令和元（2019）年度には、がん遺伝子パネル検査の保険収載により、保険診療下でのがんゲノム医療が実装され、保険診療下でがん遺伝子パネル検査を受けた延べ患者数は、令和５（2023）年１月までに、およそ４万８千例となった。

**（取り組むべき施策）**

国は、がんゲノム医療をより一層推進する観点から、がんゲノム医療中核拠点病院等を中心とした医療提供体制の整備等を引き続き推進する。また、関係学会等と連携し、がん遺伝子パネル検査等の更なる有効性に係る科学的根拠を引き続き収集するとともに、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存制度の見直しも含め

検討する。

### ③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

#### （ア）手術療法について

**（現状・課題）**

国は、がんに対する質の高い手術療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、適切な実施体制の整備や専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を推進してきた。また、鏡視下手術等の低侵襲な手術療法の普及を進め、ロボット支援手術等の新しい治療法についても保険適用が拡大されるなど、手術療法の充実が図られてきた。

一方で、高い技術を要する手術療法のような、全ての施設で対応が難しいようなものについては、医療機関間で連携し、地域の実情に応じて集約化を行う等、手術療法の連携体制の整備が必要である。

**（取り組むべき施策）**

国及び都道府県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な手術療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

#### （イ）放射線療法について

**（現状・課題）**

国は、がんに対する質の高い放射線療法を安全に提供するため、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置や、リニアック等の機器の整備を推進し、拠点病院等を中心に、強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ：Intensity Modulated Radiation Therapy）を含む放射線療法の適切な実施体制の整備を進めてきた。また、粒子線治療や核医学治療（ＲＩ：Radioisotope 内用療法等）、ホウ素中性子捕捉療法（ＢＮＣＴ：Boron Neutron Capture Therapy）等の新しい放射線療法について、保険適用が拡大されたほか、それらに対応できる放射線治療病室の整備に向けて、診療報酬上の要件を見直す等、取組を進めてきた。

拠点病院等のうちＩＭＲＴを実施している割合は増加している[26]が、ＩＭＲＴ等の精度の高い放射線治療の更なる推進に向けては、放射線療法を担う専門的な医療従事者の育成が課題とされている。また、今後は、粒子線治療を含む高度な放射線治療に係る安全性・有効性等の検証を進めるとともに、粒子線治療施設の効率的かつ持続可能な運用について検討を進める必要がある。

**（取り組むべき施策）**

国及び都道府県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切な放射線療法を受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な放射線療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、関係学会等と連携し、標準的治療及び粒子線治療、核医学治療、画像誘導即時適応技術を用いた治療[27]等の高度な放射線療法の安全な提供体制の在り方について検討する。

### （ウ）薬物療法について

**（現状・課題）**

国は、がんに対する質の高い薬物療法を安全に提供するため、拠点病院等を中心に、継続的にレジメン[28]を審査し管理する体制の整備や、専門的な知識及び技能を有する医師等の医療従事者の配置を推進してきた。また、免疫チェックポイント阻害薬や遺伝子情報に基づく治療薬等の新しい薬物療法について保険適用が拡大されたほか、外来での薬物療法の拡大が進められてきた。

一方で、高齢のがん患者等の合併症リスクの高い患者の増加や新しい薬物療法の普及に伴う、新たな副作用や学際領域への対応に向け、薬物療法に係る専門的な医療従事者の配置について、地域間及び医療機関間における差の改善が求められている。

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、ＥＢＭ普

---

26 平成 30（2018）年度の現況報告書によると、ＩＭＲＴ加算を算定している拠点病院等の割合は、52.2%、令和元（2019）年度の現況報告書によると、57.8%となっている。

27 「MR 画像誘導即時適応放射線治療ガイドライン」（https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/guideline/20211123.pdf）

28 「レジメン」とは、薬物療法における薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画をいう。

及推進事業Ｍｉｎｄｓに登録されているがんに関連した診療ガイドラインの数、患者用診療ガイドラインの数は増加しており[29]、関係学会等によりエビデンスを活用しやすい環境の整備が進められている一方で、インターネット上で科学的根拠に乏しい情報が多く見られている。特に、近年研究開発が進み、有力な治療選択肢の一つとなっている免疫療法をはじめ、がん患者が治療法に関する正しい情報を得ることができるよう、取組を進める必要がある。

また、患者やその家族等の経済的な負担の軽減につながるバイオ後続品について、更なる使用促進に向けた取組が求められている。

**（取り組むべき施策）**

国及び都道府県は、患者が、病態や生活背景等、それぞれの状況に応じた適切かつ安全な薬物療法を外来も含め適切な場で受けられるよう、標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく高度な薬物療法の提供についても、医療機関間の役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を進める。

国は、国立研究開発法人国立がん研究センター（以下「国立がん研究センター」という。）や関係学会と連携し、国民が、薬物療法等に関する正しい情報を得ることができるよう、科学的根拠に基づく治療法に関する情報提供及び普及啓発を推進する。

国及び都道府県は、バイオ後続品に係る新たな目標を踏まえ、使用促進のための具体的な方策を検討する。

### ④ チーム医療の推進について

**（現状・課題）**

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

これまで、拠点病院等において、医療従事者間の連携体制の強化に係る環境整備に向けて、医師、看護師、薬剤師、社会福祉士、公認心理師等で組織された緩和ケアチームを含む様々な専門チームの設置が進められてきた。

---

[29] 診療ガイドラインの数は、令和２（2020）年度は 268 件、令和３（2021）年度は 385 件、患者用診療ガイドラインの数は、令和２（2020）年度は 28 件、令和３（2021）年度は 35 件となっている。

現況報告書[30]によると、現在、全ての拠点病院等において、専門チームが設置されており、その多くの施設で複数の専門チームが設置されている。一方で、拠点病院等以外の医療機関においては、専門チームの設置が進んでいない[31]。

主治医以外にも相談しやすいスタッフがいたと回答した患者の割合は、成人で 48.8%、小児で 78.0%となっている[32]。

また、療養生活の質の維持・向上の観点から、食事を通して栄養を摂取することや、治療の合併症予防及びその病状軽減は重要であり、がん患者に対する口腔（くう）の管理に、歯科医師や歯科衛生士等の口腔ケアチーム、また、適切な栄養管理に、医師、看護師、管理栄養士、言語聴覚士等の栄養サポートチームと連携しつつ対応することが求められている。

**（取り組むべき施策）**

拠点病院等は、多職種連携を更に推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、都道府県がん診療連携協議会において地域の医療機関と議論を行い、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む。

拠点病院等は、院内や地域の歯科医師、歯科衛生士等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に引き続き取り組む。また、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に引き続き取り組む。

### ⑤ がんのリハビリテーションについて

**（現状・課題）**

がん治療の影響から、患者の嚥（えん）下や呼吸運動等に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

---

30 毎年全ての拠点病院等が提出する、診療体制や診療実績についての報告書のこと。

31 令和２（2020）年の「医療施設調査」によると、緩和ケアチームを設置している一般病院の割合は 15.6%となっている。

32 成人について：平成 30（2018）年度「患者体験調査」、小児について：令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

がんのリハビリテーションが適切に提供されることを目的として実施されているがんのリハビリテーション研修[33]について、グループワークを中心とした集合学習とｅラーニングシステムを組み合わせた効果的な研修プログラムの策定や、国内各地で研修を受講できる体制の整備が進められてきた。

また、拠点病院等におけるリハビリテーション提供体制の整備を推進していくため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がんのリハビリテーションに携わる専門的な知識及び技能を有する医師や理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の診療従事者を配置することが望ましいとした。

リハビリテーション専門医が配置されている拠点病院等の割合は、現況報告書によると、令和３（2021）年度で 51.0%、がんのリハビリテーション研修プログラムを修了している医療従事者の人数は令和３(2021)年度で 49,491 人と、それぞれ増加している。

**（取り組むべき施策）**

国は、がん患者に対する適切なリハビリテーションの提供のため、引き続き、関係団体と連携し、がんのリハビリテーション研修を実施するとともに、研修内容の見直しについて検討する。

国及び都道府県は、研修を受講した医師や看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテーション提供体制の整備を推進する。

### ⑥ 支持療法の推進について

**（現状・課題）**

がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要である。

拠点病院等では、高リスク催吐化学療法時の予防的制吐剤の処方や外来麻薬鎮痛開始時の緩下剤の処方などの支持療法が、一定の割合で実施されている[34]。

---

33 厚生労働省の後援事業として、一般財団法人ライフ・プランニング・センターにおいて実施。

34 平成 28（2016）年の「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会 Quality Indicator 研究」によると、拠点病院等において支持療法に関する標準診療を実施された患

また、厚生労働科学研究において、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のＱＯＬを向上させるため、支持療法に関する実態の把握、均てん化を目指した研究が行われているほか、薬物療法による合併症に関するガイドラインの改訂、がん患者の精神心理的な支援に関する診療ガイドラインの作成等が進められている。

患者体験調査等によると、治療による副作用の見通しを持てた患者の割合は、成人について 61.9%、小児について 69.2%、身体的なつらさがある時に、すぐに医療スタッフに相談ができると思う患者の割合は、成人について 46.5%、外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人について 28.3%、小児について 51.8%となっている[35]。

専門的なケアを実施する外来については、拠点病院等を中心に設置が進められてきた。現況報告書によると、リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の割合は、令和３（2021）年度で 56.1%、ストーマ外来が設置されている拠点病院等の割合は、90.3%となっており、いずれも増加しているが、支持療法の提供体制の整備の一層の充実が求められる。また、リンパ浮腫については、リンパ浮腫研修[36]により人材育成が推進されている。

**（取り組むべき施策）**

国は、患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症への見通しを持ち、身体的苦痛や外見の変化等があった際に容易に相談できるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進する。

国は、支持療法の更なる充実に向けて、実態把握を行うとともに、科学的根拠に基づく支持療法が実施されるよう、関係団体等と連携し、専門的なケアが受けられる体制の整備等を推進する。

---

者の割合は、高リスク嘔吐化学療法時予防的制吐剤を処方された割合は 75.0%（リンパ腫を除外した割合は 86.0%）、外来麻薬鎮痛開始時緩下剤を処方された割合は 61.0%となっている。

[35] 成人について：平成 30（2018）年度「患者体験調査」、小児について：令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

[36] 厚生労働省の後援事業として、一般財団法人ライフ・プランニング・センターにおいて実施。

## ⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進について

### （ア）緩和ケアの提供について

**（現状・課題）**

緩和ケアは、法第 15 条において、「がんその他の特定の疾病に罹患した者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護その他の行為をいう」と定義されている。また、法第 17 条において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策として、「緩和ケアが診断の時から適切に提供されるようにすること」が明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的・精神心理的・社会的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を、全ての医療従事者が診断時から行うとともに、地域の関係機関等とも連携して取り組まれるものであり、こうした取組を通じて、患者やその家族等のＱＯＬの向上を目標とするものである。

国は、令和３（2021）年から「がんの緩和ケアに係る部会」において、緩和ケアに係る課題及び取組について議論を行うとともに、診断時の緩和ケアを実践するポイントを整理したリーフレット[37]や、診断時の医療従事者の対応についての説明文書[38]、専門的な治療の活用を含む対応のポイントを整理したリーフレット[39]を作成し、がん医療を提供する全ての医療機関等に対し周知を行った。

拠点病院等については、整備指針において、がんの診断時から適切な緩和ケアが提供されるよう、専門的な知識及び技能を有する医療従事者で組織された緩和ケアチームの組織や、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制の整備を推進してきた。

現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数は増加傾向が見られた[40]一方、年間新規介入患者数が 50 件未満の拠点病院等も依然として存在して

---

37 「診断時の緩和ケア」（第３回がんの緩和ケアに係る部会（令和３（2021）年 11 月５日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950864.pdf））

38 「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（第３回がんの緩和ケアに係る部会（令和３（2021）年 11 月５日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf））

39 「痛みへの対応について」（第５回がんの緩和ケアに係る部会（令和４（2022）年４月 13 日）において作成（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950866.pdf））

40 平成 28（2016）年度の現況報告書によると、緩和ケアチームの新規介入患者数が 50 件

いる。また、現況報告書では、依頼件数等の数的な評価しかできず、緩和ケアチームの技術や提供されるケアの質を評価するための方策を検討する必要がある。

緩和ケア外来については、全ての拠点病院等が緩和ケア外来を設置しており、その多くが、他の医療機関で治療を受けているがん患者の受け入れも行っているとしているものの、実際の症例数や地域からの紹介患者数は依然少ない[41]。また、がんの診断や検査については、拠点病院等に限らず検診医療機関やかかりつけ医などの役割が大きいと考えられるが、これらの場面における緩和ケアの実態は十分に把握されていないとの指摘がある。

さらに、拠点病院等で実施されている緩和ケアについて、実地調査等を定期的かつ継続的に実施し、緩和ケアの質の向上を図る必要があることが指摘されているが、その具体的な方策や実効可能性等に課題がある。

患者体験調査によると、平成 30（2018）年度時点で、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合、身体的・精神心理的な苦痛を抱えている患者の割合、苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は、約３～４割と一定の割合を占めている[42]。また、遺族調査によると、亡くなる前１か月間の療養生活について、身体的な苦痛を抱える患者の割合、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、約４～５割となっており[43]、更なる緩和ケアの充実が必要である。一方、拠点病院等におけるがんの治療が終了した患者について、他院への転院や在宅医療への移行など、終末期医療の個々の経過については、明らかではない。

国は、関係学会と連携し、市民公開講座や動画配信等を通じて、緩和ケアに関する基本的な知識や、医療用麻薬に関する正しい知識の普及啓発等を進めている[44]。国民の緩和ケアに関する認識として、緩和ケアを開始すべき時期について、

---

未満であった拠点病院等（地域がん診療病院を除く。）は 63 施設、令和元（2019）年度の現況報告書によると 13 施設となっている。

41 令和元（2019）年度現況報告書によると、地域の医療機関からの年間新規紹介患者数は、42%の拠点病院等において０件となっている。

42 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、心のつらさがあるときに、すぐに医療スタッフに相談できると感じている患者の割合は 32.8%、身体的な苦痛を抱える患者の割合は 44.6%、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は 38.0%、身体的・精神心理的苦痛により日常生活に支障を来している患者の割合は 30.8%となっている。

43 平成 30（2018）年度の遺族調査（「患者さまが受けられた医療に関するご遺族の方への調査」をいう。以下同じ。）によると、療養生活の最終段階において、身体的な苦痛を抱える患者の割合は、40.4%（痛み）、47.2%（からだの苦痛）、精神心理的な苦痛を抱える患者の割合は、42.3%となっている。

44 特定非営利活動法人日本緩和医療学会への委託事業として、「オレンジバルーンプロジェクト」を実施している。

「がんと診断されたときから」と回答した者の割合や、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合は約半数に留まっており[45]、正しい知識の更なる普及啓発に取り組む必要がある。

**（取り組むべき施策）**

国は、拠点病院等を中心とした医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者の身体的苦痛や、がん患者やその家族等の精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらの個別の状況に応じた適切な対応が、地域の実情に応じて、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。特に、がんの診断時は、がん患者やその家族等にとって、診断による衝撃への対応や今後の治療・生活への備えが必要となる重要な時期であることを踏まえ、これらの精神心理的苦痛や社会的苦痛に対する適切な支援が全ての医療従事者により提供され、また、必要に応じて緩和ケアチームとの速やかな連携が図られるよう、医療従事者への普及啓発策[46]等を含め、必要な体制の整備を推進する。

国は、がん患者が望んだ場所で過ごすことができるよう、拠点病院等を中心に、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護を担う機関と連携した、在宅を含めた地域における緩和ケア提供体制の整備を推進する。

国は、関係学会等と連携し、国民に対する、緩和ケアに関する正しい知識の普及啓発を引き続き推進する。また、拠点病院等は、地域の医療従事者も含めた緩和ケアに関する研修を定期的に開催するとともに、地域におけるがん診療や在宅医療に携わる医療機関、関係団体及び地方公共団体と連携し、専門的な疼（とう）痛治療を含む緩和ケアに係る普及啓発[47]及び実施体制の整備を進める。

国は、入院だけでなく外来等における緩和ケアの充実に向け、専門的な人材の配置等も含め、検討する。

国は、緩和ケアに係る実地調査等を定期的かつ継続的に実施するための方策について、研究を行い、研究結果を踏まえ検討する。

---

45 令和元（2019）年度の「世論調査」によると、緩和ケアを開始すべき時期について、「がんと診断されたときから」と回答した者の割合は 52.2%、医療用麻薬について、「正しく使用すれば安全だと思う」と回答した者の割合は 48.3%となっている。

46 「診断時の緩和ケア」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950864.pdf）及び「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf）

47 （専門的な疼痛治療の普及啓発について）「痛みへの対応について」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950866.pdf）

国は、緩和ケアチームにより提供されるケアの質の向上のため、専門的な緩和ケアの質の評価等の方策について研究を行う。また、患者体験調査や遺族調査等により、患者やその家族等に、適切な緩和ケアが提供されているかどうかを、引き続き定期的かつ継続的に把握する。

国は、拠点病院等以外の医療機関における緩和ケアの充実に向けて、緩和ケア提供体制の実態や課題等を把握するための調査及び研究を行う。また、拠点病院等における治療が終了した後の患者が、望んだ場所で適切な治療やケアが受けられるように、他院への転院や在宅医療への移行なども含め、終末期医療を受ける場や療養場所の決定に至る意思決定及びこれらの場所における終末期医療の実態等について研究を行い、適切な療養場所の提供や、治療やケアの質の向上について検討する。

**（イ）緩和ケア研修会について**

**（現状・課題）**

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを正しく理解し、知識、技術、態度を習得することで、緩和ケアが診断時から適切に提供されることを目指し、関係学会と連携し、緩和ケア研修会を実施してきた。平成 30（2018）年度には、e ラーニングを導入するとともに、対象疾患をがん以外に、研修の対象者を医師以外の医療従事者に拡大し、研修会の内容にがん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア[48]を盛り込む等の見直しを行った。

緩和ケア研修会の修了者数は、令和３（2021）年度には、累計でおよそ 15 万人に達し、着実に増加している。

**（取り組むべき施策）**

国は、がん医療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを実践し、その知識や技能を維持・向上できるよう、緩和ケア研修会の更なる推進に努めるとともに、関係団体等と連携し、医療用麻薬の適正使用や、専門的な緩和ケアへのつなぎ方等の観点も踏まえ、緩和ケア研修会の学習内容や、フォローアップ研修等について検討し、必要な見直しを行う。

[48] 「グリーフケア」とは、大切な人を失い、残された家族等の身近な者が悲しみを癒やす過程を支える取組をいう。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

## ⑧ 妊孕性温存療法について

**（現状・課題）**

がん治療によって主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕(よう)性が低下することは、将来こどもを産み育てることを望む小児・ＡＹＡ世代のがん患者にとって大きな課題である。患者体験調査等によると、治療開始前に、生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合は、成人（40 歳未満）で平成 30（2018）年度において 52.0%、小児で令和元（2019）年において 53.8%となっている。

妊孕性温存療法として、胚（受精卵）、未受精卵子、卵巣組織、精子を採取し長期的に凍結保存することは、高額な自費診療であり、がん患者等にとって経済的負担となっているほか、未受精卵子凍結や卵巣組織凍結については、有効性等の更なるエビデンス集積が求められている。

このような状況を踏まえ、国は、令和３（2021）年度から、「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」（以下「研究促進事業」という。）を開始し、有効性等のエビデンス集積を進めつつ、若いがん患者等が希望を持って治療等に取り組み、将来こどもを持つことの希望をつなぐ取組を行っている。令和４（2022）年度からは、がん患者等で妊孕性温存療法を行った者が、その後妊娠を希望する際に凍結保存した検体を用いる生殖補助医療（保存後生殖補助医療）も当該事業の対象となっている。

また、がん治療前だけでなく、がん治療後も長期間にわたって、がん・生殖医療に関する情報・相談支援を継続的に提供できる体制の整備が求められている。

令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等には各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、研究促進事業へ参画すること、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備することを求めている。

**（取り組むべき施策）**

国は、適切ながん・生殖医療の提供を推進するため、がん医療と生殖医療の連携の下、がん治療が妊孕性に与える影響に関する説明と、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供や意思決定の支援が、個々の患者の状態に応じて適切に行われるよう、人材育成等の体制整備を推進するとともに、研究促進事業を通じたエビデンス創出に引き続き取り組む。

**【個別目標】**

がん患者が、全国どこにいても、質の高いがん医療を受けられ、がんゲノム医療へのアクセシビリティが確保されていることを目指す。また、質の高い病理診断が速やかに提供され、安全かつ質の高い手術療法、放射線療法、薬物療法が適切なタイミングで提供され、さらに、患者自身が治療法を正しく理解した上で提供を受けられるようにする。

安全かつ安心で質の高いがん医療の提供に向けては、医療従事者間及び多職種での連携を強化するとともに、拠点病院等を中心に、がんリハビリテーション及び標準的な支持療法が、必要な患者に適切に提供されるようにする。

国民の緩和ケアに対する正しい認識を促すとともに、身体的・精神心理的・社会的な苦痛を抱える全ての患者が、資料[49]を用いる等により分かりやすい説明を受け、速やかに医療従事者へ相談でき、適切なケア・治療を受けられる体制を目指す。

妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に関する科学的根拠の創出を目指すとともに、がん患者やその家族等が、治療開始前に生殖機能への影響について認識し、適切に意思決定ができるようにする。

---

[49] 「病状、治療方針とあわせて、医療チームからお伝えしたいこと」（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000950865.pdf）

### （２） 希少がん及び難治性がん対策

**（現状・課題）**

希少がん[50]及び難治性がん[51]については、平成 28（2016）年の法の一部改正において、法第 19 条第２項に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、更なる対策が求められている。

希少がんについて、国は、平成 30（2018）年に、国立がん研究センターを、希少がん医療を統括する希少がん中央機関として位置付け、希少がんコンサルテーション体制の整備による診断支援や希少がん対策ワーキンググループによるガイドラインの作成等の取組を通じて、希少がん患者の集約化や専門施設の整備、希少がんに対応できる病院と拠点病院等や小児がん拠点病院等との連携を推進し、患者が全国どこにいても、適切な医療につなげられるよう対策を講じている。

希少がん患者の初診から診断までの時間が１か月未満であった割合は、平成 30（2018）年度で 66.4%、診断から治療開始までの時間が１か月未満であった割合は 72.3%であった[52]。また、患者に有効性の高い診断法・早期発見法・治療法を速やかに提供するための体制整備を進めた結果、希少がんについて、専門的な医療を受けられたと感じているがん患者の割合は平成 30（2018）年度において 80.0%となった。

希少がんの情報の集約及び発信については、国立がん研究センターがん対策研究所がん情報サービス（以下「がん情報サービス」という。）における情報提供や、希少がんセンターにおける情報発信、患者やその家族等だけでなく、医療従事者も相談することのできる希少がんホットラインの整備等を進めている。また、平成 29（2017）年より国立がん研究センターにおいて、一部の希少がんの各地域における診療実績を公開している。

---

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

51 本基本計画における「難治性がん」とは、特定のがん種に限定されず、治療が奏功しない抵抗性のがんをいう。

52 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、希少がん患者の初診から診断までの時間は、２週間未満が 38.1%、２週間以上１か月未満が 28.3%、診断から治療開始までの時間は、２週間未満が 31.2%、２週間以上１か月未満が 41.1%となっている。

膵(すい)がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が喫緊の課題である。
早期発見が困難であるために難治性がんとなっているものについては、がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究を更に推進することが求められる。

また、希少がん及び難治性がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

**（取り組むべき施策）**
国及び都道府県は、患者やその家族等への情報提供の更なる推進のため、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供を推進する。

国は、希少がん患者及び難治性がん患者の、高度かつ専門的な医療へのアクセシビリティを向上させるため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における地域の実情を踏まえた議論を推進し、拠点病院等の役割分担に基づく医療機関間の連携体制の整備を推進する。

国は、希少がんについて、適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断や治療等に係る希少がん中央機関と拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進する。

国は、希少がん及び難治性がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、希少がん中央機関、拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。また、関係学会等と連携した診療ガイドラインの充実を図る。

**【個別目標】**
希少がん患者及び難治性がん患者が、必要な情報にアクセスでき、そこから速やかに適切な医療につながれることを目指す。

### （３） 小児がん及びＡＹＡ世代のがん対策

**（現状・課題）**

がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長発達の過程において、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんとは異なる対策が求められる。

国は、小児がん患者とその家族等が安心して適切な医療や支援を受けられるよう、全国に 15 か所の小児がん拠点病院及び２か所の小児がん中央機関を整備し、診療の一部集約化と小児がん拠点病院を中心としたネットワークによる診療体制の構築を進めてきた。

小児がん拠点病院は、ＡＹＡ世代への対応の強化にも重点を置き、ＡＹＡ世代のがん患者について、適切な医療を提供できる体制の構築等を指定要件としている。あわせて、拠点病院等では、ＡＹＡ世代のがん患者について治療、就学、就労、生殖機能等に関する状況や希望について確認し、自施設または連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備することとしており、小児がん拠点病院等と拠点病院等が連携しつつ、ＡＹＡ世代のがん患者への対応を行えるような体制の構築が進められている。

さらに、令和４（2022）年８月の「小児がん拠点病院等の整備に関する指針」の改定では、患者の適切な集約化に向けた連携病院の類型の見直しや、長期フォローアップに関する適切な連携体制の整備が盛り込まれた。

また、小児がんにおいては、治療薬の候補が見つかっても保険診療下で使用できる薬が少ない、参加可能な治験が少ない等、薬剤アクセスの改善が課題となっている。

**（取り組むべき施策）**

国は、小児がん拠点病院等と、拠点病院等や地域の医療機関等との連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん医療提供体制の整備を推進する。また、小児がん拠点病院連絡協議会における地域ブロックを超えた連携体制の整備に向けた議論を推進する。

小児がん拠点病院等は、自施設の診療実績、診療機能や、他の医療機関との連携体制等について、患者やその家族等の目線に立った分かりやすい情報提供に

取り組む。

国は、長期フォローアップの更なる推進のため、小児がん経験者の晩期合併症について実態把握を行うとともに、小児がん拠点病院等と、拠点病院等、地域の医療機関、かかりつけ医等の連携を含め、地域の実情に応じた小児・ＡＹＡ世代のがん患者の長期フォローアップの在り方を検討する。

国は、小児がん領域における薬剤アクセスの改善に向けて、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、小児がん中央機関、小児がん拠点病院等、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。

**【個別目標】**

小児がん患者及びＡＹＡ世代のがん患者やその家族等が、適切な情報を得て、悩みを相談できる支援につながり、適切な治療や長期フォローアップを受けられることを目指す。さらに、小児がん領域での研究開発を進める。

### （４） 高齢者のがん対策

**（現状・課題）**

我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、令和７（2025）年には、65 歳以上の高齢者の数が 3,677 万人（全人口の 30.0%）に達すると推計されている[53]。これに伴い、高齢のがん患者も増加しており、令和元（2019）年度には、新たにがんと診断された人のうち 65 歳以上の高齢者の数は 75 万人（がん患者全体の 75%）、75 歳以上の高齢者の数は 45 万人（がん患者全体の 45%）となっている[54]。

令和４（2022）年整備指針改定では、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等が指定要件として盛り込まれた。

高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応とならない場合等があるが、こうした判断は、医師の裁量に任されていることが課題とされていた。そのため、現在、厚生労働科学研究において、高齢者がん診療に関するガイドラインの策定を行っている。

**（取り組むべき施策）**

高齢のがん患者が、例えば、複数の慢性疾患を有している、介護事業所等に入居しているなど、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を進める。

国は、高齢のがん患者に対する適切な治療及びケアの提供を推進するため、関係団体等と連携し、更なるガイドラインの充実を推進するとともに、高齢のがん患者に対するがん医療の実態把握を行う。

国は、高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意思決定支援に係る取組を推進する。

**【個別目標】**

多職種での連携や地域の医療機関等との連携を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられることを目指す。

---

53 平成 29（2017）年４月「日本の将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所）
54 令和元（2019）年度「全国がん登録　罹患数・率　報告」

### （５） 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

**（現状・課題）**

がん研究により、がん医療に係る医薬品（診断薬を含む。）、医療機器及び医療技術の開発を加速させるとともに、それらの速やかな医療実装が求められている。

先進医療については、医療における国民の選択肢を拡げ、利便性を向上するという観点から、保険外併用療養費制度の中で実施されている。また、平成 28（2016）年４月には、国内未承認の医薬品等を、安全性・有効性を確認しつつ、身近な医療機関で迅速に使用できるよう、保険外併用療養費制度の中に、「患者申出療養制度」を創設した。さらに、平成 27（2015）年より、世界に先駆けて我が国での開発が見込まれる医薬品、医療機器等の迅速な実用化を図るため、「先駆け審査指定制度」（現：先駆的医薬品等指定制度）を開始している。

しかしながら、諸外国では承認されているものの国内において未承認の医薬品が増加しているなど、小児がんや希少がん領域に留まらない薬剤アクセスの改善が課題となっている。また、医薬品の生産拠点が海外にあるため、国内への供給が不安定になる事例が報告される等、承認後の安定供給に係る課題も指摘されている。

国は、拠点病院等において、治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供や、必要に応じて適切な医療機関に患者を紹介することを求め、がん患者に対する情報提供体制の充実に取り組んできたほか、厚生労働科学研究において、公益社団法人や企業等と協力しながら、情報提供に係るパイロット事業の検討を行っている。

現況報告書によると、臨床試験・治験に関する窓口がある拠点病院等の割合は、令和３（2021）年度で 78.1%となっている。また、令和２（2020）年度で 320 件の抗がん剤に関する治験が実施されている。

**（取り組むべき施策）**

国は、拠点病院等における臨床研究等の推進に引き続き取り組むとともに、患者目線の分かりやすい情報提供の在り方について検討し、拠点病院等に対し周知する。拠点病院等は、患者に対し、臨床研究等の適切な実施及び情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関への紹介を行う。

国は、先進医療、患者申出療養制度等の評価療養、先駆的医薬品等指定制度等

の既存の制度の適切な活用を促しつつ、がん研究の成果の速やかな実装を、科学的根拠に基づき、引き続き推進する。

国は、がん医療に係る治療薬等へのアクセス改善に向け、日本の薬事規制等の海外の中小バイオ企業への周知等を通じ、日本での早期開発を促すなど治験の実施（国際共同治験への参加を含む。）を促進する方策を検討するとともに、関係学会及び企業等と連携した研究開発を推進する。また、それらの実用化に向けた課題の整理と、既存制度の見直しを含めた対応策の検討を行い、速やかな医療実装を着実に進める。

**【個別目標】**

がん患者が十分な情報を得て治療を選択でき、治験へ参加できること等を可能とするとともに、新たながん医療に係る技術の実装を推進することにより、がん医療の進歩を享受できることを目指す。

## ３．がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築
## ～がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

### （１） 相談支援及び情報提供

#### ① 相談支援について

**（現状・課題）**

患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等や小児がん拠点病院等のがん相談支援センターが中心となって、患者やその家族等の精神心理的・社会的な悩みに対応していくことが求められている。

国は、がん患者が必要に応じて確実に支援を受けられるよう、整備指針において、初診時等にがん相談支援センターについて説明することや、広報を行うことを定め、その取組を促してきた。令和４（2022）年整備指針改定においては、更なる相談支援体制の整備を推進するために、拠点病院等は、「外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい」こととされた。

患者体験調査等によると、がん患者・家族の３人に２人ががん相談支援センターについて知っている[55]ものの、利用したことがある人の割合は、成人で 14.4%、小児で 34.9%となっている。実際に利用した者のうち、「役立った」と回答した人が、８割を越えていることを踏まえると、利用していない患者について、本当にニーズがなかったのか、十分に留意する必要がある。

また、院内体制や地域資源によって、対応可能な相談件数や患者の相談ニーズは異なることから、質の高い相談支援体制を持続可能なものとするためには、全てのがん相談支援センターで持つべき機能や対応の範囲について検討し、地域の実情に応じた集約化や役割分担を行うことが必要ではないかとの指摘がある。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び

[55] 平成 30（2018）年度の「患者体験調査」によると、がん相談支援センターについて知っているがん患者・家族の割合は、66.4%、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、66.4%となっている。

患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、国は、都道府県におけるピア・サポーターの養成を推進してきた。また、ピア・サポート活動の質の担保も重要であることから、「がん総合相談に携わる者に対する研修事業」において、患者団体及び関係学会と連携し、研修プログラム・テキストの改訂、都道府県に対する研修の企画やフォローアップに関する支援を行っているほか、がん患者・経験者、拠点病院等及び都道府県向けの研修等を行っている。令和４（2022）年整備指針改定では、拠点病院等が患者サロン等の場を設ける際に、一定の研修を受けたピア・サポーターの活用に努めることとされた。

一方で、患者体験調査によると、ピア・サポーターについて知っているがん患者の割合は、平成 30（2018）年度時点で 27.3%と低い。

治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は増加している[56]が、更なる取組が求められる。

**（取り組むべき施策）**

拠点病院等は、がん相談支援センターの認知度向上及びその役割の理解の促進のため、地域の関係機関等と連携して、自施設に通院していない者も含む患者やその家族等への適切なタイミングでの周知に引き続き取り組む。また、相談支援体制へのアクセシビリティを向上させるため、オンライン等を活用した体制整備を進める。

国は、相談支援の質を担保するため、関係団体等と連携し、がん相談支援に係る研修等に引き続き取り組む。

国は、効率的・効果的な体制を構築する観点から、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できる質の高い相談支援体制の整備を推進するとともに、持続可能な相談支援体制の在り方等について検討する。

国は、拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等との連携体制の構築について検討する。あわせて、相談支援の一層の充実を図るため、ＩＣ

---

[56] 平成 26（2014）年度の「患者体験調査」によると、がん診断～治療開始前に病気や療養生活に関して相談することができたと感じる患者の割合は、67.4%、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、37.1%なっており、平成 30（2018）年度では、前者は 76.3%、後者は 47.7%と増えている。また、令和元（2019）年度の「小児患者体験調査」によると、家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じている患者・家族の割合は、39.7%となっている。

Ｔや患者団体、社会的人材リソース[57]を活用し、必要に応じて地方公共団体等の協力が得られる体制整備の方策について検討する。

国は、がん患者がピア・サポーター等からの支援を受けやすくなるよう、相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みについても検討する。

### ② 情報提供について

**（現状・課題）**

がんとの共生を目指す社会にとって、全ての患者やその家族等、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要である。

がんに関する情報があふれる中で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。がん情報サービスにおいて、各がんの解説、診断・治療、治験、療養等に関する情報提供を行っているものの、がん情報サービスにアクセスし、探していた情報にたどり着くことができた人の割合は、令和３（2021）年度で、71.0%となっており、平成 30（2018）年度の 71.1%から横ばいである[58]。

また、国は、拠点病院等に対し、整備指針において、自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、希少がん、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む。）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報することを求めている。

情報取得や意思疎通に配慮が必要な人に対する情報提供のため、国立がん研究センターがん対策研究所は、関係団体と協力し、点字資料や音声資料等を作成している。また、厚生労働科学研究において、視覚や聴覚等の障害をもつ人に対して、情報資料を継続的に提供できるよう、研究を推進している。

---

57 関係学会等によるがんの相談支援・情報提供に関する一定の研修を受け、必要に応じ、がん患者やその家族等に対し、拠点病院等のがん相談支援センターを紹介できる地域の人材等が想定される。

58 がん情報サービスにおいて算出。

**（取り組むべき施策）**

国は、患者やその家族等が、必要な時に正しい情報を入手し、適切な選択ができるよう、ニーズや課題等の把握を進め、「情報の均てん化」に向けた適切な情報提供の在り方について検討する。

国は、インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれることを、国民に対して注意喚起するなど、引き続き、国立がん研究センターや関係団体等と連携して、がんに関する正しい情報の提供及び理解の促進に取り組む。

国は、障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や、日本語を母国語としていない人への情報提供を適切に行うことで医療へのアクセスを確保するために、現状及び課題等を把握し、情報提供体制の在り方について検討する。

**【個別目標】**

がん相談支援センターやがん情報サービスの認知度及び質を向上させ、精神心理的・社会的な悩みを持つ患者やその家族等が適切な相談支援を受けることができ、また、患者やその家族等、医療従事者等を含む全ての国民が、必要な時に、自分に合った正しい情報にたどりつくことができることを目指す。

## （２） 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

**（現状・課題）**

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への支援を実践することが必要である。

拠点病院等は、切れ目のないがん医療を提供するため、整備指針[59]において、「当該医療圏において、地域の医療機関や在宅診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援のあり方について情報を共有し、役割分担や支援等について議論する場を年１回以上設けること」とされている。このようなカンファレンスの１拠点病院あたりの平均開催数（年間）は、令和元（2019）年度で、5.5 回となっている。

令和４（2022）年整備指針改定においては、当該指定要件に、医療提供体制や社会的支援と並んで、「緩和ケア」を盛り込んだほか、さらに、「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」を追記し、連携体制の強化を図っている。

拠点病院等は、都道府県と連携し、二次医療圏内の在宅療養支援診療所等リストの作成や、在宅療養支援診療所等の医師に対する緩和ケアに関する知識・技術の研修を実施している。また、地域緩和ケアネットワーク構築事業において、関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」を育成し、平成 28（2016）年度～令和３（2021）年度で、延べ 388 チーム、1,280 名が修了している。

令和３（2021）年８月より、がん等の専門的な薬学管理が必要な患者が自身に適した薬局を選択できるよう、がんの薬物療法に係る専門性を有する薬剤師が配置されており、拠点病院等の専門医療機関や他薬局等の関係機関と連携してがん等の専門的な薬学管理に対応できる薬局を、都道府県が「専門医療機関連携薬局」と認定する制度が開始された。専門医療機関連携薬局として認定された薬局の件数は、令和５（2023）年１月 31 日時点で 137 件となっている。

遺族調査によると、在宅で亡くなったがん患者の医療に対する満足度は、平成 30（2018）年度で 78.8%となっており、緩和ケア病棟で亡くなった方の満足度（82.4%）に次いで高かった。望んだ場所で過ごせたがん患者の割合は、平成 30

[59] ここでは、令和４（2022）年整備指針改定前の整備指針の記載を引用している。

（2018）年度で 47.7%となっており、半数程度に留まっている。

セカンドオピニオンについては、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等の指定要件として、「医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオンを受けられることについて説明すること」等が追加され、更なる推進を図っている。

患者体験調査によると、がん治療前に、担当医からセカンドオピニオンについて話を受けたがん患者の割合は、平成 26（2014）年度で 40.3%、平成 30（2018）年度で 34.9%と、減少している。「話はなかった」と回答した人（65.1%）のうち、9.1%が自分や家族からセカンドオピニオンについて尋ねており、患者や家族のニーズに対応できていないとの指摘がある。

**（取り組むべき施策）**

拠点病院等は、地域の実情に応じた患者支援体制の構築のため、都道府県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供の在り方について検討する。

拠点病院等は、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、地域の実情に応じて、介護事業所や薬局等の地域の関係機関との連携や、社会的支援や困難事例等への対応に取り組む。国は、地域の関係者間の連携体制を構築することで、地域における課題の解決を促すため、拠点病院等を中心とした施設間の連携・調整を担う者の育成に、引き続き取り組む。

国は、セカンドオピニオンに関する情報提供及び利用状況等の実態把握を行い、関係団体等と連携した適切な情報提供の在り方について検討する。

**【個別目標】**

地域における医療従事者や介護従事者等との連携や、医療従事者と患者やその家族等とのコミュニケーションにより、患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療や緩和ケア等の支援を受けることができることを目指す。

### （３） がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援[60]）

#### ① 就労支援について

**（現状・課題）**

令和元（2019）年時点で、がん患者の約４人に１人は、20 歳から 64 歳までの間にがんに罹患している[61]。また、がん医療の進歩により、我が国の全がんの５年相対生存率の上昇に伴い、がん患者・経験者が長期生存し、働きながらがん治療を受けられる可能性が高まっている。

このため、がんになっても活き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められている。

国は、がん患者等が治療と仕事を両立できるよう、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」を公開するとともに、両立支援コーディネーターの育成・配置や「企業・医療機関連携マニュアル」等の作成・普及啓発により、病院、企業と両立支援コーディネーターによるトライアングル型の社会的なサポート体制の構築に取り組んできた。また、診断時から個々の事情に応じた就労支援を行うための「治療と仕事両立プラン」を開発し、「がん患者の就労に関する総合支援事業」において、同プランを活用した就労支援を実施している。

また、転職や再就職の相談対応について、国は、ハローワークに「就職支援ナビゲーター」を配置し、拠点病院等を含む医療機関と連携した就職支援事業に取り組んでいる。令和３（2021）年度時点で、134 名の就職支援ナビゲーターを配置し、257 の医療機関と連携を行っている。

加えて、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させるためには、職場における、柔軟な勤務制度や休暇制度の導入、がん患者への理解や協力の推進が必要である。

平成 28（2016）年に実施した「がん対策に関する世論調査（内閣府）」では、がん患者が働き続けるために必要な取組として、「通院のために短時間勤務が活用できること」、「１時間単位の休暇や長期の休暇が取れるなど柔軟な休暇制度」

---

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

61 令和元（2019）年の「全国がん登録　罹患数・率　報告」によると、全がん罹患者数 99.9 万人のうち、20 歳から 64 歳までの者は 24 万人となっている。

等が上位に挙がっている。また、がん患者の実態調査[62]では、離職理由として「仕事を続ける自信がなくなった」、「会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思った」及び「治療や静養に必要な休みをとることが難しかった」が上位に挙がっており、職場における治療と仕事の両立支援のための体制整備や理解の促進を着実に推進することや、医療従事者により治療開始前に必要な支援についての説明が確実になされることが必要との指摘がある。

国は、企業の意識改革と受け入れ体制の整備を進めるために、助成金の活用促進やポータルサイトによる情報発信、シンポジウム等を行うとともに、都道府県労働局を事務局とした「地域両立支援推進チーム」を設置し、地域における関係者のネットワーク構築を図っている。令和元（2019）年には、全ての労災病院及び各都道府県の産業保健総合支援センターに両立支援コーディネーターを配置し、特に中小企業等における両立支援の充実に向けた社内制度導入や教育等についての具体的な支援を実施している。

平成 30(2018)年度に実施された患者体験調査では、がんと診断を受けて退職・廃業した人は就労者の 19.8%を占めており、そのうち初回治療までに退職・廃業した人は 56.8%となっている。また、がんの診断時、収入のある仕事をしていた人のうち、治療開始前に就労の継続について、病院の医療スタッフから説明が「あった」と回答した人は 39.5%に留まっている。さらに、治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合は 36.1%、勤務上の配慮がなされていると回答した患者の割合は、65.0%となっている。

**（取り組むべき施策）**

国は、がん患者・経験者やその家族等の生活の質の向上のため、現在の両立支援制度の効果及び課題を明らかにし、普及啓発、主治医から産業医への情報提供をはじめとする医療機関等と産業保健との一層効果的な連携等について検討する。また、国は、医療機関等において就労支援に携わる者が、産業医等と連携し、患者・事業主間の治療と仕事の両立へ向けた調整を支援できる体制の整備に取り組む。

国は、再就職支援を推進する観点から、拠点病院等とハローワークとの連携体制の整備に引き続き取り組む。

---

[62] 平成 25（2013）年に静岡県立静岡がんセンターの「がんの社会学」に関する研究グループが実施した「がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査」。
（https://www.scchr.jp/book/houkokusho.html）

国は、就労支援の更なる充実に向けて、様々な就労形態におけるがん患者の就労及び離職の実態を把握し、それを踏まえた就労支援の提供体制について検討する。

国は、がん患者が治療と仕事を両立できるよう、中小企業も含めて、企業における支援体制や、病気休暇、短時間勤務や在宅勤務（テレワーク）など企業における休暇制度や柔軟な勤務制度の導入等の環境整備を更に推進するため、産業保健総合支援センター等の活用や助成金等による支援、普及啓発に取り組む。

国は、両立支援コーディネーターの更なる活用に向けて、その活動状況を把握するとともに、地域職域連携の観点からより効果的な配置について検討する。

### ② アピアランスケアについて

**（現状・課題）**

アピアランスケアは、広義では「医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア」のことをいう。

がん医療の進歩によって治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加している。がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるサポートの重要性が認識されている。

国は、平成 30（2018）年 12 月に、運転免許申請書等に添付する写真について、令和２（2020）年４月に、障害者手帳の交付申請時の写真について、医療上の理由により顔の輪郭が分かる範囲で頭部を布等で覆うこと（帽子やウィッグを使用すること）が認められるよう、道路交通法施行規則（昭和 35 年総理府令第 60 号）や身体障害者福祉法施行規則（昭和 25 年厚生省令第 15 号）等の一部改正を行った。

また、治療による脱毛や爪の変化等について身近な医療従事者に相談し、苦痛を軽減できるよう、医療従事者教育プログラムの実装化に向けた研究[63]が進められたほか、令和３（2021）年度にはがん治療におけるアピアランスケアガイドラインの改訂が行われた。

---

[63] 厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん患者に対する質の高いアピアランスケアの実装に資する研究」（令和２（2020）年度～令和４（2022）年度）

患者体験調査等によると、がん治療に伴う外見の変化に関する相談ができた患者の割合は、成人で、平成 30（2018）年度で 28.3%、小児で令和元（2019）年度で 51.8%となっている。

**（取り組むべき施策）**

国は、アピアランスケアについて、患者やその家族等が正しい知識を身につけられるよう、医療従事者を対象とした研修等を引き続き開催するとともに、相談支援及び情報提供の在り方について検討する。

国は、アピアランスケアの充実に向けて、拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制の構築について検討する。

### ③ がん診断後の自殺対策について

**（現状・課題）**

がん患者の自殺については、平成 28（2016）年１月から 12 月にがんと診断された患者 1,070,876 人のうち、がん診断後２年以内に 660 人が自殺で亡くなっている（対象がん患者 10 万人あたり 61.6 人）。また、年齢・性別を調整した同じ時期の一般人口と比較した自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、がん診断から１か月以内では 4.40 倍、２～３か月では 2.61 倍、４～６か月では 2.17 倍、７～12 か月では 1.76 倍、13～24 か月では 1.31 倍となっている[64,65]。

このように、がん患者の自殺は、がん対策における重要な課題であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、がん患者の自殺リスクに対する対応方法や関係機関との連携についての共通フローの作成、関係職種に情報共有を行う体制の構築、自施設に精神科等がない場合の地域の医療機関との連携体制の確保が定められた。

**（取り組むべき施策）**

国は、がん患者の診断後の自殺対策について、医療従事者等が正しい知識を身につけられるよう、研修等の開催や、相談支援及び情報提供の在り方について検

---

64 厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「がん患者の自殺予防プログラムの開発に向けた研究」（令和３（2021）年度～令和４（2022）年度）

65 栗栖健ら. Suicide, other externally caused injuries, and cardiovascular disease within 2 years after cancer diagnosis: A nationwide population-based study in Japan (J-SUPPORT 1902). Cancer Medicine. 2022 Aug 8. doi: 10.1002/cam4.5122.

討する。

国は、がん診断後の自殺対策を推進するため、がん患者の自殺リスクやその背景等について実態把握を行い、必要な対応について検討する。

### ④ その他の社会的な問題について

**（現状・課題）**

がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加しており、就労支援、アピアランスケア、自殺対策に留まらない、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が求められる。

がん患者における社会的な問題として、離島、僻（へき）地における通院、高額な医療費の負担、患者やその家族等の離職・休職に伴う収入の減少等による経済的な課題や、一定の周知はなされているものの障害年金等の制度が利用可能なことを知らず、必要な支援につながっていない場合があること等が指摘されている。また、障害があるがん患者については、がん診断の遅れや標準的治療への障壁があるなどの指摘がされているが、その詳細が把握できていないことや、対応が医療機関ごとに異なることが課題である。

また、がんに対する「偏見」について、地域によっては、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から孤立してしまうことがあることが指摘されている。

平成 30（2018）年度の患者体験調査によると、がん経験者のうち、周囲から不要に気を遣われていると感じる割合は 12.3%、家族以外の周囲の人からがんに対する偏見を感じると思う割合は 5.3%となっており[66]、がん診断後には、疎外感や以前とは異なる特別な扱いを受けていると感じるがん患者がいる。

また、がんの治療後、日常生活に復帰して一定期間経過した後も、「がん患者」であったことで周囲から異なる扱いをされることがあるなど、本当の意味での「がんの克服」について理解が不十分ではないかとの指摘もある。

---

66 「とてもそう思う」「ある程度そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」のうち、「とてもそう思う」「ある程度そう思う」を選択した患者の割合。

**（取り組むべき施策）**

国は、高度化する治療へのアクセスを確保するため、患者・経験者・家族等の経済的な課題等を明らかにし、関係機関や関係学会等と協力して、利用可能な施策の周知や課題解決に向けた施策について検討する。

国は、障害がある等により情報取得や意思疎通に配慮が必要ながん患者の実態やニーズ、課題を明らかにし、がん検診や医療へのアクセス等の在り方について検討する。

地方公共団体は、がんに対する「偏見」の払拭や正しい理解につながるよう、民間団体や患者団体等と連携し、普及啓発に努める。

**【個別目標】**

就労支援及び治療と仕事の両立支援の推進、アピアランスの変化や自殺、偏見等への対策により、患者ががんと診断を受けた後も社会的課題による苦痛を受けることがないような社会を目指す。

## （４） ライフステージに応じた療養環境への支援

### ① 小児・ＡＹＡ世代について

**（現状・課題）**

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、患者のライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

小児・ＡＹＡ世代のがん患者に対する教育については、法第 21 条において、「国及び地方公共団体は、小児がんの患者その他のがん患者が必要な教育と適切な治療とのいずれをも継続的かつ円滑に受けることができるよう、必要な環境の整備その他の必要な施策を講ずるものとする」とされている。

現在、国は、小児がん拠点病院を全国に 15 か所指定しており、その指定要件として、院内学級体制及び家族等が利用できる宿泊施設（長期滞在施設）又はこれに準じる施設が整備されていることを定めている。

また、国は、高等学校段階の取組が遅れているとの指摘を踏まえ、令和元（2019）年度及び令和２（2020）年度に、「高等学校段階における入院生徒に対する教育保障体制整備事業」を実施し、在籍校・病院・教育委員会等の関係機関が連携して病気療養児を支援する体制の構築方法に関する調査研究を行った。令和３（2021）年度からは「高等学校段階の病気療養中等の生徒に対するＩＣＴを活用した遠隔教育の調査研究事業」を実施し、ＩＣＴを活用した効果的な遠隔教育の活用方法等の調査研究を行っている。さらに、厚生労働科学研究において、がん患者の高校教育の支援の好事例の収集や実態・ニーズ調査を実施し、高校教育の提供方法の開発と実用化に向けた研究を進めている。

治療開始前に、教育支援等について医療従事者から説明があったと回答した人の割合は、令和元（2019）年度で 68.1%、治療中に学校や教育関係者から治療と教育の両立に関する支援を受けた家族の割合は 76.6%となっており[67]、全ての患者に対応できるよう更なる対策が求められる。

また、小児期にがんに罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目ない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労

[67] 令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

支援に当たっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

さらに、人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。ＡＹＡ世代のがん患者は、利用できる支援制度に限りがある等の理由から、在宅で療養することを希望しても、患者やその家族等の身体的・精神心理的・経済的な負担が大きいことが指摘されている。これに対して、いわゆる「こどもホスピス」など独自の支援を行っている地方公共団体や民間団体等も複数存在しているが、その実態については明らかではないことから、その把握に向けた取組に着手している。

**（取り組むべき施策）**

国は、教育支援の充実に向けて、医療従事者と教育関係者との連携に努めるとともに、療養中に教育を必要とする患者が適切な教育を受けることのできる環境の整備、就学・復学支援等の体制整備を行う。また、ＩＣＴを活用した遠隔教育について、課題等を明らかにするため、実態把握を行う。

国は、長期フォローアップや移行期支援など、成人診療科と連携した切れ目ない支援体制が、地域の実情に応じて構築できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等の医療・支援の在り方について検討する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者の就労における課題の克服に向けて、ハローワークや地域若者サポートステーション等を含む就労支援に関係する機関や患者団体と連携した取組を引き続き推進する。

国は、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の療養環境の課題等について実態把握を行い、診断時からの緩和ケア提供体制や在宅療養環境等の体制整備について、関係省庁と連携して検討する。

### ② 高齢者について

**（現状・課題）**

高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があること

や、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的な状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要がある。

また、高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族等の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要がある。

国は、厚生労働科学研究において、高齢のがん患者に対する多職種による意思決定支援プログラムの研究・開発を行っている。また、意思決定支援の取組を推進するため、令和４（2022）年整備指針改定において、拠点病院等は、高齢者のがんに関して、「意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」とした。

**（取り組むべき施策）**

拠点病院等は、高齢のがん患者への支援を充実させるため、地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関、関係団体、地方公共団体等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制を整備するとともに、地域における課題について検討する。

国は、高齢のがん経験者のＱＯＬの向上を目指し、高齢のがん患者が抱える課題について実態把握を行い、長期療養の中で生じる有害事象などに対応できるよう、患者の健康管理の方法、地域における療養の在り方、再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制等について検討する。

国は、高齢のがん患者の、人生の最終段階における療養場所等の選択に関する意思決定を支援するための方策について検討する。

**【個別目標】**

小児・ＡＹＡ世代の患者への教育、就労、長期フォローアップ等の支援や、高齢のがん患者への療養環境への支援を行うことで、がん患者がライフステージごとに抱える問題に対し、適切な支援を受けられることを目指す。

## ４．これらを支える基盤の整備

### （１） 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

**（現状・課題）**

我が国のがん研究の総合的かつ計画的な推進に向けて、平成 26（2014）年度に、厚生労働大臣、文部科学大臣、経済産業大臣により「がん研究 10 か年戦略」（以下「戦略」という。）が策定された。戦略においては、平成 27（2015）年４月に設立されたＡＭＥＤと協力しながら、長期的視点を持って研究成果を産み出すこととしている。

平成 30（2018）年には、第３期基本計画の策定等を踏まえ、戦略の中間評価を行い、「がん研究全体として概ね順調に進捗している」とされた。また、我が国のがん研究に関する現在の課題を把握するとともに、戦略の後半期間にあたる令和元（2019）年から令和５（2023）年に重点的に取り組むべき研究について取りまとめた。

一方で各研究分野について、患者及びがん経験者の参画をより一層推進し、患者及びがん経験者目線で必要とされている領域の研究や、臨床現場でニーズの高い領域の研究を推進していく必要があることが指摘された。

また、厚生労働省の「がん対策推進総合研究事業」においては、戦略及び第３期基本計画に基づくさまざまな政策的課題を解決するための研究を行っている。

我が国における全ゲノム解析等を推進するため、令和元（2019）年 12 月にがんや難病領域の「全ゲノム解析等実行計画（第１版）」が策定された。その後、臨床情報と全ゲノム解析の結果等の情報を連携させ搭載する情報基盤を構築し、がん・難病に係る研究・創薬等への利活用を更に推進するため、令和４（2022）年９月に、「全ゲノム解析等実行計画 2022」が策定された。

「新しい資本主義のグランドデザイン及び実行計画」（令和４（2022）年６月７日閣議決定）においても、重点投資すべき分野として、「人への投資と分配」及び「科学技術・イノベーションへの重点的投資」が盛り込まれ、大学等をはじめとする研究開発の体制整備が期待されており、こうした中で、がん医療についても人材育成や研究基盤の整備を加速させていく必要がある。

健康・医療分野におけるムーンショット型研究開発事業については、令和３（2021）年４月 16 日の日米共同声明（日米競争力・強靭性（コア）パートナー

シップ）に「がんムーンショット」が盛り込まれたことを踏まえ、ＡＭＥＤにおいて、日米連携による「がんゼロ社会」に向けた研究開発のＰＭ（プロジェクトマネジャー）が令和４（2022）年９月に採択された。

内閣府原子力委員会において策定された「医療用等ラジオアイソトープ製造・利用推進アクションプラン」（令和４（2022）年５月 31 日）では、今後 10 年の間に実現すべき目標として「国産ラジオアイソトープによる核医学治療の患者への提供」等が掲げられ、その実現に向けた具体的取組として、ＲＩを用いた診断・治療の研究開発に対する支援等を推進すること等が示されている。

**（取り組むべき施策）**

国は、「がん研究 10 か年戦略」の中間評価報告書や本基本計画を踏まえ、がん研究の更なる充実に向け、戦略の見直しを行う。また、関係省庁が協力し、多様な分野を融合させた先端的な研究を推進することにより、治療法の多様化に向けた取組をより一層推進する。

ＡＭＥＤは、基礎的な研究から実用化に向けた研究までを一体的に推進するため、有望な基礎研究の成果の厳選及び医薬品・医療機器の開発と企業導出を速やかに行うための取組を引き続き推進する。

国は、「全ゲノム解析等実行計画 2022」を着実に進め、ゲノム情報等により、患者等に不利益が生じないよう留意しつつ、新たな予防・早期発見法等の開発を含めた患者還元や、がんや難病に係る研究・創薬への利活用等を推進する。

国は、がん対策の一層の推進に向けて、本基本計画における各分野の政策課題の解決に資する研究を推進する。また、格差の解消に向け、医療の質の向上及び均てん化の推進等の観点から、まずは各分野の取組の地域間、医療機関間の差を測定するための指標やその評価方法に係る研究を推進する。

**【個別目標】**

がん研究の更なる促進により、がん予防に資する技術開発の推進や医薬品・医療機器等の開発によるがん医療の充実を図るとともに、がん患者やその家族等の療養生活に関する政策課題の解決を図る。

### （２） 人材育成の強化

**（現状・課題）**

がん医療の現場を担う人員の不足や、がん医療を担う人材育成の医療機関間の差が、患者に提供される医療の医療機関間、地域間における差の要因の一つとなっている。集学的治療等の提供については、引き続き、関係学会・団体等と連携しつつ、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる医療従事者を養成していく必要がある。

国は、これまで、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な集学的治療等を提供するため、「がん対策推進総合研究事業」等における緩和ケア研修、がんゲノム医療コーディネーター研修会、小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップに関する研修会等の人材育成のための支援を行ってきた。緩和ケア研修修了者数、がんゲノム医療コーディネーター研修会参加人数、小児・ＡＹＡ世代のがんの長期フォローアップに関する研修会参加人数は、それぞれ増加している。

また、平成 29（2017）年度から令和３（2021）年度まで、多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プランを行い、がん専門医療人材の養成として、特にゲノム医療や希少がん及び小児がんに対応できる高度がん医療人材の育成や、ライフステージに応じたがん対策を推進する人材の育成に取り組む大学への支援を実施し、がん医療人材養成の拠点大学における優れた取組の他大学等への普及を推進してきた。

今後、臨床面では、がん診療に従事する専門職や、がん患者の症状緩和やがん経験者のケアにあたる人材、ＱＯＬの向上及び終末期医療を担う人材などの育成が必要とされている。また、同時に、急速に高度化するがん医療において、分野横断的な対応が必要となり、腫瘍循環器学や腫瘍腎臓病学等のがん関連学際領域に対応できる人材や医療ビッグデータの解析専門家、個別化医療・創薬研究を担う人材など、新たに必要とされるスペシャリストの育成が重要な課題となっている。

**（取り組むべき施策）**

国は、関係学会・団体等と連携しつつ、がん医療の現場で顕在化している課題に対応する人材、がん予防の推進を行う人材、新たな治療法を開発できる人材等の専門的な人材の育成を推進する。また、専門的な人材の育成の在り方を検討す

るに当たっては、高齢化や人口減少等の背景を踏まえ、人材の効率的な活用等の観点を含め検討する。

がん医療の高度化が進む中で、がん対策を一層推進する観点から、拠点病院等を中心に、専門的な人材の育成及び配置に積極的に取り組む。また、地域のがん医療や緩和ケア等を担う人材の育成及び配置について、拠点病院等や地域の職能団体が中心となって取り組む。

**【個別目標】**

がん医療における人材育成の強化により、がん専門医療人材が拠点病院等を中心に、適正に配置されることを目指す。

### （３） がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

**（現状・課題）**

こどもが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するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切である。これらをより一層効果的なものとするため、医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、こどもに、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんの正しい知識やがん患者・経験者の声を伝えることが重要である。

国は、学習指導要領に対応したがん教育を推進するため、教材、指導参考資料、外部講師活用のガイドラインの改訂・周知を行うとともに、外部講師の活用体制の整備や研修会の実施など、地域の取組を支援している。しかし、地域によって取組状況に差があることから、地域の実情に応じた取組が一層推進されるよう、各地域の取組の成果を全国へ普及する必要がある。

国は、国民に対するがんに関する知識の普及啓発について、がん情報サービスや拠点病院等における相談支援センターの広報により、取組を進めてきた。一方で、インターネットの普及等により、科学的根拠に乏しい情報が多く存在すること、患者やその家族等を含む国民が必要な情報に適切にアクセスすることが難しいことなどが指摘されている。

また、平成 21（2009）年度から職場におけるがんに関する知識の普及啓発として、「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）」を実施している。本事業の趣旨に賛同する企業・団体数は、事業開始から着実に増加し、令和３（2021）年度末で 4,065 社・団体となった。本事業で行った中小・小規模企業でのがん対策の実態調査によると、がん対策に「大いに関心がある」又は「関心がある」と回答した経営者は約７割であった[68]。

**（取り組むべき施策）**

国は、引き続き、学習指導要領に基づく、児童生徒の発達段階に応じたがん教育を推進する。その際、生活習慣が原因とならないがんもあることなど、がんに対する正しい知識が身に付くよう、医療従事者やがん患者等の外部講師の積極的な活用について周知を行うとともに、ＩＣＴの活用を推進するなど、各地域の

---

[68] 第 36 回がん検診のあり方に関する検討会 参考資料８「中小・小規模企業での「がん対策」（検診・就労）の実態調査結果報告」
（https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000964653.pdf）

実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る。

国は、都道府県及び市町村において、教育委員会及び衛生主管部局が連携して会議体を設置し、地域のがん医療を担う医師や患者等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、がん教育が実施されるよう、必要な支援を行う。

国及び地方公共団体、拠点病院等を中心とした医療機関は、患者やその家族等の関係団体等の協力を得ながら、国民に対する、生活習慣や遺伝子等のがんの発生に関する基本的な情報も含めたがんに関する正しい知識の普及啓発に引き続き取り組む。その際には、啓発資材のデジタル化や対象者に応じた周知方法の工夫等により、より効果的な手法を用いる。

事業主や医療保険者は、がん対策推進企業アクション等の国や地方公共団体の事業を活用することも含め、雇用者や被保険者・被扶養者が、生涯のうちに約２人に１人ががんに罹患すると推計されていることや、がん検診やがんの治療と仕事の両立といったがんに関する正しい知識を得ることができるよう努める。

**【個別目標】**

国民ががん予防やがん検診による早期発見の重要性を認識するとともに、がんを正しく理解することを目指す。

### （４） がん登録の利活用の推進

**（現状・課題）**

がん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を収集し、がん対策の一層の推進を図るため、平成 28（2016）年１月より、がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号。以下「がん登録推進法」という。）に基づく全国がん登録が開始された。

平成 28（2016）年より全国がん登録の届出件数は増加してきており、精度指標については、令和元（2019）年時点で、ＭＩ比[69]が 0.38、ＤＣＯ[70]が 1.92%であるなど、登録情報の内容が充実してきている。

また、がん登録情報の効果的な利活用については、がん登録情報を活用した市町村におけるがん検診の感度・特異度の算出に向けた検討や、現行制度の課題の整理及び見直しに向けた議論を行っている。

**（取り組むべき施策）**

国は、がん対策の充実に向けて、がん登録情報の利活用を推進する観点から、引き続き、質の高い情報収集に資する精度管理に取り組む。

国は、がん登録情報の利活用の推進について、現行制度における課題を整理し、がん登録推進法等の規定の整備を含め、見直しに向けて検討する。利活用の推進に当たっては、保健・医療分野のデジタル化に関する他の取組とも連携し、より有用な分析が可能となる方策を検討する。

---

69 一定期間におけるがん死亡数の、がん罹患数に対する比。Mortality/Incidence Ratio の略（IM 比は Incidence/Mortality Ratio の略。）。生存率が低い場合、あるいは、罹患の届出が不十分な場合、MI 比は高くなる（IM 比は低くなる。）。一方、生存率が高い場合、あるいは、同一の患者の同定過程に問題があり、誤って重複登録している場合、MI 比は低くなる（IM 比は高くなる。）。現在の日本のがん患者の生存率に基づいた場合、全がんで MI 比 0.4～0.45 程度（IM 比 2.2～2.5 程度）が妥当と考えられている（がん情報サービス「がん統計」がん統計の用語集）。

70 がん登録において、死亡情報のみで登録された患者のこと。英語では Death Certificate Only（DCO）と呼ばれ、全症例に対する割合（DCO%）はがん登録の精度指標として用いられる。DCO%が高い場合は、登録漏れが多いとみなされる。DCO%が低いほど計測された罹患数の信頼性が高いとみなされるが、DCO%が低いからといって必ずしも登録漏れが少ないとは限らない。その理由は、遡り調査に力を注いだ場合、DCN（Death Certificate Notification の略。）が高くても、DCO を低くすることが可能だからである。国際的ながん登録の水準では、DCO は 10%以下であることが求められている（がん情報サービス「がん統計」がん統計の用語集）。

**【個別目標】**

がん登録情報の更なる利活用を目指す。

### （５） 患者・市民参画の推進

**（現状・課題）**

法第 22 条は、「国及び地方公共団体は、民間の団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるもの」としており、また、法第 25 条第２項は、がん対策推進協議会の委員は、がん患者やその家族・遺族を代表する者も含め、任命することとしている。さらに、がん患者を含めた国民は、法第６条により、「がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めなければならない」とされている。

国民本位のがん対策を推進するためには、国や地方公共団体と、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた国民が協力して、取組を進めていくことが必要である。また、その際には、多様な患者・市民が参画できる仕組みを整備するとともに、患者・市民参画に係る啓発・育成も併せて推進することが必要である。

**（取り組むべき施策）**

国及び都道府県は、国民本位のがん対策を推進するため、基本計画及び「都道府県がん対策推進計画」（以下「都道府県計画」という。）の策定過程について、性別、世代、がん種等を考慮し、多様ながん患者等のがん対策推進協議会及び都道府県協議会等への参画を推進する。また、諸外国の公募制、代表制等の事例も踏まえつつ、患者・市民参画の更なる推進に向けた仕組みを検討する。

国は、これまでがん研究分野で推進されてきた、がん患者及びがん経験者の参画の取組に係る知見について、患者・市民参画に関する研究成果も踏まえ、各分野への横展開を行う。

国は、患者・市民参画を推進するに当たって、参画する患者・市民への啓発・育成を行う。また、医療従事者や関係学会に対しても、患者・市民参画に係る十分な理解が得られるよう、啓発等に取り組む。

**【個別目標】**

がん患者とその家族等を含む国民が、がん対策の重要性を認識し、がん医療に関する正しい理解を得て、医療従事者とも連携しながら、がん対策に主体的に参画する社会を目指す。

## （６） デジタル化の推進

**（現状・課題）**

近年、我が国においては、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、日本のデジタル社会の実現に向け、デジタル技術の活用やオンライン化の推進が多方面で進められている。

がん対策においても、地方公共団体や拠点病院等における取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要がある。

**（取り組むべき施策）**

国は、がん医療の質の向上と分かりやすい情報提供等を一層推進するため、「がん予防」、「がん医療」、「がんとの共生」の各分野において、ＰＨＲの推進、現況報告書のオンライン化、レセプトやがん登録情報等を活用したがん対策の評価、オンラインを活用した相談支援や効果的な情報提供等、ＩＣＴやＡＩを含むデジタル技術の活用による医療のデータ化とその利活用の推進について検討する。

また、国は、患者やその家族等のアクセス向上や、医療・福祉・保健サービスの効率的・効果的な提供の観点から、ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨や、安心かつ安全なオンライン診療の提供、ｅコンセント（電磁的方法によるインフォームド・コンセント）の活用等の治験のオンライン化、地方公共団体や医療機関における会議のオンライン化、相談支援のオンライン化に向けた取組を推進する。

**【個別目標】**

デジタル技術の活用等により、患者やその家族等の医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させるとともに、国、地方公共団体、医療機関等が効率的かつ効果的にサービスを提供できることを目指す。

## 第３　がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

### １．関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策を総合的かつ計画的に推進し、実効性を担保するためには、関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図り、一体となって努力することが重要である。

国及び地方公共団体は、民間団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援するため、情報提供その他の必要な施策を講ずるものとする。

また、国及び地方公共団体は、がん教育、がんに関する知識の普及啓発等により、がん患者が円滑な社会生活を営むことができる社会環境への理解を図るとともに、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させていくことで、国民とともに、「がんとの共生」社会の実現に取り組んでいくこととする。

なお、国及び地方公共団体は、他の疾患等に係る対策と関連する取組については、それらの対策と連携して取り組んでいくこととする。

### ２．感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

がん検診の受診率について、新型コロナウイルス感染症の影響により、検診の受診者が１～２割程度減少しているとの報告もある。

国は、新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえ、感染症発生・まん延時等にがん検診の提供体制を一時的に縮小した場合でも、状況に応じて速やかに提供体制及び受診行動を回復させることができるよう、平時における準備等の対応について検討する。

令和４（2022）年整備指針改定において、都道府県がん診療連携協議会の体制を強化し、拠点病院等の役割分担や連携体制の構築、感染症発生・まん延時や災害時等への対応等を新たな要件として盛り込んだ。

国及び都道府県は、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備する取組を平時から推進する。

### ３．都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に

対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県計画を策定する。都道府県計画は、医療計画、都道府県健康増進計画、都道府県介護保険事業支援計画等のがん対策に関連する事項を定めるその他の計画と調和が保たれたものとする。また、地域の実情に応じた自主的かつ主体的な施策や普及啓発の取組を盛り込むことが望ましい。

都道府県は、都道府県計画の策定過程において、がん患者等の都道府県協議会等への参画等を含めた患者・市民参画を推進し、関係者等の意見の聴取に努める。

また、都道府県は、都道府県計画に基づくがん対策の進捗管理に当たって、ＰＤＣＡサイクルの実効性確保のため、ロジックモデル等のツールの活用を検討するとともに、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化やがん対策の効果に関する評価を踏まえ、必要があるときには、都道府県計画を変更するよう努める。

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

## ４．国民の努力

国民は、法第６条の規定に基づき、がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払い、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めるほか、がん患者に関する理解を深めるよう努めるものとする。

また、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点についても努力していくことが望まれる。

- がん医療は、がん患者やその家族等と、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族等も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。

- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族等も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。

- 国民本位のがん対策を推進するため、国民は、関係者等と協力して、主体的にがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族等に対する支援を充実させることの重要性を認識し、正しい知識・理解を得て、行動するよう努めること。

## ５．必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

がん対策を総合的かつ計画的に推進するためには、各取組の適切な評価と、各取組の着実な実施に向けて必要な財政上の措置を行っていくこと等が重要である。

一方、厳しい財政事情の下で限られた予算を最大限有効に活用し、がん対策の成果を上げていくためには、選択と集中の徹底、各施策の重複排除、関係省庁間の連携強化とともに、官民の役割と費用負担の分担を図ることが必要である。

また、将来にわたって必要かつ適切ながん医療を提供するため、効率的かつ持続可能ながん対策を実現することが重要である。

## ６．目標の達成状況の把握

国は、分野別目標及び個別目標の達成状況について、適宜調査を実施しその結果を公表するとともに、本基本計画の進捗状況を適切に把握し、管理するため、３年を目途に中間評価を行う。

その際、各分野の取り組むべき施策が、分野別目標及び個別目標の達成に向けて効果をもたらしているか、ロジックモデルを活用した科学的・総合的な評価を行い、必要に応じてその結果を施策に反映する。また、分野別目標及び個別目標の達成状況及び計画の進捗状況の把握に当たって、適切な指標が設定されているか、必要に応じて見直しを行うとともに、数値目標の設定についても、引き続き検討を行う。

がん対策推進協議会は、本基本計画の進捗状況を踏まえ、必要に応じて、がん対策の推進に資する提言を行うとともに、検討会等の積極的な活用を行う。

## ７．基本計画の見直し

国は、法第 10 条第７項の規定に基づき、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも６年ごとに、本基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するものとする。なお、本基本計画の計画期間が終了する前であっても、必要があると認めるときは、本基本計画を変更するものとする。