

# 第29回 がん対策推進協議会 座席表

日時：平成23年12月12日(月)16:00~19:00

場所：厚生労働省 12階 専用第15・16会議室（東京都千代田霞ヶ関1-2-2）

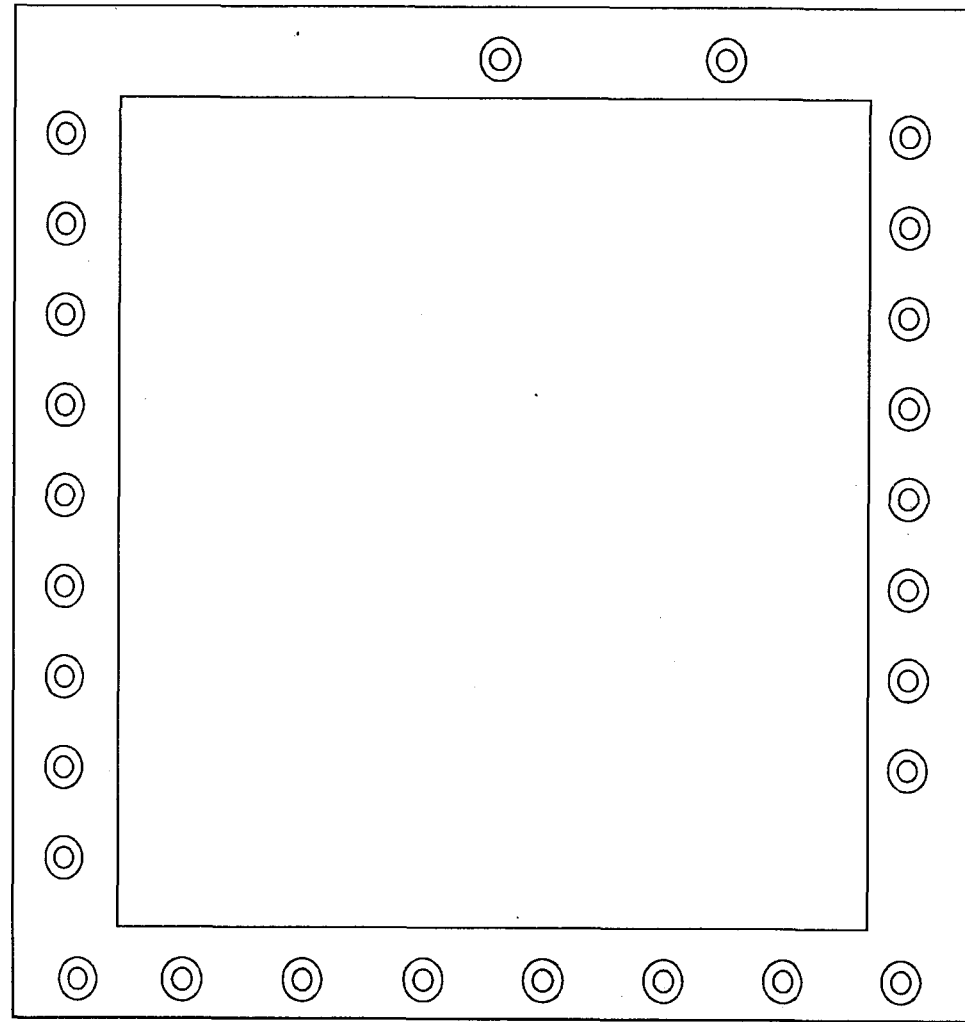
速記

門田会長

天野会長代理

花井 委員  
原 委員  
保坂 委員  
本田 委員  
前川 委員  
前原 委員  
眞島 委員  
松月 委員  
松本 委員

上田 委員  
江口 委員  
嘉山 委員  
川越 委員  
北岡 委員  
田村 委員  
中川 委員  
野田 委員



事務 局  
事務 局  
がん対策推進室長  
健康局長  
大臣官房審議官  
(がん対策担当)  
文部科学省  
先端医科学研究  
企画官  
文部科学省  
医学教育課  
経済産業省  
医療・福祉機器  
産業室長

事務 局

( 傍 聴 席 )

出入口

# 第29回がん対策推進協議会議事次第

日 時：平成23年12月12日（月）

16：00～19：00

場 所：厚生労働省12階専用第15・16会議室

## 議 事 次 第

### 1 開 会

### 2 報告事項

- (1) がん予防・検診について
- (2) 就労・経済負担、サバイバーシップについて

### 3 議 題

- (1) がん対策指標について
- (2) 次期がん対策推進基本計画骨子（案）について

### 4 その他

#### 【資 料】

- 資料1 がん対策推進協議会委員名簿
- 資料2 がん予防・検診に関する委員からの意見のまとめ
- 資料3 就労・経済負担、サバイバーシップに関する委員からの意見のまとめ
- 資料4 がん対策指標に関する委員からの意見のまとめ
- 資料5 次期がん対策推進基本計画の全体構成（案）
- 資料6 がんの発見経緯の概観図
- 資料7 働く世代のがんに関する課題
- 資料8 次期がん対策推進基本計画の骨子（案）（緩和ケア、地域連携と在宅医療、医療機関の整備等、がんに関する相談支援及び情報提供、がん登録、小児がん、がんの教育）
- 資料9 次期がん対策推進基本計画の骨子（案）（放射線療法、化学療法及び手術療法のさらなる充実、がん医療に携わる専門医療従事者の育成、その他、医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組、がんの予防、がんの早期発見、がん研究、がん患者の就労を含む社会的な問題）
- 資料10 次期がん対策推進基本計画の全体構成及び骨子案に関する委員からの意見のまとめ（案）

天野委員提出資料 がん対策推進基本計画における「がん患者の精神的な痛み」への対応について

嘉山委員提出資料 がん診療連携拠点病院と国立がん研究センターが提案する新たに取り組むべきがん対策についての「50の提言」

## がん対策推進協議会委員名簿

平成23年9月1日

氏名	所属・役職
○ あまの しんすけ 天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
うえだ りゅうぞう 上田 龍三	名古屋市病院局長
えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
かやま たかまさ 嘉山 孝正	独立行政法人国立がん研究センター理事長
かわごえ こう 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
きたおか くみ 北岡 公美	兵庫県洲本市健康福祉部健康増進課保健指導係
たむら かずお 田村 和夫	福岡大学医学部腫瘍・血液・感染症内科学教授
なかがわ けいいち 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
なかざわ あきのり 中沢 明紀	神奈川県保健福祉局参事監(兼)保健医療部長
の だ てつお 野田 哲生	公益財団法人がん研究会がん研究所所長
はない みき 花井 美紀	特定非営利活動法人ミーネット理事長
はら じゅんいち 原 純一	大阪市立総合医療センター副院長
ほさか しげり 保坂 シゲリ	社団法人日本医師会常任理事
ほんだ まゆみ 本田 麻由美	読売新聞社会保障部記者
まえかわ いく 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
まえはら よしひこ 前原 喜彦	九州大学大学院医学研究院臓器機能医学部門 外科学講座消化器・総合外科学分野(第二外科)教授
まじま よしゆき 眞島 喜幸	特定非営利活動法人パンキャンジャパン理事
まつづき 松月 みどり	公益社団法人日本看護協会常任理事
まつもと ようこ 松本 陽子	特定非営利活動法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長
◎ もんでん もりと 門田 守人	公益財団法人がん研究会有明病院副院長

◎・・・会長、○・・・会長代理

(50音順、敬称略)

## がん予防・検診に関する委員からの意見のまとめ

## 1. がん予防

- ◇ がんが見つかった時からの医療・緩和ケア・介護・就労支援など多岐にわたる検討をしているが、生活習慣病として発症予防からの視点での研究や対策の弱さが目立つ。現状のように、タバコ対策のみでいいのか検討すべきではないか。(北岡委員)
- ◇ がん予防において重要な対策のひとつである「喫煙対策」は、市町村や保健所単位で取り組みが展開されており、個別・あるいは集団で、年間延べ約30万5千人の国民が市町村・保健所における禁煙指導を受けている。こうした取り組みのほとんどは、市町村や保健所、産業分野で保健師を主たる担当として企画・実施されており、がん予防対策全般において保健師活動をさらに活用してはどうか。(松月委員)
- ◇ 日本学術会議が策定した「脱タバコ社会の実現に向けて」(平成20年3月4日)に沿った内容を次期計画に取り入れてはどうか。(前原委員、眞島委員)
- ◇ 日本のたばこ箱の警告文は肺がんについてのみの言及となっており、他のがんも含めた内容を盛り込むべきである。(中川委員)
- ◇ 日本のたばこ箱の警告文は他国と比較して内容が貧弱であり、改善すべきである。(前原委員)
- ◇ 公的機関、施設内禁煙を実施、徐々にホテルやレストラン、公道での禁煙も法的に進め、いずれ罰則規定も制定していく覚悟が脱タバコ社会の実現に近づく道である。(田村委員)
- ◇ 子宮頸がん予防ワクチンについては、その普及啓発のみならず接種が伸び悩んだ場合の原因分析のためにも、ワクチンの供給量と接種を行う医療機関のキャパシティも考慮して推進していく必要がある。(保坂委員)
- ◇ がん予防の効果的な方策や今後の課題は、多くの研究によりすでに明らかである。がん予防の普及啓発のために、児童からの「がん教育」、成人への「がん啓発」を強力に推進することが必要である。(花井委員)

## 2. がん検診

## (1) がん検診に関する国民への正しい情報提供の必要性

- ◇ がん検診が偽陽性となった場合には、受診者は精神的、また経済的な負担を強いられることとなるが、日本では受診者への偽陽性についての教育が不足しているのではないか。(眞島委員)
- ◇ がん検診の目的、方法と共に、受診者の利益と不利益も含めた正しい情報を提供すること。(松本委員)
- ◇ 過去に精密検査を必要と判断された人が精密検査で「異常なし」と判断された場合、再び要精密検査と判断されても受診しないことが多い。そのため、がん検診の偽陽性率の減少と精密検査を受けた方への検診実施機関からの正しい情報提供が必要と考える。(北岡委員)
- ◇ 偽陽性者(要精密検査対象者)の中には、精密検査の重要性を理解されていない受診者もいる。また、体に変調がないため、精密検査の必要性を理解されない受診者もいる。検診後の追跡調査を行っていく上でも、検診時に精密検査の内容(どのような検査であるか)、概ねの費用等の情報を伝え、受診推奨に務めていく必要がある。(前原委員)

## (2) がん検診の精度管理

- ◇ 職場などにおける検診についても、精度管理や事業評価が徹底されるよう方策を講じることが必要。(松本委員)
- ◇ 職域で行われるがん検診の内容や精度管理が把握できていないことは問題である。検診機関との契約においても、検診価格を重視して契約している場合もあると考えられる。(江口委員)
- ◇ がん検診に関して市町村が実施すべき精度管理項目が膨大すぎる。市町村が検診機関と契約する際の視点としては理解できるが、実施するためには、マンパワーの確保と予算の裏づけが必要。
- ◇ 市町村は、検診機関そのものの精度管理体制を監督する立場ではない。都道府県などでその役割をきちんと担える仕組みが必要と考える。(以上、北岡委員)

◇ 検診機関の委託先を検診価格のみで決定しているとも聞く。検診機関毎の、検診の精度管理評価が不十分である。(前原委員)

◇ 職域での検診のみならず、自治体が行う検診機関についても、入札制を取っているところでは、質の担保ができなくなっているのではないか。

◇ 都道府県の生活習慣病検診等精度管理協議会は、実態として機能していない自治体が多い。国としても精度管理を進めていく必要がある。

◇ 検診項目をひろげた時に偽陽性の方への対応をどうすべきか検討が必要。(以上、保坂委員)

◇ それぞれの検診の偽陽性率、偽陰性率を示すなど、検診の意義と限界について、受診者に情報提供を行う必要がある。(原委員)

### (3) がん検診推進のための医師・医療機関等の整備

◇ 検診受診率の上昇とともに、医師・医療機関側の支援や整備が重要ではないか。例えば乳がん検診では、要精検となった受診者が、専門医のいる精密検査実施機関に集中するために、通常の乳がんの診療に支障を来している場合がある。集団検診においては、検診受診率：50%の受診者数に対応をするマンモグラフィ検診車の台数確保はできていないのではないか。視触診を行う医師の不足も問題である。(前原委員)

◇ 乳がん検診においては医師不足の問題があると考えるが、診断機器の改善や技師による検診の可能性を検討する必要があるのではないか。(田村委員)

◇ 医師不足については、乳がんのみならず、子宮頸がん検診においても同様である。集団検診機関においては、医師の確保に非常に苦慮しており、検診方法等の検討も今後必要である。(前原委員)

◇ 検診実施機関、精密検査実施医療機関、人的資源などが地域によって偏りなく十分に確保されるよう、予算措置を含め方策を講じる必要がある。(松本委員)

◇ 高齢化に伴う生活習慣病対策の一環として、「がん」や「がん検診」に対

する国民の意識や認識を変えていく教育(地域づくり)が必要。そのためには、市町村や産業に働く保健師がその地域で住んでいる人、働いている人の意識や認識の実態を掴み、「がん」や「がん検診」に対する国民の意識や認識を変えていく教育(地域づくり)が必要。そのために市町村保健師や産業保健師の人員増と予算の裏づけが必要。(北岡委員)

### (4) がん検診の検診主体について

◇ 検診制度を一本化すべきである。現在の日本の検診制度は、市町村、組合等の保険者、個人の大きく3つの主体によって行われており、主体も財源もそれぞれ異なっている。市町村では首長の判断で予算規模が異なり、職域で受診する場合には企業規模等により提供される受診機会が異なってくるという問題がある。ヨーロッパの多くの国では乳がん検診は組織型、つまり国家が主体となって行っている。(嘉山委員)

◇ がん検診は、住民検診のみならず、零細企業の従業員なども含めた職域検診などでも実質的には行われている。しかし、各々の検診主体で行われているがん検診の実績は全体を統一して把握する事ができず、それに基づく検診の新たな総合的方策も検討不可能である。検診主体を一元化し(データを共通化することなど)、受診者IDにより個人勧奨、受診データなどを集約すること。また、がん登録との連携システムを構築し、地域および国のがん予防検診対策の策定に役立てるように仕組みの改善が必要である。(江口委員)

◇ がん検診の受診率向上には、現状の健康増進法を根拠とした市町村が実施主体となるがん検診の体制に限界がある。職域にいる働き盛り層にがん検診を受診していただくには、特定健診のようにがん検診も保険者を実施主体とするがん検診に転換するなどの制度の見直しが必要と考える。次期5年間の計画見直しでは、踏み込んだ検討をしていただきたい。また、それに伴う予算措置も必要と考える。(北岡委員)

◇ 乳がんに関して検診受信率の低さと死亡率の上昇が関連しているとすれば大問題である。

◇ 明確な法律の裏付けをもって、国が責任をもって、がん検診を進めるべき。

◇ 女性の社会進出と定年の延長によって、職域における検診の重要性が高まっており、職域におけるがん検診に対するルール作りが必要ではないか。

◇ がん検診の精度管理を高める体制作りが重要である。

◇ 特に、福島において、甲状腺がんなどの「過剰検診」が行われないように対策する必要がある。(以上、中川委員)

◇ がん検診は、受ける側にとって制度や方法が複雑且つ煩雑であり、職域・自治体に分けず、1本化を図るべきである。(前川委員)

#### (5) がん検診の受診率及びその向上

◇ コールリコールシステムはエビデンスのある受診率向上対策とされており重要である。(天野委員)

◇ 受診率向上のためには、全くの未受診者に対するアプローチと、継続受診のためのアプローチの両方が必要。

◇ 無料クーポンの実施により、単年度の受診者数が数%向上していることは事実。無料ということのみならずクーポンを配布したことにより、住民の受診を促したと考えられる。しかし、継続受診につながる対策にはなっていないし、受診者数が増えることでの早期発見や予後の効果が検証できないため、市町村現場は検診屋になりがち。

◇ 特定健診や介護予防検診と同日に同会場でがん検診を受けられるようにすると受診率の向上につながると考えるが、法的根拠の異なる健診で各課にまたがる検診調整をするには、市町村の組織の見直しやそれを担うマンパワーと予算が必要。(以上、北岡委員)

◇ がん検診受診率50%目標と言った時に、どの検診を指すのかを明確にすることが必要。

◇ がん検診受診率50%を達成させるためには、財源や医療資源を確保することが必要。(以上、保坂委員)

◇ がん検診率目標50%とあるが、日本のがん検診は一般診療の中で、がん検診的視野も考慮して比較的注意深く診療が行われており、且つ、患者さんも診療所に行くことと検診目的の区別が明かでないため、統計上の検診率が

非常に低く出ていないか。がん検診率の統計上の背景をもう少し正確に分析し、明確にする必要がある。統計の根底がはっきりしていないのに、施策を決定したり、欧米と比較しても意味がないと思われる。

◇ がん検診で最も重要な点は、検診未受診者、診療未受診者の検診率をいかに上げるかであり、その対策こそが日本で最も重要視すべきと考える。この際、がん腫別に検診に対する市民のニーズが異なっており、費用対効果も含めて日本の実情に合わせた対策が必要。(以上、上田委員)

◇ がん検診の受診率は未だ目標に届かない現状ではあるが、市町村では、地域の住民組織の一つである健康づくり推進委員会等を設置する市町村は、そうでない市町村と比較し、胃がん検診受診率が高いという好事例も見られる。保健師が公衆衛生看護の視点をもって地域の住民(個や組織)と協働し、住民にがん予防の重要性、ひいてはがん検診の大切さを効果的に周知することによって、さらなる受診率向上、精密検査の受診率につながることを期待される。(松月委員)

◇ 今のままでは、受診率の向上に限界がある。一方、日本人の早期がんの発見率は決して受診率の高い欧米に比べて低くなく、むしろ高いと言ってよい。開業医あるいは中小病院で実施されている上部・下部内視鏡検査、CT検査等の多くが、特別な症状がなく検診に近い形で実施されている場合がある。定点を決めてその件数を検討し、年間の受診数を推定できるのではないかと。また、それを加味することにより受診率の向上が得られるのではないかと。(田村委員)

◇ がん検診を受けない人の中には、「がんとわかった時が怖い」という理由で受けない人の存在もある。そこで、がん検診を権利と義務とし、義務を果たさないでがんになった人には、高額療養費に差をつけるなどをすれば、受診率は大幅に上がるはずである。(前川委員)

#### (6) 有効性のあるがん検診の研究、質の高いがん検診体制の確立

◇ 都道府県のがん関連協議組織などにもがん検診の専門家は不足している。従って行政や検診団体などが、がん検診の具体的なデザイン、組織構築、精度管理などに関し、十分な認識を持ち得ずに対応の遅れも認められる。全国的に質の高いがん検診体制の確立を目標に、がん検診専門家によるアドバイザーボードを中央に設置し、行政や検診団体に対する支援を行う仕組みを

設置すること。

- ◇ がん対策推進計画を策定後、現実には、肺癌などのがん検診受診者数は全国的に減少している。このアドバイザリーボードを中心に、喫緊の課題として、これら減少の原因を分析し、その対策を検討する必要がある。また、このアドバイザリーボードのもとに、受診者のリスク群別勧奨方法、検診方法論の科学的な妥当性の検証などに関するがん検診研究プロジェクトを策定し、厚労省研究班などで検証を進める。体系的なロードマップにより、本邦のがん死亡率減少に寄与するがん検診のあり方を具体的に確立させるべきである。
- ◇ 肺がん検診に関しては、胸部写真による検診の有効性が否定され（米国 PLCO 研究 2011 年）、低線量 CT による肺がん検診の有効性が検証された。（米国 NLST 研究 2010 年）本邦の肺がん検診のあり方に関しても、アドバイザリーボードで検討する必要がある。（以上、江口委員）
- ◇ がん検診で早期発見・早期治療することにより、その後の予後が左右される可能性の高いがんについて、有効性があり受診者の負担が少ないがん検診の開発と受けられる検診実施機関や体制整備が不十分である。（北岡委員）
- ◇ 検診の質を担保することが必要。
- ◇ 対策型検診を死亡率減少効果で決定しているようだが、海外での研究を基にする議論が多く、相反する結果が出た時の決定方法が不明確。方法の選択の議論もわかりにくい。（以上、保坂委員）
- ◇ 過剰診断の問題に取り組むためにも、「過剰診断」の把握・分析方法について専門家の間でも意見を統一し、提示することが必要。（江口委員）
- ◇ 検診の精度管理・質の担保は重要である。（前川委員）

#### (7) がん検診の地域での取組における課題

- ◇ がん検診ができる医療機関や施設が少ない地域がある。それを解消するための方法の一つとして市町村の枠を超えて受診できる体制を考えるが、医師会調整・受診券調整など市町村レベルでは調整困難な事柄が多い。健康福祉事務所などで調整する体制が必要。

- ◇ 無料クーポンなど予算の裏づけは必要だが、市町村の地域性や独自性が発揮できるような活用ができるようにしてほしい。例えばクーポンは5歳刻みとなっているが、市として勧奨を行いたい対象年齢が異なることがあり、事務が煩雑になっている。
- ◇ 無料クーポンなどの受診率向上施策が単発的に実施されることにより、突発的な事務量が増え、検診に追われることになっている。今どうするかに留まり、見通しをもった市町村レベルで効果的な体制づくりを考えるに至らないことが多い。（以上、北岡委員）
- ◇ 財政的な面では、がん検診は一般財源化され、首長の判断による所が大きい。検診に積極的な自治体と消極的な自治体があり、将来的には地域格差も発生することが予測される。（前原委員）

#### (8) その他

- ◇ 日本では、胃・大腸・肺がんについては、世界的に見ても早期発見において優れているが、その理由としては、がん検診を受けなくても、医師が通常の診療の範囲でがん検診に相当する部分を行っていることが考えられる。一方、乳がんについては、早期発見できていないのは、日本の女性が自覚症状がなければ通常の診療の中で乳房の診察を受診しないことが考えられる。よって、乳がん検診は国家レベルで進めていくべきではないか。（嘉山委員）
- ◇ そもそも市町村の全体の予算に占める検診に係る予算の割合が少なく、検診受診率が50%になった場合には足りなくなる様な規模の予算しか組んでいないことが、検診の運営に支障を来しているのではないか。（保坂委員）
- ◇ がん検診の制度上の問題としては、がん検診予算が、用途が市町村の裁量に任される一般財源化されたことで、財政状況が厳しい市町村はがん検診に回さず、他の事業に使用してがん検診予算が空洞化している可能性が懸念される。また、特定健診は医療保険者が加入者に対して実施することとなったことから、例えばサラリーマンの妻（被扶養者）の場合などにおいて、がん検診の受診機会が複雑になり、受診率の低下を招いている。次期計画ではこういった課題に切り込んでいかないと根本的な受診率向上は難しいのではないか。（天野委員）

- ◇ 特定健診との連携は非常に重要である。実施主体の相違から（特定健診は保険者、がん検診は市町村が主体）、地域の集団検診において、がん検診の受診率も伸びない状況が発生している。（前原委員）
- ◇ 日本におけるがん検診の諸問題について、現在まで行われた個別的な改善施策は、がん検診の効果的な推進に極めて影響が小さい。がん検診に関する対策の大幅な見直しによるがん検診の抜本的な体制改革を行う必要がある。（江口委員）
- ◇ 一般内科診察時に乳がんの触診等行うことが理想であると考え、内科医の触診実施に際しての教育、実践体制の整備、看護師の介助、患者への実施の理解を十分に行う必要がある。現状においては、診療科を問わず自己検診法の普及を行っていくことも重要である。（前原委員）
- ◇ そもそも協議会として、がん対策基本計画の中のがん検診をどのように定義していくか議論が必要。（保坂委員）
- ◇ がん検診は、地域や検診機関によつての格差があると聞く。がん医療と同じく、がん検診の均てん化も必要である。（花井委員）



## 就労・経済負担、サバイバーシップに関する委員からの意見のまとめ

1. がんサバイバーの就労支援
  - ◇ がんサバイバーの就労支援は、①不当な差別で仕事ができなくなる場合、②現実の仕事の効率が落ちるために就労できない場合に分けて考える必要がある。
  - ◇ がんサバイバーの就労支援の法制化を考える場合は、正規雇用のみならず、日本で圧倒的に多い非正規雇用の方々をどうカバーするかを考えるべき。
  - ◇ 就労可能な者への差別撤廃の方法の一つとして、産業保健センターの活用が考えられるが、一方で、産業保健センターに対する国の予算は削減されているという問題がある。(以上、保坂委員)
  - ◇ がんサバイバーの就労支援は、全てを一気に実現しようとするのではなく、まずは就労可能な者への差別撤廃から始めるべき。(嘉山委員)
  - ◇ 女性の乳がんでは、術後補助療法で定期的な通院が必要で、通院終了後には十分に働くことができるにも関わらず、退職を勧告されることが多い。そういうことも不当な差別として扱うべきである。(本田委員)
  - ◇ 乳がんの治療は長期にわたるため、患者は経済的問題に苦慮し、治療を断念するケースもある。乳がんに限らず、長期的な治療を要する場合の経済支援や就労支援を制度の面から考える必要がある。(花井委員)
  - ◇ がん罹患者の3人に1人は就労可能年齢と言われており、職場復帰、社会復帰への支援がますます重要となっている。職場との調整や復帰者の支援・相談は、産業分野における保健師の重要な役割のひとつである。大企業のみならず、全事業所の多くを占める中小・零細企業においては、産業保健推進センターや地域産業保健センターの保健師による支援が強く望まれている。(松月委員)
  - ◇ 地方では、従業員が50人未満の中小零細企業が多い。そのような中小企業やそこで働く従業員は、地域産業保健センターの存在すら知らないこともある。また、地域産業保健センターに専門職が配置されていない現状もある。「がん」のみならず、様々な健康問題を抱えた働き盛り層の職場や社会復帰

のための支援者として、保健師の配置を義務づけるなどの施策と予算措置が必要。(北岡委員)

- ◇ 小児がん経験者の就職は一般よりさらに困難な状況である。公的機関での常勤、非常勤での採用枠の確保なども一法である。(原委員)
2. 各種普及啓発の必要性
    - ◇ がん患者に対する誤解と偏見が就労に関する問題を生み出していることが多い。法制化による就労支援を進めるために、まずはサバイバーシップの普及が必要ではないか。(花井委員)
    - ◇ 国民のがんに対する調査結果より、国民が未だがんに対して正しい知識を持っていないことが明らかである。海外でのサバイバーズシップデーなどの啓発活動により、がんに対して正しく理解してもらう文化を作ることが重要。(本田委員)
    - ◇ がん検診のみならず、がん対策の重要性を事業者と労働者に啓発していく必要がある。(中川委員)
    - ◇ 医療面の支援だけでなく、社会での支援が必要である。企業や地域社会での、これまでの「予防」「検診」を中心とした啓発に加え、「後遺症」や「働き方への周囲の配慮」などに関する啓発に取り組むことが重要。(松本委員)
    - ◇ 闘病中の小児、青年に対する学校での配慮のなさに苦しめられることが多い。教育現場や企業の人事担当部門への集中的な働きかけを行うことが必要。(原委員)
  3. がんサバイバーと他の疾病を抱える人との協働
    - ◇ 国連では非感染性疾患が取り上げられており、サバイバーシップをがんのみならず非感染性疾患へと広げていく、または協働していくことが必要ではないか。(田村委員)
    - ◇ 数の多いがんサバイバーへの社会的支援に取り組み、モデルを作ることで、今後、他の疾病などで働きづらさを抱える人への支援につながることも考えられる。(松本委員)。

### 3-4. 次期基本計画見直しにおける本課題の取扱いについて

- ◇ がん対策推進基本計画に「就労」の問題を加える必要がある。(中川委員)
- ◇ 就労・経済負担の問題については16府県でがん対策推進条例が定められており、従業員やその家族の就労支援、経済負担に関する記載もある。がん対策推進基本計画においても、最低限、同様の方向性は記載して欲しい。
- ◇ 「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」という内容で、社会的問題についても基本計画の全体目標の柱に据えるべき。
- ◇ 就労の問題は制度上の対策も必要となるので、すぐに決着がつくものではないが、検討会などを立ち上げるなど、その方向性について基本計画に書き込んで頂きたい。(以上、天野委員)
- ◇ 社会的な痛みはがん経験者を長く苦しめ続けることになることについて、前回の基本計画では記載されていなかったもので、今回は強く打ち出して欲しい。(松本委員)
- ◇ 教育の機会を担保すべき(特に高等教育)。(原委員)

### 4-5. その他

- ◇ 「がん研究専門委員会報告書」の中で、「がんに関わる心理・社会学的研究等についても強力的に推進する必要がある。」とあり、就労・サバイバースUPPORTの議論も進めて欲しい。(花井委員)
- ◇ がん診断を受けて生存する人が増えていく現状に対応するため、経済的な負担軽減や就労の問題など、小児がんを含めたがん経験者、家族に対する社会的痛みについてこれまでの対策とは違う新たな取り組みが必要。
- ◇ 協議会としての姿勢を明確にした上で、経済や労働、社会保障、福祉に関する機関などとも協働し、対策を講じる必要がある。必要に応じては、各機関が連携し専門的に協議する場を設けることも重要。
- ◇ がん患者の就労に関する相談窓口の一つとして、既存の「相談支援センター」だけでなく、あらゆる窓口を活用できないか。特に、「ハローワーク」は大きな役割を果たすことが期待できる。(以上、松本委員)

- ◇ 地域や産業分野において、がん予防、がん検診の受診勧奨、復職支援などをより積極的に行うための体制強化として、市町村はもとより、企業や産業保健推進センター、地域産業保健センターへの保健師の配置増、および効果的な対策の推進に関する専門職研修実施のための体制整備・予算措置が必須である。(松月委員)

がん対策指標に関する委員からの意見のまとめ

- ◇ 死亡率減少を目的としているがん検診については、受診率だけではなく、検診そのものの制度や検診体制など効果的・効率的ながん検診を実施できる環境面の改善も指標とするべきでないかと考える。そのため、科学的根拠に基づいた検診実施機関の状況、検診実施機関の均てん化の状況、各がん検診の偽陽性率なども指標として必要ではないか。（北岡委員）
- ◇ がん診療の質の向上の底上げを図るために、これまで国指定がん診療連携拠点病院のみが対象であった現況報告を、都道府県指定がん診療拠点病院にまで拡大し情報収集してはどうか。
- ◇ 現状は5大がんのみしか収集していない指標があるが、対象を希少がんにまで拡大してはどうか。
- ◇ 標準治療の実施率や患者満足度調査などを指標として、がん医療の質の評価を組み込んではどうか。また、患者満足度調査を指標として、がん情報の有用性を評価してはどうか。ちなみに、患者満足度調査は受療行動調査を参考とし、対象には国指定、都道府県指定がん診療連携拠点病院を必ず含むようにする。また質の評価は、レセプト、DPCデータなどで採取可能な項目とする。
- ◇ がん情報をさらに有益なものとするために、拠点病院の情報（がん種別症例数などの量的情報、QI、CI）などを充実させる必要がある。
- ◇ 小児がん領域に特化した指標として、小児がん専門委員会報告書にも記載のある、①小児がん拠点病院への小児がん患者の集約化、②診療ガイドライン及びフォローアップガイドライン提示とその効果、③死亡率の減少、④患者・家族の満足度向上、⑤小児がんセンターの機能評価、⑥小児がん拠点病院の機能評価の6つの指標を設定してはどうか。（以上、原委員）
- ◇ 国ならびに地域緩和ケアの普及に対する目標設定、達成状況の客観的評価を行うため、在宅死率を正規のがん対策指標（現行では参考指標となっている）として用いる。
- ◇ 緩和ケアを専門とする診療所を中心とした、地域緩和ケアチーム(仮称)の数をがん対策指標に用いる。（以上、川越委員）

## 次期がん対策推進基本計画の全体構成（案）

## はじめに

1. これまでの取組
2. がんをめぐる現状
3. 今後の展開

## 第1 基本方針

1. がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
2. 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

## 第2 重点的に取り組むべき課題（→協議会の議論を踏まえ設定）

1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成
2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
3. がん登録の推進

## 第3 全体目標

1. 目標及びその達成時期の考え方
2. 全体目標（→協議会の議論を踏まえ設定）
  - （1）がんによる死亡者の減少
  - （2）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

## 第4 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、化学療法及び手術療法のさらなる充実
  - （2）がん医療に携わる専門医療従事者の育成
  - （3）医療提供体制の構築（在宅医療を含む）
  - （4）診断時からの緩和ケアの推進
  - （5）医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組
  - （6）その他
2. がんに関する相談支援及び情報提供
3. がん登録
4. がんの予防

5. がんの早期発見
6. がん研究
7. 小児がん
8. がんの教育
9. がん患者の就労を含む社会的な問題

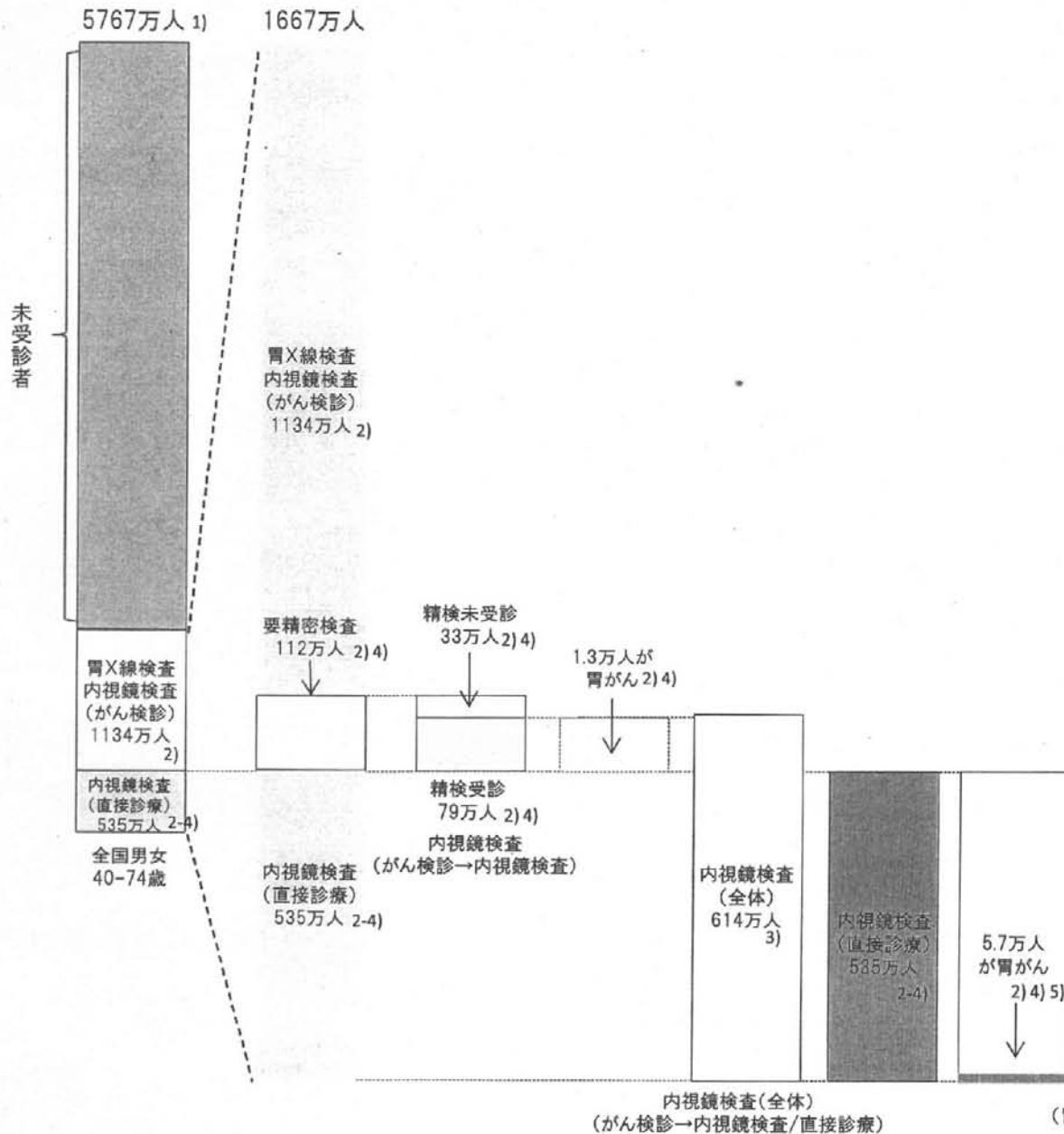
## 第5 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
2. 都道府県による都道府県計画の策定
3. 関係者等の意見の把握
4. がん患者を含めた国民等の努力
5. 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握及びがん対策全体を評価する指標の策定
7. 基本計画の見直し

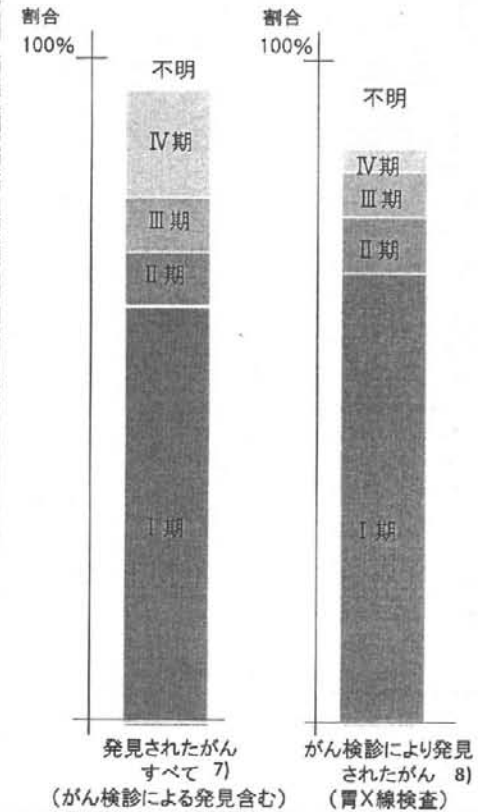
# 胃がん発見までの流れ図(粗い推計)

1718万人<sup>6)</sup>

## 胃がん 全国40-74歳男女



(参考)発見されたがん全体<sup>7)</sup>及び  
検診により発見されたがん<sup>8)</sup>の病期分類の分布



(参考)  
国民生活  
基礎調査

出典:

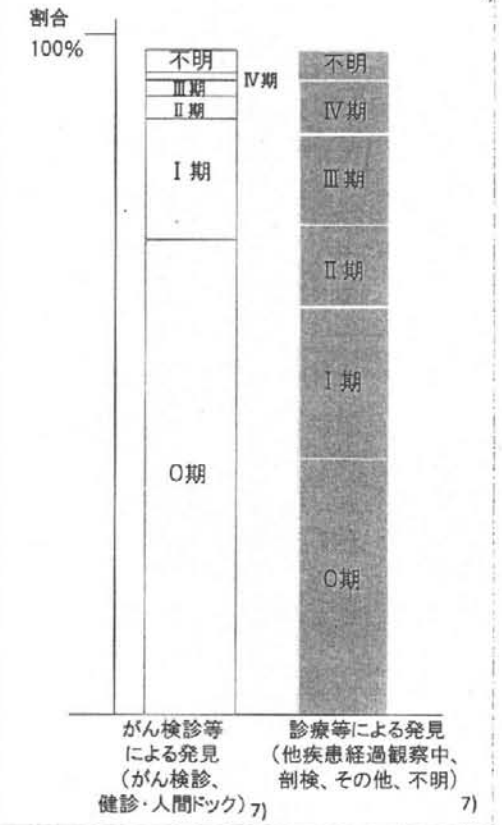
- 1) 総務省人口推計平成19年10月1日現在人口
- 2) 厚労省がん検診受診率分析事業(平成23年)
- 3) 平成19年社会医療診療行為別調査
- 4) 平成19年度地域保健・老人保健事業報告
- 5) 全国がん罹患モニタリング集計2006
- 6) 平成19年国民生活基礎調査
- 7) がん診療連携拠点病院  
院内がん登録2008年全国集計
- 8) 平成21年度消化器がん検診全国集計資料集

作成協力: 株式会社キャンサーズキャン (事業受託: 株式会社マツキャンヘルスケアワールドワイドジャパン)

# 子宮頸がん発見までの流れ図(粗い推計)

# 子宮頸がん(1年間) 全国20-74歳女

(参考) 検診により発見されたがん及び  
診療等により発見されたがんの  
病期分類の分布(院内がん登録による)<sup>7)</sup>



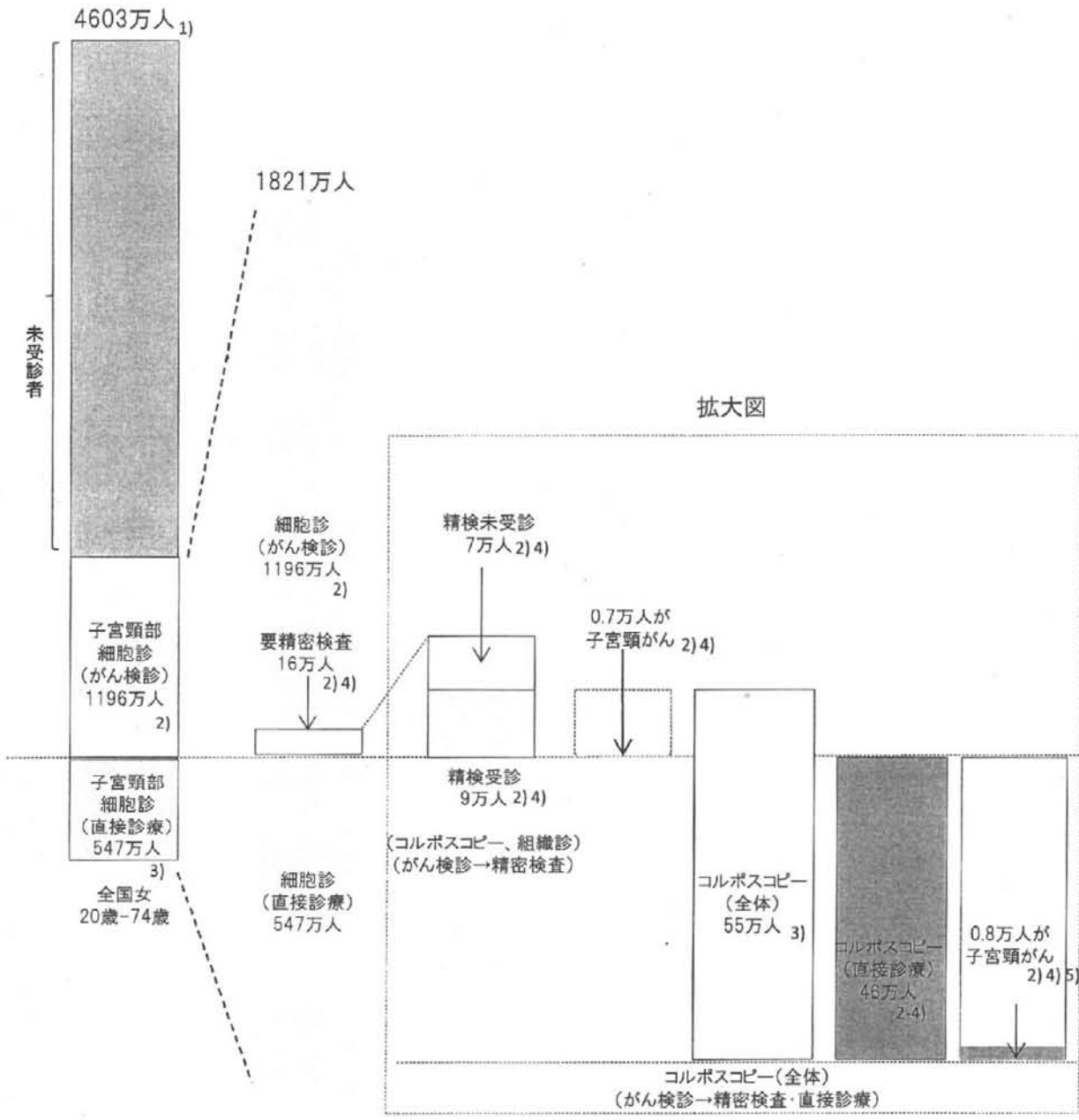
1049万人<sup>6)</sup>

(参考)  
国民生活  
基礎調査

“子宮がん検診”  
(細胞診等)

- 出典:
- 1) 総務省人口推計平成19年10月1日現在人口
  - 2) 厚労省がん検診受診率分析事業(平成23年)
  - 3) 平成19年社会医療診療行為別調査
  - 4) 平成19年度地域保健・老人保健事業報告
  - 5) 全国がん罹患モニタリング集計2006
  - 6) 平成19年国民生活基礎調査
  - 7) がん診療連携拠点病院 院内がん登録2008年全国集計

拡大図



# 働く世代のがんに関する課題

- 高いがん死亡割合
- 低い検診受診率
- 高い喫煙率
- 乳がん、子宮頸がんの死亡率の上昇
- がん患者・経験者の就労問題
- (将来の働く世代)小児がんの現状と課題
- (参考)国民のがんに対する意識

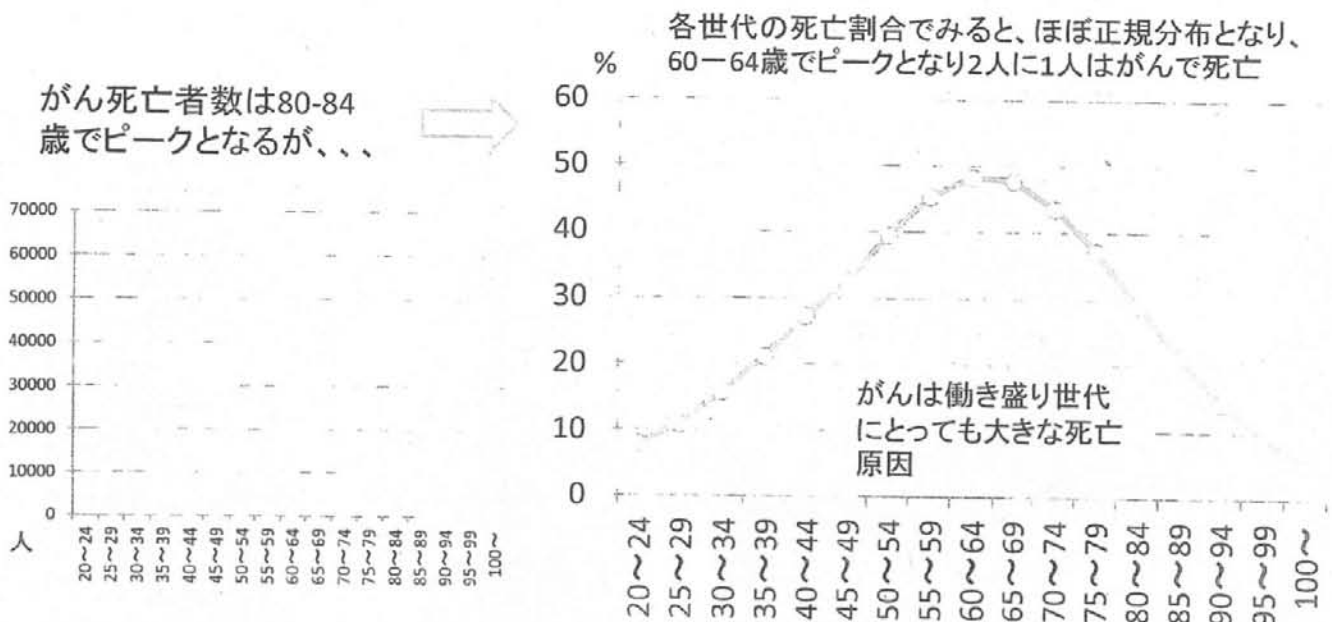
平成23年12月12日

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室

## 高いがん死亡割合

(各世代のがん死亡者数 / 各世代の全死亡者数)

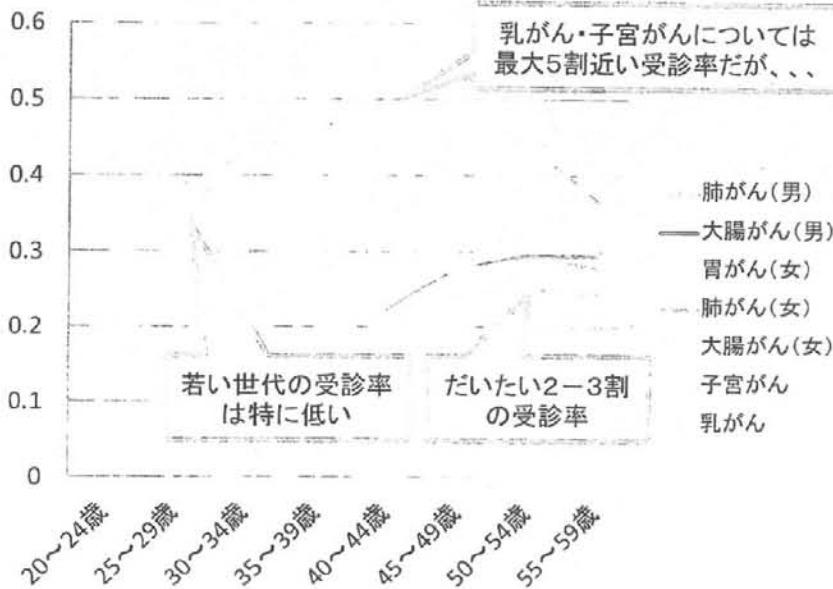
働く世代にとってもがんは大きな死亡原因



出典:人口動態統計(平成22年)

# 低いがん検診受診率

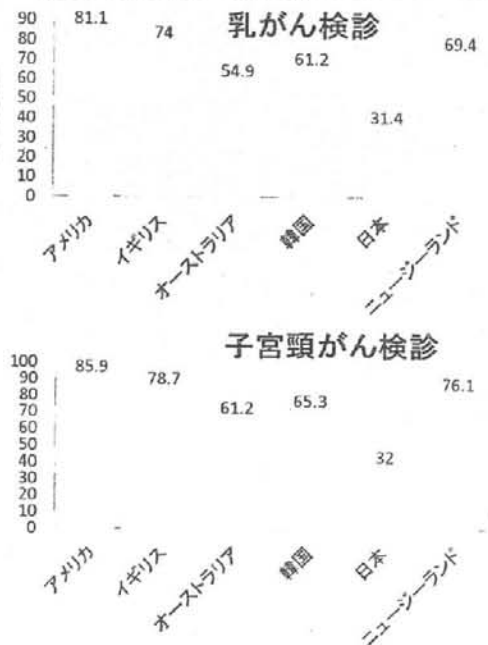
## がん種別男女別がん検診受診率



※子宮がん、乳がんについては過去2年間の検診受診率

出典: 国民生活基礎調査(平成22年)

## 海外と比べると低い

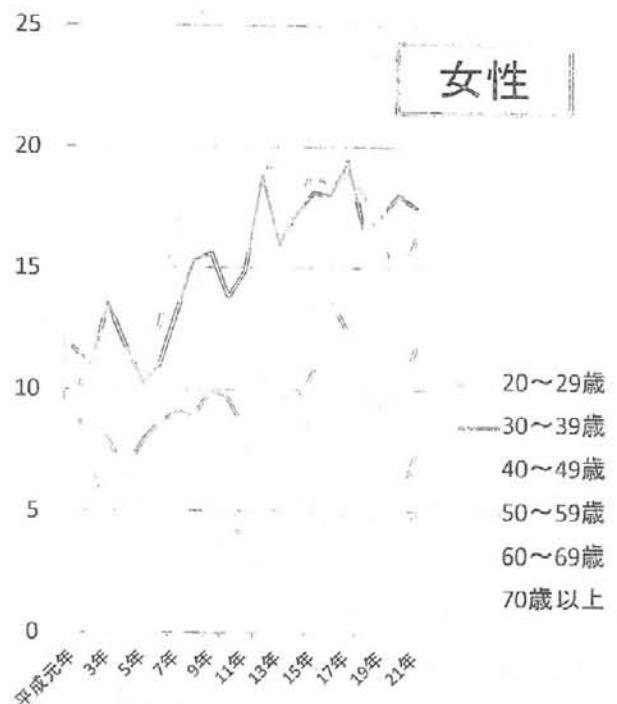
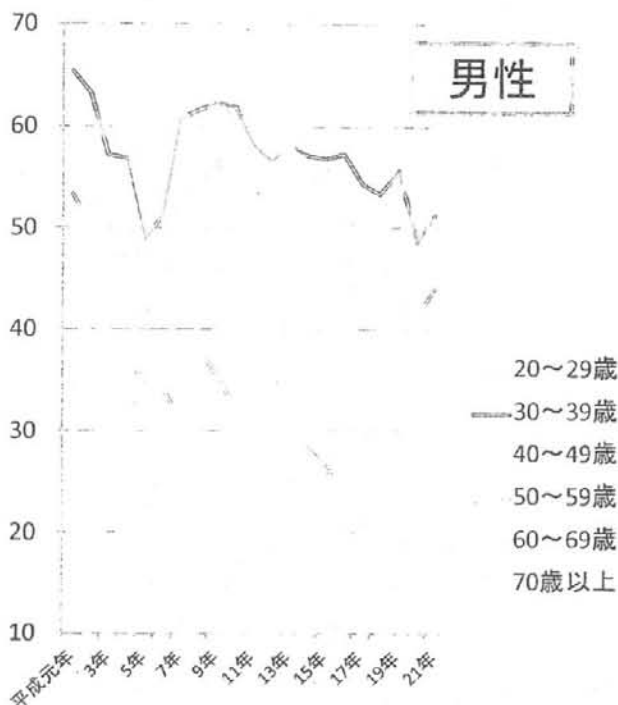


出典: OECD Health Data 2011

(乳がんについては、米、豪、韓国、日本ニュージーランドは過去2年間に、英は過去3年間に受診した率)  
(子宮頸がんは米、英(25-49歳)、ニュージーランドは過去3年間に、豪、韓国、日本は過去2年間に受診した率)

# 高い喫煙率

## 男女ともに働く世代の喫煙率が高い



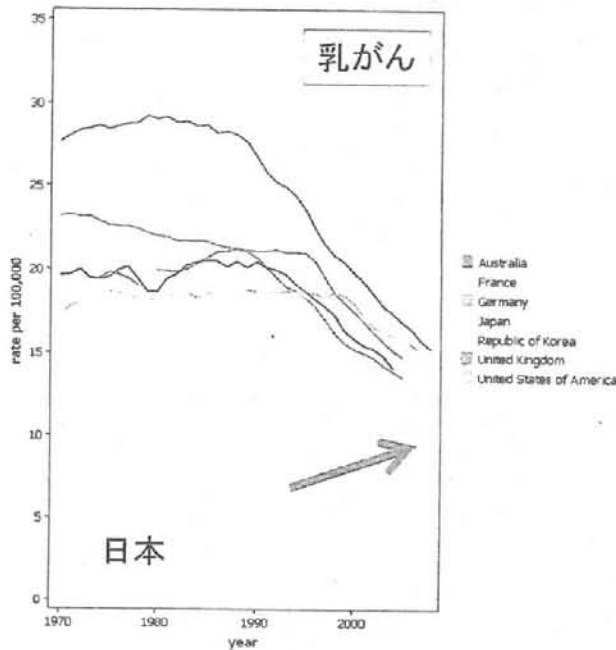
出典: 国民健康栄養調査



# 乳がん、子宮頸がんの死亡率の上昇

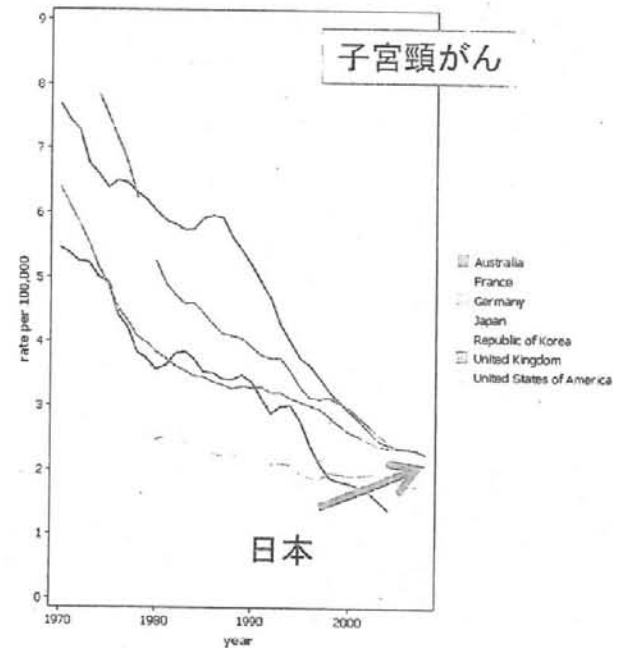
乳がん・子宮頸がん年齢調整死亡率(20-59歳)を比較すると他の先進国が低下しているのに対し、日本は上昇している。

Mortality from Breast Cancer  
Age-standardised rate (World), age (20-59)



International Agency for Research on Cancer (IARC) - 17.11.2011

Mortality from Cervix uteri Cancer  
Age-standardised rate (World), age (20-59)

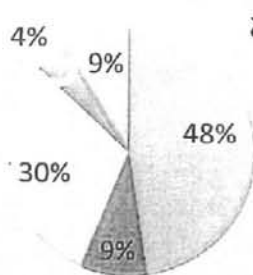


出典: WHO Mortality Database  
International Agency for Research on Cancer (IARC) - 17.11.2011

## がん患者・経験者の就労問題

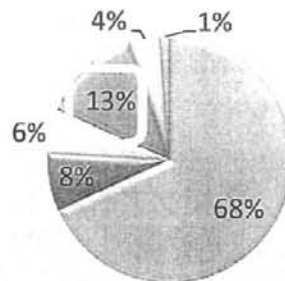
- ・勤務者の34%が依願退職、解雇している。自営業等の者の13%廃業している。(※1)
- ・がん診療連携拠点病院に寄せられる相談の約35%が「働くこと」に関する相談。内訳をみると経済面(64%)、仕事と治療の両立(39%)、仕事復帰の時期(30%)等に関する相談が多い(※2)。

### 診断時点にお勤めしていた会社や営んでいた事業等について



#### お勤めの方

- 現在も勤務中である
- 休職中である
- 依願退職した
- 解雇された
- その他



#### 自営、単独、家族従業者

- 現在も営業中である
- 休業中である
- 従事していない
- 廃業した
- 代替わりした
- その他

### 「働くこと」に関する相談や話の内容(複数回答可)

- 生活費・治療費・保険など経済面について
- 仕事と治療の両立の仕方
- 仕事復帰の時期
- 仕事の継続・復帰に向けて準備の仕方
- 継続・復帰後の仕事の仕方
- メンタル面について
- 職場の人間関係

0 10 20 30 40 50 60 70

※1 厚生労働科学研究費補助金、厚生労働省癌研究助成金「がんの社会学」に関する合同研究班(主任研究者 山口健)(平成16年)  
 ※2 NPO法人がんサポーターズ就労支援プロジェクト 2009年調査

# 小児がんにおける現状と課題

## 将来の働く世代にとってもがんは大きな問題

- ・ 小児においてがんは病死原因の第1位であるが、がん対策推進基本計画に小児がん対策はほとんど盛り込まれておらず、小児がん対策が遅れている。
- ・ 小児がんは発生頻度が低く、さまざまな部位から発生するうえ、小児から思春期、若年成人まで発症するため、多種多様ながん種と幅広い年齢層を念頭に置いた対策が必要。また、治療による合併症に加え、成長発達期の治療による合併症(発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害等)への対応が必要であり、成人がんとは異なる取り組みが必要。
- ・ 現状、2000～2500人の患者が約200の施設で治療されているが、必ずしも適切な治療がなされていない。
- ・ その他、治療に関する正確な情報提供・相談支援体制の整備、療養環境や教育体制の整備、治療後長期にわたり支援する診療・相談体制の確立、緩和ケア等が課題としてあげられる。

(「小児がん専門委員会報告書」より)

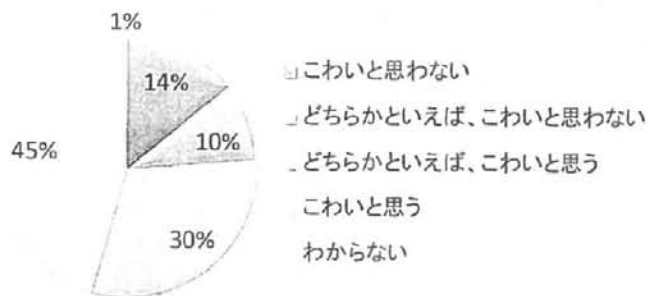
(参考) <子どもの年齢階級別死因順位(カッコは死亡率(人口10万対))>

1位	先天奇形、変形及び染色体異常(3.8)	不慮の事故(2.4)	悪性新生物(1.6)
2位	不慮の事故(3.5)	悪性新生物(2)	不慮の事故(1.6)
3位	悪性新生物(2)	心疾患(0.7)	自殺(0.9)

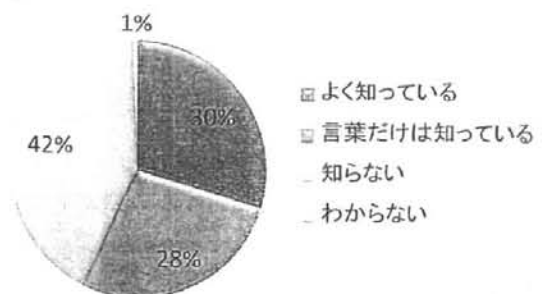
出典:平成22年人口動態調査

## (参考)国民のがんに対する意識

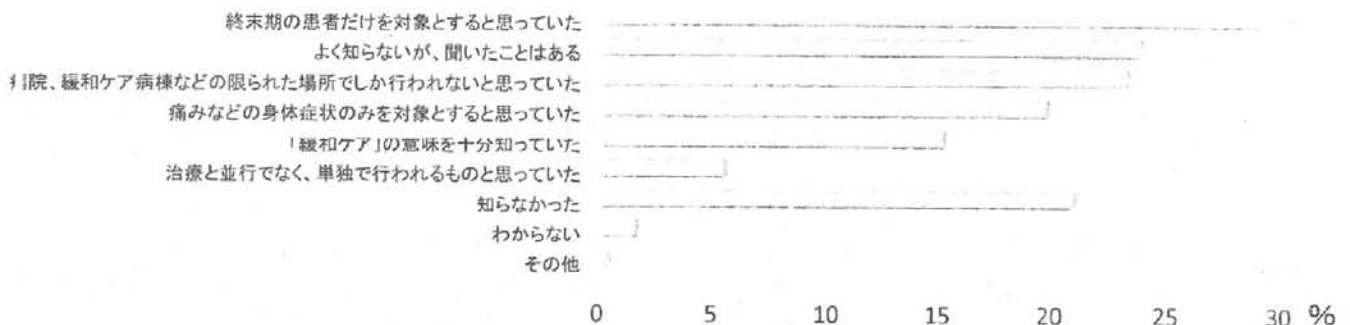
### がんに対するイメージ



### セカンドオピニオンの認知度



### 緩和ケアへのイメージ(複数回答可)



内閣府世論調査「がん対策に関する世論調査」(平成21年9月)

## 次期がん対策推進基本計画の骨子（案）

（緩和ケア、地域連携と在宅医療、医療機関の整備等、がんに関する相談支援及び情報提供、がん登録、小児がん、がんの教育）

## (1) 一② 緩和ケア

（現状）

- がん対策推進基本計画（平成19年6月）の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）を中心として、緩和ケア研修や緩和ケアチームの整備の他、がん対策のための戦略研究の中で緩和ケアの地域連携についても取り組まれてきた。
- 全国388の拠点病院に緩和ケアチームを整備するとともに、がん診療に携わる医師に対する基本的な緩和ケア研修会を開催し、平成23年3月現在、2万8千人が修了している。

（課題）

- がん診療に携わる医師だけでなく、他の医療従事者についても基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築が必要。
- がんと診断された時から緩和ケアを実施するため、緩和ケアの提供体制を構築するだけでなく、すべての患者が緩和ケアを受けられるよう、日常のがん診療に緩和ケアを組み込むことが必要。
- 患者・家族、さらに遺族が必要な時に緩和ケアを受けられるよう、地域連携の推進を含む緩和ケアの環境整備が必要。
- 緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制が不十分。
- 医療に携わることを目指す学生に緩和ケアに関する卒前教育を履修させる等、早期からの緩和ケア教育が必要。

（目指すべき方向）

- 患者・家族、さらに遺族が必要な時に緩和ケアを受けられるよう、がん医療に携わる医師だけでなく、他の医療従事者についても基本的な緩和ケア研修を実施する体制の構築を目指す。また、医療従事者はこうした緩和ケア研修を受講するようことが望ましい。
- 患者が地域において切れ目なく緩和ケアを受けられよう、緩和ケアに関する相談体制の強化、在宅緩和ケアを提供できる医療機関との連携、さらに急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受け入れ施設の整備等を進める。

- 拠点病院においては、精神腫瘍医の配置、がん看護の専門・認定看護師の適正配置等を通じて、緩和ケア外来をより機能的にするとともに、緩和ケアの質の向上に向けた取組が必要である。
- 国民や医療従事者に対して、診断時から緩和ケアが必要であることを普及啓発する。
- 医療従事者に対する早期からの緩和ケア教育のみならず、将来的には、大学等の教育機関においても、実習を含めた緩和ケアの教育プログラムの策定を検討する。
- 医師の卒前教育を担う教育指導者を育成するため、医学部に緩和医療学講座を設置する。

## (1) 一③ 地域連携と在宅医療

（現状と課題）

- 施設中心の医療から生活の場において必要な医療・介護サービスを受けられる体制を構築することにより、住み慣れた場で安心して自分らしい生活を送ることのできる社会の実現が求められている。しかしながら、在宅医療に必要な医療資源が限られていることもあり、継続的に在宅医療を提供できる体制が整っていない。
- がん医療の均てん化を目的に、地域における医療連携のツールとして、拠点病院の52.8%で地域連携クリティカルパスが整備されているが（平成22年10月時点）、多くの地域において地域連携クリティカルパスが十分に機能していない。
- がん患者や独居の高齢者世帯が増加し、在宅医療・介護サービスへのニーズが高まる中、医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、より早期から在宅医療・介護サービスが切れ目なく提供されるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療・介護を担う医療福祉従事者等の育成が必要となるが、育成に当たっては、在宅療養中のがん患者が非がん患者と比較して症状が不安定な場合が多いことを踏まえ、がん患者の身体管理についてはよりきめ細かな知識と技術の習得が必要である。さらに、市町村等においても、急速な病状の変化に対応し、早期に医療・介護サービスが提供されるよう、各制度の適切な運用が必要である。

（目指すべき方向）

- 患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や

創意を取り入れ、多様な主体が役割分担のもと参加する、地域完結型のがん医療・介護サービスを提供できる体制の整備とそれに必要な人材育成を進める。

- 地域連携クリティカルパスについては、患者や医療関係者にとってどのような利点があるのか明確にし、適切な評価方法も含めて実際に活用できるような環境整備が必要である。また、患者・家族が安心して地域の医療機関にかかることができるよう、緊急時の受け入れ体制などを確保した地域連携クリティカルパスを活用することが望ましい。
- 地域の特性を踏まえた上で、拠点病院においては、がん患者固有の問題に対してきめ細かく対応できるよう、在宅緩和ケアを提供できる医療機関等とも連携して、患者・家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた医療・サービスを受けられる体制を実現することが期待される。

## (2) 医療機関の整備等

### (現状)

- がん患者がその居住する地域に関わらず等しく科学的知見に基づく適切ながん医療を受けることができるよう拠点病院の整備が進められてきた。
- 拠点病院数は現在388。2次医療圏に対する拠点病院の整備率は67% (234/349)。

### (課題)

- 拠点病院間に診療実績の格差があると同時に、そうした情報がわかりやすく国民に示されていない。
- 2次医療圏に原則1つとされているため、すでに同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、拠点病院と同等またはそれ以上の診療を提供していても指定することができない。
- 国指定の拠点病院に加え、県が独自の要件に従って拠点病院等を指定しており、患者にとってわかりにくい。

### (目指すべき方向)

- 患者が住み慣れた場で、安心してがん医療を受けられるよう、緩和ケアや外来化学療法など特に均てん化すべき医療・サービスを明確にした上で、特に拠点病院の整備されていない地域において、地域の医療機関

等が役割分担し、これらの医療・サービスを確実に提供できるような環境を整備する。

- 国・県の指定する拠点病院等が提供する医療・サービスや診療実績、地域の連携体制、在宅医療・サービス提供施設、各施設の専門分野等について既存のデータを活用し、国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん情報センター」という。）、地方自治体、拠点病院の相談支援センター等を通じて国民に分かりやすく情報提供する。

## (3) がんに関する相談支援及び情報提供

### (現状)

- 主に患者や家族のがんに対する不安や疑問に応えるため拠点病院を中心に相談支援センターが設置されている。
- がん情報センターにおいては、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信、さらに相談員の研修や「患者必携」の出版等、相談支援及び情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。
- 他にも、NPOや学会、企業等の民間を中心として、相談支援や情報提供に係る取組も広がりがつつある。

### (課題)

- 医療技術の進歩や情報端末の多様化に伴い多くの情報があふれる中、患者・家族が医療機関や治療の選択に迷う場面も多くなっている。
- 相談支援センターの実績や体制に差がみられ、相談支援や情報提供の質にも影響していることが懸念される。
- 相談に対応可能な人員が限られている一方、患者・家族の多様なニーズに応えるため、最新の情報を正確に提供し、精神的にも患者・家族を支えることのできる体制が求められている。

### (目指すべき方向)

- より多くの人々が相談支援センターを活用し、相談支援センターの質を向上させるため、相談支援センターの人員確保に引き続き努めるとともに、院内・院外において広報を進め、相談支援センター間での情報共有や相談者からのフィードバックなどを通じて、相談支援の質の向上に努める。
- がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、医療機関

や行政等においては、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに拡大することが望ましい。

- 患者・家族のニーズが多様化している中、必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応するため、国・地方自治体・拠点病院の各レベルにおいてどのような情報提供及び相談支援をすることが適切か明確にし、より効率的・効果的な体制構築を進める。
- がん情報センターにおいては、引き続き相談員の研修や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや地域における医療機関の状況等についてもよりわかりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担うことが期待される。

#### (4) がん登録

##### (現状)

- 地域がん登録は45道府県において実施されている。平成24年度中に全都道府県が実施する予定。また、「地域がん登録への積極的な協力」が拠点病院の指定要件となっている。
- 院内がん登録の実施は拠点病院の指定要件であり、拠点病院で全国の約6割の患者をカバーしていると推定されている。平成23年5月、がん情報センターが病院別の拠点病院の院内がん登録情報を初めて公開した。

##### (課題)

- 医療機関に届出の義務はなく、職員も不足している等の理由から院内がん登録の整備が不十分。
- 現行制度において、予後情報を得ることは困難またはその作業が過剰な負担となっている。
- 地域がん登録は各都道府県の事業であるため、院内がん登録データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護条例などの点においてばらつきがみられる。
- 国の役割が不明確。
- 上記理由から、地域がん登録データの精度が不十分であり、データの活用（国民への還元）が進んでいない。

##### (目指すべき方向)

- がんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果の把握など、がん対策の基

礎となるデータを得ることにより、エビデンスに基づいたがん対策を実施するとともに、国民や患者への情報提供を通じてがんに対する理解を深めるためにもがん登録は必須である。さらに、将来的には検診等既存のデータと組み合わせることによってさらに詳細にがんに関する現状を分析し、効果的ながん対策につながることを期待される。

- がん登録をさらに充実させるに当たってはまず、がん患者を含めた国民の理解が必要であることから、その意義と内容について、広く周知を図ることが必要である。
- がん情報センターにおいては、拠点病院等への研修、データの解析・発信、がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関はがん登録に必要な人材を確保するよう努める。
- がん登録の精度を向上させるためには、患者の個人情報を保護しつつ、全国統一的に制度を運用し、国の継続的な関与を明確にすることが必要である。将来的には法制化することも視野に入れ、国民、患者、医療従事者、行政担当者、研究者等が活用しやすいがん登録を実現することを目指す。

#### (8) 小児がん

##### (現状)

- 「がん」は小児の病死原因の第1位であり、小児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症する多種多様ながん種からなる。
- 小児がんの年間患者数は2000-2500人と少ない一方、小児がんを扱う施設は約200程度と推定されており、症例が散在している。
- 強力な治療による合併症に加え、成長発達期の治療により、治癒した後も発育・発達障害、内分泌障害、臓器障害、性腺障害、高次脳機能障害、二次がんなどの問題があり、日常生活や就学・就労に支障を来すこともある。

##### (課題)

- 各地の医療機関に患者が散在しているため、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念される。
- 小児から思春期、若年成人にまで発症するため、患者の教育環境や自立に向けた支援、家族への配慮が必要である。
- 小児がんに関しては、現状を示すデータも限られており、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。

(目指すべき方向)

- 小児がんについては、これまでのがん対策においても政策的に遅れており、小児がん固有の現状と課題を踏まえ検討した上で、成人がんに対する施策に加えて新たな取組が必要。
- 小児がん患者や家族が長期に渡って安心して適切な医療・サービスを受けられるよう、小児がん拠点病院（仮称）を整備し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者・家族に対する心理社会的な支援、適切な療育環境、地域医療機関を含めた研修の実施、患者・家族、医療従事者に対する相談支援等の体制の構築を推進する。
- 患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、また一方で、患者が発育の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・サービスを受けられるよう、小児がん拠点病院を中心として他の医療機関等との役割分担と連携を進める。さらに、小児がん経験者の自立に向けた支援についても検討する。
- 小児がんに関する情報は成人がんに比べて乏しく、小児がん患者・家族、経験者、医療従事者等への情報提供も求められている。小児がんに関する情報を集約・発信し、コールセンター等による相談支援体制、全国の小児がん関連施設に対する診療、連携、臨床試験の支援等の機能を担う中核的な機関のあり方について今後検討を進める。

(9) がんの教育

(現状)

- がんに関する普及啓発は、例えば「がん検診50%集中キャンペーン」の開催、国立がん研究センターによる「患者必携」の出版、拠点病院等の医療機関を中心とした情報提供や相談支援、民間を中心としたキャンペーン、患者支援、がん検診普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。
- さらに、健康については子どもの頃から学ぶことが重要であり、学習指導要領において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。

(課題)

- 普及啓発や教育について様々な取組がなされているものの、未だがん

検診の受診率は約3割、喫煙率は近年横ばいであり、がんに対する正しい知識と認識が必ずしも普及していない可能性がある。

- 患者・家族ががんに関する正しい知識を身につけることのみならず、職域におけるがんの普及啓発・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新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

(目指すべき方向)

- 子どもの時から健康について学び、自らの健康を適切に管理し、病気に対する正しい知識と認識を持つことが重要。健康教育全体の中で「がん」をどのように教育すべきか検討し、子どもががんを身近に感じられるよう、がん患者や経験者、その家族、がん医療の専門家の協力を得るなど指導方法を工夫し、がんを正しく理解し、がん患者に対しても正しい認識を持つことが必要である。
- 国民に対するがんの普及啓発活動をさらに進める。  
(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受け止め、向かい合うためには、国民ががんに対する正しい知識と認識を持ち、がんに対する理解を深めることが必要。)
- がん患者・家族等が病状や治療の選択肢等について学ぶことのできる環境を整備する。  
(がんと診断された者ががんを受け止め向き合うためには、医療者や周りの人と十分に話し合い、自分の病状、治療の選択肢等を理解することが重要。また、患者家族は、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支えるためにはどのような方法があるか理解することが必要。)

## 次期がん対策推進基本計画の骨子（案）

（放射線療法、化学療法及び手術療法のさらなる充実、がん医療に携わる専門医療従事者の育成、その他、医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組、がんの予防、がんの早期発見、がん研究、がん患者の就労を含む社会的な問題）

## 1-（1）放射線療法、化学療法及び手術療法のさらなる充実（現状）

- がん医療の進歩は目覚ましく、全がんの5年生存率は54%、年齢調整死亡率も1990年代後半から減少傾向にある。一方、原発巣による予後の差は大きく、膵臓、肝臓、肺などの5年生存率は5-30%と未だ低い。
- これまで、特に我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。）を中心に、手術療法、放射線療法及び化学療法などを効果的に組み合わせ集学的治療及び緩和ケアの提供とともに、診療ガイドラインに準じた標準的治療など、がん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院を中心にクリティカルパスやキャンサーボードなどを整備した。
- 放射線療法や化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師をはじめとする医療従事者の配置やリニアックなどの放射線治療機器の整備など、特に放射線療法及び化学療法の推進を図ってきた。

## （課題）

- 患者が適切な治療方針を提示され、治療法や副作用などについて正しく理解した上で、希望する治療を選択できるよう、十分な説明の上、インフォームドコンセントが得られるようにすべきであるが、十分な説明が行われていない場合がある。
- 医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴い、現場の医療従事者の負担が増える中、患者の希望に沿った、安全かつ質の高い医療を実現することが難しくなっているが、各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視したチーム医療が十分とは言えない。
- 手術療法、放射線療法、化学療法などの治療による合併症、副作用などの身体的負担、不安などの精神的負担に対する患者・家族への診療及び支援体制が十分でなく、チーム医療のさらなる推進と共にがん看護体制の整備が必要である。
- 放射線治療医及び腫瘍内科医の不足とともに、近年は外科医の減少が著しい。
- 手術機器の多様化などに伴い、手術療法の施設間格差や実績の格差が生じている。

## （目指すべき方向）

## ○がん医療全体に関すること

- 患者が自分の病状・治療法・治療計画・副作用などを理解し、納得した上で治療を選択し治療に臨めるよう、十分な説明を行った上で、患者・家族からインフォームドコンセントを得る。また、冊子や視覚教材などのわかりやすい教材を活用し、患者が自主的に治療内容などを確認できる環境を整備する。
- 患者や家族の意向に応じてセカンドオピニオンをいつでも受けることのできる体制を整備する。
- 安心かつ安全で質の高い医療を提供できるよう、手術・放射線・化学療法のそれぞれにおいて、各職種の専門性を活かし、患者・家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、医療者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を推進する。また、医療機関の診療実績のみならず、こうした医療の質向上のための取組を患者に情報を随時提供し、適切に評価する方法を検討する。
- 質の高いがん医療を推進する一環として、医療機関においては病院内の臓器縦割りから各診療科の横のつながりを構築するため、腫瘍センターなどのがん診療部を設置することが望ましい。
- がん医療における人材育成や施設整備が重要である一方、質の高い医療を提供するためには、地域の医療機関の間で連携と役割分担を図り、特に高度な技術と施設を必要とする医療については地域性に配慮した計画的な集約化を検討する。
- がんの治療計画の立案に当たって、患者の希望を踏まえつつ、標準的治療を提供できるよう、診療ガイドラインの整備を行うと共に、科学的根拠を蓄積し、必要に応じて速やかに改正し、患者に情報提供できる体制を整備する。
- 各種がん治療における副作用の予防や軽減など、さらなる患者のQOLの向上を目指し、医科歯科連携による口腔ケアの推進をはじめ、食事療法などによる栄養管理やリハビリテーションの推進など、職種間連携を推進する。

## ○放射線療法の推進

- がん放射線治療の質の確保と均てん化及び地域格差の是正を図るためには、まず人員不足を解消するための取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術において集約化を図ると共に、ITなどの情報技術を活用し、安全性の確保が担保された上での質の高い医療連携を推進する。
- 地域での医療機関との間で、放射線治療に関する連携と役割分担を図る。

- 放射線治療機器については、重粒子線や陽子線治療などの研究開発を推進すると共に、進捗状況を加味し、関係者が協力して、国内において計画的かつ適正な配置に努める。
- 放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線治療の提供のため、放射線治療専門医や複数の放射線治療専門放射線技師、その他、医学物理士、専門の看護師などを適正に配置する。
- 多種職で構成された放射線治療チームを設置するなど、患者の副作用やその他の苦痛に対しても迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

#### ○化学療法の推進

- 薬物療法の急速な進歩と多様性に対応し、質の高い化学療法の提供体制を構築するため、がん薬物療法認定薬剤師やがん看護の専門・認定看護師など、専門性の高いがん医療従事者の適正な配置を行う。
- 多種職で構成された外来化学療法チームを設置するなど、患者の副作用やその他の苦痛に対して迅速かつ継続的に対応できる診療体制を整備する。

#### ○手術療法の推進

- 外科医の業務負担の軽減と人員不足を解消し、より質の高い外科療法を提供するため、必要に応じて、腫瘍内科医との連携など、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備する。
- 手術療法における肺炎や手術部位感染などの合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医の充足を図ると共に、口腔ケアに携わる歯科医や感染管理を専門とする医師などとの連携を図り、質の高い周術期管理体制を整備する。
- 術中迅速病理診断など手術療法の方針を決定する上で重要な病理診断が確実に実施できる体制を整備する。

#### 1- (2) がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成 (現状)

- がん医療を専門とする医師の研修教材としてインターネットで学習するeラーニングを平成19年から開始し、11分野128科目において、のべ受講者数は約14,000名である。
- 文部科学省では、平成19～23年度に「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施し、大学において、放射線療法や化学療法、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、薬剤師、看護師、放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行っている。

- がんの専門医の育成に関しては、各関係学会において一定の基準を定めた専門医制度が敷かれているが、関係学会等の協力のもと、がん治療全般の基礎的な知識や技能を有する医師の認定制度も創設されている。
- その他、国、学会、医療機関、関係団体を中心に、医療従事者を対象として様々な研修が行われ、がん診療に携わる専門的な薬剤師、看護師等の認定を行っている。

#### (課題)

- 放射線療法、化学療法、緩和ケア、口腔ケア等のがん医療に専門的に携わる医師や歯科医師をはじめ、薬剤師や看護師等の医療従事者は不足しており、専門的研修などの育成を促進する必要がある。
- 人材育成を進めるには、臓器別ではなく、放射線療法や化学療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器横断的に行う教育組織（講座等）の設置が必要である。
- 国内にある数多くの学会が独自の基準に基づき専門医制度を導入しており、専門医の質の担保や各医療機関における専門医の情報が国民に分かりやすく提供されていない。

#### (目指すべき方向)

- より効率的かつ学習効果の高いeラーニングなどの学習教材の開発・評価や、大学間連携による充実した教育プログラムの実施等により、質の高いがん医療が提供できるよう、がん関連学会と大学などが協働して専門医や専門医療従事者の育成を推進する。
- 大学において、放射線療法や化学療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器横断的に行う恒常的な教育組織（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を設置するよう努める。
- 各関連学会の独自に定める多様かつ細分化する専門医制度に対して、がん医療の質の向上に貢献し、がん患者にとってわかりやすく提示できるよう、関連学会などが協同するよう促し、専門医のあり方を整理する。

#### 1- (4) 医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組 (現状)

- がん医療の進歩はめざましく、がん死亡率の減少に貢献してきた。一方で、治験着手の遅れ、治験の実施や承認審査に時間がかかる等の理由で、がんも含めて、欧米で承認されている医薬品・医療機器が我が国では未承認であって国民に提供されない状態であるいわゆる「ドラッグ・ラグ」「デバイス・ラグ」が問題となっている。
- こうした問題に取り組むため、政府においては「革新的医薬品・医療機



器創出のための5か年戦略」(平成19年)、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」(平成20年)、「新たな治験活性化5か年計画」(平成19年)に基づき医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組が行われ、審査期間の短縮等が図られてきている。

- また、欧米では使用が認められているが、国内では承認されていない医薬品や適応(未承認薬・適応外薬)に係る要望の公募を実施し、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」において、医療上の必要性を判断し、企業への開発要請や開発企業の募集を行う取組が進められている。

#### (課題)

- 国際水準で質の高い臨床研究を行うための必要なインフラがないため、臨床研究の質が十分でなく、臨床研究で得られた成果を有効活用できない。
- また、がんに対する標準的な治療は、化学療法・手術・放射線療法を組み合わせた集学的治療であるが、こうした集学的治療開発の推進のための研究者主導臨床研究を実施する基盤が不十分である。
- 希少がん・小児がんについては、患者数が特に少なく、あらゆるがん種の治験をすべて企業に期待することは困難である。
- 臨床研究や治験を進めるためには患者の参加が不可欠であり、国民や患者に対する普及啓発や情報提供が必要。国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する理解を深め、患者に対し、適切な情報提供をすることが必要。
- がんを含め、致死的な疾患等で他の治療法がない場合に、研究等による対応を含め、未承認薬や適応外薬へのアクセスを改善するための方策について、幅広く検討を始めることが重要である。

#### (目指すべき方向)

- 引き続き、医薬品・医療機器の早期開発・承認するための取組を着実に進める。
- 質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究を実施し、我が国における臨床研究・治験の中核となる臨床研究中核病院(仮称)を全国に整備していくほか、引き続き研究医やCRC等の人材育成に努める。加えて、がん研究者のネットワークを支援することで、研究者主導臨床研究の実施基盤の整備・強化に努める。
- 引き続き、有識者会議を定期的開催し、欧米諸国で承認等されているが国内で未承認の医薬品等であって医療上必要性が高いと認められるものについて、関係企業に治験実施等の開発を要請する取組を行う。
- 国民や患者の目線に立って、臨床研究・治験に対する普及啓発を進め、

患者に対して臨床研究・治験に関する適切な情報提供に努める。

#### 1-(5) その他

##### (現状と課題)

- これまで拠点病院の指定要件において、専従の病理診断に携わる医師を配置するなど、病理・細胞診断の提供体制を整備してきたが、病理医不足が深刻な状況にある。
- がん患者は病状の進行により、日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化するということがしばしば見られ、がん患者へのリハビリテーションを充実する必要がある。

##### (目指すべき方向)

- 病理診断補助員などの新たな人的支援や細胞検査士などの臨床検査技師の適正配置、テレパソロジーなどのIT情報技術の導入や中央病理診断などの連携体制の整備などによる地域偏在の解消と共に、質の高い病理診断や細胞診断の基盤整備を行う。
- がん患者の療養生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対するリハビリテーション等について積極的に取り組んでいく。

#### 5. がんの予防

##### (現状)

- がんの原因は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣や感染症など様々なものがある。特に、喫煙(受動喫煙を含む)が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠を持って示されている。
- たばこ対策については、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法に基づく受動喫煙対策を行ってきたが、平成17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、我が国においても、同条約の批准国として、たばこ製品の注意文言の表示義務化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨の通知の発出、平成22年のたばこ税の大幅引き上げ等、対策を行っているところである。
- また、感染症は男性においては喫煙に次いで2番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされている。感染症対策としては、子宮頸がん予防ワクチン接種の推進、肝炎ウイルスに対する検査体制の整備、ヒトT細胞白血病ウイルス1型の感染予防対策等を実施している。
- その他がんと関連する生活習慣については、21世紀における国民健

康づくり運動等で普及・啓発等を行ってきた。

(課題)

- 男性成人の喫煙率は38.2%（平成21年）と減少しているものの、諸外国と比較して依然高い水準である。女性の喫煙率は10.9%（平成21年）男性と比較し低い水準であるが、ほぼ横ばいで推移している。
- 職場における受動喫煙の状況については、「全面禁煙」又は「喫煙室を設けそれ以外を禁煙」のいずれかの措置を講じている事業所の割合が64%、職場で受動喫煙を受けている労働者が44%（平成23年）とされており、職場の受動喫煙に対する取組が遅れている。
- その他生活習慣については、果物摂取が悪化しているなど、普及啓発が不十分な部分がある。また、新たにがんとの因果関係が明らかとなったものについても普及啓発を行うことが必要である。

(目指すべき方向)

- 喫煙対策については、わが国も批准し、平成17年に発効した「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が、たばこの消費等が健康に及ぼす悪影響から現在及び将来の世代を保護することを目的としていることを踏まえ、喫煙率の低下と受動喫煙の防止を達成するための施策等をより一層充実させるとともに、喫煙率の低下と受動喫煙の防止に関わる指標と目標値を設定することが重要である。
- 受動喫煙の防止については、平成22年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表では、「受動喫煙のない職場の実現」が目標として掲げられている。職場に一定時間拘束されることや、受動喫煙防止対策の取組内容によって職場を選択することは困難な状況等を踏まえ、特に職場における対策を強化する。
- 感染症防止対策については、子宮頸がん予防ワクチンの普及啓発を進めるとともにワクチンの安定供給に努める。また、肝炎ウイルス検査体制の充実をつうじて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。さらに、ヒトT細胞白血病ウイルス1型の感染予防対策等に引き続き取り組む。
- その他の生活習慣については、「節度のある飲酒」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取」、「食塩摂取量の抑制」等の日本人に推奨できるがん予防法について、効果的に普及・啓発等を行う。

6. がんの早期発見

(現状)

- がんを早期に発見し、治療することにより、がんによる死亡率を減少させることは重要である。現状として、拠点病院で治療を受けたがん患者のうち早期のがん患者（ステージ0～I）は、子宮頸がんが約7割、胃がんが約6割、乳がんが約5割、大腸がんと肺がんが約4割となっている（平成20年）。
- がん検診は平成20年度より健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業として行われている。また、市町村によるがん検診以外にも、職域においてがん検診を実施している場合や、個人が任意で受診する人間ドック等の中で、がん検診を実施している場合がある。
- 国においては、がん対策推進基本計画（平成19年6月）の中で、5年以内にがん検診受診率を50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポン及び検診手帳の配布や、企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。また、がん検診の有効性や精度管理についても検討会を開催する等、科学的根拠に基づくがん検診を推進してきた。
- しかしながら、がん検診の受診率は平成22年度国民生活基礎調査によると、2-3割程度となっている。また、市町村によるがん検診の受診率は平成21年度地域保健健康増進事業報告によると、1-2割程度となっている。
- 科学的根拠に基づくがん検診の実施については、国の指針以外のがん種の検診を実施している市町村数は1208、また国の指針以外の検診項目を実施している市町村数はのべ1101（重複回答）にのぼる（平成21年、回答市町村数1818）。
- がん検診の精度管理については、厚生労働科学研究によると、精度管理を適切に実施している市町村<sup>※</sup>は平成23年度で約3割となっている。  
※事業評価のためのチェックリストの全項目の8割以上を実施している市町村

(課題)

- がん検診の受診率は特に子宮がん・乳がん検診において近年上昇しており、年代によっては4割を超えているものの、依然として諸外国に比べて低く、目標値に達していない。
- がん検診を受けない理由として、「時間がなかったから」や「心配な時はいつでも医療機関を受診できるから」等があり、がん検診へのアクセス改善や普及啓発がさらに必要。また、厚生労働科学研究によると対象者に均等に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっており、市町村からの受診勧奨についても改善が必要。
- がん検診は市町村が行う事業であり、個々の市町村により検診方法の選択や精度管理等において差がある。そのため、有効性の確立していないが

ん検診を実施している市町村が相当程度存在する。また、精度管理を適切に実施している市町村数は徐々に増加しているものの、依然として少ない。

- 市町村によるがん検診は対象となる年齢・性別のすべての住民を対象としているが、現状、がん検診を受けた者の4割～5割が職域においてがん検診を受けており、個人でがん検診を受ける者もいる。また、がん種によっては、実態として医療や他の健診の中でがん検診の検査項目が実施されている。しかしながら、職域等におけるがん検診の受診率や精度管理を定期的に把握する仕組みがない。

(目指すべき方向)

- がん検診受診率については引き続き50%の達成を目指す一方、がん検診は、市町村によるがん検診以外にも、職域におけるがん検診や、個人で受診するがん検診があり、また、がん種や年代によっては医療や他の健診の中でがん検診の検査項目が実施されていることについて、その実態のより正確な把握を行うとともに、より効率的かつ有効ながん検診制度のあり方について検討を行う。
- 同時に、科学的根拠に基づくがん検診を推進するため、国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を行う。都道府県は市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、引き続き指導を行い、市町村は科学的根拠に基づくがん検診を実施することが求められている。
- また、検診の実施方法や精度管理の在り方について専門的な見地から適切な指導を行う等の目的で各都道府県に設置された生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の精度管理を向上させる。
- 受診率向上施策については、その効果を検証した上で、施策の継続も含めて検討する。その際、受診者の利便性及び市町村等の実施主体への負担も考慮して、がん検診以外の健診との連携を行う等、効率的な実施に努める。また、がん検診の普及啓発にあたっては、任意型検診と対策型検診の違いや、がん検診の不利益について十分に理解を得られるようにすることが必要である。

## 7. がん研究

(現状)

- 平成16年度に「第3次対がん10か年総合戦略」が策定され、これまでがん研究推進の主軸として戦略的にがん研究が推進されている。

- がん対策推進基本計画において、難治性がんの克服や患者のQOL向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究やがん医療の均てん化など政策的に必要性の高い研究に取り組むことが掲げられている。
- 国内のがん研究に対する公的支援は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省など複数の関係省庁により行われ、一定の連携が図られ、がん研究の推進体制や実施基盤に多様性をもたらしている。
- 内閣府の総合科学技術会議による各省庁のがん研究事業の企画立案から実施状況までの評価が行われ、平成22年度からは内閣官房に医療イノベーション推進室が設置され、その企画・評価に参画すると共に、がん研究における創薬などの実用化に向けた体制が強化された。

(課題)

- 多くのがん種に関して、その本態に関して未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。
- 特に難治性がんや小児がんを含む希少がんに対しては、創薬や機器開発等を含む有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化する必要がある。
- 基礎研究から臨床研究、公衆衛生研究、政策研究等において質の高いがん研究を推進するため、適切な研究実施期間と公的資金の確保や人材育成等を含めた継続的な支援体制の整備が必要である。
- 各省庁による領域毎のがん研究の企画・設定が、国内のがん研究の実施状況の全貌の把握を困難にしており、省庁間の更なる連携と分担が必要である。
- 全てのがん研究に関する明確な目標や方向性を示すとともに、進捗情報を的確に把握し、評価するための新たな体制整備が必要であり、さらに、これらを国民に対して積極的に公開することで、国民やがん患者のがん研究に関する理解を深める必要がある。
- 「第3次対がん10か年総合戦略」が平成25年に終了することから、平成26年度以降の国としてのがん研究推進のあるべき方向性と具体的な研究事項等を示した次期総合戦略を立てる必要がある。

(目指すべき方向)

○今がんで苦しむ患者に有効で安全ながん医療を届けるためのがん研究を推進する

- ドラッグ・ラグ解消の加速に向け、がんの臨床試験を統合・調整する組織を設置し、新たな枠組みを構築する。
- 日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、国際水準のfirst-in-human試験や未承認薬を用いた研究者主導臨床試験を実施する

ほか、既存薬の組合せ等による最適な治療法を見いだす臨床研究が実施可能な施設に対する集中的な財政的支援を行い、その基盤整備と薬事部門の強化を計るとともに、その法制化を検討する。

- より効率的な適応拡大試験などの推進のため、上記施設の整備とともに、臨床試験グループの基盤整備に対する公的資金の選択的投資を進める。
- わが国からの新薬開発を目指し、国際水準の first-in-human 試験や未承認薬を用いた研究者主導臨床試験が実施可能な施設に対する集中的な財政的支援を行い、その基盤整備と薬事部門の強化を図る。
- 固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現（および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、中心となって臨床研究に取り組む施設と臨床研究ネットワークを整備し、集学的治療の臨床試験に対する支援を強化する。

○ 明日のがん患者のため、新たながん診断・治療法を開発するがん研究を推進する

- がんの特性の理解とそれに基づく革新的がん診断・治療法の創出に向け、先端的生命科学を始めとするがんの基礎研究への支援や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研究の拡充を図る。
- 公的なバイオバンクの構築や、解析研究拠点等の研究基盤の整備と情報の共有の促進により、日本人のがんゲノム解析を推進する。
- 最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発に向け、高度標準化治療の実施施設における医療機器開発プラットフォームの構築と、効率的な臨床試験の推進を継続的に支援する。
- 研究成果に対する透明性の高い評価制度を確立・維持するとともに、がん登録の整備と拡充によるがん政策科学へのエビデンスの提供を推進する。

○ 将来のがん患者を生まないためのがん研究を推進する

- がん予防法の確立に向けて、放射線・化学物質等への低レベル長期暴露健康影響、予防介入効果、検診有効性等の評価のための大規模疫学研究を推進する。
- 公衆衛生研究（分子疫学研究・検診評価等）研究の推進のため、個人情報保護とのバランスを保ちつつ、個人情報を含めたがんに関する情報や行政資料を利用するための法的な枠組みを整備する。
- 診断ガイドラインや予防・検診ガイドライン作成や、がん診療の質評価、患者の就職支援等に関する政策研究に対して優先的な研究費配分を行う。

○ 社会における、がん研究推進全般に関する課題を解決する

- 予防・検診・診断ガイドライン作成や、がん予防の実践、がん検診の

精度管理、がん診療の質評価、患者の就職支援等に関する政策研究に対して優先的な研究費配分を行う。

- がん研究全般の実施状況とその成果の積極的公開により、がん研究に対する国民やがん患者の理解の深化を図り、臨床研究へのがん患者の参画を促進する。
- 国内のがん研究の推進状況を俯瞰し、関係省庁の連携を促進するような機能を持つ新たな組織を構築するとともに、若手研究者（リサーチ・レジデント）の育成をはじめとするがん研究人材の戦略的育成を行う。
- 倫理指針の改定を行うとともに、研究及び倫理審査等の円滑な運用に向けた取組を行う。

(10) がん患者の就労を含む社会的な問題

(現状)

- がん医療の進歩とともに、我が国の全がんの5年相対生存率は50%を超えた。また、毎年20～64歳の約7万人ががんに罹患しており、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している者も多い。
- 一方、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の34%が依願退職し、4%が解雇されたという報告もある。
- また、拠点病院の相談支援センターにおける相談内容は、就労に関すること、経済面に関すること、家族のサポートに関することなど、医療のみならず社会的な問題に関することも多い。

(課題)

- がん患者・経験者及びその家族は就労を含めた社会的な問題に直面しており、こうした問題への支援が必要とされている。
- 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り、職場の理解や関係者の連携等を進める必要がある。
- 拠点病院の相談支援センターにおいても、就労に関する知識や情報が不足しており、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。

(目指すべき方向)

- がん患者・経験者やその家族等が抱える仕事と治療の両立や経済面に対する不安や悩みなどを支援し、がんになっても安心して暮らせる社会の構築を目指す。
- 就労に関しては、まず、がん患者・経験者の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、事業者への情報提供、職

場におけるがん患者・経験者に対する相談支援体制の充実を進める。

- さらに、がん患者が安心して働くためには、医療機関や産業医、人事労務管理者等の関係者の情報共有や連携が重要であることから、関係者との調整の下、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する。
- 就労可能ながん患者が働くには、事業者においても、がん患者が働きながら治療を受けられる環境の整備に努めることが望ましい。

## 次期がん対策推進基本計画の全体構成及び骨子案に関する

## 委員からの意見のまとめ(案)

## 基本方針について

- 全人的なケアを包含する内容とするべき。(眞島委員)

## 全体目標について

- がん患者を社会全体で支え、がん患者が安心して生活できるような目標を新しく追加するべきではないか。(天野委員)
- がん患者の社会的痛みの軽減という視点、がん患者が安心して暮らせる社会の構築といった視点が必要ではないか。(本田委員)
- がんになっても安心して暮らせる社会というような大きな目標が必要ではないか。(天野委員、本田委員、花井委員)
- 「療養生活の質の向上」とあるが、「療養」を削除し「生活の質の向上」でよいのではないか。現在療養が必要な患者も、療養より社会生活に重点が置かれる患者も含まれるものとする。更に、患者を支える「家族の生活」を考えるとという点からも「療養」は削除してよいのではないか。(松本委員)

## 重点課題について

1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成
  - 手術療法を追加するべき。(前原委員、中川委員)
  - 「手術療法」の文言を入れないのであれば、冒頭箇所に「外科医療の充実とともに」と記載することはできないか。(前原委員)
  - 「医師等」の育成ではなく「医療従事者」とするべき。(前原委員、松本委員)
  - 医療従事者の育成に加え、多職種が協働するチーム医療の推進、心のケアなども求められることから、「総合的ながん医療の推進」のような大きくくりにするべきではないか。(松本委員)
  - 手術療法を専門的に行う医療従事者の育成。(前川委員)
  - 「集学的な治療に向けた専門家間による協働の推進、及びそのためのチームの育成」にすべき。理由は、がんの治療には、放射線治療や化学療法に限らず、外科や緩和治療など、様々な治療が並行、もしくは段階的に行

われている。しかしながら、それぞれの領域が優れた治療技術を持ち合わせていても、それが単独では治療効果が限界的となりうる。専門家の協働による集学的な治療によって、その治療効果の増大が望まれるため。また、治療を受ける患者側からしても、治療方法の選択の際に必要以上の苦渋に困惑したり、さらには病態の段階や、治療施設間の転院によって、治療の狭間(ブランク)に陥ることに対して、非常な恐怖を抱いている。組織や医療機関を超えた専門家間の協働によって、患者が安心して継続的かつ効果的な治療を受けることが可能となるため。さらに、集学的治療には、医師以外の他の医療専門職が関わっているため、チーム全体の育成を推進していく必要もあるため。(松月委員)

- 「専門的に行う医師等の育成」はすでに枠組みはあるのだから重点課題から外しても良いのではないか。(野田委員)
2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
    - 「治療の初期段階」を「診断時」に変更するべき。(松本委員、花井委員、前川委員)
    - 「治療の初期段階」を「がんと診断された時からの～」に変更すべき。「診断時から～」だと、また、説明を要しかねないので、分かりやすい表記がいいのではないか。(中川委員、前川委員)
    - 「診断時から切れ目のない、全人的な緩和ケアの実施」としてはどうか。(松本委員)
  3. がん登録の推進
    - 「がん統計」や「医療情報の充実」という大きな課題を掲げた上で、がん登録やがん対策情報センターの充実を記載するべきではないか。(上田委員)
  4. 追加すべき重点課題
    - 「医薬品・医療機器の早期開発・承認に向けた取組」に加えてドラッグ・ラグの解消を重点課題とするべき。(天野委員)
    - 重点課題にがんの予防をいれるべき。(前原委員、前川委員)
    - 今回の協議会では小児、就労、教育、検診など現役世代が特に重要な課題がとりあげられた。社会保障一体改革の中でも現役世代への支援は重要視されており、こうした視点が必要ではないか。(本田委員)
    - ドラッグ・ラグは解決しておらず重点課題に追加するべき。未承認薬の問題についてはかなり前進したが、適用外薬についてはまだ解決されてい

ない。(眞島委員)

- 予防や患者に対する相談支援、就労も検討に値する。(中川委員)
- 就労世代が一定の治療を受けて社会復帰できるような支援を重点課題として追加するべきではないか。(花井委員)
- 「がん検診に関する合理的な管理体制の整備」を追加すべき。
- がん研究については幅広い分野に渡る問題である。専門委員会の報告書も踏まえて重点的に取り組むべき研究課題を明らかにするべきではないか。特に見直し後の推進計画の前半期に実現させるものとして、①新たな治療法の開発導入に関するプロセスの改善、②がん検診妥当性研究と導入評価体制の整備、③緩和ケアの質に関する調査研究の推進。(以上、江口委員)
- 検診に対する課題や意見が多く出されている現状をみると、検診体制や受診率向上のための抜本的な見直しも重要。(北岡委員)
- 「地域連携と在宅医療」を追加すべき。理由は、厚労省の示す医療制度のビジョンでも、濃厚かつ高度な医療を集約化し、患者ひとりひとりの療養を支える地域や在宅医療に重点が置かれる方向にある。これからの近い将来における喫緊の重点課題としては、「地域の連携と在宅医療」の枠組みを強化することが必須であると考えられるため。(松月委員)

#### 分野別施策について

- (1) -①放射線療法、化学療法及び手術療法のさらなる充実並びに医療従事者の育成
- 医療従事者の育成については別の項立てにすべき(門田会長)
  - チーム医療の推進も追加すべきではないか。(松本委員)
  - 「患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関において、治療法の選択等に関して主治医以外による助言(セカンドオピニオン)を受けられる体制を引き続き整備していく。」といった文言を個別施策に入れるべき。
  - 放射線治療では、医学物理士などの技術系専門職の重点的な配置が、治療の高精度化と安全性確保の両面から必要と記載すべき。(以上、中川委員)
  - 人材育成については次世代の医療を担うという意味で臨床研究に必要な人材の育成もいれるべき。(野田委員)
- (1) -② 緩和ケア  
(タイトルについて)

- 「緩和ケア」ではなく「緩和ケアの充実」とするべき。(前川委員)
- 「緩和ケア」ではなく「緩和ケアの普及と質の充実」とするべき。(江口委員)

(現状)

- 「がん医療に携わる医師」とは、具体的にどのような医師を想定しているのかが分かりづらい。(松本委員)
- 1ポツ目「緩和ケアチームを整備するとともに、」を「緩和ケアチームを整備してきた。しかし、緩和ケアチームが実際に機能している病院と、機能していない病院との格差がある。」に修正。(前川委員)

(課題)

- 2ポツ目「日常のがん診療に緩和ケアを組み込むことが必要。」を「日常のがん診療においても緩和ケアの心をもつことが必要。」に修正。(前川委員)
- 「医療者や、患者・家族を含めた国民の中に、「緩和ケア＝終末期医療」という誤った認識が、いまだに根強く残っている。」を追加。
- 「緩和ケアとは、身体的な痛みだけでなく、精神的、社会的、霊的痛みも含めた全人的なケアであるという認識が十分に普及していない。」を追加。
- 「緩和ケアの専門的知識を持った医療者の数、質ともに地域によって格差が生じている。」を追加。
- 「緩和ケア外来や相談窓口など受け皿は一部整いつつあるが、そこへ確実に辿り着くためのシステムが不十分。」を追加。
- 「緩和ケア研修修了者の習熟度、効果などが見えにくい。」を追加。
- 「疼痛緩和や支持療法などに使用される薬剤についての未承認、適応外の問題、保険査定の問題などが生じている。」を追加。
- 「家族ケア、遺族ケアが不十分。」を追加。(以上、松本委員)
- 「痛みなどの身体的な苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的な苦痛に対する心のケアや、社会的な役割の喪失に伴う社会的な苦痛に対する支援など、全人的な緩和ケアを提供していくことが必要。」を追加。(嘉山委員)
- 2ポツ目「すべての患者が緩和ケアを ~ 必要である。」を、「すべての患者が緩和ケアを受けられるよう、日常のがん診療に緩和ケアを組み込むことが必要である。また、診断時の不安や落胆等の精神心理的苦痛を抱える患者と家族が適切な精神心理的ケアを受けることができるよう、精神的苦痛、社会的苦痛への対応をふまえた全人的ケアを提供するための、教育研修ならびに研究支援をすすめる必要がある。」に修正。(天野委員)

(目指すべき方向)

- 4 ポツ目「診断時から緩和ケアが必要」を「診断時からの緩和ケアが必要」に修正。(前川委員)
- がんによる痛みは身体的痛み、精神的痛み、社会的痛みがあるが、精神的な痛みについての記載を十分に書き入れるべき。(天野委員)
- 「患者・家族の身体的、精神的、社会的な痛みを最大限軽減するため、医療や介護、その他の社会保障制度などを総合的に活用して、積極的に取り組む。」を追加。
- 「「診断時からの緩和ケア」という認識を医療者、患者・家族双方に定着させるため、がん治療の流れの中に緩和ケアを組み込む。」を追加。
- 「緩和ケアチームの強化と、院内で実効力を発揮できるためのシステムを構築する。」を追加。
- 「緩和ケア研修の効果の可視化を検討する。」を追加。
- 「身体的、精神的苦痛を軽減するために有効な薬剤が、確実に使用される体制を整備する。」を追加。
- 「家族ケア、遺族ケアそれぞれに対応した取り組みを検討、実施する。」を追加。(以上、松本委員)
- 緩和ケアの研修は医療従事者だけでなく介護・福祉関係者に対しても必要。
- 教育に実習は必須であり「実習を重視した緩和ケアの教育プログラム」としその重要性を強調してはどうか。(以上、川越委員)
- 「精神心理的な苦痛に対する心のケアをより一層推進するために、医療従事者が基本的な心のケアの知識や技能を学ぶ機会を増やしていくとともに、精神腫瘍医等のがん患者の心のケアを専門的に行う医療従事者の育成に取り組む。また、全人的な緩和ケアを進めていくために、緩和ケアに関する研究についてもさらに推進していく。」を追加する。(嘉山委員)
- 「基本的緩和ケア」と「専門的緩和ケア」との2本立て研修アプローチ。(江口委員)
- 1 ポツ目「医療従事者」を「かかりつけ医(家庭医)を含む医療従事者」に修正。
- 3 ポツ目「臨床心理士」、「社会福祉士」を追加。
- 4 ポツ目「緩和ケアの言葉の定義」の普及啓発を追加(ターミナルケアと同一との誤った認識が一般化している)。(以上、原委員)
- 3 ポツ目「緩和ケア外来をより機能的にするとともに、緩和ケアの質の向上に向けた取組が必要である。」を、「緩和ケア外来をより機能的にするとともに、身体・精神心理・社会的苦痛を軽減するための緩和ケアの質の

向上に向けた取組が必要である。」に修正。(天野委員)

(1) -③ 地域連携と在宅医療

(タイトルについて)

- 「地域連携と在宅医療」は「医療機関の整備等」と重なる部分があることから「がんの医療提供体制」とまとめるべき。(門田会長)

(現状と課題)

- 「がん医療を担っている医療機関の医療従事者が、在宅医療についての十分な知識を持っていないため、在宅医療に円滑に移行していくための準備やタイミングが不適切になることがあり、医療機関の医療従事者が在宅医療を十分に理解することが必要である。」を追加する。(嘉山委員)
- 「介護保険の適応とならない40歳未満の患者への対応が不足している。」を追加。
- 「地域のかかりつけ医が、がん医療、特に緩和ケアについてどの程度の知識と経験を持つのが患者・家族にみえにくい。」を追加。
- 「連携によるメリットや、問題が生じたときの対応などについて、患者・家族への説明が不十分。」を追加。(以上、松本委員)

(目指すべき方向)

- 独居、在宅介護不能な高齢がん患者に対する療養支援を追加すべき。
- 進行がんに関する地域連携クリティカルパスの適切な仕組みは検証が必要。(以上、江口委員)
- がん患者と非がん患者は異なる。「がん患者の身体管理についてはよきめ細やかな知識と技術の取得が必要」とあるが「身体管理」だけではないので、「身体管理を中心としたトータルケアについては」としてはどうか。
- 「医療・介護等の現場担当者が定期的に連携体制を協議する場」は重要だが、このような場がありすぎて現場は困っている。患者を中心とした関係者が顔の見える関係を作れば十分である。
- 地域連携クリティカルパスはほとんど機能していない。地域にあった形で連携を進めるのが重要。緩和ケアについても大枠を標準化することが可能だが、それ以外は個別の患者さんにより異なる。(以上、川越委員)
- 「がん医療を行っている医療機関において、在宅医療への移行に向けた適切な準備を行い、適切な時期に在宅医療へ紹介を行っていくことができるよう、がん医療を行っている医療機関の医療従事者に対して在宅医療についての理解が深まるよう、研修等の機会を充実させる。」を追加する。(嘉山委員)



- 「40歳未満の患者が在宅医療に関して支援が必要になった際に、介護保険によるサービスに相当する支援が受けられる取り組みを行う。」を追加。
- 「患者・家族が安心して地域のかかりつけ医を選択し、受診することができるよう、情報の公開に取り組む。」を追加。
- 「がん医療、特に在宅患者を支える医療について専門知識を持ち、多くの患者を診た実績のある地域の医療機関を核として、その地域のかかりつけ医と共に実践と人材育成を行い、地域のがん医療の底上げを図る。」を追加。(以上、松本委員)

#### (1) 一④ 診療ガイドラインの作成

- 「診療ガイドライン」が作成されても、それに則った医療が提供されなければ意味がないので、「標準治療の確実な推進」とすべきではないか。(松本委員)

#### (2) 医療機関の整備等

##### (タイトルについて)

- セカンドオピニオンの充実も重要であり、「医療機関の整備等(セカンドオピニオンの推進も含む)」とすべき。(中川委員)

##### (課題)

- 「拠点病院間の診療実績の格差。」の後に「施設ごとに、提供している医療の内容が十分に情報公開されていない。」を追加する。
- 「拠点病院は、地域におけるがん診療の中核的な機関として、周辺のがん診療に携わる医療従事者に対して、研修等を通じた教育に取り組んでいくことが期待されるが、その役割を十分に果たせていない。」を追加する。(以上、嘉山委員)

##### (目指すべき方向)

- 医療機関の整備の中に、セカンドオピニオンの文言を入れるべき。(前川委員)
- 第三者評価が必要ではないか。(川越委員)
- 「県による独自の要件だけでなく、医療の質を確保するための第三者評価を受け、その結果を公表することを促進する。」を追加する。(前原委員)
- 以下を追加する。
  - がん診療に関連した医療機関については、各施設の役割や地域の状況

に応じて提供する診療の範囲を明らかにし、その内容に応じた財政的措置が図られることが望ましい。

- 拠点病院に関しては、それぞれの施設が提供している医療の内容について、評価指標を定め、その評価結果を広く一般に公開していく。
- 拠点病院は、地域のがん医療の水準の向上を図るため、周辺の医療機関においてがん診療に携わる医療従事者に対する教育に取り組むとともに、研修等の活動を通じて地域の関係者との交流を深め、地域の連携の促進を図ること。(嘉山委員)
- 「がん拠点病院の存在を、がん患者に知らせることが大切。地域によっては、拠点病院の存在や意味を知らない患者がいる。」を追記。(前川委員)

#### (3) がんに関する相談支援及び情報提供

##### (課題)

- 2ポツ目「相談支援センターの実績や ～ 懸念される。」の末尾に、「実績に応じた人員配置に対する補助が必要」を追加。(前原委員)
- 「解決できると期待し相談する患者、それに応えられない相談支援センタースタッフの落差を埋めなくてはならない。」を追加。(前川委員)
- 「拠点病院の相談センターをはじめ様々な取り組みがなされているが、必要とする患者・家族が確実に辿り着けるシステムが不足している。」を追加。(松本委員)
- 「がん情報センターなどの医療機関についての情報は、多くは項目の羅列であり、患者にとって医療機関を選択する際に真に有用なものとなっていない。」を追加。(原委員)

##### (目指すべき方向)

- 「医療施設と患者の間に立ち、公平な立場を保つ、独立したがん支援専門職(がん医療コーディネーター)等の育成などについても検討を開始する。」を追加。(前原委員)
- 1ポツ目「相談支援センター間での情報共有や」を「相談支援センター間での情報共有をし、他の相談支援センターを紹介できる体制を作る。また、」に修正。
- 4ポツ目「全国の中核的機能を担うことが期待される。」を「全国の中核的機能を担うこと。」に修正。
- 「相談する対象が現在、点在している。これを面となるような相談体制にし、がん患者・家族が無駄な労力、無駄な時間を使わないですむようにする。情報集約が必要。」を追加。(以上、前川委員)

- 「がんの診断後すぐに、拠点病院の相談支援センターに必ず繋がるシステムを構築し、その後患者・家族が希望するときに支障なく相談し、支援を受けられる体制を整備する。」を追加。(松本委員)
- 1ポツ目「相談支援センターの人員確保に引き続き努めるとともに、」のあとに「研修の内容を充実させる。また、」を追加する。
- 「拠点病院の相談支援センターにおいて、施設ごとに、相談の件数が大きく異なり、相談件数が多い施設においても、適切に相談に応じていくことができる体制が確保できるよう、地域におけるがん診療に対する貢献の大きさ等を反映した、相談支援センターの運営に必要な財政的措置が図られることが望ましい。」「医療関係者や福祉関係者が、がん患者等に適切に情報を提供していくことができるよう、医療関係者や福祉関係者に対して必要な支援ができる体制を構築すること。」及び「世の中におけるがんに関する不適切な情報について、中立的な立場で評価を行い、評価結果を広く周知していく体制が構築されることが望ましい。」を追加する。(以上、嘉山委員)
- 「医療機関の診療実績の量的、質的な情報を提供する。」を追加。(原委員)
- 1ポツ目「相談支援センター間での情報共有や相談者からのフィードバックなどを通じて、相談支援の質の向上に努める。」の末尾に、「また、不安等の精神心理的苦痛を抱えるがん患者や家族が適切なケアを受けることができるよう、相談員に対して基本的な精神的なケアに関する研修を進めていくとともに、精神腫瘍医等の専門家による診療が必要な相談支援センターの利用者については、適切なタイミングで円滑に受診ができるよう、体制を整備していく。」を追加。(天野委員)

#### (4) がん登録

(タイトルについて)

- 「がん登録」ではなく「がん登録の法制化とシステム化」とするべき。(江口委員)

(目指すべき方向)

- 「がん登録」では国の役割を明記する必要あり。(江口委員)
- 4ポツ目の「将来的には法制化することも視野に入れ」の前に「効率的な予後調査体制を構築しつつ、」を追加する。(嘉山委員)

#### (5) がんの予防

- 「がん予防」ではなく「がん予防対策」とするべき。(江口委員)

#### (6) がんの早期発見

- 「がん検診」ではなく「がん検診の体制整備」とするべき。(江口委員)
- 現行がん検診の質の検討。検診業務入札制の実情調査と再検討が必要。
- がん対策の柱として、がん検診集計DBと統計解析等を統合し、システム化する。
- 国の事業として多職種専門家によるアドバイザーボードの設置。(以上、江口委員)

#### (7) がん研究

- 新たな治療法の開発導入に関するプロセスの改善として、がん緩和・支持療法の臨床研究体制を関連学会などを通じて整備する。
- がん検診妥当性研究と導入評価体制の整備として、がん検診に関する多職種専門家による実践的アドバイザーボードを設置・運用する。
- 緩和ケアの質の調査研究の推進として、定期的な大規模調査研究に関する常設委員会を組織する。
- キャンサーサバイバーに関する社会支援の研究体制を整備する。(以上、江口委員)

#### (8) 小児がん

(現状)

- 1ポツ目「小児 から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症する多種多様ながん種からなる。」を、「乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、成人とは異なる多種多様かつ予防が出来ないがん種からなる。」に修正。
- 3ポツ目「日常生活や就学・就労に支障を来すこともある。」を、「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。」に修正。(以上、天野委員)

(課題)

- 1ポツ目の末尾「懸念される。」を「懸念されている。」に修正。(前川委員)
- 「小児がん領域は、製薬企業にとって魅力に乏しい分野であるため、新規抗がん剤の開発が著しく遅れている。」を追加。(原委員)
- 1ポツ目「受けられていないことが懸念される。」を、「受けられていない。」に修正。

- 2ポツ目「患者の教育環境や自立に向けた支援、家族への配慮が必要である。」を、「患者の教育環境や自立、患者の支えとなる家族（きょうだいを含む）への支援に向けた長期にわたる支援体制が必要である。」に修正。（以上、天野委員）

（目指すべき方向）

- 治療は拠点病院でフォローアップは地域の医療機関のように役割分担をするべき。
- 医師の教育についても患者を集約した上で行うべき。
- 小児の在宅医療も重要である。現状、NICUの患者の退院先がなく満床が続いている。（以上、川越委員）
- 3ポツ目「小児がん拠点病院を中心として他の医療機関等との役割分担と連携を進める。」の「他の医療機関等」の文言を、「小児がんの専門病院やその他の医療機関等」に修正。（前原委員）
- 4ポツ目を前半と後半に分割し、2行目の小児がん以降の部分を「小児がんに関する情報や小児がん拠点病院の診療実績などを集約・発信する。」に修正。コールセンター以降の部分は別項とする。
- 「小児がんの疫学データを把握して小児がん医療の向上に資するために、臨床情報も含んだ小児がん登録を実施する。」を追加。
- 「長期フォローアップ体制の確立とデータベースの構築を行う。」を追加。
- 「小児がん領域の臨床試験の推進、抗がん剤の適応取得などを迅速に行うための基盤整備を行う。」を追加。
- 「小児がんに対する新規抗がん剤の開発や支持療法薬の小児適応の取得を推進するための制度を構築する。」を追加。（以上、原委員）
- 3ポツ目を、「患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、初期治療の段階では地域の医療機関から小児がん拠点病院への連絡や患者の移動がスムーズに行える体制を整備するとともに、その後、患者が発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域にとどまり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療・サービスを受けられるよう、小児がん拠点病院と地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。さらに小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援も行う。」に修正。
- 4ポツ目「小児がんに関する情報」を、「小児、思春期、若年成人がんに関する情報」に修正。
- 4ポツ目「機関のあり方について今後検討を進める。」を、「機関のあり方について、医療関係者、患者、家族が参画する評価体制に基づいて、今

後検討を進める。」に修正。（以上、天野委員）

（9）がんの教育

（現状）

- 1ポツ目「民間を中心とした ～ 様々な形で行われている。」を、「民間を中心としたキャンペーン、がん検診普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われているが、それぞれが単発的で十分な効果が表れているとは思えない。」に修正。
- 「「患者必携」は、情報収集が苦手な世代には、知られていない。」を追加。（以上、前川委員）

（目指すべき方向）

- がん教育は、義務教育・高校の段階と大人を明確に区別し、それに対応すべきである。（前川委員）
- 「学童へのがん教育」については、内容・方法の妥当性と有用性を長期的に第三者評価する必要あり。学童への教育は実行できるが、長期的な効果は不明で検証されていない。
- 対象を特定し、対象別の教育方策が必要である。学童、医療関係学生、医療・介護関係者および行政関係者等、または、患者・家族、がん以外の通院患者、一般市民など。さらに、教育効果および有用性評価とフィードバックが必要。（以上、江口委員）
- 1ポツ目「子どもの時から健康について学び、」を「義務教育段階で「健康といのちの大切さ」について教え、」に修正。  
「正しい知識と認識を持つことが重要」を「正しい知識と認識を持つよう指導することが重要。」に修正。
- 「がんを正しく理解し、がん患者に対しても正しい認識を持つことが必要である。」を「「がん」や「がん患者」を正しく理解するよう指導する必要がある。」に修正。
- 3ポツ目「がん患者・家族等が ～ 環境を整備する。」の末尾に「そのためには、死生観の確立の必要性があり、死生観の教育も伴う。」を追加。
- 「がん教育は、義務教育段階と、大人とを明確に分けるべき。そのためには、文科省の協力が必要である。」を追加。（以上、前川委員）
- 「学校教育において、がんという疾病そのものの知識だけにとどまらず、いのちについての学習も必要。」を追加。
- 「職域において、予防や検診についての啓発と同時に、被雇用者がが

んと診断されたときの支援体制などについての啓発も必要。」を追加。  
(以上、松本委員)

(重点課題と全体目標の記載順について)

- 基本方針のあとに全体目標、そのあとに重点課題を記載するべきではないか。(本田委員、真島委員)
- 現行の順番の方がわかりやすいのではないか。(松月委員、前原委員)
- 基本計画は、あくまで、がん対策基本法の計画であるから、法律に基づいた作成された現行の計画を尊重する必要がある。
- 全体目標のあとに重点課題となると、その次は「分野別施策～」となり、これこそ、2つの冒頭に同じものが並ぶと言う形になり、おかしくならないか。また、現行計画で地方も計画を策定しているのに、順序を入れ替えると、「重点課題」の重要度が下がったのか、なぜ、今回、入れ替えたのか(なぜ、最初から、そうしなかったのか)という説明が必要で、説得力ある説明ができないのではないか(単なる見栄え論では却って不信感を買ひ、混乱しはしないか)。(以上、中川委員)
- 現行のままのほうが、県・国民は、わかりやすい。(前川委員)

(必要な事項について)

- 「目標の達成状況の把握とがん対策全体を評価する指標の策定」ではなく、「目標の達成状況の把握と評価指標による評価とそれらによるフィードバック」とすべき。
- 「目標の達成に関するロードマップ概略と評価尺度の提示」を追記すべき。
- 「基本計画の見直し」の文言が不明。元々、見直しの作業そのものがこの全体構成(案)のはずなので不要では無いか。(以上、江口委員)

(その他のご意見)

- 「がん患者」の定義は、立場によって捉え方に相違があるようである。基本計画の最後のページに、その定義を書き込むべき。(前川委員)
- 医療にはリスクがあり、安全ながん医療を提供することは重要。「安全ながん医療の提供」を分野別施策に追加すべき。(前原委員)
- 難治がん・希少がんを分野別施策に追加すべき。(真島委員)

平成 23 年 12 月 12 日

厚生労働省がん対策推進協議会会長 門田守人様  
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室室長 鷲見学様

厚生労働省がん対策推進協議会委員  
天野慎介

がん対策推進基本計画における「がん患者の精神的な痛み」への対応について

がん患者には、いわゆる身体的・精神的・社会的な痛みがあるとされています。前回のがん対策推進協議会では、社会的な痛みの軽減として「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」（がん患者の経済的負担の軽減、就労支援、サバイバーシップなど）を全体目標の一つとして取り上げることを提案させていただき、協議会の了承をいただきました。

一方、精神的な痛みの軽減に関しては、がん患者は診断時から検査、治療、その後の経過観察において、大きな精神心理的な不安を抱えているにもかかわらず、前回協議会において事務局より提示された「骨子案」での内容では、わずかに「緩和ケア」の項において「精神腫瘍医の配置」のみの記述であり、前回協議会においても指摘をさせていただいた通り、その記述および対応が不十分であると考えます。

がん患者の「精神的な痛み」への対応として、次期がん対策推進基本計画において以下の記述を求めるとともに、精神的な痛みの軽減に関する必要性を示すものとして、日本サイコオンコロジー学会より提供いただいた資料を参考資料として添付いたします。

記

- 各種調査において、がん患者の悩みとして大きな比重を占めるのが「不安などの心の問題」であり、がん医療への不満を感じる最大の理由が「患者・家族への精神面に対する支援の不足」であることが示されている（以上、添付資料参照）ことから、がん患者の精神的な痛みを軽減するための施策が求められていること。
- 診断からの切れ目のない緩和ケアの提供において、疼痛などの身体的な苦痛の除去や軽減のみならず、診断時の不安や落胆等の精神心理的苦痛を抱える患者と家族が適切な精神心理的ケアを受けることができるよう、精神的苦痛、社会的苦痛への対応をふまえた全人的ケアの提供が求められていること。
- 相談支援において、がん診療連携拠点病院における相談支援センターでは、精神腫瘍医などの専門家との連携を強化し、精神心理的苦痛を抱える患者と家族への支援を充実させること。

# 資料

## 日本サイコオンコロジー学会

### 概要

- がん対策推進基本計画に沿った施策により、この5年間で基本的な緩和ケアの体制整備は進んだ。
- しかし、診断・治療期の患者・家族が強く望む精神心理的ケアへの対策が残された。  
(がん対策推進基本計画 中間報告書)
- 特にサバイバーについては、問題の把握(特に精神面での療養生活の質の評価方法、調査)がなされていない。
- 次期基本計画の5年では、「心の痛みの軽減を支援」するために患者・家族のニーズに応じたきめ細かい多層的なプログラムを整えること、および診断・治療期の患者・家族、サバイバーの問題把握が課題

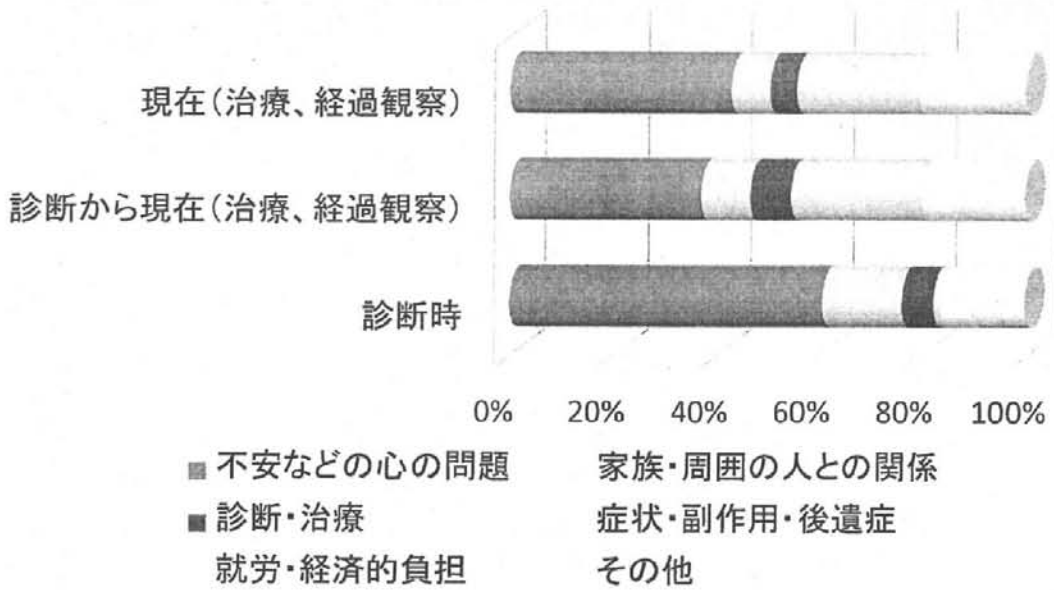
# 資料内容

- 患者・家族の苦痛(現状)
- 精神心理的ケアの概要
- 相談支援における精神心理的ケアの整備の必要性
- サバイバーへの支援
- 精神腫瘍学の研究の推進

## 患者・家族の苦痛

- 身体的、社会的、精神心理的苦痛の3つの面から支援体制を整える必要
- 特に、診断時や治療期においての精神心理的ケアの充実が患者・家族から強く求められている
- 治療や相談支援と連携した精神心理的ケアの提供体制を整えることが重要
  - 精神腫瘍医の育成
  - 相談支援センターの強化と精神腫瘍医との連携
  - 認定・専門看護師への教育研修
  - 在宅ケアへの教育研修

# 診断・治療期・経過観察の時期の悩み(7000名への調査)



診断・治療期・経過観察を通して、患者・家族の抱える一番大きな問題は心の問題である

「がんと社会学」に関する合同研究班 報告書より

市民医療協議会 日本医療政策機構

## 患者が求めるがん対策 vol.2

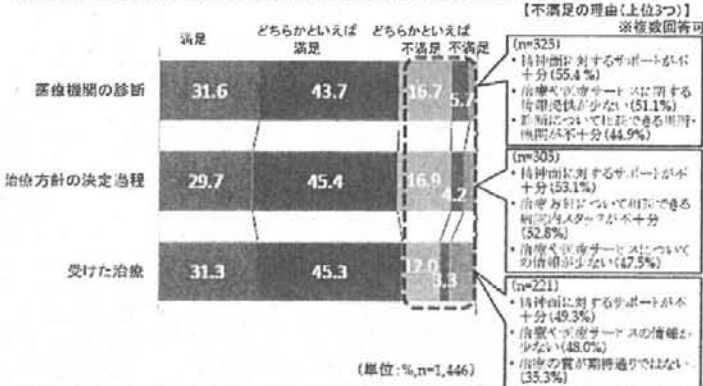
～がん患者意識調査 2010年～

### ④がん医療に「不満足」5人に1人、理由は精神面のサポート不足が首位

がんの診断、治療方針の決定過程、受けた治療、3つのポイントの満足度については、「不満足」がどちらかといえば「不満足」と回答した人を合わせると、およそ5人に1人が不満足と回答している。不満足の原因を聞いたところ、いずれのポイントにおいても、「精神面に対するサポートが不十分」の理由に最も多くの回答が集まった。

図④-1

がんが診断されたとき、医療機関の診断は満足いくものでしたか。(問13)  
初期の主要な治療方針について、治療方針の決定過程は満足いくものでしたか。(問14)  
現在あるいは直近の治療について、受けた治療は満足いくものでしたか。(問15)



自由記述欄に寄せられたコメント(抜粋、表記の統一など、文意が変わらない範囲で変更しました)

- 医師不足の現状の中で仕方がないかとおさめつつも、患者の肉体的な現状のみならず、患者の「心」のケアは淋しい感じがります。(がん患者・経験者、70歳代、女性、乳房)
- 術後の心のケアがほしいです。(がん患者・経験者、60歳代、女性、胃)
- がんを宣告された後の身の振り方を相談できる機関、手術退院後の心身のケアしてくれる機関が必要(がん患者・経験者、60歳代、女性、胃)

- がん患者・家族への郵送・インターネット調査(回答者数1446名)
- がん医療への不満を感じる最大の理由は、患者・家族への精神面に対する支援の不足

日本医療政策機構  
患者が求めるがん対策 Vol.2  
がん患者意識調査2010年より



# 望まれる精神心理的ケアの内容

## 情緒的サポート

- ・ 共感的な姿勢・配慮
- ・ 傾聴



## 適切な情報提供

- ・ 生活(がんとともに生きる)
- ・ 医療(医療福祉の情報)
- ・ 治療(疾患、治療、臨床試験)



## 精神症状への 医学的支援

- ・ 社会的問題や「気持ちの持ちよう」に見える問題の背景にある医学的対応の必要性を判断
- ・ 精神医学的治療(うつ病、自殺の危険、パニック障害、認知症)

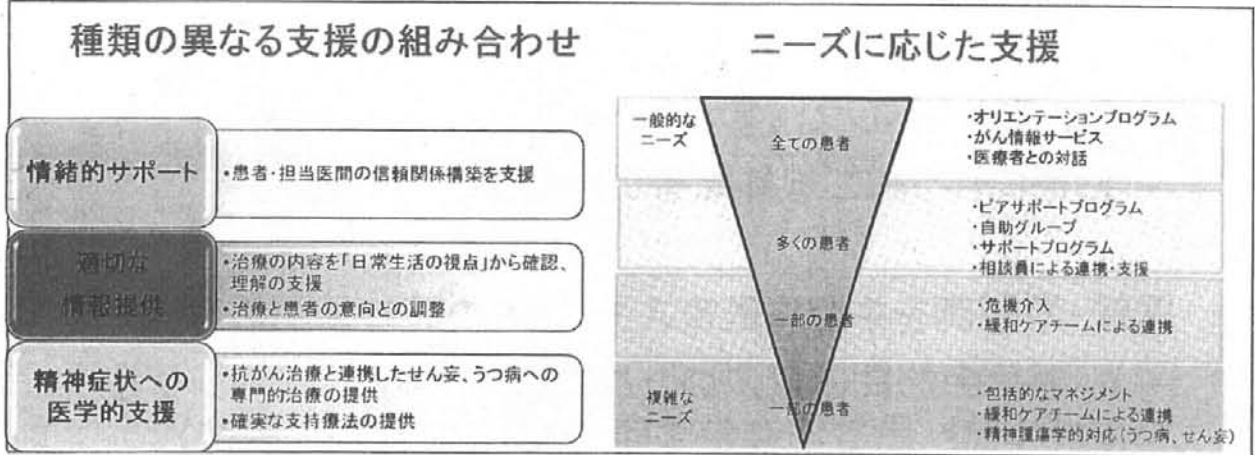


医療者には単なる傾聴だけではなく、精神症状の診断と治療、心理社会的問題の評価・問題解決の2点が求められている

## 早期からの緩和ケア提供における最大の問題は「心のケア」

診断・治療期の患者・家族の不安

- ・ 手術・化学療法などの治療の意義を「日常生活との関係」を理解するのが大変・納得できないことによる不安・恐怖
- ・ 背景に「がん」という病気からくる「見通しの不確かさ」、「死」を自分のものとして感じる恐怖
- ・ 適応の破綻からくるうつ病



信頼できる主治医患者関係の達成



## 相談支援における精神心理的プログラムの整備

- 相談支援センターと精神腫瘍医との連携を強化し
  - うつ病、せん妄、認知症、自殺対策の適切な連携
  - ピアサポートと連携した支援： スーパーバイズやピアサポーターへの支援
- 相談支援センター相談員への教育研修
- 全国の相談支援センターで実施できる精神心理的ケアのプログラムの整備
  - 精神心理的苦痛に対する標準的アセスメント方法の開発と実施
  - 全国の拠点病院で実施できる標準的なサポートプログラムを開発し、相談支援センターで実施

相談支援の課題は情報提供に焦点があてられる一方、同時に提供されるべき精神心理的ケアの問題が検討されていない

## サイバーへの支援の必要性

- 治療と連携した精神心理的ケアの提供体制
- 治療後の問題への支援
  - 就労、家族関係の変容への効果的な支援体制の整備
  - うつ病やストレス障害などの治療
  - 治療に伴う認知機能障害の治療
- 医師・看護師を中心に医療スタッフへの研修体制の整備
  - 心理社会的問題解決のための基本的カウンセリング技術の研修(患者個々の意向に対応した対話と調整)
  - 精神症状に関するアセスメント技術の研修

# 精神腫瘍学領域の研究推進の必要性

- 全国のがん診療連携拠点病院で実施可能な、サバイバーの意向にきめ細かく評価対応する支援プログラムの開発
- 精神腫瘍医のみならず、医療スタッフ各職種で精神腫瘍学を担う専門スタッフを育成するプログラムの開発
- サバイバーの療養生活の質の評価方法を患者・家族とともに開発し、サバイバーを対象とした全国調査を実施
- 高齢者に安全な治療を提供するために、治療の適応を効果的に判定する評価方法を確立する
- 治療と精神心理的問題との関連を明らかにするための全国的なコホート調査

がん診療連携拠点病院と国立がん研究センターが提案する

新たに取り組むべきがん対策についての「50の提言」

国立がん研究センター理事長  
嘉山 孝正

本提言は、がん医療の最前線である全国のがん診療連携拠点病院の現場の医療従事者が考えている「がん対策の課題とその解決策」に対する意見を集約し、国立がん研究センターが、わが国のがん対策をより一層推進していくうえで、特に重要であり優先して新たに取り組むべきことをとりまとめたものである。次期がん対策推進基本計画の策定にあたり、「がん医療を担う現場の声」として、本提言を提出する。

本提言の作成にあたって、全国のがん診療連携拠点病院に対して、がん対策に関する課題とその解決策について、自由記述式のアンケートを実施した。268施設から回答があり、合計 2,673 の意見が寄せられた。分野ごとに内容分析による解析を行い、得られた結果について国立がん研究センターの当該分野の専門家によるフォーカスグループインタビューを行い、各分野ごとに特に重要と考えられる提言について3~4 ずつ抽出を行ない、全体で 50 の提言としてまとめたものである。

1. 放射線療法

1-1 放射線療法を適切に提供していくために、放射線療法を実施するうえで必要な人員体制、質的管理体制、安全管理体制などの施設の基準を、実施する放射線療法の範囲に応じて段階的に定めること。そのうえで、その実施体制に応じた必要な財政的措置を図ること。特に、精度管理が適切に実施されるよう、がん診療連携拠点病院など地域の放射線療法の中核的な役割を担っている施設においては、専従の精度管理担当者を配置するなどの体制を整備し、必要な財政的措置を図ること。

1-2 がん患者に必要な放射線療法を実施できるよう、放射線療法に関する施設の状況や人員配置の状況に基づいて、地域における各医療機関の役割を明確化し、医療機関間の連携を強化すること。

1-3 質の高い放射線療法を提供していくために、放射線療法を専門とする医療従事者（医師、診療放射線技師、医学物理士、看護師など）を育成すること。

2. 化学療法

2-1 外来化学療法を適切に提供していくために、外来化学療法を安全に実施するうえで必要な人員体制などの施設の基準を定めること。そのうえで、施設の基準に応じて、実施できる化学療法の範囲を定めるとともに、必要な財政的措置を図ること。

2-2 がん患者に安全な化学療法を実施できるよう、各医療機関の化学療法の提供体制に基づいて、地域における各医療機関の役割を明確化し、医療機関間の連携を強化すること。

2-3 高度な知識や技術を有したがん薬物療法専門医を育成すること。

2-4 臨床試験をより効率的に推進する体制を整備し、ドラッグラグの解消を図ること。

3. 緩和ケア

3-1 がん治療の初期段階から、医師を含めた医療従事者、がん患者とその家族が、「苦痛を軽減するために必要な医療」として緩和ケアを認識し選択できるよう、医療従事者や一般市民への緩和ケアに関する正しい理解を普及すること。さらに、がん診療連携拠点病院などでの緩和ケアへの取り組みや結果が、がん患者とその家族、地域の市民に分かりやすく示されるようにすること。

3-2 がんの痛みなどの身体的な苦痛を緩和する治療の質の向上のため、がん専門病院や緩和ケア病棟での臨床研修などの実地教育体制を充実させること。精神心理的な苦痛に対する心のケアをより一層推進するために、医療従事者が基本的な心のケアの知識や技能を学ぶ機会を増やすとともに、がん患者の心のケアを専門的に行う精神腫瘍医などの医療従事者を育成すること。

3-3 地域における緩和ケアの提供体制が充実するよう、がん診療連携拠点病院や在宅療養支援診療所、その他の医療機関や施設が参加する緩和ケアに関する連携体制について、それぞれの地域で話し合える場の設定を推進すること。そのうえで、それぞれの地域において、医療機関や施設ごとの役割を明確にし、不足している資源などの問題を、地域で一体となって対応していく体制を構築すること。

3-4 身体的苦痛の緩和を図る薬物療法、放射線療法、IVR、神経ブロック、リハビリテーションなどの技術に加え、精神心理的苦痛を軽減する技術も含め、緩和医療の新たな技術の開発に取り組み、総合的にがん患者の苦痛を和らげるための緩和ケアに関する研究を強化すること。

#### 4. 在宅医療

4-1 質の高い在宅医療を提供していくため、在宅医療に従事する医療従事者を育成するとともに、継続的な研修体制を整備すること。

4-2 適切なタイミングでの在宅医療への移行を実現するため、広く一般の医療従事者への在宅医療に関する教育を充実すること。

4-3 在宅医療に関わる地域の医療機関がお互いに協力できるよう連携体制を構築し、地域の在宅医療の体制を強化するために、共同診療の推進など具体的な連携を促進すること。

#### 5. 手術療法

5-1 技術と知識が十分な外科医が安定して手術療法を提供できる体制を整備するため、外科医の確保と育成を図るとともに、職場環境の改善を促進すること。また、ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）などの低侵襲治療を含めた先進医療や最新の医療の技術を習得するための体制を整備すること。

5-2 手術療法に関する施設の状況や人員配置の状況、実施している手術の難易度などに基づいて、地域における各医療機関の役割を明確化し、医療機関間の連携を強化すること。

5-3 特定の施設においては、保険適用前機器の使用制限を緩和し、臨床デ

ータを早期に収集できる体制を整え、デバイスラグ解消につながる制度と体制を整備すること。

#### 6. 病理診断

6-1 がん診療を行う医療機関に対し、がん診療において不可欠な病理診断を専門とする医療従事者の配置などの施設の基準を定めること。そのうえで、その実施体制や実施する病理診断の質に応じた必要な財政的措置を図ること。

6-2 病理診断について、高度な診断を専門性の高い施設に集約する体制を整備すること。あわせて、地域における各医療機関の役割を明確化し、病理医が不足している地域においては遠隔診断などを含めたコンサルテーションを補助的に用い、全国のがん医療の質が保たれるようにすること。

6-3 質の高い病理診断を実施するため、病理診断を専門とする医療従事者を育成すること。

6-4 病理診断において、従うべきガイドラインや、診断の質を評価する手法・精度管理の手法を整備し、標準化を進めること。

#### 7. ガイドライン

7-1 各学会が、科学的根拠に基づく診療ガイドラインを適切なタイミングで整備・更新するために、国が必要な財政的支援を行うこと。

7-2 がん診療におけるガイドラインの位置づけを明確にするとともに、医療従事者が利用しやすい効果的なガイドラインのあり方について検討する体制や、各学会が提示するガイドラインの質を評価する体制を整備すること。

7-3 各医療機関における診療ガイドラインの運用方法について関係者の間でコンセンサスを形成し、診療ガイドラインの適切な運用について、各医療機関の状況をモニタリングする体制を整備すること。

#### 8. 医療機関の整備

8-1 病院の多様性が地域のがん診療を支えていることを踏まえ、画一的な

がん診療連携拠点病院の指定要件の見直しを行うこと。その際、がん診療連携拠点病院が担うべき役割を明確にし、実状に即した指定ができるよう段階的または類型別の指定ができるようにすること。また、その提供する診療の程度に応じた必要な財政的措置を図ること。

8-2 地域ごとにがん医療の提供体制が異なる実情を踏まえ、がん診療連携拠点病院を含めた各施設が参加するがん医療に関する連携体制について、それぞれの地域で話し合える場の設定を推進すること。そのうえで、それぞれの地域において、医療機関ごとの役割を明確にし、地域の医療機関の連携を促進すること。

8-3 がん診療連携拠点病院を含め、がん診療を行う医療機関が提供する診療内容について、評価方法を明らかにし、また、その評価結果を広く一般に公開することで、患者が適切な施設を選択できる環境を整えること。

8-4 それぞれの地域の医療水準の向上を目指し、がん診療連携拠点病院が地域の医療機関の医療従事者の育成に取り組めるようにすること。また、人材育成に関わる地域の医療従事者同士の関係を構築し、地域連携を推進すること。

## 9. 相談支援

9-1 がん診療連携拠点病院の相談支援センターの業務状況は施設ごとに多様であり、対応している相談の内容や件数が大きく異なるため、相談支援センターの役割を改めて明確にし、実績に応じた必要な財政的措置を図ること。

9-2 がん患者や家族の療養生活の質の向上に資する相談が可能ながん専門相談員を育成すること。

9-3 相談支援センターについて、患者や家族、市民への普及啓発を強化すること。

## 10. 情報提供

10-1 がんに関する情報の提供や、その基礎となる情報収集について、行政も含めた各機関や施設の役割を明確に定義し、その役割に応じた必要な財

政的措置を図ること。

10-2 がんに関する様々な情報を中立的な立場から監視評価し、不適切な情報については規制を含む対応も行う第三者機関を設置すること。

10-3 必要な情報が届きにくい患者層に対しても適切な情報が届くように、インターネットのみではなく、医療や福祉関係者を介した情報提供が促進される体制を整備すること。

## 11. がん登録

11-1 正確で迅速ながん登録を実施するため、効率的に罹患情報を収集・処理し、予後調査を行う体制を整備すること。そのために、人口動態統計・レセプト・DPC・病理診断データ、住民基本台帳ネットワークなどの既存のデータソースをがん登録に積極的に利用することができるよう、がん登録の法制化を早期に実現すること。

11-2 各種がん登録において、登録項目の共通化やデータベースの一元化などの連携を強化し、また、社会保障共通番号が導入されたときにはがん登録への利用を推進し、がん登録実務に伴う負担の軽減を図ること。また、登録実務者の育成を進めるとともに、登録実務者の適切な配置を図ること。がん登録の実施体制に応じた必要な技術的支援や財政的措置を図ること。

11-3 市民や臨床の現場、行政における、がん登録データの有効な活用方法を整理し、既存データソースと統合した情報を作成して、利用者に応じた適切な統計情報を提供することで、データの活用を促進すること。

## 12. がん予防

12-1 基礎研究や予防介入研究、政策研究などの、がん予防に関する研究体制を人・財政の両面から強化し、がん予防を推進する上で必要な、エビデンスを構築すること。

12-2 エビデンスを基に、中立的な立場からリスク評価を行い、科学的根拠に基づく政策提言を行う組織・体制を整備すること。

1 2-3 たばこをはじめとした生活習慣に関わるリスク要因の改善や、がんの原因となるウイルスや細菌などへの感染予防など、既に予防効果に関するエビデンスが明白な領域について、公費の投入も含め、対策を強化すること。

### 1.3. がん検診

1 3-1 科学的根拠に基づいた手法によるがん検診のガイドラインの整備を進めるとともに、有効性がまだ不明の検診の実施についてはガイドラインを参照し検討を進めること。

1 3-2 科学的根拠に基づいたがん検診に関して、適切な検診の実施方法を普及すると同時に、精度管理を徹底する体制を整備すること。

1 3-3 効果の高い受診勧奨の手法を明らかにすると共に、そうした方法について標準化を進めて各地域への普及を図り、受診率の向上を目指すこと。ただし、がん検診の受診率が上がることによる医療現場への影響も考慮し、わが国において効率的にがんを早期発見していくための体制についても検討すること。

### 1.4. がん研究

1 4-1 優良な医療シーズを産み出す基礎研究の充実とトランスレーショナルリサーチの推進により、新たな診断・治療法の開発を促進すること。また、国民全体の健康向上のために、発がん機構の解明、予防法の開発、超早期診断法の開発を、最新の科学的知見を活用して推進すること。

1 4-2 一定水準の条件を満たしている医療機関に対し、政府が主導して臨床研究を推進する体制を整備し、多施設共同臨床研究の実施を促進し、新たな医療シーズの創出とそれに基づく新たな医療の開発、標準化をより一層進めること。

1 4-3 研究期間が長期にわたる大規模な公衆衛生研究が効率的に実施される体制を強化し、ヒトでのがん予防推進のためのエビデンスの構築と発がん要因の解明に努めること。また、政策研究を支援する体制を強化し、がん予防やがん検診、医療の提供体制などのがん対策を進めていくうえで必要なエビデンスを明らかにし、根拠に基づいたがん対策の立案に利用していくこと。

1 4-4 網羅的かつ包括的な、優良な臨床データを伴うがんのバイオバンクを、全国のがん診療連携拠点病院を含めたオールジャパンの体制で構築すること。

### 1.5. がん対策

1 5-1 がん医療について、全国及び地域の現状を分析・把握するための体制を整備し、それらの情報を基に政策の立案・評価を実施すること。また、現状の分析に基づき、がん政策において達成すべき長期的目標を設定し、その目標を達成する上で必要な個々の対策について明確にすること。

1 5-2 それぞれの地域で、地域の特性に応じたがん対策を推進していくために、地域においてがん対策を企画し実行していく者を育成する環境を整えること。

1 5-3 我が国において、生死に関わる最も身近な疾患であるがんについて、国民に対する普及啓発に取り組むこと。特に若年層に注力するとともに、学校教育にがんについての授業を取り入れ、児童への普及啓発を強化すること。