2012.4.12「国会がん患者と家族の会」次第

司会進行：事務局長　梅村聡

1．世話人代表　挨拶　鴨下　一郎　先生（代表世話人：尾辻　秀久　先生）

2．厚生労働省健康局がん対策・健康増進課より、次期がん対策推進基本計画と、日本の「がん登録」の現状と世界各国の現状についてヒアリング

○厚生労働省健康局がん対策・健康増進課

木村博承　課長
鷲見学　　がん対策推進官
松田周作　調整官
秋月玲子　課長補佐

3．日本医学会より、「がん登録」について意見表明

○日本医学会

高久史麿　会長
門田守人　副会長

4．患者会の方々より、「がん登録」の必要性についてヒアリング

○天野慎介（ＮＰＯ法人グループ・ネクサス理事長）
○天野美智子（ランゲルハンス組織球症患者会代表）
○井上るみ子（国立がん研究ｾﾝﾀｰ小児腫瘍科親の会ＣＯＳＭＯＳ会代表）
○内田絵子（ＮＰＯ法人ブーゲンビリア理事長）
○小畑和馬（ＮＰＯ法人小児がん治療開発サポートＳＵＣＣＥＳＳ事務局）
○片木美穂（卵巣がん体験者の会スマイリー代表）
○桜井なおみ（ＮＰＯ法人ＨＯＰＥ★プロジェクト理事長）
○野村一恵（国立成育医療研究ｾﾝﾀｰ内小児がん患者家族の会あすなろｸﾗﾌﾞ代表）
○井上玲子（国立成育医療研究ｾﾝﾀｰ内小児がん患者家族の会あすなろｸﾗﾌﾞ事務局）
○松本陽子（ＮＰＯ法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長）
○馬上祐子（小児脳腫瘍の会副代表）

5．国会議員と患者会の皆様との意見交換

次期がん対策推進基本計画案の概要

趣旨

がん対策推進基本計画（以下「基本計画」という）は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき政府が策定するものであり、平成19年6月に策定され、基本計画に基づきがん対策が進められてきた。今回、前基本計画の策定から5年が経過し、新たな課題も明らかになっていることから、見直しを行い、新たに平成24年度から平成28年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにするものである。これにより「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」を目指す。

第１　基本方針

- ○　がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施
- ○　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
- ○　目標とその達成時期の考え方

第２　重点的に取り組むべき課題

1. **放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成**

　がん医療を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、チーム医療を推進し、放射線療法、化学療法、手術療法やこれらを組み合わせた集学的治療の質の向上を図る。

2. **がんと診断された時からの緩和ケアの推進**

　がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させる。

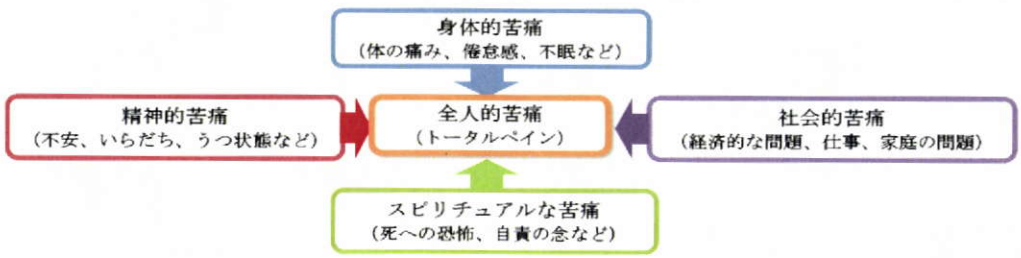
3. **がん登録の推進**

　がん登録はがんの種類毎の患者の数、治療内容、生存期間などのデータを収集、分析し、がん対策の基礎となるデータを得る仕組みであるが、未だ、諸外国と比べてもその整備が遅れており、法的位置付けの検討も含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図る。

4. **㊕働く世代や小児へのがん対策の充実**

　我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取組を推進する。

がん患者の抱える様々な痛み

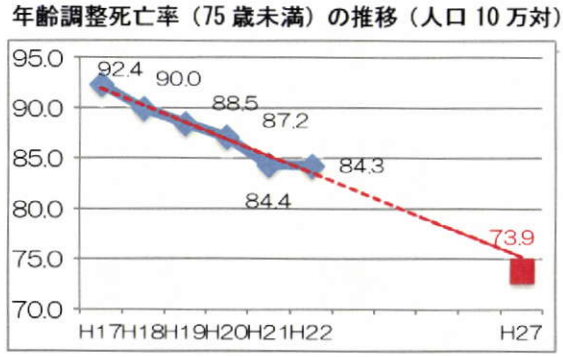


第３　全体目標（平成 19 年度からの 10 年目標）

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

（裏面に続く）

年齢調整死亡率（75 歳未満）の推移（人口 10 万対）



第４　分野別施策と個別目標

1. がん医療

（１）　放射線療法、化学療法、手術療法のさらなる充実とチーム医療の推進

3年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備する。

（２）　がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

がん医療を担う専門の医療従事者を育成し、がん医療の質の向上を目指す。

（３）　がんと診断された時からの緩和ケアの推進

5 年以内に、がん診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する。3 年以内に拠点病院を中心に緩和ケアチームや緩和ケア外来の充実を図る。

（４）　地域の医療・介護サービス提供体制の構築

3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内にその機能をさらに充実させる。また、在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目指す。

（５）　㊕医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

有効で安全な医薬品を迅速に国民に提供するための取り組みを着実に実施する。

（６）　その他（病理、リハビリテーション、希少がん）

2. がんに関する相談支援と情報提供

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

3. がん登録

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

4. がんの予防

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

5. がんの早期発見

がん検診の受診率を 5 年以内に 50%（胃、肺、大腸は当面 40%）を達成する。

※健康増進法に基づくがん検診の対象年齢は、上限の年齢制限を設けず、ある一定年齢以上の者としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も勘案し、40～69 歳（子宮頸がんは 20～69 歳）を対象とする。

※がん検診の項目や方法は別途検討する。※目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。

6. がん研究

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

7. ㊕小児がん

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

8. ㊕がんの教育・普及啓発

子どもに対するがん教育のあり方を検討し、健康教育の中でがん教育を推進する。

9. ㊕がん患者の就労を含めた社会的な問題

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

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と予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定
7. 基本計画の見直し

がん対策推進基本計画
（変更案）

平成２４年３月

目次

はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

第１ 基本方針・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
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
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・2
3. 目標とその達成時期の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

第２ 重点的に取り組むべき課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
1. 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
2. がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・・・・・・・4
3. がん登録の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・4
4. 働く世代や小児へのがん対策の充実・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

第３ 全体目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
1. がんによる死亡者の減少・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
2. 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上・・・6
3. がんになっても安心して暮らせる社会の構築・・・・・・・・・・・・・・6

第４ 分野別施策と個別目標・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
1. がん医療・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
（１） 放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進・・・・・・・・・・・・・・・・・・6
（２） がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成・・・・・・・・・・・１０
（３） がんと診断された時からの緩和ケアの推進・・・・・・・・・・・・１１
（４） 地域の医療・介護サービス提供体制の構築・・・・・・・・・・・・１４
（５） 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組・・・・・・・・１６
（６） その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１８
2. がんに関する相談支援と情報提供・・・・・・・・・・・・・・・・・・１９
3. がん登録・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２０
4. がんの予防・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２２
5. がんの早期発見・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２４
6. がん研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２６
7. 小児がん・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２９

8. がんの教育・普及啓発・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３０
9. がん患者の就労を含めた社会的な問題・・・・・・・・・・・・・・・・３１

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・・・・・３３
1. 関係者等の連携協力の更なる強化・・・・・・・・・・・・・・・・・・３３
2. 都道府県による都道府県計画の策定・・・・・・・・・・・・・・・・・３３
3. 関係者等の意見の把握・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３３
4. がん患者を含めた国民等の努力・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３３
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化・・・・・・・・・・・・３４
6. 目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定・・・・・・・３５
7. 基本計画の見直し・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・３５

はじめに

がんは、日本で昭和５６（１９８１）年より死因の第１位であり、平成２２（２０１０）年には年間約３５万人が亡くなり、生涯のうちに約２人に１人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題である。

日本のがん対策は、昭和５９（１９８４）年に策定された「対がん１０カ年総合戦略」、平成６（１９９４）年に策定された「がん克服新１０か年戦略」、平成１６（２００４）年に策定された「第３次対がん１０か年総合戦略」に基づき取り組んできた。

さらに、がん対策のより一層の推進を図るため、がん対策基本法（平成１８年法律第９８号。以下「基本法」という。）が平成１８（２００６）年６月に成立し、平成１９（２００７）年４月に施行され、基本法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」（以下「前基本計画」という。）が平成１９（２００７）年６月に策定された。

前基本計画の策定から５年が経過した。この間、がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られるとともに、がんの年齢調整死亡率は減少傾向で推移するなど、一定の成果を得られた。

しかしながら、人口の高齢化とともに、日本のがんの罹患（りかん）者の数、死亡者の数は今後とも増加していくことが見込まれる中、がん医療や支援について地域格差や施設間格差がみられ、それぞれの状況に応じた適切ながん医療や支援を受けられないことが懸念されている。また、これまで重点課題として取り組まれてきた緩和ケアについては、精神心理的な痛みに対するケアが十分でないこと、放射線療法や化学療法についても更なる充実が必要であること等に加え、新たに小児がん対策、チーム医療、がん患者等の就労を含めた社会的な問題、がんの教育などの課題も明らかとなり、がん患者を含めた国民はこうした課題を改善していくことを強く求めている。

この基本計画は、このような認識の下、基本法第９条第７項の規定に基づき前基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかに

するものであり、国が各分野に即した取り組むべき施策を実行できる期間として、平成２４（２０１２）年度から平成２８（２０１６）年度までの５年程度の期間を一つの目安として定める。

また、この基本計画の策定に当たっては、基本法に基づき、がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）の意見を聴くことになっている。また、専門的な知見を要する分野である小児がん、緩和ケア、がん研究については協議会の下に専門委員会が設置され、報告書が協議会へ提出された。

今後は、基本計画に基づき、国と地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体とマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組み、がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにするなど、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指す。

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

基本法の基本理念に基づき、国、地方公共団体と関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を実施していく必要がある。

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

基本計画では、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくため、重点的に取り組むべき課題を定める。

また、がんから国民の生命と健康を守るためには、多岐にわたる分野の取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

３　目標とその達成時期の考え方

基本計画では、これまでの政府のがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標を設定する。

また、原則として、全体目標と個別目標を達成するために要する期間を設定する。

第２　重点的に取り組むべき課題

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

がんに対する主な治療法には、手術療法、放射線療法、化学療法（この基本計画では薬物療法等を含むものとする。）などがあり、単独又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われている。

日本では、胃がんなど、主として手術療法に適したがんが多かったこともあり、外科医が化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術療法と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積されてきたことから、様々ながんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、化学療法、さらにこれらを組み合わせた集学的治療がそれぞれを専門的に行う医師の連携の下実施されていくことが求められている。

一方で、今も手術療法ががん医療の中心であることに変わりはないが、外科医の人員不足が危惧され、外科医の育成や業務の軽減が早急に改善すべき課題となっている。

このため、これまで手術療法に比べて相対的に遅れていた放射線療法や化学療法の推進を図ってきたが、今後は、放射線療法、化学療法、手術療法それぞれを専門的に行う医療従事者を更に養成するとともに、こうした医療従事者と協力してがん医療を支えることができるがん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく必要がある。

また、医療従事者が、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、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多職種でのチーム医療を推進する必要がある。

２ がんと診断された時からの緩和ケアの推進

がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断された時から提供されるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面で切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量は少なく、がん性疼痛の緩和が十分でないと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対しても未だ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていること等から、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。

このため、がん医療に携わる医療従事者への研修や緩和ケアチームなどの機能強化等により、がんと診断された時から患者とその家族が、精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、在宅緩和ケアを含めた在宅医療・介護を提供していくための体制の充実を図る必要がある。

３ がん登録の推進

がん登録はがんの罹患やがん患者の転帰、その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの現状を把握し、がん対策の基礎となるデータを得るとともに、がん患者に対して適切ながん医療を提供するために不可欠なものである。

地域がん登録は平成２４（２０１２）年度中に全ての都道府県で実施される予定であり、参加している医療機関や届出数も増加しているが、届出の義務がないこと、患者の予後を把握することが困難であることなどいくつかの問題がある。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、こうした問題を解決し、患者を含めた国民ががん登録情報をより有効に活用できるよう、法的位置付けの検討も

含めて、がん登録を円滑に推進するための体制整備を図ることが必要である。

４　働く世代や小児へのがん対策の充実

毎年２０歳から６４歳までの約２２万人ががんに罹患し、約７万人ががんで死亡している。また、がんは４０代より死因の第１位となり、がんは高齢者のみならず働く世代にとっても大きな問題である。

働く世代ががんに罹患し社会から離れることによる影響は、本人のみならず家族や同僚といった周りの人にも及ぶ。こうした影響を少なくするため、働く世代へのがん対策を充実させ、がんをなるべく早期に発見するとともに、がん患者等が適切な医療や支援により社会とのつながりを維持し、生きる意欲を持ち続けられるような社会づくりが求められている。

このため、働く世代のがん検診受診率を向上させるための対策、年齢調整死亡率が上昇している乳がん・子宮頸がんといった女性のがんへの対策、がんに罹患したことに起因する就労を含めた社会的な問題等への対応が必要である。

また、小児についても、がんは病死原因の第１位であり、大きな問題である。医療機関や療育・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが求められており、小児がん対策についても充実を図ることが必要である。

第３　全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」と「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成１９（２００７）年度から１０年間の全体目標として設定する。

１　がんによる死亡者の減少

平成１９（２００７）年度に掲げた１０年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（７５歳未満）の２０%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後５年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させるこ

とを目標とする。

２　全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上

がん患者の多くは、がん性疼痛や、治療に伴う副作用・合併症等の身体的苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者とその家族は、療養生活の中で、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療や支援を受けられないなど、様々な困難に直面している。

このため、がんと診断された時からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療や支援の更なる充実等により、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を実現することを目標とする。

３　がんになっても安心して暮らせる社会の構築

がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。

このため、これまで基本法に基づき、がんの予防、早期発見、がん医療の均てん化、研究の推進等を基本的施策として取り組んできたが、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することを目標とする。

第４　分野別施策と個別目標

１．がん医療

（１）放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実とチーム医療の推進

（現状）

がん医療の進歩は目覚ましく、平成１２（２０００）年から平成１４（２００２）年までに診断された全がんの５年相対生存率は５７％と３年前に比べて約３％上昇しており、年齢調整死亡率も１９９０年代後半から減少傾向にあるが、一方で原発巣による予後の差は大きく、膵臓がん、肝臓がん、肺がんなど

の５年相対生存率はそれぞれ６％、２７％、２９％と依然として低い現状にある。

このため、特に日本に多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳）を中心に、手術療法、放射線療法、化学療法などを効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアの提供とともにがん患者の病態に応じた適切な治療の普及に努め、拠点病院を中心に院内のクリティカルパス（検査と治療等を含めた診療計画表をいう。）を策定し、キャンサーボード（各種がん治療に対して専門的な知識を有する複数の医師等が患者の治療方針等について総合的に検討するカンファレンスをいう。）などを整備してきた。また、放射線療法や化学療法に携わる専門的な知識と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、特に放射線療法と化学療法の推進を図ってきた。

しかし、これまで医療体制の量的な整備が進められてきた一方、患者が自分の病状や検査・治療内容、それに伴う副作用・合併症などについて適切な説明を受け、十分に理解した上で自身の判断で治療方針などに対して拒否や合意を選択するインフォームド・コンセントが十分に行われていない、あるいは、患者やその家族が治療法を選択する上で第三者である医師に専門的見解を求めることができるセカンドオピニオンが十分に活用されていないなど、患者やその家族の視点に立った医療体制の質的な整備が依然として十分でないと指摘されている。

また、近年、医療の高度化や複雑化とニーズの多様化に伴い、放射線療法や化学療法の専門医の不足とともに外科医の不足が指摘されている。こうした医師等への負担を軽減し診療の質を向上させるため、また、治療による身体的、精神心理的負担を抱える患者とその家族に対して質の高い医療を提供しきめ細やかに支援するため、多職種で医療にあたるチーム医療が強く求められるようになっている。

この他、拠点病院を含む医療機関では、放射線治療機器や手術機器の多様化などに伴う医療技術の施設間格差や実績の格差が生じていることから、地域での効率的な医療連携や役割分担などによる地域完結型の医療体制を整備する必要性も指摘されている。

（取り組むべき施策）

○チーム医療とがん医療全般に関すること

拠点病院を中心に、医師による十分な説明と患者やその家族の理解の下、インフォームド・コンセントが行われる体制を整備し、患者の治療法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重するがん医療を目指すとともに、治療中でも、冊子や視覚教材などの分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。

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンをいつでも適切に受けられ、患者自らが治療法を選択できる体制を整備するとともに、セカンドオピニオンの活用を促進するための患者やその家族への普及啓発を推進する。

学会や関連団体などは、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ともに、その利用実態を把握し、国内外の医学的知見を蓄積し、必要に応じて速やかに更新できる体制を整備する。また、患者向けの診療ガイドラインや解説の充実など、患者にとって分かりやすい情報提供に努め、国はこれを支援する。

より正確で質の高い画像診断や病理診断とともに治療方針を検討できるよう、放射線診断医や病理診断医等が参加するキャンサーボードを開催するなど、がんに対する的確な診断と治療を行う診療体制を整備する。

患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、化学療法の各種医療チームを設置するなどの体制を整備することにより、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多職種でのチーム医療を推進する。

各種がん治療の副作用・合併症の予防や軽減など、患者の更なる生活の質の向上を目指し、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。

患者とその家族に最も近い職種として医療現場での生活支援にも関わる看護領域については、外来や病棟などでのがん看護体制の更なる強化を図る。

また、患者の安全を守るため、様々な医療安全管理の取組が進められてきた

ところであるが、診療行為には一定の危険性が伴うことを踏まえ、医療従事者等が協力して、がん医療の質と安全の確保のための取組を一層推進する。

腫瘍センターなどのがん診療部を設置するなど、各診療科の横のつながりを重視した診療体制の構築に努める。

この他、質の高いがん医療を推進する一環として、国や地方公共団体は拠点病院をはじめとする入院医療機関とともに地域の医療機関の連携と役割分担を図り、特に高度な技術と設備等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図る。

○放射線療法の推進

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などと、放射線療法の質を確保し、地域格差を是正し均てん化を図るとともに、人員不足を解消する取組に加えて、一部の疾患や強度変調放射線治療などの治療技術の地域での集約化を図る。

医療安全を担保した上で、情報技術を活用し、地域の医療機関との間で放射線療法に関する連携と役割分担を図る。

放射線治療機器の品質管理や質の高い安全な放射線療法を提供するため、放射線治療の専門医、専門看護師・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、医学物理士など専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種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・合併症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。

放射線治療機器については、先進的な放射線治療装置、重粒子線や陽子線治療機器などの研究開発を推進するとともに、その進捗状況を加味し、医療従事者等が協力して、国内での計画的かつ適正な配置を検討する。

○化学療法の推進

化学療法の急速な進歩と多様性に対応し、専門性が高く、安全で効果的な化学療法を提供するため、化学療法の専門医やがん薬物療法認定薬剤師、がん看護や化学療法等の専門看護師・認定看護師など、専門性の高い人材を適正に配置するとともに、多職種で構成された化学療法チームを設置するなど、患者の副作用・合併症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

を通院治療を含めて整備する。

○手術療法の推進

より質の高い手術療法を提供するため、拠点病院をはじめとする入院医療機関は、外科医の人員不足を解消し、必要に応じて放射線療法や化学療法の専門医と連携するなど、各医療機関の状況に合わせた診療体制を整備するとともに、学会や関係団体などと連携し、手術療法の成績の更なる向上を目指し、手術療法の標準化に向けた評価法の確立や教育システムの整備を行う。

国や地方公共団体は、拠点病院をはじめとする入院医療機関などとともに、高度な先端技術を用いた手術療法や難治性希少がんなどに対して、地域性に配慮した一定の集約化を図った手術療法の実施体制を検討する。

手術療法による合併症予防や術後の早期回復のため、麻酔科医や手術部位などの感染管理を専門とする医師、口腔機能・衛生管理を専門とする歯科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とともに、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を確実に実施できる体制を整備する。

（個別目標）

患者とその家族が納得して治療を受けられる環境を整備し、３年以内に全ての拠点病院にチーム医療の体制を整備することを目標とする。

診療ガイドラインの整備など、手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での各種がん治療に関する医療連携を推進することにより、安心かつ安全な質の高いがん医療の提供を目標とする。

（２） がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成

（現状）

がんの専門医の育成に関しては、厚生労働省では、平成１９（２００７）年からｅラーニングを整備し、学会認定専門医の育成支援を行っている。また、文部科学省では、平成１９（２００７）年度から平成２３（２０１１）年度までに「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施し、大学では、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。その他、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、独立行政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。）などで、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、看護師等の認定や育成を行っている。

しかし一方で、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の育成が依然として不十分である他、多様化かつ細分化した学会認定専門医制度になっており、専門医の質の担保や各医療機関の専門医の情報が国民に分かりやすく提供されていないなどの指摘がある。

（取り組むべき施策）

質の高いがん医療が提供できるよう、より効率的かつ学習効果の高い教材の開発や学習効果に対する評価、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、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。

大学に放射線療法、化学療法、手術療法、緩和ケアなど、がん診療に関する教育を専門的かつ臓器別にとらわれない教育体制（例えば「臨床腫瘍学講座」や「放射線腫瘍学講座」など）を整備するよう努める。

がん医療に携わる医療従事者の育成に関わる様々な研修を整理し、より効率的な研修体制を検討するとともに、国、学会、拠点病院を中心とした医療機関、関係団体、国立がん研究センター等は、研修の質の維持向上に努め、引き続き、地域のがん医療を担う医療従事者の育成に取り組む。また、医療機関でもこうした教育プログラムへ医療従事者が参加しやすい環境を整備するよう努める。

（個別目標）

５年以内に、拠点病院をはじめとした医療機関の専門医配置の有無等、がん患者にとって分かりやすく提示できる体制の整備を目標とする。

また、関連学会などの協働を促し、がん診療に携わる専門医のあり方を整理するとともに、地域のがん医療を担う専門の医療従事者の育成を推進し、がん医療の質の向上を目標とする。

（３）　がんと診断された時からの緩和ケアの推進

（現状）

緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな

問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、ＱＯＬを改善するアプローチである」（世界保健機関より）とされている。したがって、緩和ケアは精神心理的、社会的苦痛を含めた全人的な対応が必要であり、その対象者は、患者のみならず、その家族や遺族も含まれている。

このため、前基本計画の重点課題に「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を掲げ、全ての拠点病院を中心に、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緩和ケア研修会の開催の他、緩和ケアの地域連携などについても取り組んできた。

しかし、日本の医療用麻薬消費量は増加傾向にあるが、欧米先進諸国と比較すると依然として少なく、がん性疼痛に苦しむがん患者の除痛がまだ十分に行われていないことが推測される他、がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの精神心理的苦痛、就業や経済負担などの社会的苦痛など、患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切な緩和ケアががん診療の中でまだ十分に提供されていない。

また、拠点病院に設置されている専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの実績や体制等に質の格差が見られる他、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足している。さらに、こうした緩和ケアの質を継続的に評価し還元できる体制も不十分である。

この他、国民の医療用麻薬への誤解や緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない。

（取り組むべき施策）

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、確実に緩和ケアを受けられるよう、患者とその家族が抱える苦痛を適切に汲み上げ、がん性疼痛をはじめとする様々な苦痛のスクリーニングを診断時から行うなど、がん診療に緩和ケアを組み入れた診療体制を整備する。また、患者とその家族等の心情に対して十分に配慮した、診断結果や病状の適切な伝え方についても検討を行う。

拠点病院を中心に、医師をはじめとする医療従事者の連携を図り、緩和ケア

チームなどが提供する専門的な緩和ケアへの患者とその家族のアクセスを改善するとともに、個人・集団カウンセリングなど、患者とその家族や遺族などがいつでも適切に緩和ケアに関する相談や支援を受けられる体制を強化する。

専門的な緩和ケアの質の向上のため、拠点病院を中心に、精神腫瘍医をはじめ、がん看護の専門看護師・認定看護師、社会福祉士、臨床心理士等の適正配置を図り、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図る。

拠点病院をはじめとする入院医療機関が在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備するとともに、急変した患者や医療ニーズの高い要介護者の受入れ体制を整備する。

がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、多様化する医療用麻薬をはじめとした身体的苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及を図る。また、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、医師だけでなく、がん診療に携わる医療従事者に対する人材育成を進め、基本的な緩和ケア研修を実施する体制を構築する。

学会などと連携し、精神心理的苦痛に対するケアを推進するため、精神腫瘍医や臨床心理士等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。

これまで取り組んできた緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内容の更なる充実とともに、必要に応じて研修指導者の教育技法などの向上を目指した研修を実施する。

医療従事者に対するがんと診断された時からの緩和ケア教育のみならず、大学等の教育機関では、実習などを組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムを策定する他、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よう努める。

緩和ケアの意義やがんと診断された時からの緩和ケアが必要であることを国民や医療・福祉従事者などの対象者に応じて効果的に普及啓発する。

（個別目標）

関係機関などと協力し、３年以内にこれまでの緩和ケアの研修体制を見直し、

５年以内に、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得することを目標とする。特に拠点病院では、自施設のがん診療に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標とする。

また、３年以内に、拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上を図ることを目標とする。

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

（４）　地域の医療・介護サービス提供体制の構築

（現状）

医療提供体制については、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的根拠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。 平成２４（２０１２）年１月現在、３８８の拠点病院が整備され、２次医療圏に対する拠点病院の整備率は６７％となっている。

しかし、近年、拠点病院間に診療実績の格差があることに加え、診療実績や支援の内容が分かりやすく国民に示されていないとの指摘がある。また、拠点病院は、２次医療圏に原則１つとされているため、既に同じ医療圏に拠点病院が指定されている場合は、原則指定することができない。さらに、国指定の拠点病院に加え、都府県が独自の要件に従ってがん医療を専門とする病院を指定しているため、患者にとって分かりにくいとの指摘もあり、新たな課題が浮かび上がっている。

地域連携については、がん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携のツールとして、平成２０（２００８）年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。

しかし、多くの地域で地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていないと指摘されている。

また、在宅医療・介護サービスについては、がん患者の間でもそのニーズが高まっているが、例えば、がん患者の自宅での死亡割合は過去５年間大きな変化が見られていない。

こうした状況の中、施設中心の医療から生活の場で必要な医療・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。

そのため、入院医療機関では、在宅療養を希望する患者に対し、患者とその家族に十分に説明した上で、円滑に切れ目なく在宅医療・介護サービスへ移行できるよう適切に対応することが必要である。また、在宅医療や介護を担う医療福祉従事者の育成に当たっては、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、がん患者への医療・介護サービスについて、よりきめ細かな知識と技術を習得させることが必要である。さらに、市町村等でも、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求められている。

（取り組むべき施策）

拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価、地域連携クリティカルパスの運用等）について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

拠点病院は、在宅緩和ケアを提供できる医療機関などとも連携して、医療従事者の在宅医療に対する理解を一層深めるための研修などを実施するとともに、患者とその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在宅医療・介護サービスを受けられる体制を実現するよう努める。また、国はこうした取組を支援する。

地域連携や在宅医療・介護サービスについては、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下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスを提供できる体制の整備、各制度の適切な運用とそれに必要な人材育成を進める。

（個別目標）

がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく質の高いがん医療を受けられるよう、３年以内に拠点病院のあり方を検討し、５年以内に検討結果を踏まえてその機能を更に充実させることを目標とする。

また、がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう在宅医療・介護サービス提供体制の構築を目標とする。

（５）　医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

（現状）

がん医療の進歩は目覚ましいが、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、欧米で標準的に使用されている医薬品・医療機器が日本で使用できない状況であるいわゆる「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、政府では「革新的医薬品・医療機器創出のための５か年戦略」（平成１９（２００７）年）、「新たな治験活性化５カ年計画」（平成１９（２００７）年）、「医療機器の審査迅速化アクションプログラム」（平成２０（２００８）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」の中で、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平成２１（２００９）年より進められている。

具体的には、学会や患者団体等から平成２１（２００９）年当時、未承認薬のみならず、適応外薬についても多くの要望が提出され、そのうち医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬について、承認に向けた取組が進められている。

しかしながら、国際水準の質の高い臨床研究を行うための基盤整備が十分でないほか、がんの集学的治療開発を推進するための研究者主導臨床試験を実施する基盤も不十分である。特に希少がん・小児がんについては患者の数が少なく治験が難しいためドラッグ・ラグの更なる拡大が懸念されており、一層の取組が求められている。

（取り組むべき施策）

質の高い臨床研究を推進するため、国際水準の臨床研究の実施や研究者主導治験の中心的役割を担う臨床研究中核病院（仮称）を整備していくほか、引き続き研究者やＣＲＣ（臨床研究コーディネーター）等の人材育成に努める。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「ＰＭＤＡ」という。）は、引き続き薬事戦略相談事業を継続するなど体制を強化しつつ、ＰＭＤＡと大学・ナショナルセンター等の人材交流を進め、先端的な創薬・医療機器等の開発に対応できる審査員の育成を進めていく。

未承認薬・適応外薬の開発を促進するため、引き続き、「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」を定期的に開催し、欧米等で承認等されているが国内で未承認・適応外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。また、こうした要請に対して企業が治験に取り組めるよう、企業治験を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。未承認薬のみならず適応外薬も含め、米国等の承認の状況を把握するための取組に着手する。

「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の中で、医療上の必要性が高いと判断されたにもかかわらず、長期間治験が見込まれない抗がん剤についても、保険外併用療養費制度の先進医療の運用を見直し、先進医療の迅速かつ適切な実施について取り組んでいく。

なお、がんを含め、致死的な疾患等で他の治療法がない場合に、未承認薬や適応外薬を医療現場でより使いやすくするための方策については、現行制度の基本的な考え方や患者の安全性の確保といった様々な観点や課題を踏まえつつ、従前からの議論を継続する。

希少疾病用医薬品・医療機器について、専門的な指導・助言体制を有する独立行政法人医薬基盤研究所を活用するなど、より重点的な開発支援を進めるための具体的な対策を検討する。

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ることから、国や研究機関等は、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。

（個別目標）

医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けて、臨床研究中核病院（仮称）の整備、ＰＭＤＡの充実、未承認薬・適応外薬の治験の推進、先進医療の迅速かつ適切な実施等の取組を一層強化し、患者を含めた国民の視点に立って、有

効で安全な医薬品を迅速に提供するための取組を着実に実施することを目標とする。

（６） その他

（現状）

病理診断医については、これまで拠点病院では、病理・細胞診断の提供体制の整備を行ってきたが、依然として病理診断医の不足が深刻な状況にある。

リハビリテーションについては、治療の影響から患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害が生じることがあり、また、がん患者の病状の進行に伴い、次第に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ことがしばしば見られることから、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。

希少がんについては、様々な希少がんが含まれる小児がんをはじめ、肉腫、口腔がんや成人Ｔ細胞白血病（以下「ＡＴＬ」という。）など、数多くの種類が存在するが、それぞれの患者の数が少なく、専門とする医師や施設も少ないことから、診療ガイドラインの整備や有効な診断・治療法を開発し実用化することが難しく、現状を示すデータや医療機関に関する情報も少ない。

（取り組むべき施策）

病理診断については、若手病理診断医の育成をはじめ、細胞検査士等の病理関連業務を専門とする臨床検査技師の適正配置などを行い、さらに病理診断を補助する新たな支援のあり方や病理診断システムや情報技術の導入、中央病理診断などの連携体制の構築などについて検討し、より安全で質の高い病理診断や細胞診断の均てん化に取り組む。

リハビリテーションについては、がん患者の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、がん患者に対する質の高いリハビリテーションについて積極的に取り組む。

希少がんについては、患者が安心して適切な医療を受けられるよう、希少がんに関する標準的治療の提供体制、情報の集約・発信、相談支援、研究開発等のあり方について、希少がんが数多く存在する小児がん対策の進捗等を参考にしながら検討する。

（個別目標）

３年以内に、拠点病院などで、病理診断の現状を調査し、がん診療の病理診断体制のあり方などについて検討する。また、拠点病院などで、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対して質の高い研修を実施し、その育成に取り組む。希少がんに対しては、臨床研究体制の整備とともに個々の希少がんに見合った診療体制のあり方を検討する。

２．　がんに関する相談支援と情報提供

（現状）

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、患者やその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ことから、これまで拠点病院を中心に相談支援センターが設置され、患者とその家族のがんに対する不安や疑問に対応してきた。

また、国立がん研究センターでは、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各種がんに関する小冊子の作成配布等、相談支援と情報提供の中核的な組織として活動を行ってきた。さらに、学会、医療機関、患者団体、企業等を中心として、がん患者サロンや患者と同じような経験を持つ者による支援（ピア・サポート）などの相談支援や情報提供に係る取組も広がりつつある。

しかしながら、患者とその家族のニーズが多様化している中、相談支援センターの実績や体制に差がみられ、こうした差が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ている。また、相談に対応可能な人員が限られる中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできる体制の構築などの課題が指摘されている。

（取り組むべき施策）

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入したより効率的・効果的な体制構築を進める。

拠点病院は、相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取組を実施するよう努め、国はこうした取組を支援する。

拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

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、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

国立がん研究センターは、相談員に対する研修の充実や情報提供・相談支援等を行うとともに、希少がんや全国の医療機関の状況等についてもより分かりやすく情報提供を行い、全国の中核的機能を担う。

ＰＭＤＡは、関係機関と協力し、副作用の情報収集・評価と患者への情報提供を行う。

（個別目標）

患者とその家族のニーズが多様化している中、地方公共団体、学会、医療機関、患者団体等との連携の下、患者とその家族の悩みや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて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ことで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現することを目標とする。

３．　がん登録

（現状）

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や質の高いがん医療を実施するため、また、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。

地域がん登録は健康増進法（平成１４年法律第１０３号）第１６条に基づき平成２４（２０１２）年１月現在、４５道府県で実施され、平成２４（２０１２）年度中に全都道府県が実施する予定となっている。また、地域がん登録への積極的な協力と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（２０１１）年５月、国立がん研究センターが拠点病院の院内がん登録情報を初めて公

開した。

地域がん登録の取組は徐々に拡大し、登録数も平成１９（２００７）年３５万件から平成２２（２０１０）年５９万件へと順調に増加しているが、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であること、現在の制度の中で、患者の予後情報を得ることは困難又はその作業が過剰な負担となっていること、地域がん登録は各都道府県の事業であるため、データの収集、予後調査の方法、人員、個人情報保護の取扱いなどの点でばらつきがみられることなどが課題としてあげられる。 さらに、国の役割についても不明確であり、こうした理由から、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）が進んでいないとの指摘がある。

（取り組むべき施策）

法的位置付けの検討も含めて、効率的な予後調査体制を構築し、地域がん登録の精度を向上させる。また、地域がん登録を促進するための方策を、既存の取組の継続も含めて検討する。

国、地方公共団体、医療機関等は、地域がん登録の意義と内容について周知を図るとともに、将来的には検診に関するデータや学会による臓器がん登録等と組み合わせることによって更に詳細にがんに関する現状を分析していくことを検討する。

国立がん研究センターは、拠点病院等への研修、データの解析・発信、地域・院内がん登録の標準化への取組等を引き続き実施し、各医療機関は院内がん登録に必要な人材を確保するよう努める。

（個別目標）

５年以内に、法的位置付けの検討も含め、効率的な予後調査体制の構築や院内がん登録を実施する医療機関数の増加を通じて、がん登録の精度を向上させることを目標とする。

また、患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、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標とする。

４．がんの予防

（現状）

がんの原因は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがある。特に、喫煙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、科学的根拠をもって示されている。

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（２００５）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、日本でも、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、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等対策を行ってきた。また、平成２２（２０１０）年１０月には、国民の健康の観点から、たばこの消費を抑制するという考え方の下、１本あたり３．５円のたばこ税率の引上げを行った。

こうした取組により、成人の喫煙率は、２４．１%（平成１９（２００７）年）から１９．５%（平成２２（２０１０）年）と減少したところであるが、男性の喫煙率は、３２．２%（平成２２（２０１０）年）と諸外国と比較すると依然高い水準である。

また、成人の喫煙者のうち、禁煙を希望している者は、２８．９%（平成１９（２００７）年）から３７．６%（平成２２（２０１０）年）と増加している。

受動喫煙の機会を有する者の割合については、行政機関は１６．９%（平成２０（２００８）年）、医療機関は１３．３%（平成２０（２００８）年）となっている。一方、職場の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（２０１１）年）とされ、職場の受動喫煙に対する取組が遅れている。また、家庭で日常的に受動喫煙の機会を有する者の割合は１０．７%（平成２２（２０１０）年）、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は５０．１%（平成２２（２０１０）年）となっている。

また、ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで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。例えば、子宮頸がんの発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・ピロリなどがある。この対策として、子宮頸がん予防（ＨＰＶ）ワクチン接種の推進、肝炎ウイルス検査体制の整備、ＨＴＬＶ－１の感染予防対策等を実施している。

がんと関連する生活習慣等については、「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が、多量に飲酒する人の割合や野菜の摂取量に変化が見られず、果物類を摂取している人の割合が低下しているなど、普及啓発が不十分な部分がある。

（取り組むべき施策）

たばこ対策については、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。具体的には、様々な企業・団体と連携した喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動の一層の推進の他、禁煙希望者に対する禁煙支援を図るとともに、受動喫煙の防止については、平成２２（２０１０）年に閣議決定された「新成長戦略」の工程表の中で、「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ことを踏まえ、特に職場の対策を強化する。また、家庭における受動喫煙の機会を低下させるに当たっては、妊産婦の喫煙をなくすことを含め、受動喫煙防止を推進するための普及啓発活動を進める。

感染に起因するがんへの対策のうち、ＨＰＶについては、子宮頸がん予防（ＨＰＶ）ワクチンの普及啓発、ワクチンの安定供給に努めるとともにワクチン接種の方法等のあり方について検討を行う。また、引き続き子宮頸がん検診についても充実を図る。肝炎ウイルスについては、肝炎ウイルス検査体制の充実や普及啓発を通じて、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。また、Ｂ型肝炎ウイルスワクチンの接種の方法等のあり方について検討を行う。ＨＴＬＶ－１については、感染予防対策等に引き続き取り組む。ヘリコバクター・ピロリについては、除菌の有用性について内外の知見をもとに検討する。

その他の生活習慣等については、「飲酒量の低減」、「定期的な運動の継続」、「適切な体重の維持」、「野菜・果物摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」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。

（個別目標）

喫煙率については、平成３４（２０２２）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を１２％とすることと、未成年者の喫煙をなくすことを目標とする。さらに、受動喫煙については、行政機関及び医療機関は平成３４（２０２２）年度までに受動喫煙の機会を有する者の割合を０％、職場については、事業者が「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ることにより、平成３２（２０２０）年までに、受動喫煙の無い職場を実現することを目標とする。また、家庭、飲食店については、喫煙率の低下を前提に、受動喫煙の機会を有する者の割合を半減することにより、平成３４（２０２２）年度までに家庭は３％、飲食店は１５％とすることを目標とする。

また、感染に起因するがんへの対策を推進することにより、がんを予防することを目標とする。

さらに、生活習慣改善については、「ハイリスク飲酒者の減少」、「運動習慣者の増加」、「野菜と果物の摂取量の増加」、「塩分摂取量の減少」等を目標とする。

５．がんの早期発見

（現状）

がん検診は健康増進法に基づく市町村（特別区を含む。以下同じ。）の事業として行われている。

国は、平成２３（２０１１）年度まで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と検診手帳の配布や、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。さらに、地方公共団体でも、普及啓発活動や現場の工夫により受診率向上のための取組を実施してきた。

しかしながら、がん検診の受診率は、子宮頸がん・乳がん検診で近年上昇し、年代によっては４０％を超えているが、依然として諸外国に比べて低く、２０％から３０％程度である。この理由としてがん検診へのアクセスが悪い、普及啓発が不十分であること等が指摘され、また、厚生労働省研究班によると対象者全員に受診勧奨をしている市町村は約半数に留まっている。

また、科学的根拠に基づくがん検診の実施についても十分でなく、国の指針

以外のがん種の検診を実施している市町村と国の指針以外の検診項目を実施している市町村の数はそれぞれ１０００を超えている。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が、依然として少ない。

さらに、現状、がん検診を受けた者の４０%から５０%程度が職域で受けているほか、個人でがん検診を受ける者もいる。しかしながら、職域等のがん検診の受診率や精度管理については定期的に把握する仕組みがないことも課題となっている。

（取り組むべき施策）

市町村によるがん検診に加えて、職域のがん検診や、個人で受診するがん検診、さらに、がん種によっては医療や定期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分析を行う。

がん検診の項目について、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、引き続き助言を行い、市町村はこれを実施するよう努める。さらに、職域のがん検診についても科学的根拠のあるがん検診の実施を促すよう普及啓発を行う。

都道府県は、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、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討する。

精度管理の一環として、検診実施機関では、受診者へ分かりやすくがん検診を説明するなど、受診者の不安を軽減するよう努める。

受診率向上施策については、これまでの施策の効果を検証した上で、検診受診の手続きの簡便化、効果的な受診勧奨方法の開発、職域のがん検診との連携など、より効率的・効果的な施策を検討する。

がん検診の意義、がんの死亡率を下げるため政策として行う対策型検診と人間ドックなどの任意型検診との違いや、がん検診で必ずがんを見つけられるわけではないことやがんがなくてもがん検診の結果が「陽性」となる場合もあるなどがん検診の欠点についても理解を得られるよう普及啓発活動を進める。

（個別目標）

５年以内に、全ての市町村が、精度管理・事業評価を実施するとともに、科学的根拠に基づくがん検診を実施することを目標とする。

がん検診の受診率については、５年以内に５０％（胃、肺、大腸は当面４０％）を達成することを目標とする。目標値については、中間評価を踏まえ必要な見直しを行う。また、健康増進法に基づくがん検診では、年齢制限の上限を設けず、ある一定年齢以上の者を対象としているが、受診率の算定に当たっては、海外諸国との比較等も踏まえ、４０歳から６９歳（子宮頸がんは２０歳から６９歳）までを対象とする。

がん検診の項目や方法については、国内外の知見を収集して検討し、科学的根拠のあるがん検診の実施を目標とする。

６．がん研究

（現状）

日本のがん研究は、平成１６（２００４）年度に策定された「第３次対がん１０か年総合戦略」を基軸として、戦略的に推進されるとともに、これまでの基本計画で掲げられた、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重点的に取り組んできている。

また、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実施され、内閣府の総合科学技術会議と内閣官房医療イノベーション推進室によって各省庁による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、省庁間の一定の連携が図られるとともに、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。

しかし、依然として、多くのがん種でその本態には未だ解明されていない部分も多く、がんの予防や根治、治療に伴う副作用の軽減等を目指した基礎研究をさらに推進する必要がある。また、近年は、国際的に進められているがんワクチン開発等の免疫療法をはじめ、日本発のがん治療薬や医療機器の開発の遅れが指摘され、特に難治性がんや小児がんを含めた希少がんについては、創薬や機器開発をはじめとして、有効な診断・治療法を早期に開発し、実用化することが求められている。

また、基礎研究、臨床研究、公衆衛生研究等、全ての研究分野でその特性に適した研究期間の設定や研究費の適正配分が行われてなく、研究に関わる専門

の人材育成等を含めた継続的な支援体制が十分に整備されていないことが、質の高い研究の推進の障害となっている。

さらに、各省庁による領域毎のがん研究の企画・設定と省庁間連携、国内のがん研究の実施状況の全貌の把握と更なる戦略的・一体的な推進が求められている。

この他、全てのがん研究に関して、その明確な目標や方向性が患者や国民に対して適切に伝えられてなく、その進捗状況を的確に把握し評価するため体制も不十分である。

（取り組むべき施策）

ドラッグ・ラグとデバイス・ラグの解消の加速に向け、より質の高い臨床試験の実施を目指し、がんの臨床試験を統合・調整する体制や枠組みを整備する。

また、日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、がん免疫療法のがんワクチンや抗体薬の有用性を踏まえた創薬研究をはじめ、国際水準に準拠した上で、first-in-human 試験（医薬品や医療機器を初めてヒトに使用する試験をいう。）、未承認薬などを用いた研究者主導臨床試験を実施するための基盤整備と研究施設内の薬事支援部門の強化を推進する。

より効率的な適応拡大試験などの推進のため、平成２４（２０１２）年度より臨床試験グループの基盤整備に対する支援を図る。

固形がんに対する革新的外科治療・放射線治療の実現、新たな医療機器導入と効果的な集学的治療法開発のため、中心となって臨床試験に取り組む施設を整備し、集学的治療の臨床試験に対する支援を強化する。

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、先端的生命科学をはじめとする優良な医療シーズ（研究開発に関する新たな発想や技術などをいう。）を生み出すがんの基礎研究への支援を一層強化するとともに、その基礎研究で得られた成果を臨床試験等へつなげるための橋渡し研究などへの支援の拡充を図る。

限られた研究資源を有効に活用するため、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を促進することにより、日本人のが

んゲノム解析を推進する。

国内の優れた最先端技術を応用した次世代の革新的医療機器開発を促進する。また、実際に一定数のがん患者に対して高度標準化治療を実施している施設に医療機器開発プラットフォームを構築し、それを活用した効率的な臨床試験の推進に対して継続的に支援する。

がんの予防方法の確立に向けて、大規模な公衆衛生研究や予防研究が効率的に実施される体制を整備し、放射線・化学物質等への健康影響、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戦略的に推進するとともに、公衆衛生研究の更なる推進のため、個人情報保護とのバランスを保ちつつ、がんに関する情報や行政資料を利用するための枠組みを整備する。

社会でのがん研究推進全般に関する課題を解決するため、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、がん研究全般の実施状況とその成果を国民に積極的に公開することにより、がん研究に対する国民やがん患者の理解の深化を図り、がん患者が主体的に臨床研究に参画しやすい環境を整備する。

がん登録の更なる充実を通じて、がん政策科学へのエビデンスの提供を推進するとともに、 予防・検診・診断ガイドラインの作成や、がん予防の実践、がん検診の精度管理、がん医療の質評価、患者の経済的負担や就労等に関する政策研究に対して効果的な研究費配分を行う。

若手研究者（リサーチ・レジデント等）や研究専門職の人材をはじめとするがん研究に関する人材の戦略的育成や、被験者保護に配慮しつつ倫理指針の改定を行うとともに、研究と倫理審査等の円滑な運用に向けた取組を行う。

（個別目標）

国は、「第３次対がん１０か年総合戦略」が平成２５（２０１３）年に終了することから、２年以内に、国内外のがん研究の推進状況を俯瞰し、がん研究の課題を克服し、企画立案の段階から基礎研究、臨床研究、公衆衛生学的研究、政策研究等のがん研究分野に対して関係省庁が連携して戦略的かつ一体的に推進するため、今後のあるべき方向性と具体的な研究事項等を明示する新たな総合的ながん研究戦略を策定することを目標とする。

また、新たながん診断・治療法やがん予防方法など、がん患者の視点に立っ

て実用化を目指した研究を効率的に推進するため、がん患者の参画などを図り、関係省庁の連携や研究者間の連携を促進する機能を持った体制を整備し、有効で安全ながん医療をがん患者を含めた国民に速やかに提供することを目標とする。

７．小児がん

（現状）

「がん」は小児の病死原因の第１位である。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなる。

一方、小児がんの年間患者の数は２０００人から２５００人と少ないが、小児がんを扱う施設は約２００程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられていないことが懸念されている。

また、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、診断後、長期にわたって日常生活や就学・就労に支障を来すこともあるため、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が必要である。

さらに、現状を示すデータも限られ、治療や医療機関に関する情報が少なく、心理社会的な問題への対応を含めた相談支援体制や、セカンドオピニオンの体制も不十分である。

（取り組むべき施策）

小児がん拠点病院（仮称）を指定し、専門家による集学的医療の提供（緩和ケアを含む）、患者とその家族に対する心理社会的な支援、適切な療育・教育環境の提供、小児がんに携わる医師等に対する研修の実施、セカンドオピニオンの体制整備、患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制を整備する。

小児がん拠点病院を整備したのち、小児がん拠点病院は、地域性も踏まえて、患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、地域の医療機関等との役割分担と連携を進める。また、患者が、発育時期を可能な限り慣れ親しんだ地域に留

まり、他の子どもたちと同じ生活・教育環境の中で医療や支援を受けられるような環境を整備する。

小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援についても検討する。

小児がんに関する情報の集約・発信、診療実績などのデータベースの構築、コールセンター等による相談支援、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検討し整備を開始する。

（個別目標）

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指し、５年以内に、小児がん拠点病院を整備し、小児がんの中核的な機関の整備を開始することを目標とする。

８．がんの教育・普及啓発

（現状）

健康については子どもの頃から教育することが重要であり、学校でも健康の保持増進と疾病の予防といった観点から、がんの予防も含めた健康教育に取り組んでいる。しかし、がんそのものやがん患者に対する理解を深める教育は不十分であると指摘されている。

また、患者を含めた国民に対するがんの普及啓発は、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や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、がん検診の普及啓発や市民公開講座など様々な形で行われている。しかし、いまだがん検診の受診率は２０％から３０％程度であるなどがんに対する正しい理解が必ずしも進んでいない。

さらに、職域でのがんの普及啓発、がん患者への理解、がんの薬が開発されるまでの過程や治験に対する理解、様々な情報端末を通じて発信される情報による混乱等新たなニーズや問題も明らかになりつつある。

（取り組むべき施策）
健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討する。

地域性を踏まえて、がん患者とその家族、がんの経験者、がん医療の専門家、教育委員会をはじめとする教育関係者、国、地方公共団体等が協力して、対象者ごとに指導内容・方法を工夫した「がん」教育の試行的取組や副読本の作成を進めていくとともに、国は民間団体等によって実施されている教育活動を支援する。

国民への普及啓発について、国や地方公共団体は引き続き、検診や緩和ケアなどの普及啓発活動を進めるとともに、民間団体によって実施されている普及啓発活動を支援する。

患者とその家族に対しても、国や地方公共団体は引き続き、拠点病院等医療機関の相談支援・情報提供機能を強化するとともに、民間団体によって実施されている相談支援・情報提供活動を支援する。

（個別目標）
子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つよう教育することを目指し、５年以内に、学校での教育のあり方を含め、健康教育全体の中で「がん」教育をどのようにするべきか検討し、検討結果に基づく教育活動の実施を目標とする。
国民に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解し、向かい合うため、がんの普及啓発活動をさらに進めることを目標とする。
患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、患者が自分の病状、治療等を学ぶことのできる環境を整備する。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境を整備することを目標とする。

９．がん患者の就労を含めた社会的な問題
（現状）
毎年２０歳から６４歳までの約２２万人ががんに罹患し、約７万人ががんで死亡している一方、がん医療の進歩とともに、日本の全がんの５年相対生存率

は５７％であり、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、がん患者・経験者とその家族の中には就労を含めた社会的な問題に直面している者も多い。例えば、厚生労働省研究班によると、がんに罹患した勤労者の３０％が依願退職し、４％が解雇されたと報告されている。こうしたことから、就労可能ながん患者・経験者さえも、復職、継続就労、新規就労することが困難な場合があると想定される。

また、拠点病院の相談支援センターでも、就労、経済面、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相談も多い。しかしながら、必ずしも相談員が就労に関する知識や情報を十分に持ち合わせているとは限らず、適切な相談支援や情報提供が行われていないことが懸念される。

（取り組むべき施策）

がん以外の患者へも配慮しつつ、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、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。

働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取組を実施する。

がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める。

医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい。

事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にがん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある。

（個別目標）

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

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．　関係者等の連携協力の更なる強化

がん対策の推進に当たっては、国、地方公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ一体となって努力していくことが重要である。

２．　都道府県による都道府県計画の策定

都道府県では、基本計画を基本として、平成２５（２０１３）年度からの新たな医療計画等との調和を図り、がん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、地域の特性に応じた自主的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に「都道府県がん対策推進計画」の見直しを行うことが望ましい。

３．　関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくため、国と地方公共団体は、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が極めて重要である。

４．　がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を受けるだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

なお、がん患者を含めた国民には、基本法第６条のとおり、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

るよう努めることの他、少なくとも以下の努力が望まれる。

- がん医療はがん患者やその家族と医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、医療従事者のみならず、がん患者やその家族も医療従事者との信頼関係を構築する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等を含むがんに関する十分な説明、相談支援と情報提供等が重要であるが、がん患者やその家族も病態や治療内容等について理解するよう努めること。

- がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現するため、がん患者を含めた国民や患者団体も、国、地方公共団体、関係者等と協力し、がん対策を議論する場に参加し、がん医療やがん患者とその家族に対する支援を向上させるという自覚を持って活動するよう努めること。

- 治験を含む臨床試験を円滑に実行するためには、がん患者の協力が不可欠であり、理解を得るための普及啓発は重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する治験と臨床試験の意義を理解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

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん対策を推進する体制を適切に評価するようなきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除と関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割と費用負担の分担を図る。

６．　目標の達成状況の把握とがん対策を評価する指標の策定

基本計画に定める目標については、適時、その達成状況について調査を行い、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表する。また、がん対策の評価に資する、医療やサービスの質も含めた分かりやすい指標の策定について必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

なお、国は基本計画に基づくがん対策の進捗状況について３年を目途に中間評価を行い、必要に応じて施策に反映する。また、協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握し、施策の推進に資するよう必要な提言を行う。

７．　基本計画の見直し

基本法第９条第７項では、「政府は、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５年ごとに、基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」と定められているが、がんに関する状況の変化、がん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときは、計画期間が終了する前であっても、これを変更する。

がん登録の現状と課題
（海外の状況も含めて）

平成24年4月12日

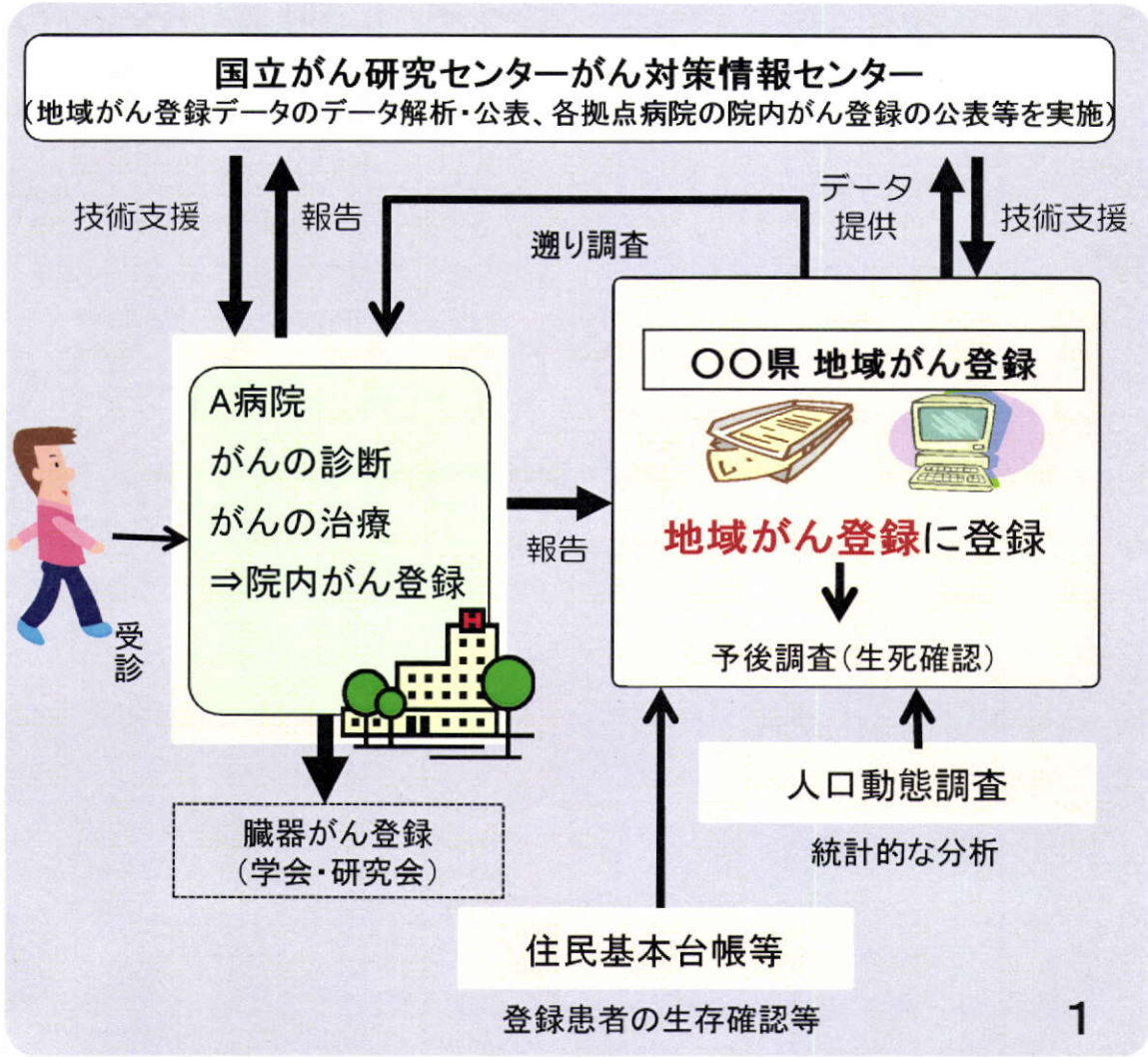
厚生労働省健康局がん対策・健康増進課

がん登録の体制

「地域がん登録」は、健康増進法に規定された努力義務により、都道府県が各都道府県在住のがん患者の情報を医療機関から集めている。がんの罹患率、生存率、早期発見率などを解析し、国民や患者に対して、データに基づく適切ながん対策を提供し、がん医療の質の向上のために不可欠である。
平成19年（2007年）推計罹患数は70万件（21府県から推計）。

実　施　45道府県（H24．4時点）

●未実施は東京、宮崎。
東京は平成24年7月開始予定。
宮崎は平成24年度中に開始予定。
●国立がん研究センターにおいては、標準化した登録様式に適応した地域がん登録の促進を図る。



地域がん登録の根拠となる法令及び通知

健康増進法（平成14年8月2日法律第103号）

（生活習慣病の発生の状況の把握）
第16条　国及び地方公共団体は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基礎資料として、国民の生活習慣とがん、循環器病その他の政令で定める生活習慣病（以下単に「生活習慣病」という。）との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生の状況の把握に努めなければならない。

健康増進法施行令（平成14年12月4日政令第361号）

（発生の状況の把握を行う生活習慣病）
第2条　法第16条の政令で定める生活習慣病は、がん及び循環器病とする。

「健康増進法等の施行について」（平成15年4月30日付健発第0430001号、食発第0430001号）
第2　法の概要
4　第3章　国民健康・栄養調査等
（2）生活習慣病の発生状況の把握
　国及び地方公共団体は、生活習慣とがん、循環器病その他の生活習慣病との相関関係を明らかにするため、生活習慣病の発生状況の把握に努めること。（法第16条）
　具体的な内容は、地域がん登録事業及び脳卒中登録事業であること。

地域がん登録と院内がん登録について

	地域がん登録	院内がん登録
目的	地域のがん実態把握	施設のがん診療評価
実施主体	都道府県（市）	医療機関
登録対象	対象地域の全がん罹患例	当該施設の全がん患者
収集項目	診断、初回治療、生死情報など 標準25項目	診断、初回治療、生死情報など 標準49項目
現状	45道府県1市にて実施（平成24年4月時点） 人口の約9割がカバーされている。	•がん診療連携拠点病院は397（平成24年4月時点）。 •2009年は370施設より登録あり（全国の約6割のがん患者）。
その他	•健康増進法第16条に基づき実施されている。 •平成22年度よりDPC機能評価係数に「地域がん登録」が含まれた。	•がん診療連携拠点病院の指定要件に院内がん登録の実施及び地域がん登録への協力が含まれている。

「地域がん登録の手引き改訂第5版」（2007年5月）を用いて作成

地域がん登録の標準登録票項目（25項目）

（基本情報）

- 医療機関名、カルテ番号、漢字姓・名、性別、生年月日

（診断・腫瘍情報）

- 診断時住所、診断結果、初回診断日、自施設診断日、発見経緯、診断名（原発部位名）、側性、進展度（臨床進行度）、組織診断名、診断根拠

（治療情報）

- 外科的治療の有無、体腔鏡的治療の有無、内視鏡的治療の有無、外科的・体腔鏡的・内視鏡的治療の結果、放射線治療、化学療法、免疫療法・BRM、内分泌療法、その他の治療

（予後情報）

- 死亡日

出典：「地域がん登録の手引き改訂第5版」2007年5月

院内がん登録の標準登録票項目（49項目）

（基本情報）

- 患者ID番号、重複番号、氏名、性別、生年月日

（診断情報）

- 診断時都道府県コード、診断時住所、当該腫瘍初診日、診断日1（他施設診断日）、診断日2（自施設診断日）、来院経路、発見経緯、診断区分（※1）、診断施設（※1）、治療方針（※1）、症例区分（※2）

（腫瘍情報）診断名コード、診断名テキスト、部位の側性、治療前ステージ（治療前・UICC）、治療前ステージ（治療前・取扱い規約）、治療前TNM分類、術後病理学的ステージ（術後管理学的・UICC）、術後病理学的pTNM分類、進展度（治療前）、進展度（術後病理学的）、組織診断名コード、組織診断名テキスト、診断根拠、病理組織標本由来

（初回治療情報）

- 外科的治療の有無、体腔鏡的治療の有無、内視鏡的治療の有無、外科的・体腔鏡的・内視鏡的治療の結果、入院日、放射線治療の有無、化学療法の有無、免疫療法・BRMの有無、内分泌療法の有無、TAEの有無、PEITの有無、温熱療法の有無、レーザー等治療（焼灼）の有無、その他の治療の有無

（予後情報）

- 生存最終確認日、死亡日、予後調査結果、予後調査方法、

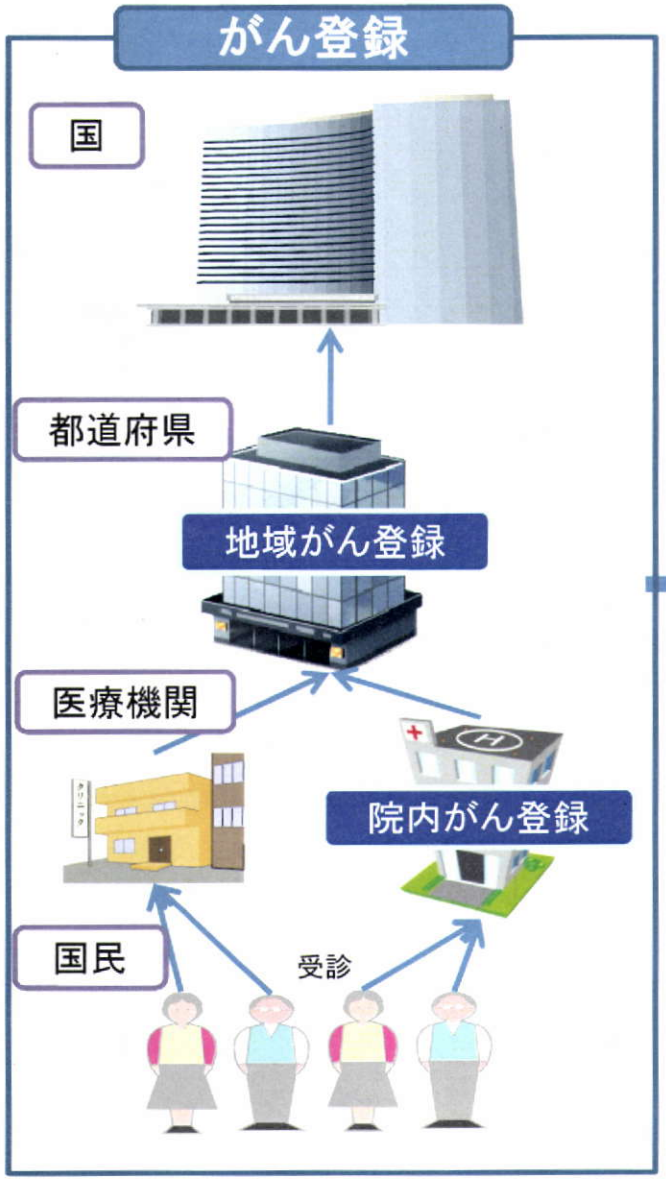
（その他）

- 登録日、定義バージョン

※1の3項目か※2の1項目か、いずれかの組み合わせで登録する。

出典：「がん診療連携拠点病院院内がん登録標準登録様式　登録項目とその定義2006年度版修正版【解釈本】 2006年12月25日
がん臨床研究事業「地域がん診療拠点病院の機能向上に関する研究」班（主任研究者：池田　恢）院内がん登録小班

がん登録によるメリット



＜患者や国民にとって＞

- がんを正しく理解し、がんの普及啓発につながる。
- がん患者の医療機関を選択する際の情報源になる。
- （将来的には）患者が自分と同じような患者の治療法や転帰に関する情報を得ることが可能となる。
- がん研究の推進やがん診療の評価(※)などにより、がんの予防や医療の質の向上にもつながることが期待される。

（※）詳細に評価するためにはがん検診、学会が持つ臓器がん登録データ、レセプトデータなどとのリンクが必要。

＜国や都道府県にとって＞

- 正確かつ最新のデータを入手し、データに基づくがん予防やがん検診等のがん対策を実施することが可能となる。
  - ・がん患者数の推移
  - ・地域格差の把握
  - ・予防・検診・治療による介入の効果や分析
  - ・重点的に取り組むべき課題の抽出

＜医療従事者・研究者にとって＞

- 実績等を把握することにより、他の医療機関との比較が可能になる。
- がんリスク解明、がん予防などの研究が推進される。

（参考）なぜ「がん」なのか？

理由１）がんは予防、早期発見が可能だが、２人に１人がかかり、３人に１人が亡くなる国民にとって重大な健康問題であること。

理由２）がんには多くの種類があり、それぞれ患者数、治療法、経過などが異なることから正確に把握するためには全数登録が必要。特に患者の人数の少ない希少がんについてはサンプリング調査では正確な実態を把握することは困難。

（参考）がんの種類について

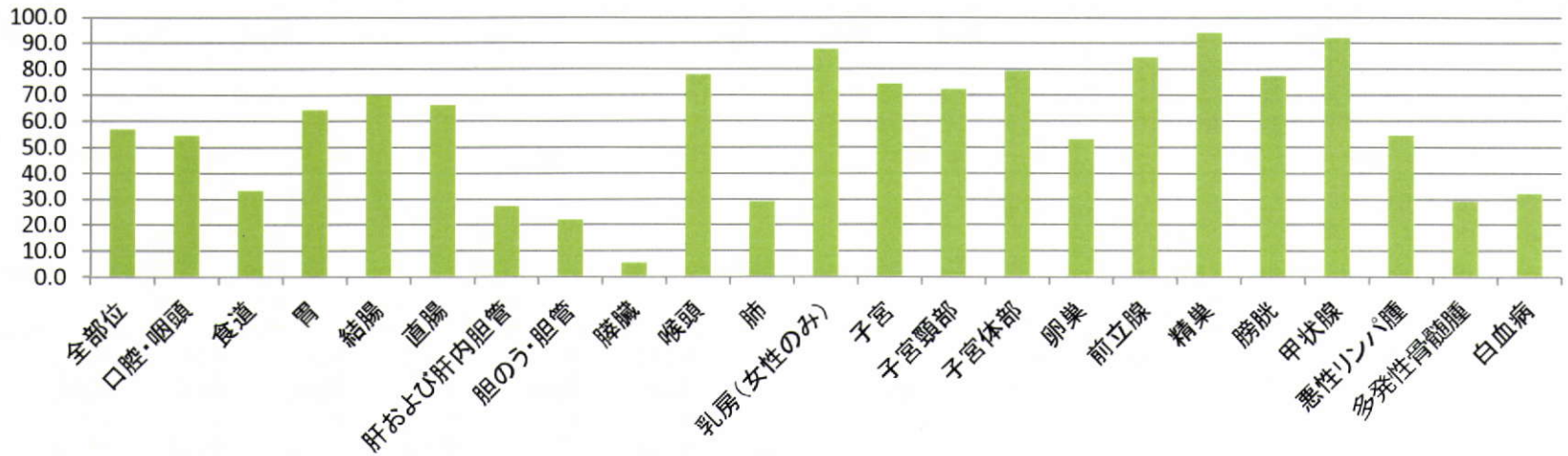
がんは主に腫瘍の位置とその病理組織により分類される。

腫瘍の位置：約100種類。（例：胃、肺）

顕微鏡で調べたときの病理組織：約2000種類。（例：腺がん、扁平上皮がん）

例）小児がん：年間2000－2500人が罹患。しかしその種類は400以上。

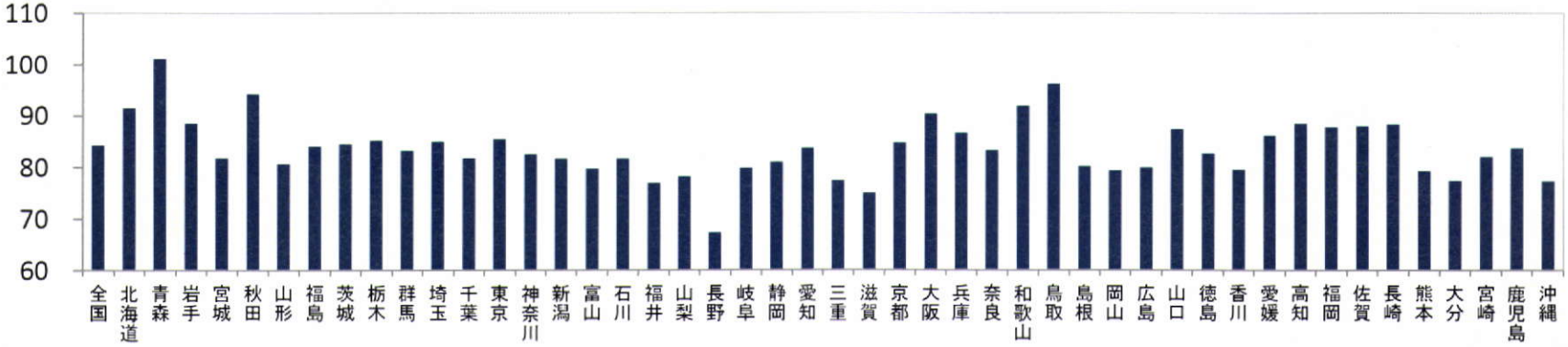
（参考）がん種ごとの５年生存率



理由3）

全数登録をすることにより、がんの地理的格差（例：市町村）を明らかにすることができる。

例1）都道府県別　がん75歳未満年齢調整死亡率推移　（男女計）

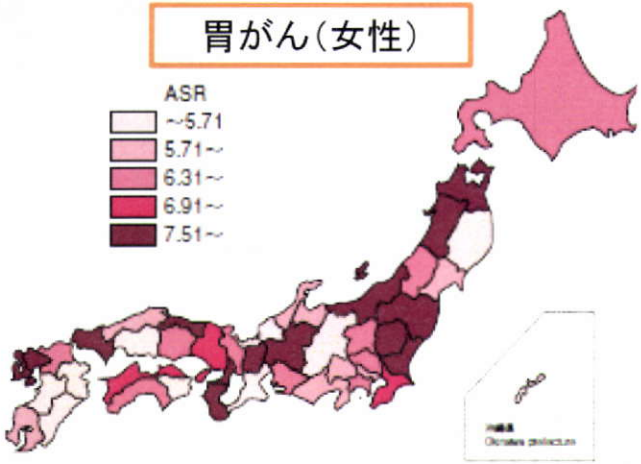


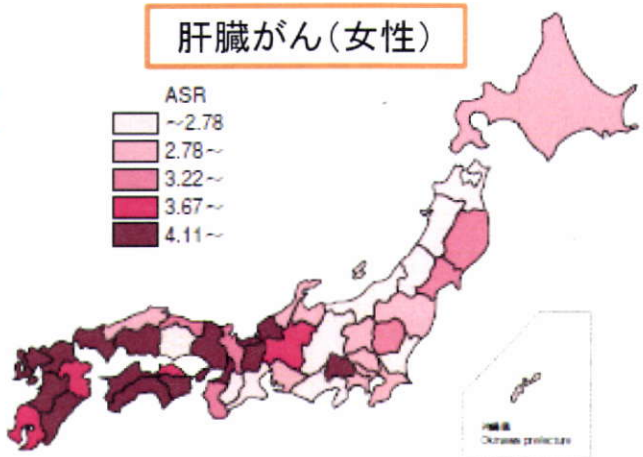
例2）大阪府地域別早期診断割合（全がん、男性）（右図）

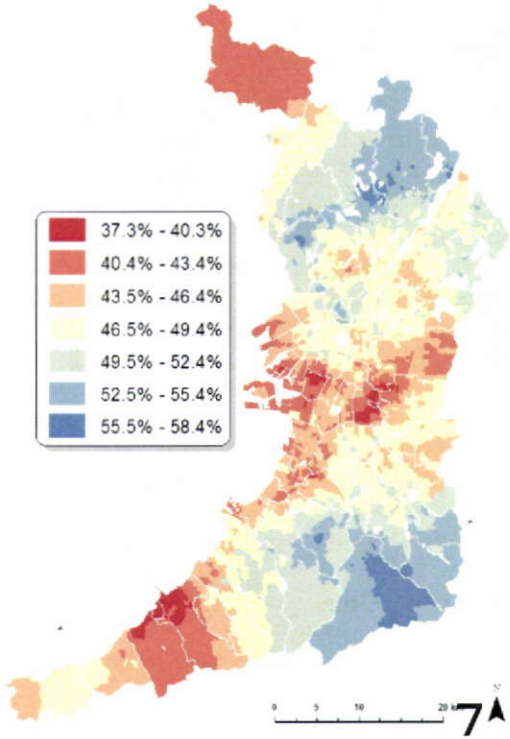
大阪府内でも差があり、どの地域でがん検診を含むがん対策を積極的に推進するべきかわかる。

例3）都道府県別年齢調整死亡率（下図）

胃がんは東日本に、肝臓がんは西日本に多いことがわかる。

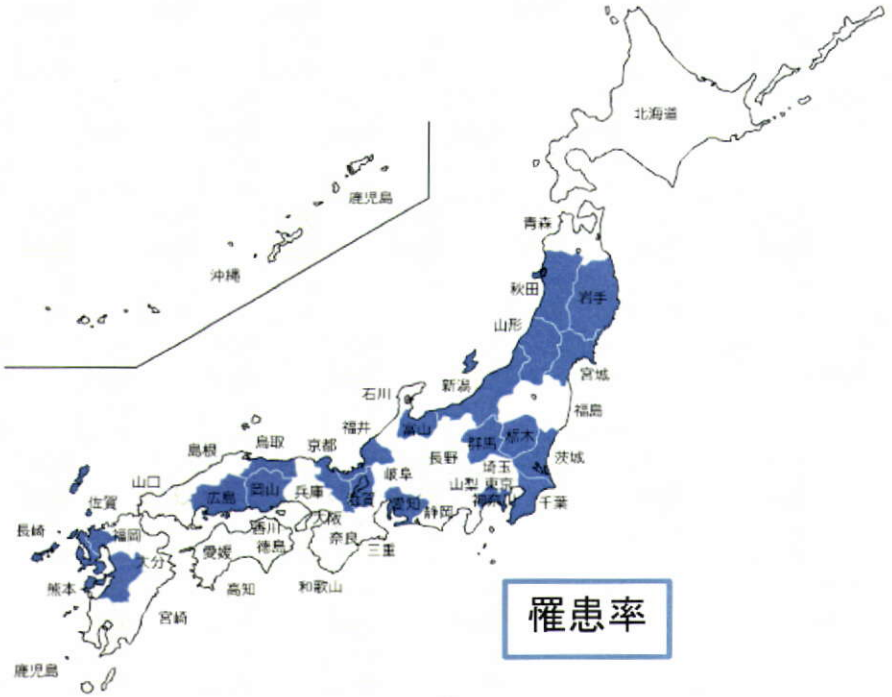






がん登録の現状と課題

- がん登録は一定程度進んでいるものの、以下のような課題がある。
  - **全てのがん患者が登録されていない。**
  - 都道府県によりがん登録の体制に差があり、**登録漏れの把握や予後調査ができていない。**
  - 都道府県が実施主体となっているため、**県内の住民が県外の医療機関を受診したり転出した場合の情報がとりにくい。**
- この結果、最新の全国の罹患率は**21府県**の**2007年**の登録情報を用いて推計。
  最新の5年生存率は**1999～2002年の6府県**の登録情報を使用。



罹患率

5年生存率

諸外国の地域がん登録

	医療機関の報告義務・権限	義務違反に対する制裁	患者への説明の要否	患者の同意の要否	登録情報の顕名・匿名	本人の開示請求	医療機関への予後情報
米（各州）	義務	僅かの州で免許停止・罰金	不要（1－2州で要）	不要（1州で宗教的拒否権あり）	顕名	2－3州で開示請求可	提供あり
加（各州）	義務		不要	不要	顕名	1州で開示請求可	登録により様々
英	権限	NHS契約違反	説明文書を試行中	拒否権あり	顕名・NHS番号	開示請求可	提供あり
豪（各州）	義務	多くの州で罰金	不要（1－2州で説明が望ましい）	不要	顕名	2～3州で開示請求可	提供なし
独（各州）	義務8州、権限7州	無（1州資格停止、1州罰金）	13州届出の通知義務、2州要	13州不要（拒否権あり）、2州要	13州管理番号化、2州顕名	開示請求可	登録により様々
仏	権限	－	必要	不要・拒否権あり	顕名	開示請求可	提供あり
デンマーク	義務	－	－	不要	顕名	開示請求可	提供あり
スウェーデン	義務	－	－	不要・拒否権なし	顕名	開示請求可	提供あり
韓国	義務	－	－	不要	顕名	－	－

厚生労働科学研究費補助金　第3次対がん総合戦略研究事業
「地域がん登録の法的倫理的環境整備に関する研究」（主任研究者丸山英二）平成19年　を一部改変

韓国におけるがん登録①

- 2003年がん管理法制定時に、がん登録を国の事業として位置づけ、2006年の改正時に、がん登録事業を統計法に準ずる事業とし、個人情報保護法の適用除外としている。
- がんセンターに設置されている中央がん登録(The Korea Central Cancer Registry)へ集まる情報リソースは以下のとおり。

データリソース	データ全体に占める割合
教育病院院内がん登録(150以上)	80%
レセプトデータ	8．7%
死亡情報	7．5%
地方がん登録	3．5%
臓器がん登録	0．3%

- がん登録の精度指標であるDCO%(※)は1993年に31.4%であったものが2002年には6.2%と大幅に改善している(日本は平均28%)。

※DCO(Death Certificate Only): 登録票がなく、死亡票からがん罹患が把握された者のうち、医療機関への遡り調査によっても、罹患情報が得られなかった者の割合。DCOが高い場合、診断精度が低いのみならず、登録の完全性も低くなる。

- 個人識別番号が存在するため、死亡情報や住民情報を番号で照会することが可能。

韓国におけるがん登録②

がん管理法（2003年制定、2006年改正）

第8条（がん登録統計事業）

1. 保健福祉部長官は、がん発生に関する資料を持続的かつ体系的に収集・分析して統計を算出する事業（以下「がん登録統計事業」という）を実施しなければならない。この場合、統計資料の収集及び統計の作成等に関しては「統計法」を準用するが、統計の算出のために処理される個人情報は「公共機関の個人情報保護に関する法律」第3条第2項の規定により同法が適用されない個人情報とみなす。
2. 保健福祉部長官は、がん登録統計事業を効率的に実施するために「国立がんセンター法」による国立がんセンターまたはがん専門研究機関のうち1機関を中央がん登録本部に指定し、第6条の2の規定による地域がんセンターまたは関連専門機関のうち1機関を特別市・広域市・道（以下「市・道」という）別地域がん登録本部に指定することができる。
3. 保健福祉部長官は、がん患者を診断・治療する医療関係者または医療機関、「国民健康保険法」による国民健康保険公団及び健康保険審査評価院とその他がんに関する事業を行う法人・機関・団体に対して、保健福祉部令の定めるところによりがん登録統計事業に必要な資料の提出及び意見の陳述等を要求することができる。この場合、資料の提出を要求された者は、特別な事由のない限りこれに応じなければならない。
4. 中央がん登録本部及び地域がん登録本部の業務、それに対する指導監督等に関して必要な事項は大統領令で定める。

※がん管理法施行令において、中央がん登録本部の業務、地域がん登録本部の業務等が規定されている。

平成24年3月13日

厚生労働大臣
小宮山　洋子 殿

日本医学会長　高久史麿
日本癌学会理事長　野田哲生
日本癌治療学会理事長　西山正彦
日本臨床腫瘍学会理事長　田村和夫

がん登録の法制化に係る要望書

がん登録はがんの罹患率や生存率の算出のための基礎となるデータを得るものであり、がん予防、がん検診、がん医療提供体制の整備など質の高いがん医療を提供するために不可欠なものであります。

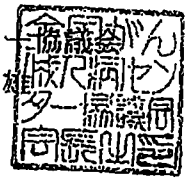
がん登録は、平成19年に策定された「がん対策推進基本計画」の中でも重点課題の一つとして位置付けられ、平成24年3月1日に厚生労働省から提示された次期がん対策推進基本計画(変更案)においても、引き続き重点課題とされています。これまで、都道府県及び医療機関等の努力により地域がん登録や院内がん登録が進められておりますが、まだまだ不十分と言わざるを得ません。例えば、我が国のがん罹患率は15府県の2006年の登録情報を用いて推計しており、更に、5年生存率に至っては、1999-2002年のわずか6府県の集計値を全国値として用いています。罹患率や生存率は各都道府県によって異なるにも関わらず、不確かかつ古いデータを用いて国も都道府県もがん対策を行っているのが実情であります。一方、海外の多くの国ではがん登録を国の事業として位置付け、法整備を行い、正確なデータを集めています。我が国では、がんが死亡原因の第1位であるにも関わらず、未だ患者の数も正確に把握できておらず、貴重ながん患者の情報を将来のがん対策へ活かせておりません。

こうした状況を打開するためには、がん登録を国の事業として位置付け、がん登録率100%を目指すことが必要と考えます。そこで、今後がん登録の精度を高め、より信頼できるデータが得られるよう、国ががん登録に関する法整備を行うことを要望いたします。

平成２１年１１月２７日

厚生労働大臣
長妻　昭　殿

全国がん（成人病）センター協議会
会長　廣橋　説雄



がん登録の推進に関する提言

がんは、「国民病」と呼んでも過言ではなく、国及び地方公共団体や国民及び医療従事者などの関係者等は、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることない社会」の実現を目指すこととしている。

その実現のためには、国が、国民や医療従事者などの関係者に対して、がん対策及びその評価に関して、科学的根拠に基づき、分かりやすく情報提供することが不可欠である。なかでも、がんの種類、進行度等に応じた治療成績（５年生存率）を正確に収集・分析・公表することは、最も基本的かつ重要な情報の一つである。そのためには精度が高く内容の充実したがん登録が広く実施されることが必要であり、がん登録の推進は「がん対策推進基本計画」にも明記されている。

当協議会においては、加盟施設の院内がん登録の実績を踏まえて生存率協同調査を実施し、その結果を公表している。この取組は今後とも重要なものと認識しているが、更なる推進を図るためには、当協議会及び加盟施設の個別の努力には限界がある。

そこで、当協議会が一体となって、それぞれの加盟施設による働きかけが必要との観点から、当協議会の全会一致により、下記の提言を行うこととしたものである。

国においては、がんの生存率調査及びがん登録を一層推進することにより、国民及び医療従事者などの関係者に広く情報を提供し、国と国民等が一体となってがんに対策に取り組むことができるよう、以下の対策を講じられたい。

記

1．　がん医療の向上のためには、がん登録が必要であるとの国民の認識を深めてもらうことができるよう、がん登録の意義や仕組みについて十分に周知を図ること。

2．　個人情報保護法及び統計法との整合性を図った上で、がん登録の実施についてがん対策基本法に位置づけること。

3．　現在、研究等で行われているがん登録の取組について、法に基づく全国的かつ継続的な事業とするとともに、精度の一層の向上を図るための措置を講ずること。具体的には、がん登録を実施する各医療機関および登録情報を収集・分析する機関等に対して十分な人員配置および予算上の措置を講ずること。

4．　最新の治療技術を反映した生存率を算定するために、毎年の生存確認調査が可能な体制の確立に努めること。

（以上）

平成２１年１２月１１日

厚生労働大臣
長妻　昭　殿

厚生労働省がん対策推進協議会
会長　垣添　忠生

がん登録の推進に関する提言

がんは、「国民病」と呼んでも過言ではなく、国及び地方公共団体や国民及び医療従事者などの関係者等は、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることない社会」の実現を目指すこととしている。

その実現のためには、国が、国民や医療従事者などの関係者に対して、がん対策及びその評価に関して、科学的根拠に基づき、分かりやすく情報提供することが不可欠である。なかでも、がんの種類、進行度等に応じた治療成績（５年生存率）を正確に収集・分析・公表することは、最も基本的かつ重要な情報の一つである。そのためには精度が高く内容の充実したがん登録が広く実施されることが必要であり、がん登録の推進は「がん対策推進基本計画」にも明記されている。

当協議会においては、加盟施設の院内がん登録の実績を踏まえて生存率協同調査を実施し、その結果を公表している。この取組は今後とも重要なものと認識しているが、更なる推進を図るためには、当協議会及び加盟施設の個別の努力には限界がある。

そこで、当協議会が一体となって、それぞれの加盟施設による働きかけが必要との観点から、当協議会の全会一致により、下記の提言を行うこととしたものである。

国においては、がんの生存率調査及びがん登録を一層推進することにより、国民及び医療従事者などの関係者に広く情報を提供し、国と国民等が一体となってがんに対策に取り組むことができるよう、以下の対策を講じられたい。

記

１．　がん医療の向上のためには、がん登録が必要であるとの国民の認識を深めてもらうことができるよう、がん登録の仕組みについて十分に周知を図ること。

２．　個人情報保護法及び統計法との整合性を図った上で、がん登録の実施についてがん対策基本法に位置づけること。

３．　現在、研究等で行われているがん登録の取組について、法に基づく全国的かつ継続的な事業とするとともに、精度の一層の向上を図るための措置を講ずること。具体的には、がん登録を実施する各医療機関および登録情報を収集・分析する機関等に対して十分な人員配置および予算上の措置を講ずること。

４．　最新の治療技術を反映した生存率を算定するために、毎年の生存確認調査が可能な体制の確立に努めること。

（以上）

全がん発第13号
平成23年7月6日

内閣総理大臣　菅　直人　殿
総務大臣　片山　義博　殿
文部科学大臣　高木　義明　殿
厚生労働大臣　細川　律夫　殿
全国知事会会長　山田　啓二　殿
全国市長会会長　森　民夫　殿
全国町村会会長　藤原　忠彦　殿

全国がん（成人病）センター協議会　会長
都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会　議長
嘉山　孝正
（公印省略）

がん登録の推進に関する追加提言

がん登録は、平成19年に策定された「がん対策推進基本計画」の中で、3つの「重点的に取り組むべき課題」のうちの1つに取り上げられている。全国がん（成人病）センター協議会においても、平成21年に「がん登録の推進に関する提言」として4つの提言を厚生労働大臣に提出したところである。

平成22年6月に「がん対策推進基本計画中間報告書」がとりまとめられ、国会に報告された。がん登録に関しては、院内がん登録の実施医療機関の増加、および、研修を終了した実務担当者の配置については、一定の進展がみられたものの、国民のがん登録に対する認知度については依然として低い水準に留まっていると報告されている。また、がん登録の法制化の検討を含む在り方について国において検討する必要があり、次期基本計画においては、地域がん登録、院内がん登録、臓器がん登録に関し、それぞれの整備計画と目標を明記することが重要であると指摘されている。特に、地域がん登録については、全人口の約30%にあたる14府県のデータに基づいて罹患率の全国値が推定されているのが現状であり、登録率を100%に近づけるためにさらなる取り組みが必要である。

このような状況を踏まえ、がん登録の推進をさらに加速させるため、当協議会は下記の追加提言を行うこととした。

国においては、がん登録を推進することにより、国民及び医療従事者などの関係者に広く情報を提供し、国と国民等が一体となってがん対策に取り組むことができるよう、以下の対策を講じられたい。

1. 「地域がん登録」を国の事業と位置づけ、がんを届出義務のある疾患とし、がん登録100％を目指す。また、診療報酬に反映させる仕組みを作る。
2. 「地域がん登録」「院内がん登録」「臓器がん登録」は、登録項目を1本化する。その検討の場として「共通委員会」を厚生労働省のもとに設置する。
3. 国の体制として、上記2.の関係者が、がんの罹患・生存状況の把握に必要な既存資料（人口動態統計、住民基本台帳など）の利用を求めた場合には、閲覧を可能にする。
4. がんの生存率を含む、がん診療の質指標を測定する体制を整備する。

平成 24 年 4 月 12 日

国会がん患者と家族の会
国会議員の皆様

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員一同
がん患者団体有志一同

地域がん登録法の早期制定に関する要望書

平素よりがん対策の推進にご尽力をいただき、がん患者および家族の立場より御礼を申し上げます。

地域がん登録は欧米などの先進国ではすでに制度化されており、がんの罹患数や罹患率に加え、がん患者の生存率や治療成績など、がん対策の推進とがん医療の向上に不可欠な情報が地域がん登録をもとに収集されています。例えば、米国では「がん白書（ACS Cancer Facts & Figures)」が毎年発行されており、また欧州 27 カ国が参加するがん登録データからは、年間約 250 万人のがん罹患者数のうち約 50 万人が希少がん患者であることが把握され、主要ながんのみならず、希少がんや小児がん対策の推進へとつながっています。

これに対し、日本では地域がん登録は各都道府県の事業とされ、全国規模での地域がん登録が行われていないため、比較的信頼のおけるデータを蓄積しているいくつかの府県の地域がん登録から情報を収集し、全国推計値を算出することで、日本全体のがんの罹患数や罹患率を推計しているに過ぎません。これでは、地域ごとや日本全体のがんの正確な罹患状況の把握は困難であり、また東日本大震災に伴う原子力災害に対する健康不安もある中で、がんに関する基礎的なデータすらない状況が将来に禍根を残すことも懸念されます。

平成 24 年 3 月に厚生労働省がん対策推進協議会により取りまとめられた、国の次期がん対策推進基本計画（最終案）では、「法的位置付けの検討も含めて、効率的な予後調査体制を構築し、地域がん登録の精度を向上させる」「患者の個人情報の保護を徹底した上で、全てのがん患者を登録し、予後調査を行うことにより、正確ながんの罹患数や罹患率、生存率、治療効果等を把握し、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標とする」と明記されています。希少がんや小児がんを含めたがんの正確な罹患状況を把握し、がん対策の推進とがん医療の向上を図るために、これら国の責務を明記した「地域がん登録法」の早期制定をここに強く要望いたします。

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員およびがん患者団体有志一同（47団体）

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員一同（団体名50音順）

NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会	松本　陽子
NPO法人グループ・ネクサス	天野　慎介
NPO法人周南いのちを考える会	前川　育
NPO法人パンキャンジャパン	眞島　喜幸
NPO法人ミーネット	花井　美紀

がん患者団体有志一同（団体名50音順）

アイビー千葉	齋藤　とし子
アスパラの会	大島　寿美子
カルチノイド腫瘍と闘う会	荒井　昌子
NPO法人がんサポートかごしま	三好　綾
がん体験者の会　とま～れ	佐々木　佐久子
NPO法人がんフォーラム山梨	若尾 直子
稀少がん患者全国連絡会	松原 良昌
京葉喉友会	神崎 和
COSMOS会（国立がん研究センター中央病院　小児腫瘍科　親の会）	井上　るみ子
国立成育医療研究センター内小児がん患者家族の会あすなろクラブ	野村　一恵
支えあう会「α」	五十嵐　昭子
J-CAN（Japan Cancer Action Network）	片木　美穂
J-NET患者の会　九州	佐伯　高秀
J-NET患者の会　仙台	白鳥　優子
J-NET患者の会　広島	飯島　京子
GIST・肉腫患者と家族の会「GISTERS.net」	西舘　澄人
NPO法人市民と共に創るホスピスケアの会	山田　富美子

重粒子の会	忍澤　善夫
順天堂小児科内　親の会「えくぼ」	加藤　律子
NPO 法人小児がん治療開発サポート SUCCESS	小畑　和馬
小児脳腫瘍の会	坂本　照巳
千葉肝臓友の会	村田　充
（社）日本オストミー協会	高石　道明
日本胆道がん患者会	眞島　喜幸
日本に「サルコーマセンターを設立する会」	吉野　ゆりえ
NPO 法人乳がん患者友の会きらら	中川　けい
ねむの会	金井　弘子
P-net 患者の会	佐藤　直美
兵庫県立こども病院血液腫瘍内科親の会 さくらんぼの会	石上　久美
NPO法人広島がんサポート	中川　けい
NPO法人ブーゲンビリア	内田　絵子
NPO 法人 HOPE★プロジェクト	桜井　なおみ
慢性骨髄性白血病患者・家族の会　いずみの会	田村　英人
NPO 法人ミルフィーユ小児がんフロンティアーズ	井上　富美子
山梨まんまくらぶ	若尾　直子
山梨がんピアサポート希望（のぞみ）の会	若尾　直子
ランゲルハンス細胞組織球症（LCH）患者会	天野　美知子
卵巣がん体験者の会スマイリー	片木　美穂
リンパの会	金井　弘子

（団体名は 50 音順、氏名は各団体代表者や事務局長など）（4 月 10 日現在）