

第1. 全体目標と分野別目標 / 第2. 分野別施策と個別目標

全体目標：「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」

「がん予防」分野の分野別目標

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの2次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん医療」分野の分野別目標

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

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

「がんとの共生」分野の分野別目標

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これらを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化
2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
3. 都道府県による計画の策定
4. 国民の努力
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
7. 基本計画の見直し

がん対策推進基本計画

令和5年3月

目次

はじめに.....	1
第1 全体目標と分野別目標.....	3
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	3
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供.....	3
3. がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	4
第2 分野別施策と個別目標.....	5
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	5
(1) がんの1次予防.....	5
① 生活習慣について.....	5
② 感染症対策について.....	7
(2) がんの2次予防（がん検診）.....	10
① 受診率向上対策について.....	10
② がん検診の精度管理等について.....	11
③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について.....	13
2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供.....	15
(1) がん医療提供体制等.....	15
① 医療提供体制の均てん化・集約化について.....	15
② がんゲノム医療について.....	16
③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について.....	17
④ チーム医療の推進について.....	19
⑤ がんのリハビリテーションについて.....	20
⑥ 支持療法の推進について.....	21
⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進について.....	23
⑧ 妊孕性温存療法について.....	27

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

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

はじめに

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

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

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

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

供方法の在り方についても検討を進める必要がある。

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

第1 全体目標と分野別目標

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

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

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

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

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

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

3. がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

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

第2 分野別施策と個別目標

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

～がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す～

(1) がんの1次予防

① 生活習慣について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

の改正による望まない受動喫煙防止対策を実施してきた。

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

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

（取り組むべき施策）

国及び地方公共団体は、生活習慣について、「次期国民健康づくり運動プラン」

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

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

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

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

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

に沿った取組を引き続き推進する。

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

② 感染症対策について

(現状・課題)

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

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

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

⁸ 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

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

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

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

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

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

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

HTLV-1について、国は、平成22（2010）年に取りまとめられた「HTLV-1総合対策」に基づき対策を進めている。また、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（Japan Agency for Medical Research and Development。以下「AMED」という。）において、HTLV-1の実態把握と感染メカニズム解析やHTLV-1の検査法の改善等に関する研究を行っている。

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

国は、感染予防対策を含めたHTLV-1総合対策等を引き続き推進する。

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

【個別目標】

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

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

(2) がんの2次予防(がん検診)

① 受診率向上対策について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

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

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

及び受診者数等を継続的に把握する仕組みがない。

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

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

② がん検診の精度管理等について

(現状・課題)

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

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

²² 国立がん研究センター「市区町村におけるがん検診チェックリストの使用に関する実態調査」

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

③ 科学的根拠に基づくがん検診の実施について

（現状・課題）

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

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

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

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

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

²⁴ 「市区町村におけるがん検診の実施状況調査」

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

が指摘されている。

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

【個別目標】

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

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

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

(1) がん医療提供体制等

① 医療提供体制の均てん化・集約化について

(現状・課題)

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

② がんゲノム医療について

(現状・課題)

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

検討する。

③ 手術療法・放射線療法・薬物療法について

(ア) 手術療法について

(現状・課題)

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

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

(取り組むべき施策)

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

(イ) 放射線療法について

(現状・課題)

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

(ウ) 薬物療法について

(現状・課題)

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

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

科学的根拠に基づく正しい薬物療法に関する知識の普及について、EBM普

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

²⁷ 「MR画像誘導即時適応放射線治療ガイドライン」

(<https://www.jastro.or.jp/medicalpersonnel/guideline/20211123.pdf>)

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

④ チーム医療の推進について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

⑤ がんのリハビリテーションについて

（現状・課題）

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

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

⑥ 支持療法の推進について

（現状・課題）

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

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

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

⑦ がんと診断された時からの緩和ケアの推進について

(ア) 緩和ケアの提供について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(イ) 緩和ケア研修会について

(現状・課題)

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

⑧ 妊孕性温存療法について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

【個別目標】

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

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

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

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

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

(2) 希少がん及び難治性がん対策

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

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

膵^{すい}がんをはじめとした、いわゆる難治性がんは、治療成績の向上が喫緊の課題である。

早期発見が困難であるために難治性がんとなっているものについては、がんの存在診断のための革新的技術を開発するとともに、転移・再発したがんを克服するための第一歩として、浸潤・転移といったがんの特性を解明する研究を更に推進することが求められる。

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

【個別目標】

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

(3) 小児がん及びAYA世代のがん対策

(現状・課題)

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

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

取り組む。

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

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

【個別目標】

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

(4) 高齢者のがん対策

(現状・課題)

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

【個別目標】

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

⁵³ 平成29(2017)年4月「日本の将来推計人口」(国立社会保障・人口問題研究所)

⁵⁴ 令和元(2019)年度「全国がん登録 罹患数・率 報告」

(5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

(現状・課題)

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

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

国は、先進医療、患者申出療養制度等の評価療養、先駆的医薬品等指定制度等

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

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

【個別目標】

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

3. がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

～がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

(1) 相談支援及び情報提供

① 相談支援について

(現状・課題)

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

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

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

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

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

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

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

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

② 情報提供について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

⁵⁸ がん情報サービスにおいて算出。

（取り組むべき施策）

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

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

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

【個別目標】

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

(2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

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

(2018) 年度で 47.7%となっており、半数程度に留まっている。

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

【個別目標】

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

(3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援⁶⁰）

① 就労支援について

（現状・課題）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

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

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

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

② アピアランスケアについて

（現状・課題）

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

③ がん診断後の自殺対策について

（現状・課題）

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

討する。

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

④ その他の社会的な問題について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

【個別目標】

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

(4) ライフステージに応じた療養環境への支援

① 小児・AYA世代について

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

⁶⁷ 令和元（2019）年度「小児患者体験調査」

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

② 高齢者について

(現状・課題)

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

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

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

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

（取り組むべき施策）

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

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

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

【個別目標】

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

4. これらを支える基盤の整備

(1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進

(現状・課題)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

【個別目標】

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

(2) 人材育成の強化

(現状・課題)

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

【個別目標】

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

(3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

(現状・課題)

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

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

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

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

(取り組むべき施策)

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

⁶⁸ 第 36 回がん検診のあり方に関する検討会 参考資料 8 「中小・小規模企業での「がん対策」(検診・就労)の実態調査結果報告」

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000964653.pdf>)

実情に応じたがん教育の取組の充実とその成果の普及を図る。

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

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

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

【個別目標】

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

(4) がん登録の利活用の推進

(現状・課題)

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

平成 28 (2016) 年より全国がん登録の届出件数は増加してきており、精度指標については、令和元 (2019) 年時点で、MI 比⁶⁹が 0.38、DCO⁷⁰が 1.92% であるなど、登録情報の内容が充実してきている。

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

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

【個別目標】

がん登録情報の更なる利活用を目指す。

(5) 患者・市民参画の推進

(現状・課題)

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

【個別目標】

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

(6) デジタル化の推進

(現状・課題)

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

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

(取り組むべき施策)

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

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

【個別目標】

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

第3 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化

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

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

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

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

2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

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

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

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

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

3. 都道府県による計画の策定

都道府県は、本基本計画を基本としながら、当該都道府県におけるがん患者に

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

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

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

国は、都道府県計画の作成手法等について必要な助言を行う。

4. 国民の努力

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

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

- がん医療は、がん患者やその家族等と、医療従事者の人間関係を基盤として成り立っていることから、医療従事者のみならず、がん患者やその家族等も、医療従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- がん患者が適切な医療を受けるためには、セカンドオピニオンに関する情報の提示、がんに関する十分な説明、相談支援等が重要であるが、がん患者やその家族等も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等について、理解するよう努めること。
- 国民本位のがん対策を推進するため、国民は、関係者等と協力して、主体的にがん対策の議論に参画するなど、がん医療や、がん患者やその家族等に対する支援を充実させることの重要性を認識し、正しい知識・理解を得て、行動するよう努めること。

5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

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

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

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

6. 目標の達成状況の把握

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

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

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

7. 基本計画の見直し

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

がん対策推進条例の概要

条例制定の背景・必要性

がんを取り巻く環境の急速な変化や本県独自の課題への対応が必要

- ・がん医療の技術の進歩
- ・「不治の病」から「長く付き合う病気」への変化
- ・全国がん登録制度の導入
- ・がん検診受診率の低迷



これらの状況を踏まえ、地域社会の構成員が一体となって、がん対策をより一層推進していくことが必要

がん対策の基本方針（第1条）

がんの予防及び早期発見の推進並びにがん医療の充実に総合的に取り組むこと
 がんに関する研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究の成果を普及し、活用し、及び発展させることにより推進すること
 県民ががん罹患しても治療と就労、就学その他の社会生活を両立することができ、安心して暮らせる環境を整備することを目指して推進すること
 年齢、性別、心身の状態その他の県民それぞれが置かれている状況に応じたがん医療の提供及び必要な支援が受けられるよう推進すること
 がん患者及びその家族その他の県民の意見を十分に尊重し推進すること
 県、市町その他の関係者及び県民の参画と協働により推進すること

責務

兵庫県（第2条）
 がん対策の推進に関する総合的な施策を策定・実施
 【がん対策推進計画を定める（第8条）】

市 町（第3条）
 地域の特性に応じた施策を策定・実施

医療保険者（第4条）
 がんの予防・早期発見等に関する施策に協力

医療関係者（第5条）
 がんの予防及び早期発見に努力
 良質かつ適切ながん医療を提供

事業者（第6条）
 従業員ががんの早期発見及びがんの治療と就労との両立に取り組むことができる措置を実施

県 民（第7条）
 がんの予防及びがん検診等による早期発見に努力

基本的な取組

●がん対策推進計画の策定（第8条）

●がんの予防及び早期発見の推進

- 予防の推進（第9条）**
 【県民】健康な生活習慣の確立
 【県・市町】がんの予防のための環境整備
 【県】受動喫煙防止の推進
- 早期発見の推進（第10条）**
 【県民】がん検診の受診
 【県】がん検診の質の向上の推進
 【市町】がん検診を受けやすい環境整備
 【県・市町・医療保険者】がん検診受診の普及啓発
 【医療関係者】がん検診の的確な実施
 【事業者】従業員等ががん検診を受ける機会の確保

●がん医療の充実

- がん医療の充実（第11条）**
 【県】がん診療連携拠点病院を核としたがん医療を提供する体制の強化等支援、連携促進
 【医療機関】がん診療連携拠点病院等と連携しがん医療を提供
 先端医療を提供する体制の充実

●がんの特性に配慮したがん対策の推進

- 小児がんその他の若年におけるがんに係るがん対策（第12条）**
高齢のがん患者に係るがん対策（第13条）
女性に特有のがんに係るがん対策（第14条）
肝がんに係るがん対策（第15条）
石綿健康被害に起因するがんに係るがん対策（第16条）

●がん登録等の推進等

- がん登録等の推進（第17条）**
先端医療等に係る研究の推進（第18条）
その他がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の充実等のための措置（第19条）

●がん罹患しても安心して暮らせる環境の整備

- がん患者の療養生活の質の維持向上（第20条）**
 【県】緩和ケア・在宅医療に携わる医療従事者の育成
 相談窓口の周知及び機能強化
 【県・市町】緩和ケア・在宅医療の普及啓発
 【医療関係者】状況に応じた緩和ケアの提供
 がん患者等の意向を踏まえた在宅医療の提供
 がん患者等からの相談への適切な対応

治療等と就労の両立（第21条）

- 【県】がん患者等就労の普及啓発等の事業者への支援
 【事業者】休暇取得促進、代替職員確保等の措置

治療と就学の両立（第22条）

- 【県・学校教育関係者等】がん患者が学校教育を受けることができる環境の整備

がん教育の推進（第23条）

- 【県・市町】関係者と連携したがんに関する教育の推進

商品・サービスの開発提供（第24条）

- 【県・事業者】がん患者等の負担軽減に資する質の高い商品・サービスの開発提供の促進

その他がん罹患しても安心して暮らせる環境を整備するための措置（第25条）

兵庫県条例第15号

がん対策推進条例

目次

前文

第1章 総則（第1条—第7条）

第2章 がん対策推進計画（第8条）

第3章 がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の充実等

第1節 がんの予防及び早期発見の推進（第9条・第10条）

第2節 がん医療の充実（第11条）

第3節 がんの特性に配慮したがん対策の推進（第12条—第16条）

第4節 がん登録等の推進等（第17条—第19条）

第4章 がんにかんも罹患しても安心して暮らせる環境の整備（第20条—第25条）

第5章 雑則（第26条・第27条）

附則

がんは、昭和53年に県民の死亡原因の第1位となり、その後も食を含む生活習慣の変化や高齢化の進展などにより、がんにかんも罹患する者が増加の一途をたどる中、県は、昭和62年に全国に先駆けて、「ひょうご対がん戦略」を策定し、総合的ながん対策を進めてきたが、依然としてがん検診の受診率の向上などの改善すべき課題が残されている。

また、がんに係る医療（以下「がん医療」という。）に関する技術の近年の進歩により、がんは「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化しており、その療養中の生活の質の向上も課題となっている。

一方で、がんの進行度、発見の経緯、治療の内容などの罹患に関する情報が全国的に収集され、その体系的な整備が進められ、がんに関する調査研究が、がん医療の質の向上やがんの予防などに貢献することも期待されるようになってきている。

これらの状況を踏まえ、地域社会の構成員が一体となって、がん対策をより一層推進していくため、この条例を制定する。

第1章 総則

（がん対策の基本方針）

第1条 がん対策は、がんの予防及び早期発見の推進並びにがん医療の充実に総合的に取り組むことにより推進されなければならない。

2 がん対策は、がんに関する研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究の成果を普及し、活用し、及び発展させることにより推進されなければならない。

3 がん対策は、県民ががんにかんも罹患しても治療と就労、就学その他の社会生活とを両立することができ、安心して暮らせる環境を整備することを目指して推進されなければならない。

4 がん対策は、年齢、性別、心身の状態その他の県民それぞれが置かれている状況に応じたがん医療の提供及び必要な支援が受けられるよう推進されなければならない。

5 がん対策は、がんにかかっている者（以下「がん患者」という。）及びがんにかかったことのある者並びにこれらの者の家族（以下「がん患者等」という。）その他の県民の意見が十分に尊重されつつ推進されなければならない。

6 がん対策は、国、県、市町、医療保険者（がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「法」という。）第5条に規定する医療保険者をいう。以下同じ。）、医療従事者その他の医療関係者、事業者その他の関係者及び県民の参画と協働により推進されなければならない。

（県の責務）

第2条 県は、前条に定める基本方針（以下「基本方針」という。）にのっとり、がん対策の推進に関する総合的な施策を策定し、及び実施するものとする。

（市町の責務）

第3条 市町は、基本方針にのっとり、その地域の特性に応じたがん対策の推進に関する施策を策定し、及び実施するものとする。

（医療保険者の責務）

第4条 医療保険者は、基本方針にのっとり、県及び市町が実施するがんの予防及び早期発見の推進その他のがん対策の推進に関する施策に協力しなければならない。

（医療関係者の責務）

第5条 医療関係者は、基本方針にのっとり、県及び市町が実施するがん対策の推進に関する施策に協力し、がんの予防及び早期発見に努めるとともに、がん患者等の置かれている状況を深く認識し、良質かつ適切ながん医療を提供しなければならない。

（事業者の責務）

第6条 事業者（他人を使用して事業を営む者に限る。第24条第2項を除き、以下同じ。）は、基本方針にのっとり、その従業員ががんの早期発見及びがんの治療と就労との両立に取り組むことができるよう、必要な措置を講じなければならない。

（県民の責務）

第7条 県民は、基本方針にのっとり、がんの予防に必要な注意を払い、がん検診を受けること等によりがんの早期発見に努めなければならない。

2 県民は、がんに関する正しい知識を持ち、がん患者等に関する理解を深めるよう努めなければならない。

第2章 がん対策推進計画

第8条 知事は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する計画（以下「がん対策推進計画」という。）を定めなければならない。

2 がん対策推進計画は、次に掲げる事項について定める。

(1) がん対策の推進に関する基本的な目標に関する事項

(2) がん対策の推進に関する施策の基本的な方針

(3) がん対策の推進に関する基本的な取組

(4) 前3号に掲げるもののほか、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

3 知事は、がん対策推進計画を定めようとするときは、健康づくり推進条例（平成23年兵庫県条

例第14号) 第23条第1項の規定により設置する健康づくり審議会(以下「審議会」という。)の意見を聴くものとする。

- 4 知事は、がん対策推進計画を定めたときは、遅滞なく、これを公表するものとする。
- 5 前2項の規定は、がん対策推進計画の変更について準用する。
- 6 審議会は、がん対策の推進に関して必要と認める事項について、知事に建議することができる。

第3章 がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の充実等

第1節 がんの予防及び早期発見の推進

(がんの予防の推進)

第9条 県民は、食生活、運動、休養等の健康な生活習慣を確立することにより、がんの予防に努めなければならない。

- 2 県及び市町は、生活習慣が健康に及ぼす影響、がんの原因となるおそれのある感染症等のがんの予防に関する正しい知識の普及及び啓発に取り組むとともに、がんの予防のための環境の整備に取り組むものとする。
- 3 県は、受動喫煙の防止等に関する条例(平成24年兵庫県条例第18号)で定めるところにより、県民の受動喫煙の防止を図るものとする。

(がんの早期発見の推進)

第10条 県民は、必要に応じ、がん検診を受けることにより、がんの早期発見に努めなければならない。

- 2 県は、がん検診を受けることの必要性に関する知識の普及及び啓発に取り組むとともに、がん検診に関する事業評価の実施、がん検診に携わる医療関係者に対する研修の機会の確保等を行うことによりがん検診の質の向上を図るものとする。
- 3 市町は、がん検診を受けることの必要性に関する知識の普及及び啓発に取り組むとともに、休日又は夜間におけるがん検診の実施その他の県民ががん検診を受けやすい環境の整備に取り組むものとする。
- 4 医療保険者は、がん検診を受けることの必要性に関する知識の普及及び啓発に取り組まなければならない。
- 5 医療関係者は、がん検診の業務に従事するときは、国が定めるがん検診に関する指針に基づき的確に当該業務を行わなければならない。
- 6 事業者は、定期的に行う健康診断に併せてがん検診を実施する等のその従業員ががん検診を受ける機会を確保するために必要な措置を講ずるとともに、その従業員の家族ががん検診を受ける機会を確保することができるよう配慮しなければならない。

第2節 がん医療の充実

第11条 医療関係者は、がん診療連携拠点病院(地域のがん医療の中核となる病院として厚生労働大臣が指定するもの及びこれに準拠した機能を有する病院として知事が指定するものをいう。以下同じ。)その他の医療機関と連携し、がん患者の心身の状態に応じた良質かつ適切ながん医療を提供しなければならない。

2 県は、がん患者が居住する地域にかかわらず、等しく心身の状態に応じた良質かつ適切ながん医療を受けることができるよう、次に掲げる事項に取り組むものとする。

(1) がん診療連携拠点病院におけるがん医療を提供する体制の整備及び機能の強化への支援

(2) がん診療連携拠点病院を中心として関係医療機関が連携してがん医療を提供する体制の整備

3 高度ながん医療の提供を行う医療機関は、遺伝子情報に基づく治療、患者への負担が軽減される放射線治療、科学的に有効性が証明された免疫の機能を利用する治療等を行う先端的な技術を用いる医療（以下「先端医療」という。）を提供する体制の充実に努めなければならない。

第3節 がんの特性に配慮したがん対策の推進

(小児がんその他の若年において罹患するがんに係るがん対策の推進)

第12条 県は、小児がんその他の若年において罹患するがん（以下「小児がん等」という。）に係るがん対策を推進するため、小児がん拠点病院（地域の小児がんに係る医療の中核となる病院として厚生労働大臣が指定するものをいう。）とがん診療連携拠点病院その他の医療機関との間の連携の推進に取り組むものとする。

2 医療関係者は、小児がん等に係る医療の提供に当たっては、がん患者の発育又は生殖機能への影響その他のがん又はがんの治療に起因する影響に配慮しなければならない。

(高齢のがん患者に係るがん対策の推進)

第13条 県は、多くの高齢のがん患者ががん以外の疾患を有すること等を踏まえ、当該がん患者の心身の状態に応じたがん医療の提供に対する支援を行うものとする。

2 医療関係者は、高齢のがん患者に係る医療の提供に当たっては、当該がん患者のがん以外の疾患の有無その他の心身の状態に応じたがん医療を提供しなければならない。

(女性に特有のがんに係るがん対策の推進)

第14条 県及び市町は、乳がん、子宮がんその他の女性に特有のがんに若年者も多く罹患する状況を踏まえ、女性に特有のがんに係るがん検診を受けることの必要性に関する知識の普及及び啓発に取り組む等、当該がんの予防及び早期発見に取り組むものとする。

2 医療関係者は、県及び市町が行う女性に特有のがんに係るがん対策に協力するとともに、女性の医療従事者を配置する等、女性ががん検診を受けやすい体制及び女性のがん医療の提供を受けやすい体制の整備に取り組まなければならない。

(肝がんに係るがん対策の推進)

第15条 県及び市町は、肝がんの予防に資するため、肝炎ウイルスに感染した者が適切な医療の提供を受けるための支援を行うものとする。

(石綿による健康被害に起因するがんに係るがん対策の推進)

第16条 県及び市町は、石綿による健康被害に起因するがんの早期発見に資するため、石綿による健康被害のおそれのある者が適切な医療の提供を受けるための支援を行うものとする。

第4節 がん登録等の推進等

(がん登録等の推進)

第17条 県、市町及び医療関係者は、がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）第2条第2項に規定するがん登録によりがんの罹患、診療、転帰等に関する情報を収集し、その得

られた情報を科学的知見に基づくがん医療の実施その他のがん対策に活用しなければならない。
(先端医療等に係る研究の推進)

第18条 県は、がんに係る先端医療、罹患している者の少ないがん及び治療が特に困難であるがんに関する研究の進捗状況の把握に努め、その情報をごん診療連携拠点病院その他の医療機関に提供するものとする。

2 がん診療連携拠点病院その他の高度ながん医療の提供を行う医療機関は、国が定める医学研究に関する指針等を遵守し、前項の規定により提供された情報その他のがんに関する最新の知見に基づいた臨床研究（医薬品、医療機器等を人に対して用いることにより、当該医薬品、医療機器等の有効性又は安全性を明らかにする研究をいう。）の推進に努めなければならない。

(その他がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の充実等のための措置)

第19条 第9条から前条までに定めるもののほか、県、市町、医療保険者、医療関係者、事業者その他の関係者は、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の充実等のために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

第4章 がんにごん罹患しても安心して暮らせる環境の整備

(がん患者の療養生活の質の維持向上)

第20条 県は、がん診療連携拠点病院その他の医療機関と連携し、次に掲げる取組その他のがん患者の療養生活の質の維持向上を図るための取組を行うものとする。

(1) 緩和ケア（がん患者に係る身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療その他の行為をいう。以下同じ。）又は在宅におけるがん医療に携わる医療従事者を育成すること。

(2) 県民に対して緩和ケア又は在宅におけるがん医療に関する知識の普及及び啓発を図ること。

(3) 県民に対してがんに関する相談窓口を周知するとともに、がんに関する相談窓口における相談機能の強化を図ること。

2 市町は、県民に対して緩和ケア又は在宅におけるがん医療に関する知識の普及及び啓発を図ること等により、がん患者の療養生活の質の維持向上に取り組むものとする。

3 医療関係者は、次に掲げる取組その他のがん患者の療養生活の質の維持向上を図るための取組を行わなければならない。

(1) がん患者等の状況に応じて緩和ケアを診断の時から適切に提供すること。

(2) がん患者等の意向を踏まえた適切な在宅におけるがん医療を提供すること。

(3) がんに関する相談窓口の設置、患者団体（がん患者等により構成される団体その他のがん患者等の支援に関する活動を行う団体をいう。以下同じ。）等と連携した相談の実施等によりがん患者等からの相談に適切に対応すること。

(治療等と就労の両立)

第21条 県は、事業者に対し、がん患者又はがん患者を看護する者の就労に関する知識の普及及び啓発その他の必要な支援を行うことにより、がんの治療又はがん患者の看護と就労との両立の推進に取り組むものとする。

2 事業者は、その従業員又は従業員の家族ががんにごん罹患しても、当該従業員が治療又は家族の看

護と就労とを両立することができるよう、休暇の取得の促進、代替職員の確保その他の必要な措置を講じなければならない。

(治療と就学の両立)

第22条 県、市町、医療関係者及び学校教育の関係者は、療養中の小児がん等に罹患した者が学校教育を受けることができる環境を整備することにより、がんの治療と就学との両立の推進に取り組まなければならない。

(がんに関する教育の推進)

第23条 県及び市町は、がんに関する正しい知識及びがん患者等に関する理解を県民が深めることができるよう、医療関係者、患者団体並びに学校教育及び社会教育の関係者と連携し、がんに関する教育の推進に取り組むものとする。

(がん患者等の負担の軽減に資する商品及びサービスの開発及び提供)

第24条 県は、県民ががん^りに罹患した場合に身体的、精神的又は経済的な負担が生じることを踏まえ、がん患者等のこれらの負担の軽減に資する質の高い商品及びサービスの開発及び提供が促進されるよう必要な支援に取り組むものとする。

2 事業者は、その活動ががん患者等の身体的、精神的又は経済的な負担の軽減に寄与し得ることを認識し、これらの負担の軽減に資する質の高い商品及びサービスの開発及び提供に努めなければならない。

(その他がん^りに罹患しても安心して暮らせる環境を整備するための措置)

第25条 第20条から前条までに定めるもののほか、県、市町、医療保険者、医療関係者、事業者その他の関係者は、がん^りに罹患しても安心して暮らせる環境を整備するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

第5章 雑則

(行財政上の措置等)

第26条 県は、がん対策を推進するため、行政上又は財政上の措置その他の必要な措置を講ずるものとする。

(補則)

第27条 この条例の施行に関して必要な事項は、規則で定める。

附 則

(施行期日)

1 この条例は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この条例の施行の際現に法第12条第1項の規定により定められている計画は、第8条第1項の規定により定められたがん対策推進計画とする。

(附属機関設置条例の一部改正)

3 附属機関設置条例(昭和36年兵庫県条例第20号)の一部を次のように改正する。

第1条第1項の表健康づくり審議会の項中「重要事項」の右に「及びがん対策推進条例(平成31年兵庫県条例第15号)によるがん対策の推進に関する重要事項」を加え、「及び当該」を「並びにこれらの」に改める。

兵庫県がん対策推進計画の改定の概要

○ 背景

①がん罹患率は全国と比較して中位

年齢調整罹患率(人口 10 万人あたり)

	H22	H23	H24	H25	全国順位
県	338.2	345.7	351.7	349.6	25 位
全国	351.4	365.8	365.6	361.9	—

国立がん研究センター報告

②がん死亡率は年々減少しているが、目標は未達

75 歳未満年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)

	H17	H23	H24	H25	H26	H27	目標値(H27)
県	97.2	84.0	82.7	82.0	79.0	77.3	72.9
全国	92.4	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	73.9

厚生労働省人口動態統計

③がんの原因として喫煙と感染症要因の割合が高い

	男性	女性
喫煙	29.7%	5.0%
感染症要因	22.8%	17.5%
飲酒	9.0%	2.5%
塩分摂取	1.9%	1.2%

H23 国立がん研究センター報告

④がん検診受診率、精密検査受診率が全国と比較して低位

受診率	がん検診(%)			精密検査(%)		
	全国	県	目標値	全国	県	目標値
胃がん	40.9	35.9	40	79.5	79.2	90
肺がん	46.2	40.7		79.8	69.9	
大腸がん	41.4	39.8		66.9	63.2	
乳がん	44.9	40.6	50	85.1	71.9	
子宮頸がん	42.3	38.1		72.4	56.0	

国民生活基礎調査(H28)/地域保健健康増進事業報告(H26)

⑤がん検診の必要性に関する認識や情報が不足

がん検診を受けない理由	
費用がかかる	36.6%
心配なら医療機関を受診する	28.9%
まだそういう年齢ではないから	17.5%
時間がとれないから	16.5%

H25 県民モニター調査

⑥肝がんの死亡率が全国平均を上回っている

75 歳未満年齢調整死亡率(人口 10 万人あたり)

	胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮がん	肝がん	前立腺がん
県	9.1	14.3	10.3	9.6	4.0	5.9	2.0
全国	9.1	14.5	10.5	10.7	4.9	5.4	2.2

H27 厚生労働省人口動態統計

⑦がん診断後の依願退職又は解雇割合は10年前から変化なし

がんと診断後の就労状況の変化 (全国)

	H25	H15
現在も勤務している	47.9%	47.6%
休職中	9.5%	8.7%
依願退職、もしくは解雇	34.6%	34.7%
その他	8.1%	9.0%

H27 静岡がんセンター研究班がん体験者の実態調査

○ 計画の位置づけ

- ① がん対策基本法第 12 条の規定に基づく都道府県計画
- ② 「21 世紀ひょうご長期ビジョン」、「少子高齢社会福祉ビジョン」、「保健医療計画」、「健康づくり推進実施計画」等と整合
- ③ 健康づくり推進条例と併せ、がん対策を総合的に展開

○ 計画期間

2018(H30)年度から 2023 年度までの 6 年間

○ 改定の視点

- ① がん予防の推進
- ② がんの早期発見の推進
- ③ ライフステージに応じたがん対策の推進
- ④ 適切な医療を受けられる環境の整備
- ⑤ がん患者の療養生活の質の維持向上
- ⑥ がん患者の就労支援
- ⑦ がん教育の推進
- ⑧ 全国がん登録の活用

○ 目標

(全体目標)

- 1 がんによる罹患者、死亡者減少の実現(指標)
 - ・年齢調整罹患率が全国 10 位以内
 - ・75 歳未満年齢調整死亡率が全国平均より 5%以上低い状態
- 2 がんにも罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

(個別目標)

- ・成人喫煙率の低下
男性 24.8%→19%
女性 7.1%→4%
- ・がん検診受診率 50%、精密検査受診率 90%
- ・県内の緩和ケア研修修了者数 4,027→6,400 人
- ・がん性疼痛緩和指導管理料 届出医療機関数 358→550 機関

○ 構成

I がん予防の推進

○生活習慣改善の推進	・生活習慣予防等の健康づくり	・日常生活で具体的に実行しやすい健康行動の提示
○たばこ対策の充実	・禁煙に向けた取組の強化 ・受動喫煙防止条例に基づく対策の推進	・禁煙相談窓口、禁煙治療の保険適用要件等の情報提供 ・受動喫煙の健康に及ぼす影響等についての普及啓発
○感染症に起因するがん対策の推進	・感染症に起因するがんに関する正しい知識の啓発	・HPV、HTLV-1に関する正しい知識の普及啓発 ・肝炎ウイルス検査の受診啓発
○全国がん登録等の推進	・全国がん登録の着実な実施、院内がん登録の推進	・全国がん登録で得られた精度の高い罹患率等データを活用したがん予防等の推進 ・院内がん登録を含めた医療情報の積極的な公開

II 早期発見の推進

○がん検診機会の確保と受診促進支援	・市町の取組支援 ・企業と職域の連携 ・がん検診に関する正しい知識の普及啓発 ・要精検者へのフォローアップの徹底	・重点市町の指定、受診しやすい環境づくりの推進 ・企業等の従業員やその家族に対するがん検診受診費用の助成等による受診促進 ・大学等と連携した子宮頸がん、乳がん検診の受診啓発 ・受診台帳の整備と個別フォローアップの徹底
○適切ながん検診の実施	・事業評価・精度管理の実施 ・がん検診従事者の専門性の向上	・生活習慣病検診等管理指導協議会による市町の精度管理 ・がん検診従事者に対する講習会の実施

III 医療体制の充実

○個別がん対策の推進	・小児がん・AYA(Adolescent and Young Adult:思春期と若年成人)世代のがん対策 ・肝がん対策 ・石綿(アスベスト)関連がん対策 ・その他のがん対策	・小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院の切れ目のない診療体制の推進、晩期障害のリスクが少ない陽子線治療の提供 ・肝疾患連携拠点病院の運営、肝炎、肝がん治療費等の助成 ・健康管理支援事業の実施及び国と連携した啓発 ・造血幹細胞移植の推進
○医療体制の強化	・拠点病院におけるチーム医療体制の整備 ・地域がん診療連携の強化 ・専門性の高いがん医療への対応 ・情報の収集提供と治験・臨床研究の推進	・多職種によるカンサーボードの推進 ・各医療機関の専門性を活かした連携・役割分担支援 ・がんの専門的な知識、技能を有する医療従事者の育成、配置 ・先進的な医療への積極的な取組
○がん患者の療養生活の質の維持向上	・がんと診断された時からの緩和ケアの推進 ・在宅医療・介護サービス提供体制の充実 ・相談支援体制の充実	・緩和ケアの質の向上 ・緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上 ・在宅医療推進協議会の運営 ・在宅医療地域ネットワーク連携システムの構築 ・ピアサポーターの積極的な活用推進

IV がん患者を支える社会の構築

○就労支援体制の構築	・拠点病院、関係団体等の連携による就労支援の推進	・ハローワークとの連携によるがん患者等の就労支援 ・産業保健総合支援センターとの協働等による両立支援コーディネータの周知
○がん教育の推進	・青少年に対するがんに関する正しい知識の啓発 ・正しい情報の発信 ・社会的問題等への対応	・小中高生へのがんに関する講演の実施 ・教職員に対するがん教育に関する研修等の実施 ・各医療機関で実施しているがん部位別の診療内容やセカンドオピニオン対応等の公開、免疫療法や新たな治療法に関する指針等に基づく情報の発信 ・がんに関する「差別・偏見」の払拭

兵庫県がん対策推進計画

(第5次ひょうご対がん戦略推進方策)

平成30年 3月

目 次

第1章 計画の趣旨

1	兵庫県におけるがん対策	1
2	前推進計画の達成状況	2
	(1) 全体目標	
	(2) 個別目標	
3	がんを取り巻く動向	6
	(1) がん医療技術の進歩	
	(2) これまでの取組と新たな課題	
	(3) 「がん対策推進基本計画」の見直し	
4	計画の性格	8
	(1) 位置付け	
	(2) 本県の他の計画との関係	
	(3) 計画期間	

第2章 兵庫県の概況

1	兵庫県の人口の現状と将来推計	9
	(1) 人口の動き	
	(2) 年齢階級別人口	
2	兵庫県のがん罹患率・死亡状況	10
	(1) がんの罹患率の推移	
	(2) 死因別死亡状況の推移	
	(3) 三大生活習慣病別死亡状況の推移	
	(4) がんの部位別死亡状況の推移	
3	兵庫県のがん検診の実施状況	14
	(1) がん検診受診率	
	(2) がん検診を受けない理由	
	(3) 精度管理・事業評価	
4	がん診療体制	17
	(1) 国指定がん診療連携拠点病院数	
	(2) 兵庫県指定がん診療連携拠点病院数	
	(3) がん診療連携拠点病院に準じる病院数	
	(4) 地域クリティカルパス運用件数	
	(5) がん患者指導実施件数	
	(6) 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	

第3章 基本理念及び改定の視点

1	基本理念	19
2	がん対策推進関係者の役割	20
	(1) 県の役割	
	(2) 市町の役割	
	(3) 県民の役割	
	(4) 医療従事者及び医療保険者の役割	
	(5) がん患者及びがん患者団体の役割	
	(6) 事業者の役割	
3	改定の視点	21
	(1) がんの予防の推進	
	(2) がんの早期発見の推進	
	(3) ライフステージに応じたがん対策の推進	
	(4) 適切な医療を受けられる環境の整備	
	(5) がん患者の療養生活の質の維持向上	
	(6) がん患者の就労支援	
	(7) がん教育の推進	
	(8) 全国がん登録の活用	

第4章 全体目標

1	目標及びその達成時期の考え方	23
2	全体目標	23
	(1) がんによる罹患者・死亡者減少の実現	
	(2) がんにより罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築	

第5章 分野別施策及び個別目標

第1節	がん予防の推進	25
	(1) 生活習慣改善の推進	
	(2) たばこ対策の充実	
	(3) 感染症に起因するがん対策の推進	
	(4) 全国がん登録等の推進	
第2節	早期発見の推進	
1	がん検診機会の確保と受診促進支援	28

(1) 市町の取組支援	
(2) 企業・職域との連携	
(3) がん検診に関する正しい知識の普及啓発	
(4) 要精検者へのフォローアップの徹底	
2 適切ながん検診の実施	29
(1) 事業評価・精度管理の実施	
(2) がん検診従事者の専門性の向上	
(3) 新たながん検診等への対応	
第3節 医療体制の充実	
1 個別がん対策の推進	30
(1) 小児がん、AYA世代のがん対策	
(2) 肝がん対策	
(3) 石綿（アスベスト）関連がん対策	
(4) その他のがん対策	
2 医療体制の強化	34
(1) 拠点病院におけるチーム医療体制の整備	
(2) 地域がん診療連携の強化	
(3) 地域連携クリティカルパスの整備・活用による病院間の連携強化	
(4) 専門性の高いがん医療への対応	
(5) 情報の収集提供と治験・臨床研究の推進	
3 がん患者の療養生活の質の維持向上	37
(1) がんと診断された時からの緩和ケア等の推進	
(2) 在宅医療・介護サービス提供体制の充実	
(3) 相談支援体制の充実	
第4節 がん患者を支える社会の構築	
1 就労支援体制の構築	42
2 がん教育の推進	43
第6章 がん対策を総合的かつ計画的に推進するための事項	
1 関係者等の意見の把握と反映	45
2 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	45
3 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価	45
4 本計画の見直し	46
用語解説	47

第1章 計画の趣旨

1 兵庫県におけるがん対策

兵庫県におけるがんによる死亡者数は、昭和53年に脳卒中を抜き、死亡原因の第1位となった。その後も増加の一途をたどり、平成15年には、全死亡者のうち3人に1人が、がんで亡くなっている。

県は全国に先駆けて、昭和62年に「ひょうご対がん戦略会議」を設置し、その提言をもとに推進体制、予防、教育啓発対策、検診対策、医療対策、情報対策及び研究の6つの柱からなる「ひょうご対がん戦略」を策定し、がん制圧に向けた施策を総合的に展開してきた。

平成9年度には、がん対策の重点を「働き盛りのがん対策の推進とがん患者のQOL（生活の質）の向上」に置いた「新ひょうご対がん戦略」を策定し、計画的に施策を推進してきた。

平成19年4月に、国では、「がん対策基本法」が制定され、さらに同年6月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図る「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

県では、その基本計画を踏まえ、平成20年2月に第3次ひょうご対がん戦略推進方策として「兵庫県がん対策推進計画」（以下「推進計画」という。）を策定し、がん診療連携拠点（以下「拠点病院」という。）の整備や緩和ケア*提供体制の強化、地域がん登録の拡大を図っていった。

さらに、がんは不治の病から食生活、飲酒、喫煙などが要因となる割合が高い生活習慣病へと概念が変化してきたことに伴い、県では包括的な生活習慣病対策等に取り組むために平成23年3月に制定した健康づくり推進条例の中で、がん対策も重要な要素の一つと位置づけ、推進計画と併せて各施策を総合的に展開することとした。

その後、小児がんやがん患者の就労問題などの新たな課題に対応するため、国では、平成24年6月に新たな基本計画が策定された。

県においても、国の基本計画改定を踏まえ、平成25年4月に推進計画（第4次ひょうご対がん戦略推進方策）の改定を行い、小児がん拠点病院の整備や拠点病院におけるがん相談支援の充実を推進していった。

基本計画改定から5年が経過し、がん種、世代、就労等の患者それぞれの状況に応じたがん医療や支援の必要性等が明らかになったことから、国において改めて基本計画の見直しが行われ、平成29年10月に閣議決定された。

こうしたがん対策を取り巻く状況変化を踏まえ、推進計画を改定し、第5次ひょうご対がん戦略推進方策のもと、がん対策のさらなる推進に努める。

2 前推進計画の達成状況

前推進計画では、「がんによる死亡者の減少」及び「がん罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築」の2つの全体目標と、32項目の具体的な個別目標を設定して、総合的ながん対策に取り組んできた。

(1) 全体目標

「がんによる死亡者の減少」の指標である、75歳未満年齢調整死亡率*は、平成17年からの10年間で人口10万あたり97.2から77.3へと減少し、全国(92.4→78.0)を上回る減少率となったが、目標値の72.9には届かず、今後一層の取組が必要である。

一方、「がん罹患しても元気で安心して生活できる社会の構築」については、がん患者の在宅看取り率が、前推進計画策定以降も年々着実に増加しており、一定の環境整備が図られつつある。

図1 75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）

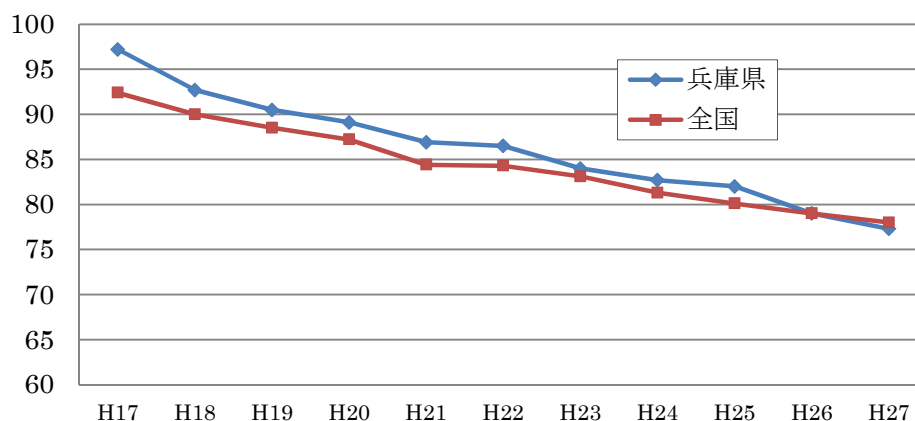


表1 75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
兵庫県	97.2	92.7	90.5	89.1	86.9	86.5	84.0	82.7	82.0	79.0	77.3
全国	92.4	90.0	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0

(国立がん研究センター)

表2 がん患者の在宅看取り率の推移

	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
兵庫県	9.1	9.9	10.7	12.3	12.4	13.1	14.6	15.7	16.2	16.9	17.0	17.9
全国	6.4	7.0	7.6	8.3	8.6	9.2	9.8	10.8	11.8	12.5	13.3	14.3

(厚生労働省統計局「人口動態調査」)

(2) 個別目標

拠点病院におけるがん検診受診率や緩和ケア研修修了者の増加などの 10 項目が目標を達成した。がん検診受診率や肝がんの年齢調整死亡率など 17 項目は改善傾向にあるものの目標値に達していない。また、喫煙率や 20 歳の市町子宮頸がん検診受診率については、前計画策定時から改善されておらず、さらなる努力が必要である。

表 3 前計画の達成状況

評 価		個数	%
◎	目標値を達成	10	32
○	目標値は達成していないが、現状値が計画策定時と比較して改善したもの	17	55
▲	目標値を達成しておらず、現状値の改善も確認できないもの	4	13

項目	目標 (括弧内は計画策定時の現状値)	達成状況	評価
予防	食生活関連指標の改善		
	① 1日あたりの食塩摂取量 8g 未満 (H20:10g)	① 9.7g (H28)	○
	② 1日あたりの野菜摂取量 350g 以上 (H20:243.3g)	② 284.4g (H28)	○
	③ 脂肪エネルギー比率 25%以下 (H20:28.1%)	③ 27.4% (H28)	○
	喫煙率		
	① 男性成人 19% (H23:25.8%) ② 女性成人 4% (H23:5.8%) ③ 未成年者 0% (H23:1.7% (高3男子))	① 24.8% (H28) ② 7.1% (H28) ③ 2.0% (H28 (高3男子))	○ ▲ ▲
全市町 (41 市町) における「がん対策推進員」の設置 (H24:14 市町 2,159 名)	20 市町に 3,773 名を配置 (H29.3)	○	
年 1 回以上の研修の実施	12/20 市町	○	
感染に起因するがん対策の推進	がんの原因となりうる感染に関する知識の普及	○	
早期発見	がん検診受診率 50% (胃、肺、大腸は 40%) (H22: 胃 26.5%、肺 18.8%、大腸 22.1%、乳 25%、子宮 27.3%)	胃 35.9%、肺 40.7%、 大腸 39.8%、乳 40.6%、 子宮 (頸) 38.1% (H28)	○
	20 歳の市町子宮頸がん検診受診率を 2 倍 (12.9% (H23) → 26.0%)	8.8% (H28)	▲
	市町がん検診における要精検者の精密検査受診率 90% 以上 (H22: 胃 80.8%、肺 70.8%、大腸 62.8% 乳 70.7%、子宮頸 55.8%)	胃 81.9%、肺 79.7%、 大腸 66.0%、乳 67.9%、 子宮頸 70.2% (H27)	○

	全市町(41市町)におけるがん検診事業評価*のためのチェックリストの活用	胃 39市町、肺 40市町、大腸 41市町、乳 33市町、子宮頸 28市町 (H28)	○
	全市町(41市町)の検診委託仕様書に精度管理*項目を明記	胃 12/39市町、肺 13/40市町、大腸 13/41市町、乳 11/33市町、子宮頸 11/28市町 (H28)	○
	市町がん検診による早期がん発見者数の増加 (1,200人(H22)→1,800人)	1,440人 (H27)	○
	肝炎ウイルス検査の受検促進に取り組む市町数の増加 (30市町(H24)→41市町)	41市町 (H28)	◎
医療	すべての国指定がん診療連携拠点病院に学会等が認定する専門医を複数部門配置 (12病院(H24)→14病院)	12病院 (H29)	▲
	国指定拠点病院*における「がん検診」開催回数増加 (563回(H23)以上)	634回 (H29.6~7)	◎
	国指定拠点病院における専門性の高い医師・看護師の配置状況を毎年公表	県ホームページで毎年公表	◎
	国が認定する緩和ケア研修修了者数 (1,325(H24)→3,000人)	4,027人 (H29.3)	◎
	国指定拠点病院において、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	83.6% (H29.3)	○
	がん性疼痛緩和指導管理料届出医療機関数を1.5倍 (246機関(H24)→370機関)	358機関 (H29.3)	○
	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の整備及び、専門的な緩和ケアの提供体制の整備と質の向上	緩和ケアチーム*63病院 (H29) (がん診療連携拠点病院には全て配置) 緩和ケア外来 (がん診療連携拠点病院には全て配置)	◎
	国指定拠点病院におけるがん入院患者のうち、緩和ケアを受けたことを自覚する人の割合 50%以上	(参考) がん患者のからだのつらさ 61.8% がん患者の疼痛 76.4% がん患者の気持ちのつらさ 63.6% (国立がん研究センター患者体験(H27))	—
	多職種による在宅医療・介護サービス推進のための地域ネットワークの構築支援 (がん患者在宅看取率:13.1%(H22) 在宅療養支援診療所:812(H24))	がん患者在宅看取り率 ※老健、老人ホーム含む H28:17.9% (自宅のみ14.8%) 在宅療養支援診療所 853施設 (H29.4)	○
	患者、家族が活用しやすい相談支援体制の実現	全ての2次医療圏に相談支援センターを設置	◎
	がん普及啓発活動の推進	国、県、民間などによるがん検診の受診に関するキャンペーン、患者支援、がん検診の普及	○
	患者が自分の症状、治療等を学ぶことができる環境の整備		

患者の家族が患者を支える方法や患者の家族自身の心身のケアが必要であることを学ぶことのできる環境の整備	啓発や市民講座など様々な形で実施	
全ての2次医療圏において中学校等への出前講座を実施		
国の動向を踏まえ、ハローワーク等と連携した就労支援体制の構築	ハローワークと連携し「長期療養者等就職支援事業」を実施	◎
肝がんの75歳年齢調整死亡率 4.6以下(H23:8.1)	5.9(H27)	○
兵庫県がん登録事業の死亡票のみによる登録の占める割合 20%以下 (H20罹患:25.3%)	H25罹患 15.9% ※H28集計値	◎
院内がん登録を実施する医療機関数の増加(H23:53機関)	56医療機関(H27.9)	◎
全てのがん診療連携拠点病院の院内がん登録の実施状況を把握し、その状況を改善	14拠点病院の全てにおいて院内がん登録を実施	◎

3 がんを取り巻く動向

(1) がん医療技術の進歩

各種がんの早期発見や標準的な治療法の確立などにより、平成18年から平成20年までに診断された全がんの5年相対生存率は62.1%と、3年前に比べて3.5%上昇しており、がんの診断、治療技術は日々進化している。手術・放射線療法・薬物療法等をがんの種類や進行度に応じて組み合わせる集学的治療が定着しつつあり、科学的根拠に基づいた免疫療法等新たな治療法の開発も進んでいる。

(2) これまでの取組と新たな課題

一方、人口の高齢化とともに、がん罹患者数は今後とも増加していくことが見込まれている。こうした中、これまで重点課題とされていた緩和ケアやチーム医療は、拠点病院を中心とした各地域における取組や診療報酬の加算などにより推進されてきたが、今後更なる充実が必要である。

また、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA (Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人) 世代のがんへの対策が必要であること、ゲノム医療等の新たな治療を推進していく必要があること、就労を含めた社会的な問題への対応が必要であることなども明らかとなり、こうした課題を今後改善していく必要がある。

(3) 「がん対策推進基本計画」の見直し

国では基本計画の改定から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、2017(H29)年度から2022年度までの6年間に計画期間として、がん対策の推進に関する基本的な方向を明らかにするために、計画の見直しが行われ、平成29年10月に閣議決定された。

【見直しのポイント】

○全体目標を「がん予防」「がん医療の充実」「がんと共生」の3つを柱に、
「科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実」

「患者本位のがん医療の実現」

「尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」 に変更

○分野別施策に主に以下の点を追加・修正

・がんの早期発見

職域におけるがん検診のあり方の検討

・適切な医療を受けられる体制の充実

ゲノム医療提供体制の構築

免疫療法*の適切な情報提供の推進

希少がん診療の集約化と連携の強化

難治性がんの有効性の高い診断・治療法の研究開発

・ライフステージに応じたがん対策

小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがんへの対策

- ・ 3つの柱を支える基盤の整備

がん研究、人材育成、がん教育・がんに関する知識の普及啓発の推進

4 計画の性格

(1) 位置付け

本計画は、がん対策基本法第 12 条に定める「都道府県がん対策推進計画」とする。

(2) 本県の他の計画との関係

本県の地域保健対策の方向を示す基本的な計画である医療法に基づく「兵庫県保健医療計画」や、健康づくり推進条例に基づく「健康づくり推進実施計画」等と整合をとって各方策を実施する。

(3) 計画期間

国の基本計画では6年程度の期間が1つの目安として定められていること、及び「兵庫県保健医療計画」等と整合を図る観点から、推進計画（第5次ひょうご対がん戦略推進方策）の計画期間も2018(H30)年4月を始期とし、2024年3月までの6年間とする。

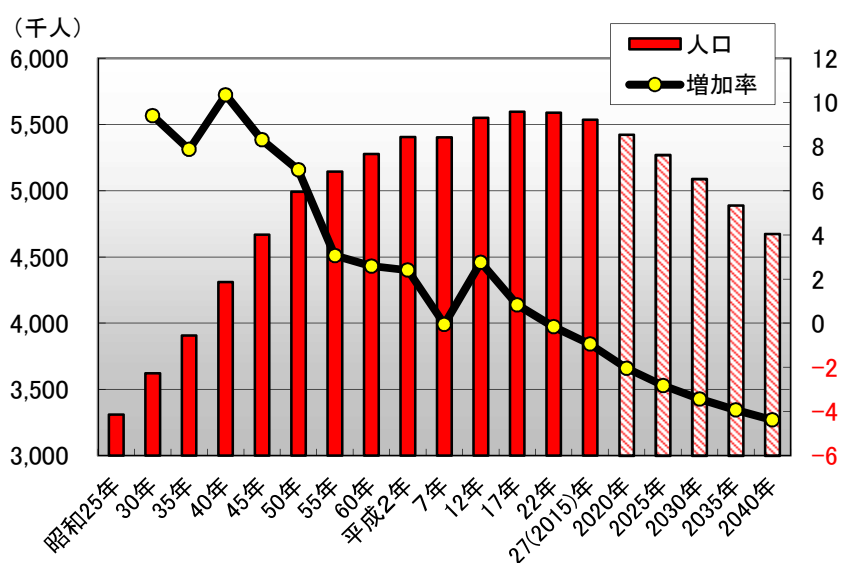
第2章 兵庫県の概況

1 兵庫県の人口の現状と将来推計

(1) 人口の動き

平成29年1月1日現在の兵庫県推計人口は、551万7,694人である。平成7年に阪神・淡路大震災で減少した時を除き増加していたが、平成17年頃を境に人口は減少している。

図2 兵庫県の人口の推移（2020年以降は推計値）



資料 総務省統計局「国勢調査」
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
 (2013年3月推計)

表4 兵庫県の人口の推移

年次	総人口
昭和25年	3,309,935
30年	3,602,947
35年	3,906,487
40年	4,309,944
45年	4,667,928
50年	4,992,140
55年	5,144,892
60年	5,278,050
平成2年	5,405,040
7年	5,401,877
12年	5,550,574
17年	5,590,601
22年	5,588,133
27年	5,534,800
29年	5,517,694

(2) 年齢階級別人口

平成27年の国勢調査結果を人口の年齢3区分割合で見ると、年少人口（15歳未満）が706,871人で12.8%、生産年齢人口（15歳以上65歳未満）が3,280,212人で59.3%、高齢人口（65歳以上）が1,481,646人で26.8%となっている。

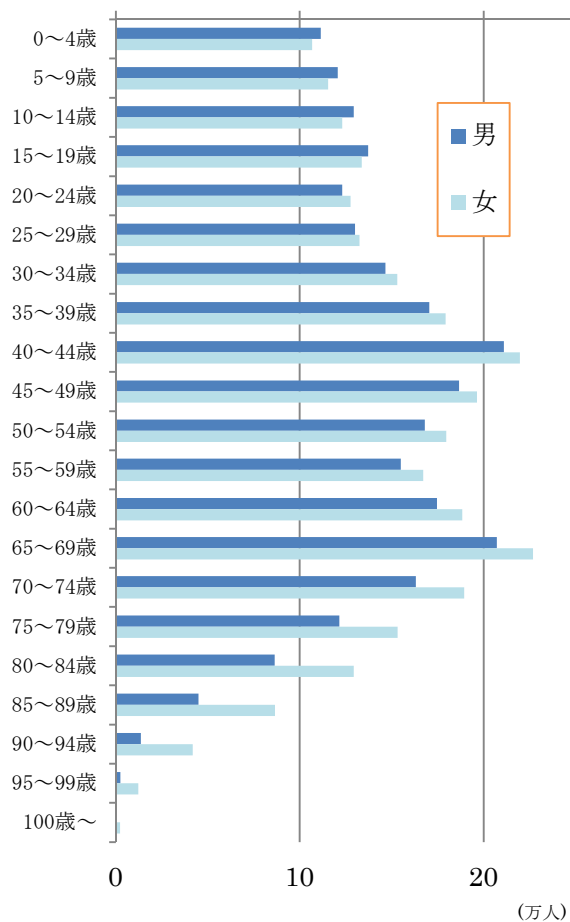
前回の国勢調査（平成22年）と比べると、年少人口が0.8ポイント低下、生産年齢人口が4ポイント低下しており、一方、高齢人口が3.7ポイント増加し、少子・高齢化が進行していることがうかがえる。

表5 兵庫県の年齢（5歳階級）別人口（平成27年）
（単位：人）

年齢（5歳階級）	総数	男	女
総数	5,534,800	2,641,561	2,893,239
0～4歳	218,203	111,517	106,686
5～9歳	236,216	120,769	115,447
10～14歳	252,452	129,389	123,063
15～19歳	270,905	137,222	133,683
20～24歳	250,659	123,045	127,614
25～29歳	262,439	130,001	132,438
30～34歳	299,718	146,692	153,026
35～39歳	349,868	170,553	179,315
40～44歳	430,624	210,980	219,644
45～49歳	383,156	186,728	196,428
50～54歳	347,775	168,080	179,695
55～59歳	322,093	154,977	167,116
60～64歳	362,975	174,574	188,401
65～69歳	434,111	207,193	226,918
70～74歳	352,666	163,152	189,514
75～79歳	274,773	121,621	153,152
80～84歳	215,838	86,433	129,405
85～89歳	131,445	44,901	86,544
90～94歳	55,485	13,689	41,796
95～99歳	14,727	2,433	12,294
100歳～	2,601	339	2,262

※年齢不詳を除く

図3 兵庫県の年齢（5歳階級）別人口



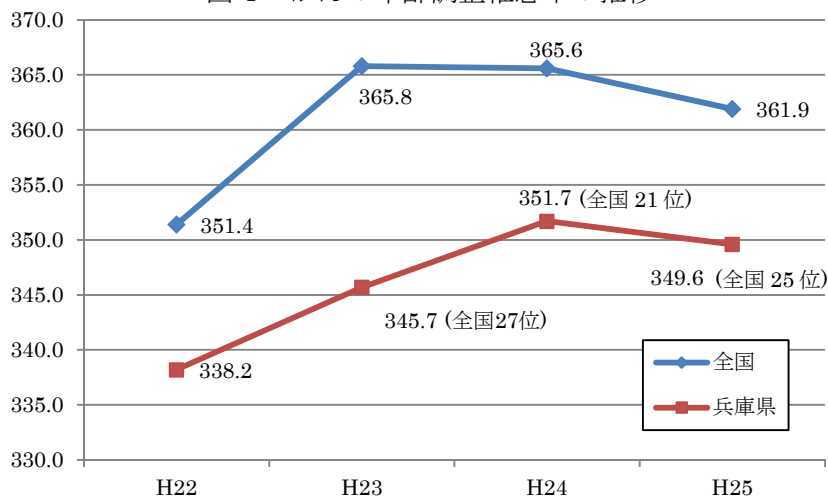
資料 総務省統計局「国勢調査」

2 兵庫県のがん罹患率・死亡状況

(1) がんの罹患率の推移

がんの年齢調整罹患率*は増加傾向にあったが、平成25年には減少に転じているものの、全国と比較すると25位と中位に位置する。

図4 がんの年齢調整罹患率の推移

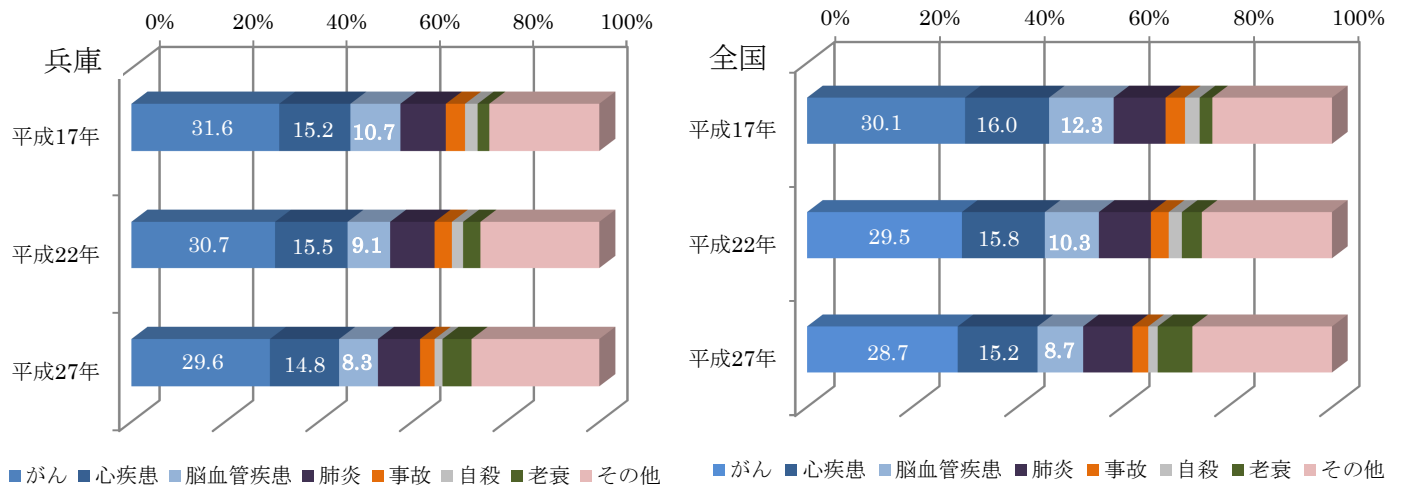


資料 国立がん研究センター「全国がん罹患モニタリング集計」

(2) 死因別死亡状況の推移

兵庫県の総死亡に占める死亡原因の割合をみると、平成27年は、がんが第1位で29.6%と全体の約3分の1を占め、心疾患が14.8%、脳血管疾患が8.3%となっており、三大生活習慣病だけで全死亡の約5割を占めている。

図5 死因別死亡割合の推移



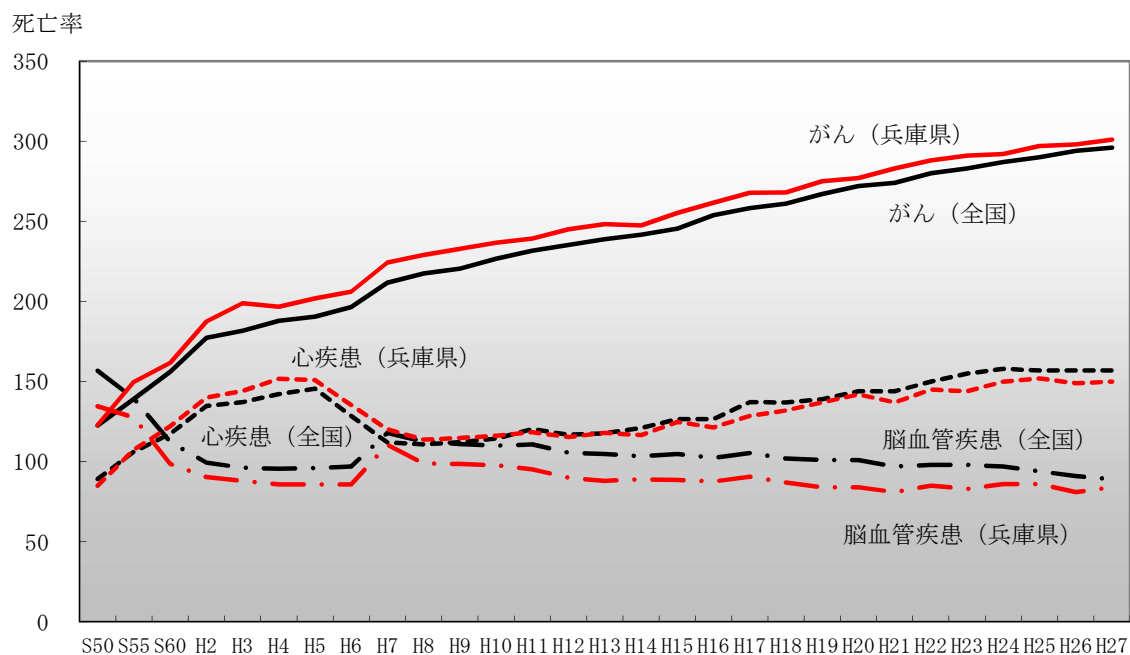
資料 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」

(3) 三大生活習慣病別死亡状況の推移

三大生活習慣病別による死亡率の年次推移をみると、がんについては、兵庫県では昭和53年に脳血管疾患を抜いて第1位となり、全国が昭和56年にがんが死亡原因の第1位となったのと比較して先行している。

がんによる死亡率が年々増加している一方、心疾患は近年では横ばい、脳血管疾患は微減の状況にある。

図6 三大生活習慣病の死亡率の推移（人口10万対）



資料 厚生労働省統計情報部「人口動態調査」

(4) がんの部位別死亡状況の推移

図7 主ながんの部位別粗死亡率の推移（人口10万対）

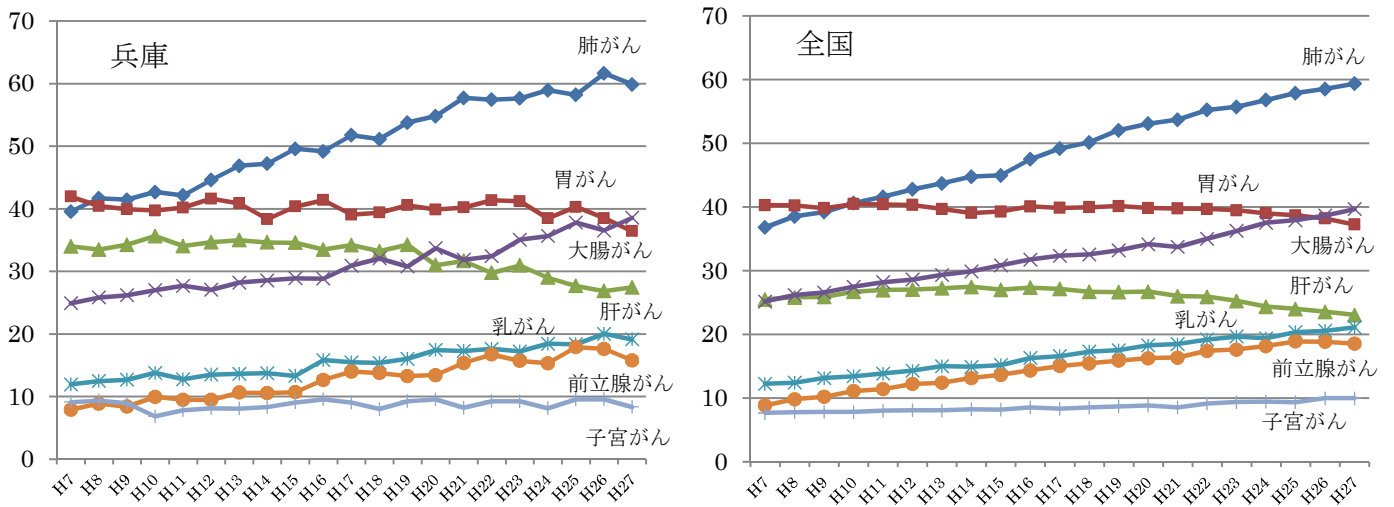
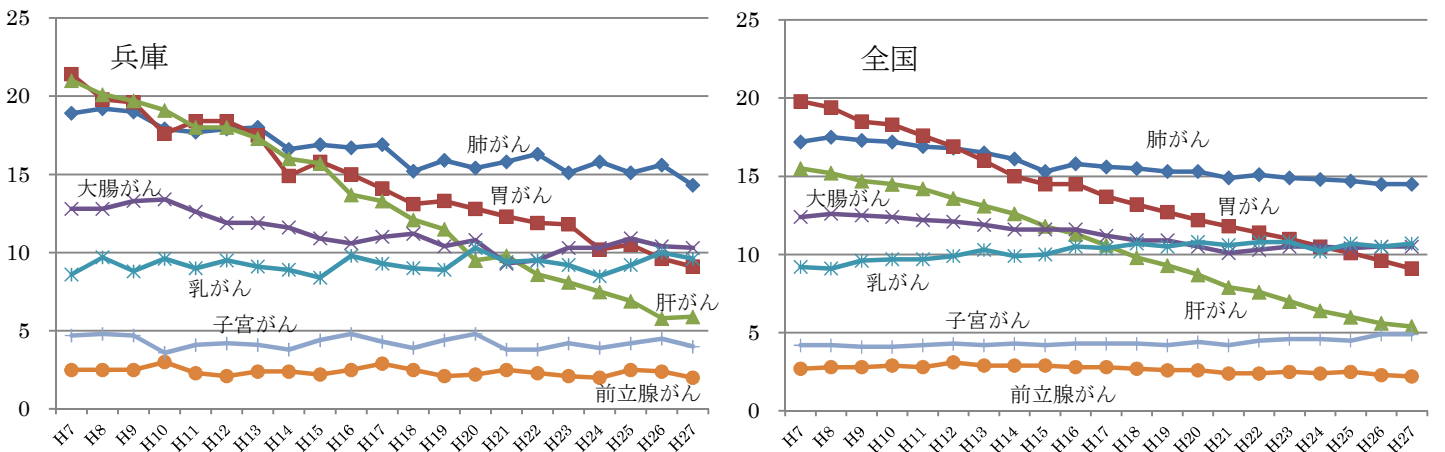


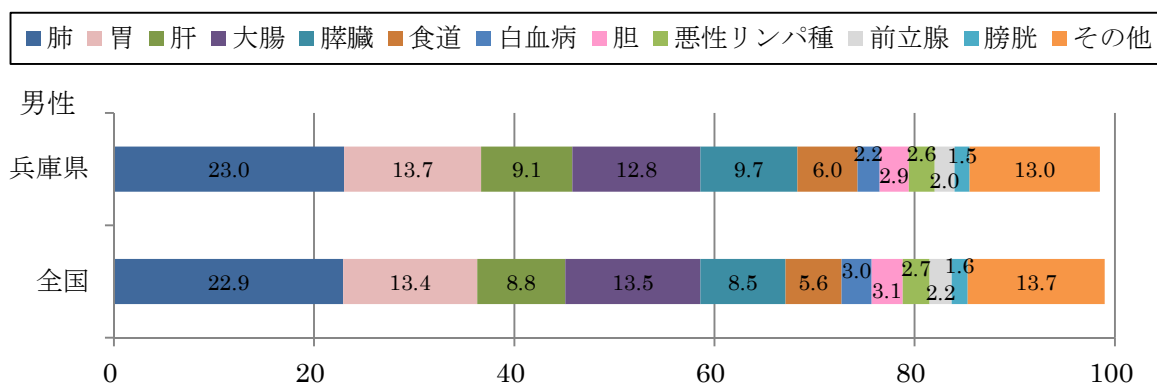
図8 主ながんの部位別75歳未満年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料 厚生労働省統計情報部 「人口動態統計」

部位別に見ると、肝がんについては兵庫県が全国を上回っているが、近年全国値との差が縮小している。胃がん、大腸がんについては全国とほぼ同様に減少しており、最近では乳がん、子宮がんの死亡率は全国よりも低く、全国ほどの増加傾向は見られない。

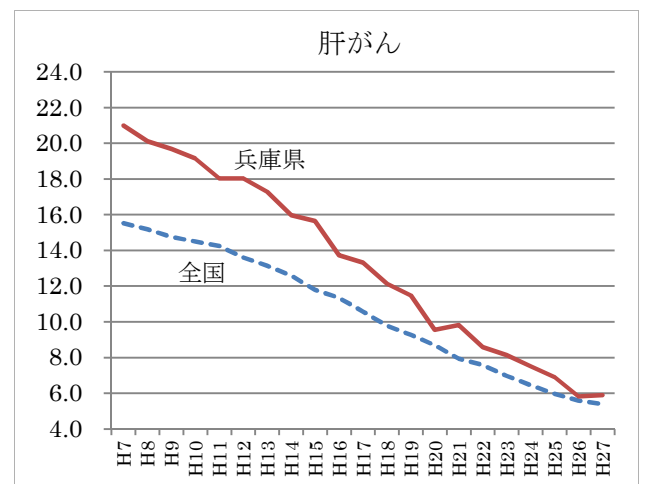
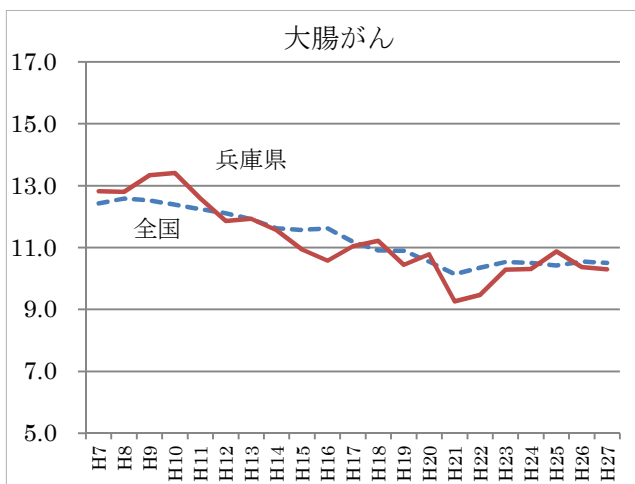
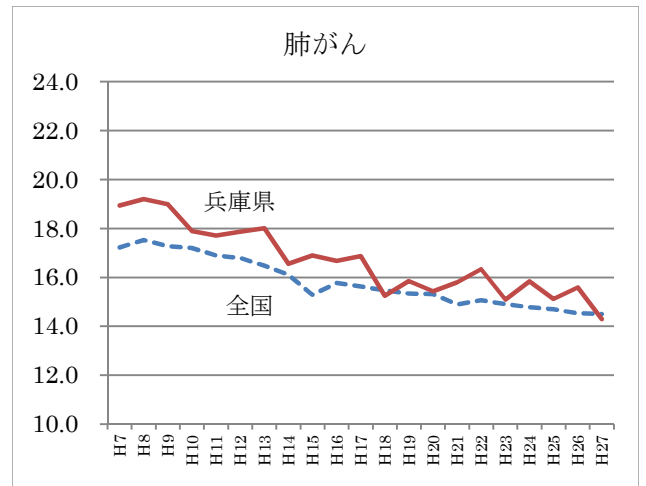
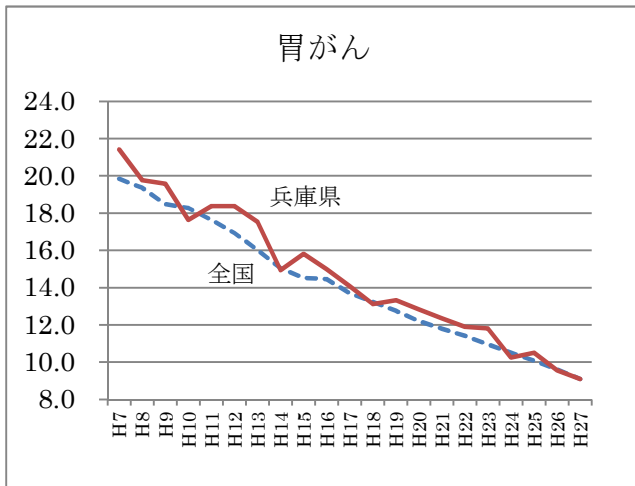
図9 がんの部位別75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）（平成27年）

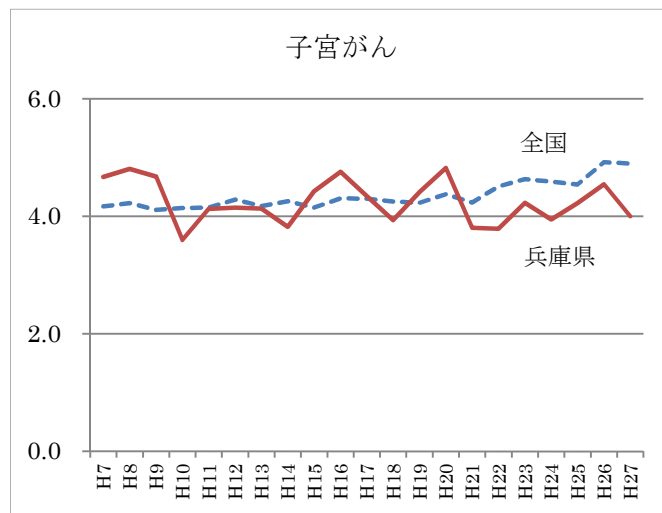
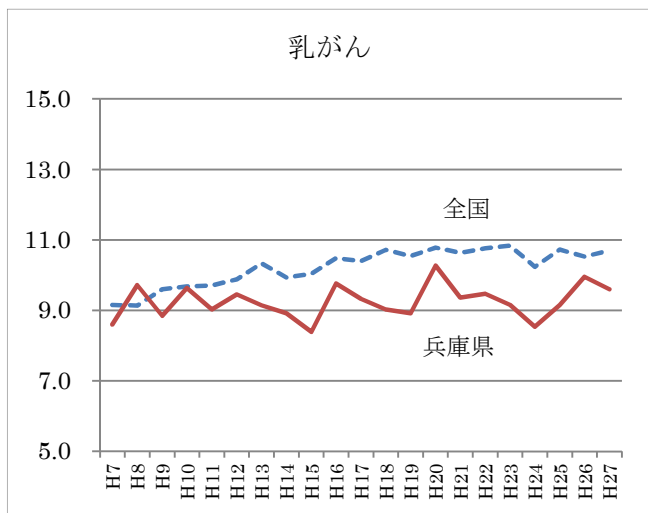




資料 厚生労働省統計情報部 「人口動態統計」

図 10 がんの部別 75 歳未満年齢調整死亡率の推移 (人口 10 万対)





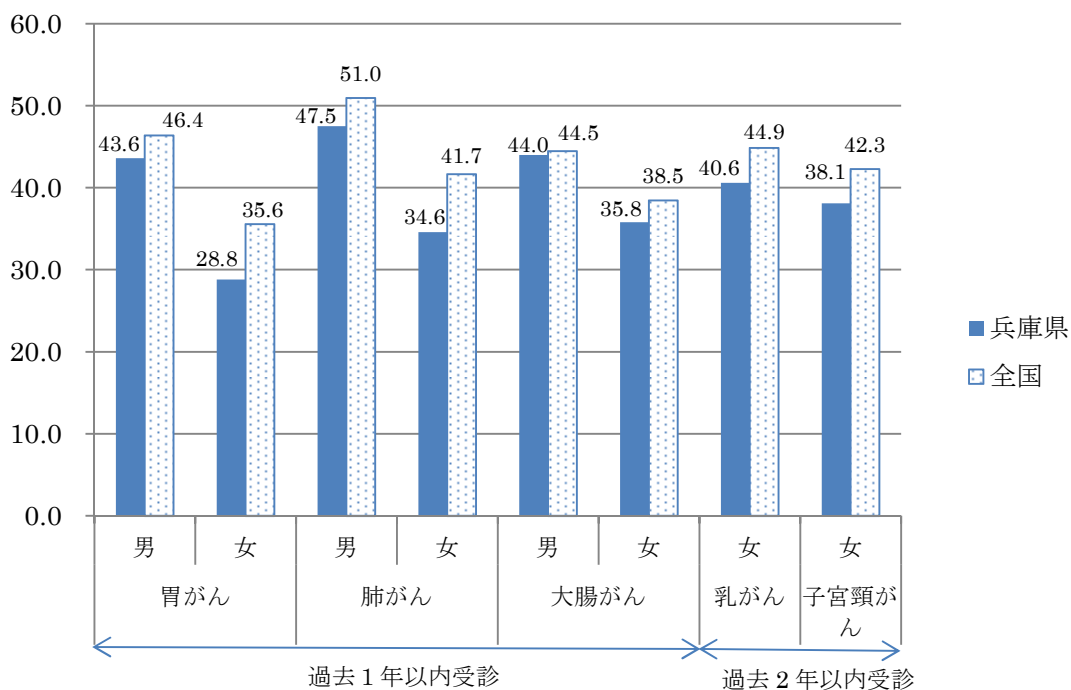
資料 厚生労働省統計情報部 「人口動態統計」

3 兵庫県のがん検診の実施状況

(1) がん検診受診率

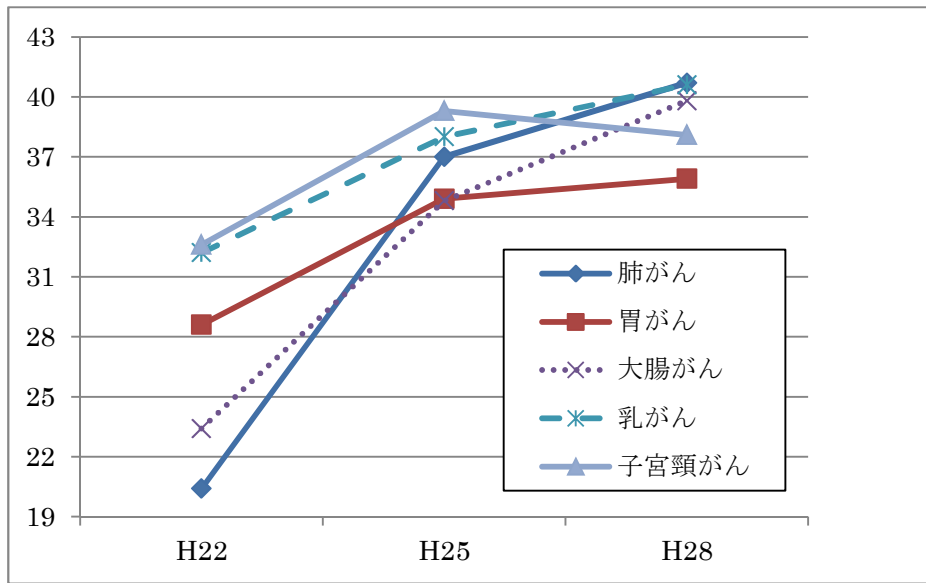
市町がん検診の他に、人間ドックや職域なども含めたがん検診受診率は、依然、5がん検診全てにおいて全国で下位に位置しており、がん検診受診率の向上は引き続き重要な課題である。受診率の伸びは、子宮頸がんを除いて全国と同等もしくは上回っている。

図 11 がん検診受診率の全国との比較 (平成 28 年)



資料 厚生労働省統計情報部 「国民生活基礎調査」

図 12 職域を含むがん検診受診率の推移



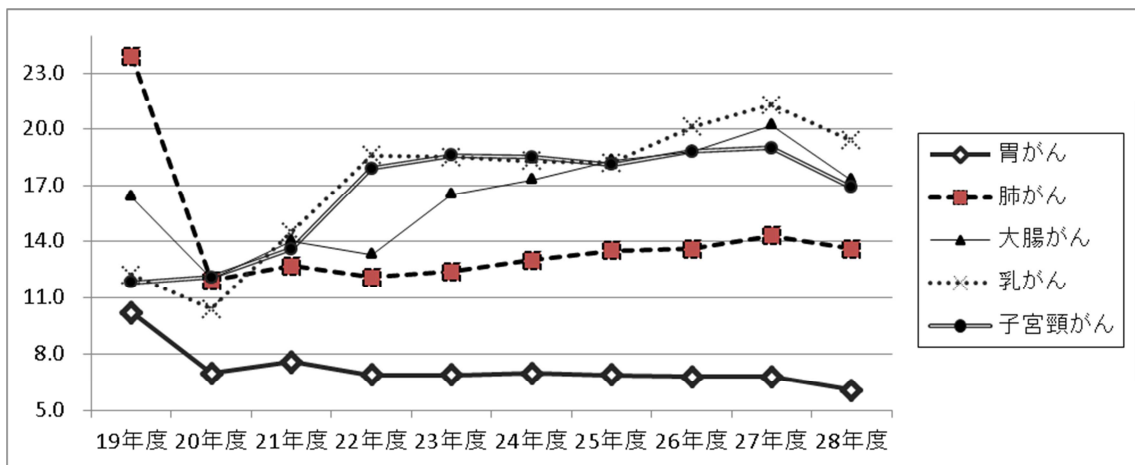
資料 厚生労働省統計情報部 「国民生活基礎調査」

表 6 がん検診受診率の伸び (H28/H25 国民生活基礎調査)

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮頸がん
県	1.03	1.14	1.10	1.07	0.97
全国	1.03	1.09	1.09	1.03	1.01

市町における胃がん、子宮頸がん、肺がん、乳がん、大腸がんの受診率の推移をみると、特定健診が導入された平成 20 年度に、肺がん、大腸がん、胃がんの受診率が大きく落下した。その後、乳がん、大腸がん、子宮頸がんの受診率は上昇傾向に、胃がん、肺がんの受診率は概ね横ばいであったが、平成 28 年度は全体的に下降した。

図 13 市町がん検診受診率の推移



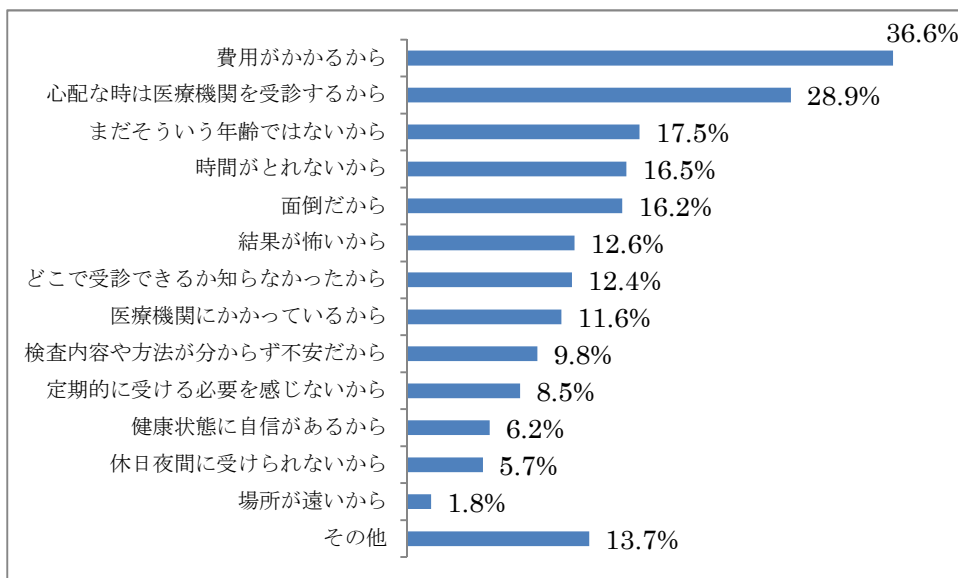
※ 疾病対策課調べ

(2) がん検診を受けない理由

未受診の理由の主なものとして、「費用」「心配な時は医療機関を受診する」を挙げる人がそれぞれ約3割となっている。がん検診は症状のない時に定期的に受診することで、早期発見・早期治療が可能となるという認識が十分でないことが伺える。

図 14 H25 県民モニター調査結果

(県民モニター回答者中、過去にがん検診・肝炎ウイルス検査を受けたことがないと回答した 388 名(男女))



(3) 精度管理・事業評価

がん検診の事業評価指標のうち、精密検査受診率が目標値の90%に対して、66-81%程度と低い。また、精検受診の有無の未把握率が目標値の5%以下に対して9-28%と高い。

表 7 平成 27 年度市町がん検診実績 (疾病対策課調べ)

検診	区分	精検受診率	未把握率	精検未受診率
胃がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	81.9	9.6	8.5
肺がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	79.7	13.0	7.1
大腸がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	66.0	18.7	15.4
乳がん	許容値	80%以上	10%以下	10%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	67.9	28.0	2.3
子宮頸がん	許容値	70%以上	10%以下	20%以下
	目標値	90%以上	5%以下	5%以下
	県平均(%)	70.2	19.5	10.3

4 がん診療体制

(1) 国指定がん診療連携拠点病院数 **14 病院**（全医療圏域に整備）

地域のがん診療連携の中核的役割を担う医療機関を国の整備指針に基づいて推薦し、厚生労働大臣が指定（以下「国指定拠点病院」という）している。

(2) 兵庫県指定がん診療連携拠点病院数 **9 病院**

国指定拠点病院とともに地域のがん診療連携を推進する医療機関を県独自の基準に基づいて指定（以下「県指定拠点病院」という）している。

(3) がん診療連携拠点病院に準じる病院数 **23 病院**

手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療を自施設もしくは他病院との連携により実施可能で、年間の入院がん患者数が一定数以上の施設を県保健医療計画上、専門的ながん診療を行う医療機関としており、そのうち県が行うがん対策等に協力する機関をがん診療連携拠点に準じる病院（以下「準じる病院」という）としている。

表8 県内のがん診療連携拠点病院等の状況（H30.3.1時点 疾病対策課調べ）

圏域	国指定拠点病院(14)	県指定拠点病院(9)	準じる病院(23)
神戸	神戸大学医学部附属病院 神戸市立医療センター 中央市民病院 神戸市立西神戸医療センター	神鋼記念病院 神戸医療センター	神戸中央病院 川崎病院 神戸市立医療センター 西市民病院 神戸海星病院 神戸労災病院 済生会兵庫県病院 新須磨病院 神戸赤十字病院 甲南病院
阪神南	関西労災病院 兵庫医科大学病院	県立尼崎総合医療センター 県立西宮病院 西宮市立中央病院	明和病院 市立芦屋病院
阪神北	近畿中央病院	市立伊丹病院	三田市民病院 宝塚市立病院 市立川西病院 兵庫中央病院
東播磨	県立がんセンター	県立加古川医療センター 加古川中央市民病院	明石医療センター 明石市立市民病院 高砂市民病院
北播磨	市立西脇病院		北播磨総合医療センター 市立加西病院
中播磨	姫路赤十字病院 姫路医療センター	製鉄記念広畑病院	姫路中央病院 姫路聖マリア病院
西播磨	赤穂市民病院		
但馬	公立豊岡病院		公立八鹿病院
丹波	県立柏原病院		
淡路	県立淡路医療センター		

(3) 地域クリティカルパス運用件数

県内では、平成 22 年度よりがん診療連携協議会*で作成した統一版地域連携クリティカルパス*をもとに、全県的な運用を行っている。(件)

	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
計	558	851	1,178	1,143	1,071
胃がん	143	272	325	270	235
肺がん	95	112	151	173	113
大腸がん	104	134	216	236	202
乳がん	195	270	286	306	328
肝がん	21	5	16	10	12
子宮体がん	0	1	0	0	0
前立腺がん	0	57	184	148	181

兵庫県がん診療連携協議会調べ

(4) がん患者指導実施件数 (H27 人口 10 万対)

医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入（文書提供、面接）及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の実施件数 (件)

神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	(全国平均)
234.6	66.7	207	237.1	54.6	166.4	99.3	119.1	153.3	149.9	170.6

厚生労働省「医療計画作成支援データブック」

(5) 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数 (H28)

(箇所)

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	(全国平均)
医療機関数	263	174	97	66	41	57	21	31	10	31	-
人口 10 万対	17	16.6	13.1	9.1	14.7	9.7	7.9	17.6	9.1	22	10

厚生労働省「医療計画作成支援データブック」

1 基本理念

県、市町、県民、医療従事者、医療保険者、がん患者・患者団体、事業者等は、一体となって、次の基本理念のもと、がん対策に戦略的に取り組む。

○ 県民の視点に立ったがん対策を推進し、がんと共に生きる社会を実現する

がんは生涯のうちに、約2人に1人が罹患すると推計されている。一方で、医療技術の進歩により、がんは「不治の病」から「長く付き合う病気」に変化している。

県民一人ひとりが、がんが身近にあるものと認識し、がんの予防に努めるとともに、がんに罹患しても住み慣れた地域社会で自分らしく生きることが重要である。

県、市町及び医療関係者等は、県民が、がん対策の中心であるとの認識のもと、がん患者やその家族を含めた県民の視点及び保健・医療・福祉のみならず、教育・就労も含めたトータルケアの視点を持って、がん対策を実施していく必要がある。

県、市町、医療関係者及びがん患者を含む県民がそれぞれの役割の共有に努め、がんと共に生きる社会の実現を目指す。

2 がん対策推進関係者の役割

基本理念実現のため、それぞれの役割として次のとおり認識を共有する。

(1) 県の役割

国、市町、がん患者を含めた県民、医療従事者、医療保険者、患者団体を含めた関係団体、事業者等と連携して、がん対策に関する本県の特性を踏まえた施策を総合的に実施するものとする。

(2) 市町の役割

県のがん対策に協働し、地域密着型の活動を通じてがん対策を推進するとともに、特になん検診受診率の向上に関しては、独自の数値目標を定めてその達成に努めるものとする。

(3) 県民の役割

喫煙及び受動喫煙が多くのがんの主要な原因であることを理解するなど、がんに関与すると考えられる生活習慣を改善してがんの予防に留意するとともに、適切ながん検診並びにその結果に基づき必要とされる精密検査を受け、がんの早期発見に努めるものとする。

(4) 医療従事者及び医療保険者の役割

県又は市町が講ずるがん対策と連携し、がん予防に関する知識の啓発並びに効果的ながん検診の普及に努めるとともに、がん患者の意向を尊重し、医療機関がそれぞれの専門性・特性に応じて適切で質の高い医療を提供できるよう努めるものとする。

(5) がん患者及びがん患者団体の役割

地方公共団体、医療従事者、医療保険者、医療関係団体、学会、事業者やマスメディア等に対して意見を発信するとともに、連携、協働することによりがん対策が、がん患者の視点に立って進められるよう努めるものとする。

(6) 事業者の役割

従業員に対し、がんの予防と早期発見に努めるよう働きかけるとともに、従業員又はその家族が、がんになった場合においても、当該従業員が無理なく勤務しながら、治療、療養又は看護することができるように努めるものとする。

3 改定の視点

前述の基本理念や役割のもと、前計画の達成状況や国の基本計画の見直し、健康づくり審議会対がん戦略部会の意見などを踏まえ、今回の改定にあたり、特に以下の8つを改定の視点とした。

(1) がんの予防の推進

避けられるがんを防ぐことは、がんによる死亡者の減少につながる。予防可能ながんのリスク因子となる喫煙、過剰飲酒、野菜不足等生活習慣、ウイルスや細菌の感染等について今後一層意識向上のための普及啓発を推進する必要がある。

(2) がんの早期発見の推進

科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診は、がんの早期発見、早期治療につながる。がんの死亡者をさらに減少させていくためには、職域を含めたがん検診の受診率向上及び精度管理の更なる充実が必要である。

(3) ライフステージに応じたがん対策の推進

がんによって個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題、社会的問題が生じることから、小児・AYA世代や高齢者のがん対策等、個別事情に応じた対策を講じていく必要がある。

(4) 適切な医療を受けられる環境の整備

ゲノム医療等新たな診断・治療法や、希少がん、難治性がん等それぞれのがんの特性に応じた効率的かつ持続可能ながん医療を実現する環境の整備が必要である。

(5) がん患者の療養生活の質の維持向上

患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく過ごせるよう、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要がある。

(6) がん患者の就労支援

がんの5年相対生存率*の上昇に伴い、がん患者・経験者が働きながらがん治療が受けられる可能性が高まっているにも関わらず、がんと診断された後の離職者が依然多いことから、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていく必要がある。

(7) がん教育の推進

地域によってがん教育の質に格差が生じないように、教員への研修等を進め、より効果的な方法でがん教育が受けられる体制を整える必要がある。また、全ての県民が、がんに関する必要な情報を受け取れるよう、積極的な広報に努める必要がある。

(8) 全国がん登録の活用

平成 28 年 1 月に施行された「がん登録等の推進に関する法律」に基づき開始した全国がん登録により、病院等で診断されたがんの種類や進行度等の情報の提出が義務化され、国立がん研究センターで一元的に管理され、情報が公表されることから、今後全国がん登録によって得られた情報の活用により、一層現況に則したがん対策を推進する必要がある。

1 目標及びその達成時期の考え方

本計画においては総合的かつ計画的な推進により達成すべき「全体目標」、並びに各分野別施策の方策ごとの「個別目標」を設定する。各個別目標のうち数値目標を置くことが可能なものは評価指標として目標値を定める。なお基本全ての目標について、達成時期は次期計画改定時期にあたる2022年度末とする。

2 全体目標

がん患者を含めた県民が、がんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、様々ながんの病態に応じて、尊厳を持って、いつでも、どこに居ても、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、暮らしていくことができること等を目指して、本計画の「全体目標」は、「がんによる罹患者・死亡者減少の実現」及び「がんに罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」とする。

(1) がんによる罹患者・死亡者減少の実現

高齢化の進行等により、がんによる罹患者数・死亡者数の増加は今後も避けられないと推測されることから、引き続き、たばこ対策やがんの原因となる感染症予防対策などによるがんの予防、がん検診の推進などによるがんの早期発見、地域のがん診療連携強化などによるがん医療などを総合的かつ計画的に推進することにより、がんによる罹患者・死亡者を減少させることを目標とする。

そのための評価指標として、がんの年齢調整罹患率及びがんによる75歳未満年齢調整死亡率を使用することとする。本県におけるがんの年齢調整罹患率は、現時点において全国平均と比較して数値的には低い水準にあるが、全国順位は中位に位置している。5年後には一層の罹患率低減を目指し、「がんの年齢調整罹患率、全国10位以内(2020年値)」を目標とする。なお、現在統計値として公表されているがんの年齢調整罹患率は任意の医療機関の協力による地域がん登録のデータ収集結果に基づくものであり、今後参加医療機関が増加する全国がん登録に基づくデータ集計により、統計内容に大幅な変更が生じることも考えられることから、当該指標については、全国がん登録の統計確認後、必要に応じ適宜見直しを行う。

また年齢調整死亡率についても、全国平均と比較して現状において低い水準にあるが、今後もこの状況を維持するだけでなくさらなる減少をめざし、「がんによる75歳未満年齢調整死亡率が全国平均より5%以上低い状態(2021年値)」を実現することを目指す。

(2) がんにかかっても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

がん患者が住み慣れた地域社会で生活をしていく中で、必要な支援を受けることができる環境を整備する。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等と連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでも、どこに居ても、尊厳を持って安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する。

第5章 分野別施策及び個別目標

県が取り組むべき施策について記載するが、他の関係機関が担うべき役割については、その実施主体を明示して記載する。

第1節 がん予防の推進

現状・課題

○ 現状

- ・「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及定着
- ・「兵庫県健康づくり推進実施計画」の普及定着
- ・たばこ対策の推進
- ・医療機関、健康福祉事務所での肝炎ウイルス無料検査の実施
- ・がん登録等の推進に関する法律の施行による全国がん登録の届出の義務化
- ・拠点病院等における院内がん登録の実施

○ 課題

- ・喫煙、生活習慣や食生活改善に重点をおいたがん予防の推進
- ・肝炎ウイルス検査受検者及び肝炎ウイルス検査陽性者の精検受診率の向上
- ・全国がん登録届出の周知徹底及び精度の高いデータベースの構築
- ・がん登録データの県民への還元及びがん医療等に関するわかりやすい情報提供

推進方策

(1) 生活習慣改善の推進

県民一人ひとりが自らの生活を見つめ直し、生活習慣を改善するとともに、個々の健康実現と活力ある健康長寿社会の実現を図るため、県民主導により展開される「健康ひょうご 21 県民運動」と行政による施策展開に、働き盛り世代への取組を一層促進するため「企業」による取組を加えた「健康ひょうご 21 大作戦」を推進する。

取組にあたっては、県民一人ひとりの健康づくりの道しるべとして、日常生活における具体的で実行しやすい健康行動を示した「ひょうご健康づくり県民行動指標」の普及を進め、特に健康チェック、からだの健康、食の健康に向けた取組、アルコール対策など生活習慣病予防等の健康づくりを一層推進する。

(2) たばこ対策の充実

すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識するよう、普及啓発を推進するとともに、「受動喫煙の防止等に関する条例」に基づき、不特定又は多数の人が利用する施設における受動喫煙防止対策を徹底する。特に大人に比べたばこの有害物質の影響を受けやすい子どもや妊婦の受動喫煙防止について理

解を促すほか、受動喫煙防止対策に関する相談支援と啓発を実施する。

また、喫煙者に対して禁煙の必要性や禁煙相談窓口、禁煙治療の保険適用要件等の情報提供を行い、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくなど、たばこ対策の徹底を図る。

(3) 感染症に起因するがん対策の推進

感染症に起因するがん対策のうち、HPV*（ヒトパピローマウイルス）について、子宮頸がん検診の受診を推進するとともに、子宮頸がん予防ワクチンに関する正しい知識の普及啓発に努める。また、HTLV-1*（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）については、保健指導や普及啓発などの総合対策に引き続き努める。

肝炎については、肝炎ウイルス検査受検の必要性周知に努め、市町肝炎ウイルス検査、医療機関・健康福祉事務所での肝炎ウイルス検査の無料実施や、職域における肝炎ウイルス検査を推進する。また、市町と連携し、肝炎ウイルス検診で要精検と判定された者への精密検査等受診勧奨など保健指導を行うとともに、初回精密検査に係る費用を助成することにより、要精密検査者の受診を促進し、重症化予防を図る。加えて、肝炎ウイルス感染者が不当な差別を受けないよう正しい知識の普及啓発に努める。

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国の動向に応じた柔軟な対応に努める。

また、HPV併用検診や胃がんリスク検査などについて先進的な取組の情報を収集し、県民へ積極的に発信する。

(4) 全国がん登録*等の推進

がん罹患の把握や地域間比較等を行い、科学的根拠に基づくがん対策を策定し、県民に正しい情報を提供するためには、がん登録の実施とがん登録の精度を向上させることが必要であるため、全国がん登録の着実な実施に向け、県内医療機関の届出に関する理解を深めるための研修会を定期的を開催するとともに、医療機関の院内がん登録*の実施を促す。

また、全国がん登録で得られた情報の医療機関、県民への理解しやすい形での提供を行う。

さらに、がん登録の統計結果を活用し、地域別のがん罹患状況や生存率等のがん登録データを用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する。

個別目標

○ 生活習慣改善の推進

「兵庫県健康づくり推進実施計画」に掲げられている「日常生活における歩数の

増加」「生活習慣病のリスクを高める量（一日あたりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上）を飲酒している人の割合の減少」「1日あたりの食塩摂取量の減少(20歳以上)」、「1日あたりの野菜摂取量の増加(20歳以上)」とする。

	現状値	目標値
日常生活における歩数の増加 (男性) (女性)	7,782歩 6,813歩	9,000歩以上 8,100歩以上
生活習慣病のリスクを高める量を 飲酒している人の割合の減少 (男性) (女性)	14.5% 10.3%	10% 5%
1日あたりの食塩摂取量の減少(20歳以上)	9.6g	8g
1日あたりの野菜摂取量の増加(20歳以上)	275.4g	350g以上

○ たばこ対策

発がんリスクの低減を図るため、すべての県民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識するよう、普及啓発を推進するとともに、「受動喫煙の防止等に関する条例」に基づき、不特定又は多数の人が利用する施設における受動喫煙防止対策を徹底し、さらに、喫煙による健康被害に関する知識の普及啓発や、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことにより、喫煙率の低下を目指す。

		現状値	目標値
受動喫煙の 機会を有する者の割合 の減少	(職場)	24.8%	0%
	(飲食店)	42.0%	0%(~2020年)
	(行政機関)	4.5%	0%
	(医療機関)	4.6%	0%
	(家庭)	16.0%	3%

		現状値	目標値
男性成人の喫煙率		24.8%	19%
女性成人の喫煙率		7.1%	4%
未成年者の 喫煙率	中1男子	0.0%	0%
	高3男子	2.0%	
	中1女子	0.1%	
	高3女子	3.1%	

○ 感染症に起因するがん対策の推進

感染症に起因するがん対策を推進することにより、がんを予防する。

○ がん登録情報の利活用

がん登録によって得られた情報を利活用することによって、正確な情報に基づくがん対策の立案、各地域の実情に応じた施策の実施、患者やその家族等に対する適切な情報提供を行う。

第2節 早期発見の推進

現状・課題

○ 現状

- ・市町がん検診受診率、精度管理・事業評価指標の地域間、検診間格差の存在

○ 課題

- ・がん検診受診率、精検受診率等の向上
- ・精度管理・事業評価の推進

推進方策

1 がん検診機会の確保と受診促進支援

(1) 市町の取組支援

ア 重点市町の指定等による取組促進

各がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮頸）において、近年の受診率の下降状況等を勘案し、特に精力的に取り組む必要のある市町を「がん検診受診率向上重点市町」として毎年度指定し、以下の取組を行う。

- ・重点市町は、指定後2か年の「受診率向上計画」を策定
- ・重点市町を所管する健康福祉事務所と保健所設置市は、健康局疾病対策課とチームを構成し、個別支援を実施

重点市町及びその他の市町は、個別通知による再勧奨や検診料金の無料化、地域イベントとの同時実施、受診ポイント制の導入などに取り組むとともに、ケーブルテレビ、電子メール等の広報媒体や各種団体、地区組織を効果的に活用した啓発など、地域の実情に応じ創意工夫した取組を計画的に推進する。県ホームページにおいて、毎年度受診率等の指標を公表する。

イ 受診しやすい環境づくり

市町と連携し、土日・夜間検診、複数のがん検診や特定健診を同時に実施するセット検診の充実について、関係機関の調整を図るなど、導入を支援・推進する。

市町は、医師会と連携した検診実施機関の拡大、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨、がん検診無料クーポン券を活用した住民への個別勧奨を行い、受診率向上を図る。県は無料クーポン券制度の継続実施について、国に働きかけていく。さらに、効果の得られた啓発・勧奨方法についての情報収集に努め、市町への情報提供を行う。

(2) 企業・職域との連携

ア 企業との連携によるがん検診受診の啓発

がん検診等受診率向上推進協定締結企業との連携を図り、顧客窓口での受診

啓発や、従業員やその家族に対するがん検診を受診しやすい職場環境づくり等、企業主導型の職域におけるがん検診の推進を図る。

イ 職域に対するがん検診受診啓発

企業内でのがん検診受診促進の契機とするため、中小企業が従業員及びその被扶養者に5がん（肺、胃、大腸、乳、子宮頸）のがん検診の受診料を負担した場合に、その費用の一部を助成する。

企業・医療保険者は、従業員やその家族に対し、がん検診に関する正しい知識の普及を行うとともに、中小企業等がん検診を実施していない事業者は、従業員に対し、自治体が発行するがん検診に関する情報提供を行うなど、従業員等のがん検診受診率向上に努める。

また、国の動向を見ながら、職域におけるがん検診のあり方等についても普及を行っていく。

(3) がん検診に関する正しい知識の普及啓発

がん検診は、具体的な症状がない時に定期的に受診することが重要であるなど検診と診療の違いについて理解を求めるとともに、がん検診に関する正しい知識を普及啓発するため、兵庫県ホームページの活用等による広報を積極的に行う。

また、特に子宮頸がんは、罹患者が増加する20歳代からがん検診を受診することが重要であるため、大学等と連携して子宮頸がん検診についての啓発に取り組み、若年層の受診率の向上を図る。乳がんについても、子宮頸がん検診と併せて周知をはかるとともに、ピンクリボン運動への参画などにより、検診による早期発見の重要性について県民への啓発を行う。

加えて、併存疾患等を有する高齢者に対するがん検診は、がんの発見が必ずしも治療に繋がらないこともあり、受検の判断は慎重になされるべきである旨、啓発を行っていく。

(4) 要精検者へのフォローアップの徹底

がん検診受診の結果、要精密検査と判定された者への受診勧奨のため、受診者台帳等を整備し、個別フォローアップを徹底する。

また、精密検査機関として専門的な診療機能を有する拠点病院、準じる病院に関する情報提供を積極的に行う。

2 適切ながん検診の実施

(1) 事業評価・精度管理の実施

生活習慣病検診等管理指導協議会の活用等により、検診実施団体（市町村、事業者等）ごとの精度管理の質のばらつきの解消を図る。

「事業評価のためのチェックリスト」等による「技術・体制的指標」及び、がん検診受診率、要精検率、精密受診率等による「プロセス指標」に基づき、がん検診の事業評価を行う。

市町は、がん検診指針に基づき、市町自らの体制についての自己点検を行いながら、有効性が確認されたがん検診を実施するとともに、がん検診を受託する検診機関の精度管理向上のため、がん検診の委託契約書における仕様書に精度管理項目を明記し、検診委託先への条件設定、チェック、改善指導を行う。

(2) がん検診従事者の専門性の向上

今後指針の改正等に伴い新たな修練等が必要な内容について、関係団体と連携し、検診従事者の専門性の維持・向上のため、情報提供等に努める。

市町、検診実施機関は、検診従事者の技術習得に向けた環境整備を行う。

(3) 新たながん検診等への対応

HPV検査や胃がんリスク検査など、新たながん検診の導入や乳がん検診の判定結果の通知方法等については、国の検討会や関連学会の動向を注視する。

死亡率減少並びにがん患者のQOL向上を目的とし、精度が高く受診しやすい科学的根拠に基づいた検診の導入について、積極的に国に働きかけていく。

個別目標

- がん検診の受診率について、対策型検診で行われている全てのがん種検診について、市町がん検診のほか人間ドックや職域等での受診を含め、全体の受診率を50%とする。
- 20歳の市町子宮頸がん検診受診率を15%とする。
- 市町がん検診における精密検査受診率を90%以上とする。
- 全ての市町においてがん検診事業評価のためのチェックリストを活用する。
- 全ての市町の検診委託仕様書において精度管理項目を明記する。

	現状値	目標値
がん検診受診率 (国民生活基礎調査)	35.9～40.7%	50%
20歳の市町子宮頸がん 検診受診率	8.8%	15%
精密検査受診率	66.0～81.9%	90%以上(2021年)

第3節 医療体制の充実

1 個別がん対策の推進

(1) 小児がん・AYA世代のがん対策

現状・課題

○ 現状

- ・希少で多種多様ながん種による専門家の不足
- ・日常生活や就学、就労など、長期的な支援や配慮の必要性

○ 課題

- ・医療機関や療養・教育環境の整備、相談支援や情報提供の充実などが必要

推進方策

ア 小児がん拠点病院等を中心とした対策の推進

小児がん拠点病院の指定を受けた県立こども病院において、次の小児がん対策を実施する。

- ① 専門家による集学的治療の提供（緩和ケアを含む）
- ② 患者とその家族に対する心理社会的な支援
- ③ 適切な療育・教育環境の提供
- ④ 小児がんに関わる医師等に対する研修の実施
- ⑤ セカンドオピニオンの提供体制の整備
- ⑥ 患者とその家族、医療従事者に対する相談支援等の体制の整備

また、県立こども病院に隣接し平成 29 年 12 月に開設した県立粒子線医療センター附属神戸陽子線センターにおいて、晩期障害のリスクが少なく治療効果が高い陽子線治療の提供を進める。

イ AYA 世代のがん対策

疾患構成と個別ニーズを考慮し、小児がん拠点病院とがん診療連携拠点病院が連携した切れ目のない診療体制を推進する。

特に AYA 世代は、年代によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、その情報・相談体制等が十分でないことから、世代に応じた問題について、積極的な情報提供を行う。

(2) 肝がん対策

現状・課題

○ 現状

- ・肝炎対策協議会の設置
- ・肝疾患診療連携拠点病院*の設置
- ・健康サポート手帳の配布

- ・肝炎治療費等の助成

○ 課題

- ・全国値を上回る本県の肝がん死亡率の低減

推進方策

ア 肝炎対策協議会の運営

検査・治療・普及啓発に係る総合的な肝炎対策を推進するため、県、市町、医師会等関係団体、患者団体及び肝炎専門医療機関の代表者からなる「肝炎対策協議会」において、肝炎ウイルス検査の受検促進、肝炎ウイルス検査陽性者に対する精密検査受診勧奨や、要治療者に対する保健指導などのあり方、受診状況や治療状況の把握、医療機関の連携等を検討する。

イ 肝疾患診療連携拠点病院の運営

肝疾患診療連携拠点病院を中心に、肝疾患専門医療機関・協力医療機関と地域の医療機関との連携による診療ネットワークの充実を図る。

また、県民・医療機関を対象とした講演会の開催や肝疾患相談センターの周知、同センター等を活用した相談事業を行い、肝炎治療について普及啓発を行う。

ウ 肝炎治療費等の助成

肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎患者等に対して、定期検査費用を助成するとともに、治療効果の飛躍的な向上が認められたインターフェロンフリー治療等、新たに開発される治療薬に迅速に対応した抗ウイルス治療の費用を治療対象者に助成することを通じて、陽性者を早期治療に繋げ、重症化を予防し、本県の肝がん死亡者の減少を図る。

また、肝炎ウイルス起因の肝がん患者等の入院にかかる医療費の自己負担額の一部を助成することで、再発の可能性の高い肝がん患者等の負担軽減を図る。

エ 肝がんリスク低減に向けた取組支援

肝がんのリスクを高める要因には、B型・C型肝炎ウイルスによるもの以外にも、アルコール性肝障害、非アルコール性脂肪性肝炎などの肝臓病が影響する場合もある。今後要因のさらなる解明や治療に向けた状況把握に努めるとともに、日常生活の見直しによる予防を積極的に働きかけていく。

個別目標

- 肝がんの年齢調整罹患率を 2020 年全国値以下にする。
- 肝がんの 75 歳未満年齢調整死亡率を 2021 年全国値以下にする。

(3) 石綿（アスベスト）関連がん対策

現状・課題

○ 現状

- ・石綿（アスベスト）健康管理支援事業、石綿ばく露者の健康管理にかかる試行調査委託事業の実施

○ 課題

- ・石綿による健康被害は長い潜伏期間を有することから、潜在患者の掘り起こしが必要

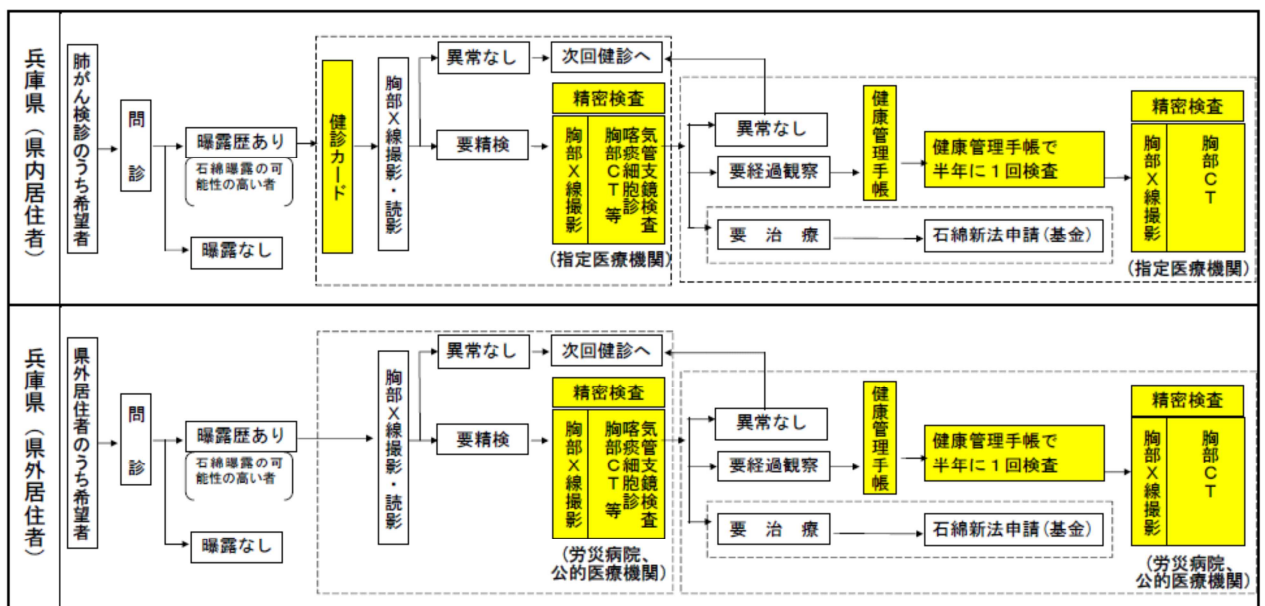
推進方策

兵庫県は中皮腫の好発地域であり、石綿ばく露の可能性のある県民に対して肺がん検診の継続的な受診とアスベスト検診の積極的な受診を勧奨し、検診の結果、医療機関において石綿関連所見により要経過観察の判定を受けた者に対しては「健康管理手帳」を交付して、検査に要する経費を助成する「石綿健康管理支援事業」により継続的なフォローアップを支援するとともに、手帳交付者の状況把握に努める。

また、国が住民の効果的、効率的な健康管理方策等を見つけることを目的に実施する試行調査の支援を行う。

さらに、中皮腫など石綿に起因する疾患を発症した者に対しては、石綿健康被害救済法や労働者災害補償保険法による給付などが受けられるよう国や関係機関と連携して制度の周知に努める。

図 14 石綿健康管理支援事業のフロー



(4) その他のがん対策

現状・課題

- ・がんの部位や種別は多岐にわたり、幅広い情報提供が必要
- ・今後、がん患者に占める高齢者の割合が増える中、併存疾患や認知症など高齢者特有の問題が生じる可能性があり、高齢のがん患者へのケアが一層必要

推進方策

治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法以外にも造血幹細胞移植や免疫療法*等様々な方法が存在する。造血幹細胞移植については、医療機関・患者の情報共有等を図り、移植医療に必要な情報発信に努めるとともに、造血幹細胞提供者の確保を進めることで、患者が、造血幹細胞移植を適切に受けられるよう移植医療を推進する。免疫療法や支持療法*については、関係団体等が策定する指針等の状況把握に努め、適切な情報発信に努める。

その他各がんの専門性に応じた医療がより適切に提供できるよう、県内の医療連携及び各医療機関の専門性をわかりやすく情報提供する。

高齢者のがんについては、国における高齢のがん患者の診療及び意志決定支援に関する診療ガイドライン策定状況を踏まえ、拠点病院等への普及啓発に努める。

2 医療体制の強化

現状・課題

○ 現状

- ・拠点病院の整備（国指定 14 病院、県指定 9 病院）
- ・学会等が認定する専門医の複数配置については、14 拠点病院中 12 病院について整備済み

○ 課題

- ・地域診療連携の推進
- ・専門的ながん医療を行う医師・看護師・薬剤師等の育成
- ・ゲノム医療等新たな治療法に対応した環境整備が必要

推進方策

(1) 拠点病院におけるチーム医療体制の整備

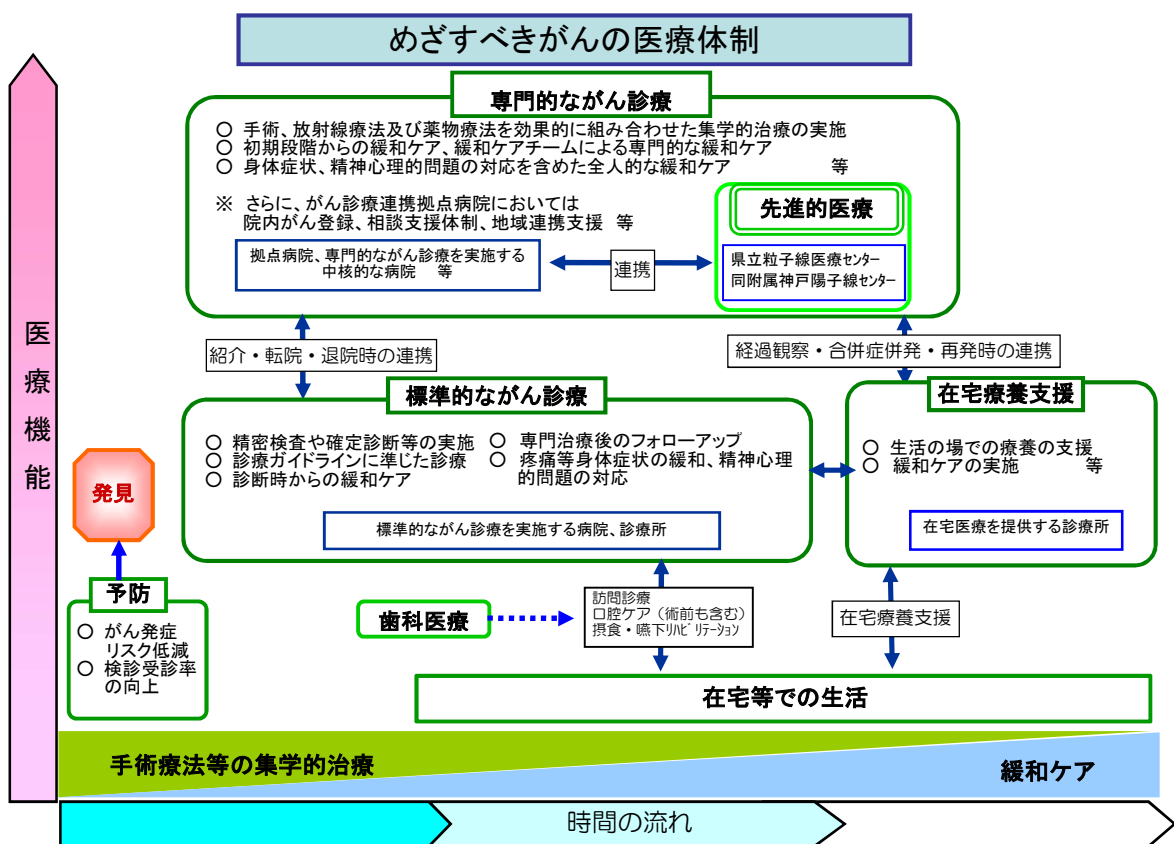
拠点病院は、患者とその家族の抱える様々な負担や苦痛に対応し、安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、多職種によるがん診療連携推進機構*を推進するとともに、専門チーム（緩和ケアチーム、栄養サポートチーム、口腔ケアチーム、感染防止対策チーム等）との連携を密にし、一人ひとりの患者

に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、患者が必要とする連携体制がとられるよう環境を整備する。

(2) 地域がん診療連携の強化

拠点病院は地域において下記に示す各類型の各医療機関がそれぞれの専門性を活かした連携・役割分担を行えるよう支援することにより、地域の実情に応じた連携強化を図っていく。

また、がん診療連携体制について、県民への周知・情報提供に努める。各医療機関の専門分野、医療機関の疾病別の手術件数等、地域における連携体制の状況を情報提供することにより、がん患者の不安や悩みを解消していく。



<機能類型ごとの目標及び医療機能>

専門的ながん診療

がんの病態に応じた、手術・放射線療法・薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療*及び緩和ケアチームによる身体症状の緩和や精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを診断時から提供することにより地域のがん診療連携の中核的役割を担う。

また、県立粒子線医療センター、同附属神戸陽子線センター等においては、がんの先進的医療に特化した治療を提供する。

標準的ながん診療

精密検査や確定診断、診療ガイドラインに準じた診療及び治療の初期段階からの緩和ケアを実施するとともに、専門的ながん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを行う。また、がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題へ対応できる機能が求められる。

在宅療養支援

がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにする。

そのためには、診療所に加えて、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、麻薬を取り扱う薬局等が連携するチームで在宅療養を支援する機能が求められる

歯科医療

周術期に口腔管理を行うことで、呼吸器系合併症の軽減や抗がん剤、放射線治療による粘膜病変を軽減する。また、訪問診療により専門的口腔ケアや歯科治療を行い口腔機能の維持改善を図る。

専門的ながん診療、標準的ながん診療、在宅療養支援、歯科医療の各機能を有する医療機関については、県の保健医療計画及びホームページのなかで情報提供する。

(3) 地域連携クリティカルパス等の整備・活用による病院間の連携強化

都道府県型がん診療連携拠点病院に設置している「兵庫県がん診療連携協議会」は、全拠点病院の病院長のほか、県医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、放射線技師会、患者会等を構成員とし、幹事会には準じる病院も参画し、県内のがん医療の総合調整の役割を担っている。

同協議会において7がん（肺、胃、大腸、肝、乳、前立腺、子宮体）の県統一版地域連携クリティカルパスの整備を行っており、今後も同パス等を活用し、県内病院間の連携を深めていく。

また、協議会において、同パスの運用状況を把握し、積極的に情報提供するほか、様々な機会をとらえて同パスの趣旨について県民への普及啓発を図る。併せて毎年1回定期的に病院別対象がん種ごとの運用件数をホームページに掲載し県民に情報を提供する。

(4) 専門性の高いがん医療への対応

ア がんの専門的な知識・技能を有する医療従事者の育成・配置

がん診療においては高い専門性を有する医師や、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師の他、多くの医療従事者が治療に携わっている。拠点病院や中核的な病院などの医療機関は、研修の実施及び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・確保に取り組む。また、地域の各医療機関ではこうした研修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。

今後、国においてゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応、AYA世代

や高齢者といったライフステージに応じたがん対策に対応できる医療従事者等の育成を推進することとしている。県においても、国の取組の情報収集を行いつつ、関係団体と連携し体制整備に向けた支援を行う。

イ 先進的医療への積極的な取組

ゲノム医療を必要とするがん患者が県内において医療を受けられる体制構築を進める。

また、県立粒子線医療センター、同附属神戸陽子線センター等の先進的な医療の積極的な活用を図る。

(5) 情報の収集提供と治験・臨床研究の推進

国におけるゲノム医療や免疫療法、希少がん、難治性がん等に関する研究の進捗把握に努め、関係機関への情報提供を進める。

それらの状況を踏まえ、拠点病院等医療機関は、治験・臨床研究を円滑・着実に実施するとともに、希望者が治験・臨床研究に参加しやすい環境整備に努める。

個別目標

- 県内の診療内容の充実を図るため、すべての国指定がん診療連携拠点病院に指定の充足要件に加え、学会等が認定する専門医（①日本医学放射線学会放射線治療専門医、②日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医、③日本がん治療認定機構がん治療認定医）を複数部門配置する。

	現状値	目標値
専門医を複数配置している病院数	12 病院	14 病院

（拠点病院現況報告。各年度 6-7 月実施分）

- 拠点病院においては、キャンサーボード開催回数の増加に努める。

	現状値	目標値
開催回数	961	増加

（拠点病院現況報告。各年度 6-7 月実施分）

- 拠点病院における専門性の高い医師・看護師・薬剤師の配置状況を毎年公表する。

3 がん患者の療養生活の質の維持向上

- (1) がんと診断された時からの緩和ケア等の推進

現状・課題

○ 現状

- ・拠点病院における緩和ケア研修の開催
 - ・県内医療機関における緩和ケア病棟*、緩和ケアチームの設置
- 〔 緩和ケア病棟 21 病院 433 床（平成 29 年 3 月）（兵庫県医療施設実態調査結果）
緩和ケアチーム 63 病院（平成 29 年 3 月）（兵庫県医療施設実態調査結果） 〕

○ 課題

- ・地域に関わらず緩和ケアの診断、治療、在宅医療など様々な場面での切れ目のない実施

推進方策

ア 緩和ケアの質の向上

がん診療の早期から県内どこでも緩和ケアを適切に提供するためには、がん診療に携わる医療従事者が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、国における研修体制、内容変更の動向を踏まえつつ緩和ケア研修の積極的な受講勧奨を行う。また、研修修了者のフォローアップ研修の取り組みを支援する。

拠点病院は、引き続き、がん診療に緩和ケアを組み入れた体制を整備・充実していくこととし、がん疼痛等の苦痛のスクリーニング*を診断時から行い、苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

また、国指定拠点病院は院内のコーディネイト機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を担う体制を整備し、緩和ケアの質の評価に向けて、第三者を加えた評価体制の導入を検討する。

イ 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上

緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、緩和ケアチーム等を育成するために、国指定拠点病院の「緩和ケアチーム」による研修を行う。またがん診療に携わる医療機関は、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門家に迅速につなぐ過程を明確にする。

在宅においても適切な緩和ケアを受けられることができるよう、がん診療連携拠点病院に設置している専門的な緩和ケアを提供できる外来の診療機能の向上に努め、退院後も必要に応じて緩和ケアを行う。また、がん診療連携拠点病院は地域かかりつけ医からの緩和ケアに関する相談を積極的に受け入れる体制をつくる。

ウ 疼痛緩和等の実践

医療用麻薬に関する正しい知識の普及に努め、管理者をはじめ全ての医療・介護関係者が連携し、在宅療養を含めたあらゆるステージにおいて適切な疼痛緩和が実践されるように支援する。

がん治療による副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者のQOLを向上させるため、診療ガイドラインにもとづく支持療法の周知に努め、医療機関における支持療法の実施を推進する。

エ がんリハビリテーション等の推進

各医療機関は、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰の観点も踏まえ、がん患者の生活の質の向上のため、多職種が連携したリハビリテーションや栄養食事指導の取組を積極的に行う。

個別目標

- 国が認定する緩和ケア研修の修了者数を 6,400 人とする。また、国指定拠点病院において、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とともに、県指定拠点病院において、自施設のがん診療に携わる医師のうち、緩和ケア研修修了率を 90%とする。さらに、拠点病院において、卒後 2 年目までの全ての医師が、緩和ケア研修を修了する。

	現状値	目標値
緩和ケア研修修了者数	4,027 人	6,400 人

	現状値	目標値
緩和ケア研修修了率	国指定 83.6%	国指定 100%
	県指定 72.4%	県指定 90%

(厚生労働省及び県疾病対策課調べ)

	現状値	目標値
がん性疼痛緩和指導管理 料届出医療機関数	358	550

(近畿厚生局「施設基準等届出状況」)

	現状値	目標値(2021 年)
がん患者指導実施件数 (人口 10 万人対)	170.2	200

(厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

- 緩和ケアに関する地域連携を推進するため、地域の他施設が開催する多職種連携カンファレンスへの参加増加に努める。

	現状値	目標値
開催回数	57	増加

(拠点病院現況報告。前年度 8 月・当該年度 7 月実施分)

- 5年以内に、国指定拠点病院において緩和ケアの機能を十分に発揮できるように、院内のコーディネート機能や、緩和ケアの質を評価し改善する機能を担う体制を整備し、第三者を加えた評価体制の導入に努める。

(2) 在宅医療・介護サービス提供体制の充実

現状・課題

○ 現状

- ・在宅医療提供体制の整備

在宅療養支援診療所*853 機関（平成 29 年 4 月）（近畿厚生局「施設基準等届出状況」）
うち、機能を強化した在宅療養支援診療所 198 機関
訪問看護ステーション 625 箇所（平成 29 年 9 月）（兵庫県調査）

○ 課題

- ・慢性疾患・がん患者等の増加や高齢化の進展等による在宅医療提供体制充実の必要性
- ・在宅療養支援診療所等に勤務する医療従事者の緩和ケア研修会受講体制の整備
- ・在宅医療推進協議会の設置・運営による医師をはじめとした多職種間の連携の一層の促進と地域の課題解決に向けた取組促進

推進方策

在宅医療を必要とする県民が、住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる仕組みを構築するため、医師会（かかりつけ医）、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、介護支援専門員協会、行政の代表者で構成する在宅医療推進協議会を運営する。

また、ICT を活用して複数の医療機関を接続し、診療情報等を多職種間で共有し地域全体で医療に取り組む在宅医療地域ネットワーク連携システムを全県で構築するとともに、かかりつけ医育成のため、地域別医療従事者向け研修会や、在宅歯科診療従事者への研修を開催する。

加えて、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行うために、引き続き、地域の医師会、薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療所・病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療・介護従事者への緩和ケア研修への受講を推進する。

また、20～30 歳代のがん患者の自宅での療養を支援するとともに、要介護状態となったがん患者が、住み慣れた自宅で療養できるよう、定期巡回・随時対応型訪問介護看護など在宅介護サービスの充実を図る。さらに、在宅療養を行う患者にとってリハビリテーションを行うことは生活の質に資することから、医師、看護師、理学療法士、作業療法士等の多職種が連携し実施できるようがん患者のリハビリテーションの周知に努める。

個別目標

- 生活習慣の変化による慢性疾患・がん患者の増加が見込まれる在宅療養者の多様

な在宅ニーズに対応するため、多職種による在宅医療・介護サービス推進のための地域ネットワークの構築を支援する。

(3) 相談支援体制の充実

現状・課題

○ 現状

- ・拠点病院の相談支援センターに、国立がん研究センターが実施する研修会修了者を配置

○ 課題

- ・相談支援を必要とするがん患者の、がん相談支援センターの利用推進
- ・がん患者の療養上の様々な悩みに対応できる体制の構築

推進方策

- ア 県内のがん患者の意見を聞く機会を定期的に設け、がん患者の視点に立った取組を実施するよう努める。
- イ 患者が、診断後早い段階からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにするため、拠点病院等は、がん相談支援センターの目的と利用方法の周知にさらに努めるとともに、主治医等の医療従事者が、診断早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明するなど、がん相談支援センターの利用を促進する。
- ウ 兵庫県がん診療連携協議会における相談支援センターの運営に関する先行・先進・成功・失敗事例などの情報交換、相談事例の共有、事例検討や、地域の医療・保健・介護・福祉機関等との連携強化などを通じて相談機能の充実を図る。また、PDCAサイクルにより、相談支援の質の担保と格差の解消を図る。
- エ 拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れに努める。
- オ 拠点病院の相談支援センター等は、ピアサポーター*による実体験を活かした相談を実施するよう努める。

個別目標

- 患者とその家族のニーズが多様化している中、国、市町、関連学会、医療機関、患者との連携のもと、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を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実現する。

- 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、治療等を学ぶことができる環境を整備する。
- 家族についても、患者の病状を正しく理解し、心の変化、支える方法などに加え、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。

第4節 がん患者を支える社会の構築

1 就労支援体制の構築

現状・課題

○ 現状

- ・がん診断後に依願退職又は解雇された割合が10年前と比べ依然高い
(H15:34.7%→H25:34.6% (静岡がんセンター研究班がん体験者の実態調査))

○ 課題

- ・がん患者、経験者の治療と職業生活の両立支援

推進方策

(1) 拠点病院、関係団体等との連携による就労支援の推進

がん検診等受診率向上推進協定締結企業等と連携し、企業の人事・総務部門を対象とした就労支援セミナー等を開催し、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の必要性についての啓発を進める。

拠点病院の相談支援センターの相談員が就労を含む社会的問題に関する相談へも対応できるよう、研修等の機会を通じた知識の習得に取り組むほか、相談支援センターとハローワークが連携し、がん患者・経験者の就労支援を進める。

患者が安心して復職に臨めるよう、個々の患者ごとの治療と仕事の両立に向けたプランの作成支援や患者の相談支援等を行うため、国が拠点病院等、関係団体、産業保健総合支援センターとの連携のもと、育成・配置する「両立支援コーディネーター」を積極的に活用するよう、周知を図る。

また、拠点病院の相談支援センターと社会保険労務士会が連携し、がん患者・経験者の離職防止に努める。

個別目標

- 国の動向を踏まえ、ハローワーク、産業保健総合支援センター、社会保険労務士会等と連携し、就労支援を推進するための意見交換の場を定期的に設定する。

2 がん教育の推進

現状・課題

○ 現状

- ・平成 27 年度は高校、平成 28 年度は小中高校のモデル校において、がんに関する講習会を実施。また、教職員等を対象とした研修会を開催
- ・がんに関する情報提供が、県民に十分に周知されていない
- ・がん治療に伴う外見の変化、診療早期における生殖機能の温存等に関する情報提供体制が不足

○ 課題

- ・学校教育及び社会教育におけるがんに対する正しい知識の一層の浸透

推進方策

(1) 青少年に対するがんに関する正しい知識の普及啓発

学校教育を通じてがんやがん患者に対する正しい理解と認識を学び、命の大切さに対する理解を深めるとともに、喫煙の及ぼす健康影響を含め、自らの健康を適切に管理し、がん予防や早期発見につながるようにするため、がん教育を授業の中に組み込むとともに、医師や患者等と連携し、小中高校生を対象とした講演の実施や、教職員に対する研修等を実施する。

(2) 正しい情報の発信

県及び拠点病院をはじめとする各医療機関は、患者やその家族が治療や医療機関等を適切に選択できるよう、ホームページ等により、各医療機関において実施しているがん部位別の診療内容やセカンドオピニオンの対応など、がんの医療情報を積極的に公開する。

免疫療法や新たな治療法について、関係団体等が策定する指針等の状況把握に努め、正しい情報発信に努める。

(3) 社会的問題等への対応

がんに関する「差別・偏見」の払拭に努めるとともに、がん患者の更なる QOL 向上に向けた啓発を行う。

個別目標

- 教員等指導者のがん教育に関するスキルアップを図るとともに、がん専門医やがん患者・経験者等の外部講師等との連携体制の構築に取り組む。

第6章 がん対策を総合的かつ計画的に 推進するための事項

国、地方公共団体及び関係者等が、「がん患者を含めた国民の視点」に立って、がん対策を総合的かつ計画的に推進するに当たっては、以下のような事項が更に必要である。

1 関係者等の意見の把握と反映

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には、がん患者等関係者の意見を集約し、これらのがん対策に反映していくことが極めて重要である。

このため、がん患者等関係者の意見を把握し、この推進計画に基づく施策を着実に展開するため、各界各層の専門家からなる「健康づくり審議会対がん戦略部会」において、この推進計画に定めた施策の進行を管理し、さらなる提言を行う。

2 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

本計画の目標達成のために、各取組の着実な実施に向けて必要な財政措置を行っていくが、近年の厳しい財政事情にかんがみ、限られた予算を最大限有効に活用して、がん対策の成果を収めるように努力していく。

3 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

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には、その進捗管理を行うことが極めて重要である。このため、「健康づくり審議会対がん戦略部会」において、がん対策の進捗状況をもとに、施策の見直しを図ることとする。

このため、年度ごとに各施策の成果を検証し、体系立った実施計画のもと、着実に効果が上がる施策を推進する。

○ 評価指標

毎年度、次に掲げる指標等について、達成状況を踏まえた評価を実施する。

- ・ たばこ、生活習慣に関する指標
- ・ がん検診受診率、精密検査等受診率
- ・ 拠点病院におけるがんサージカルボード開催回数

- ・拠点病院における地域の他施設が参加する多職種連携カンファレンス開催回数
- ・緩和ケア研修修了者数 等

4 本計画の見直し

がん対策基本法第12条第3項の規定により、「都道府県は、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県におけるがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも6年ごとに、都道府県がん対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更するよう努めなければならない」とされている。

国の基本計画は、「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6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は変更しなければならない」としている。

このため、推進計画の見直しも、国の基本計画に合わせて適宜評価・検討の上、行うこととする。

用語解説

用 語	意 味
年齢調整罹患率・死亡率	もし人口構成が基準人口と同じだったら実現されたであろう罹患率・死亡率のこと。がんは高齢になるほど罹患率・死亡率が高くなるため、高齢者が多い集団は高齢者が少ない集団よりがんの粗罹患率・死亡率が高くなる。そのため仮に2つの集団の粗罹患率・死亡率に差があっても、その差が真の罹患率・死亡率の差なのか、単に年齢構成の違いによる差なのか区別がつかない。そこで、年齢構成が異なる集団の間で罹患率・死亡率を比較する場合や、同じ集団で罹患率・死亡率の年次推移を見る場合にこの年齢調整罹患率・死亡率が用いられる。年齢調整罹患率・死亡率は、集団全体の罹患率・死亡率を、基準となる集団の年齢構成（基準人口）に合せた形で求められる。基準人口として、国内では通例昭和60年（1985年）モデル人口（昭和60年人口をベースに作られた仮想人口モデル）が用いられる。
5年相対生存率	あるがんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標。あるがんと診断された人のうち5年後に生存している人の割合が、日本人全体（正確には、性別、生まれた年及び年齢の分布を同じくする日本人集団）で5年後に生存している人の割合に比べてどのくらい低いかで表す。
精度管理・事業評価	有効性の確立した検診を実施し、その検診の方法等について細部にわたり点検・評価することを精度管理という。精度管理の主な指標としては、がん検診受診率、要精検受診率、がん発見率、陽性反応的中度等があり、これらの指標に加え、がん検診にかかる実施方法等の評価を事業評価と呼んでいる。
国指定がん診療連携拠点病院	がん対策基本法（平成18年法律第98号）に基づき、国が指定する専門的ながん医療機関。全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指し、2次医療圏に概ね1箇所整備される。拠点病院として指定されるための主な要件として、(1)手術、放射線療法や薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施、(2)研修や診療支援、患者の受入れや紹介、地域のがん診療の連携協力体制の構築、(3)がん患者に対する相談支援や情報提供を行う相談支援センターの設置（院内患者のみならず、広く市民の相談に対応）、(4)がん患者数や手術件数などの治療実績に関して情報提供を行うがん登録の実施等があげられる。
地域連携クリティカルパス	がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から編成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。
HPV	ヒトパピローマウイルス（Human Papilloma Virus）の略で、性交渉で感染することが知られているウイルス。100種類近くあり、そのうちの一部の型が子宮頸がんの発生と関連がある。

HTLV-1	ヒトT細胞白血病ウイルス (Human T-cell Leukemia Virus Type 1) の略で、血液中の白血球のひとつであるリンパ球に感染するウイルス。感染しても自覚症状はないが、一度感染するとリンパ球の中で生き続け、感染者の一部に病気を起こす。
ヘリコバクター・ピロリ	人などの胃に生息する細菌のこと (Helicobacter pylori)。感染の経路はよくわかっていないが、経口感染すると考えられており、感染すると胃炎や潰瘍など様々な病気を発症し、胃がんの発生と密接な関連がある。
全国がん登録	がん登録等の推進に関する法律 (H28.1 施行) に基づき、全ての病院と指定された診療所は各都道府県のがん登録室へがん患者の罹患情報の届出を行うことになった。各都道府県で突合・整理された罹患情報は国 (国立がん研究センター) の全国がん登録データベースにおいて、再度、突合・整理され、これらの罹患情報は、市町村から人口動態調査として国にあがってきた死亡情報と突合・整理される。国内のがん患者の情報を国が一元的に管理することで、がんのより正確な罹患率や生存率等が把握できるようになる。
院内がん登録	病院で診断、治療したすべての患者のがんについての情報を、診療科を問わず病院全体で集め、その病院のがん診療がどのように行われているかを明らかにする調査。この調査を複数の病院が同じ方法で行うことで、その情報を比べることができるようになり、病院ごとの特徴や問題点が明らかになる。
肝疾患診療連携拠点病院	肝炎を中心とする肝疾患に関する以下の機能を有し、県内の肝疾患の診療ネットワークの中心的な役割を担う医療機関で、都道府県に原則1カ所指定することとなっており、本県では、兵庫医科大学を指定している。 ①医療情報の提供、②専門医療機関等に関する情報の収集・提供、③医療従事者等の研修、相談支援、④専門医療機関等との協議の場の設定など。
免疫療法	免疫本来の力を回復させることによってがんを治療する方法。
支持療法	がんそのものによる症状やがん治療に伴う副作用・合併症・後遺症による症状を軽減させるための予防、治療及びケア。
がんセンターボード	手術、放射線療法及び薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。
集学的治療	手術、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた治療をいう。
がん診療連携協議会	「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定められた都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件とされている協議会で、兵庫県では同指定を受けた県立がんセンターに設置されている。現在厚生労働大臣が指定した13施設のがん診療拠点病院と協力して幹事会並びに5部会 (研修・教育、情報・連携、がん登録、緩和ケア、地域連携) を組織し、地域連携に必要な

	情報を共有し合い、県内のどこでも、がん患者が安心して納得のいく治療を受けられるよう取組を行っている。
緩和ケア	がん患者の体や心のつらさを和らげ、生活やその人らしさを大切にする考え方。「患者さんらしさ」を大切にし、身体的・精神的・社会的な苦痛について、つらさを和らげる医療やケアを積極的に行い、患者と家族の社会生活を含めて支える「緩和ケア」の考え方を早い時期から取り入れていくことで、がんの患者と家族の療養生活の質をよりよいものにしていくことができる。
緩和ケア病棟	専門的な知識と技術に基づいた緩和ケアを提供する場。体のつらい症状や、心のつらさ、苦しみを和らげることを重要な治療として位置づけている。がんの進行に伴う体のつらい症状や精神的な苦痛があり、がんを治すことを目標にした治療（手術、薬物療法、放射線治療など）の適応がない、あるいはこれらのがん治療を希望しない方を主な対象としている。
緩和ケアチーム	がん診療連携拠点病院等には、さまざまな職種のメンバーが関与している緩和ケアチームがある。同チームは、体と心のつらさなどの治療のほか、患者の社会生活や家族を含めたサポートを行っている。
苦痛のスクリーニング	診断や治療方針の変更の時に、身体・精神心理的苦痛や社会経済的問題など、患者とその家族にとって重要な問題でありながらも取り上げられにくい問題について、医療従事者が診療の場面で定期的に確認し、話し合う機会を確保すること。
在宅療養支援診療所	在宅で療養している患者や家族の求めに医師や看護師らが 24 時間体制で応じ、必要であれば訪問診療や訪問看護を行う診療所のこと。うち、複数の医師により、緊急往診や在宅看取りに一定の実績を必要とする機能強化型の在宅療養支援診療所（単独型・連携型）がある。
ピアサポーター	ピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援するがん患者や経験者のこと。

健康づくり審議会規則

平成 23 年 3 月 31 日

兵庫県規則第 7 号

(趣 旨)

第 1 条 この規則は、健康づくり推進条例（平成 23 年兵庫県条例第 14 号）第 23 条第 5 項の規定に基づき、同条例に定めるもののほか、健康づくり審議会（以下「審議会」という。）の組織及び運営に関して必要な事項を定めるものとする。

(組 織)

第 2 条 審議会は、委員 30 人以内で組織する。

(委員の委嘱)

第 3 条 委員は、次に掲げる者のうちから、知事が委嘱する。

- (1) 学識経験のある者
- (2) 関係団体を代表する者
- (3) 市町の長を代表する者

(委員の任期)

第 4 条 委員の任期は、2 年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

(会 長)

第 5 条 審議会に会長を置く。

- 2 会長は、委員の互選によって定める。
- 3 会長は、会務を総理し、審議회를代表する。
- 4 会長に事故があるとき、又は会長が欠けたときは、あらかじめ会長の指名する委員が、その職務を代理する。

(会 議)

第 6 条 審議会は、会長が招集する。

- 2 審議会は、委員の過半数の出席がなければ、会議を開くことができない。
- 3 審議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(専門委員)

第 7 条 審議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

- 2 専門委員は、次に掲げる者のうちから、知事が委嘱する。
 - (1) 学識経験のある者
 - (2) 関係団体を代表する者
 - (3) 関係行政機関の職員
- 3 専門委員の任期は、当該専門の事項に関する調査が完了したときは、その任を解

くものとする。

(部会)

第8条 部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。

2 部会に、部会長を置く。

3 部会長は、部会に属する委員のうちから、会長が指名する。

4 部会長の職務及び部会の会議については、第5条第3項及び第6条の規定を準用する。

5 審議会は、部会の議決をもって、審議会の議決とすることができる。

(小委員会)

第9条 審議会及び部会に、専門の事項を調査審議する必要があるときは、小委員会を置くことができる。

2 小委員会に属すべき委員及び専門委員は、会長(部会に置かれる小委員会にあっては、部会長。第4項において同じ。)が指名する。

3 小委員会に委員長を置く。

4 委員長は、小委員会に属する委員及び専門委員のうちから、会長が指名する。

5 委員長の職務及び小委員会の会議については、第5条第3項及び第6条の規定を準用する。

(補則)

第10条 この規則に定めるもののほか、審議会の運営について必要な事項は、審議会が定める。

附則

(施行期日)

1 この規則は、昭和54年4月1日から施行する。

附則(昭和58年12月9日規則第75号)

この規則は、交付の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の日以後最初に開かれる協議会は、第7条第1項の規定にかかわらず、知事が招集する。

附則

1 この規則は、平成23年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に改正前の兵庫県健康対策協議会規則(以下「改正前の規則」という。)第4条の規定により兵庫県健康対策協議会の委員に委嘱されている者は、この規則の施行の日(以下「施行日」という。)に改正後の健康づくり審議会規則(以下「改正後の規則」という。)第3条の規定により健康づくり審議会の委員に委嘱された者とみなす。この場合において、その委員の任期は、改正後の規則第4条第1項の規定にかかわらず、施行日後最初に健康づくり審議会の委員が委嘱されるまでの間とする。

3 この規則の施行の際現に改正前の規則第6条第2項の規定により兵庫県健康対

策協議会の会長として互選によって定められた者は、施行日に改正後の規則第5条第2項の規定により健康づくり審議会の会長として互選によって定められた者とみなす。

- 4 この規則の施行の際現に改正前の規則第8条第2項の規定により兵庫県健康対策協議会の専門委員に委嘱されている者は、施行日に改正後の規則第7条第2項の規定により健康づくり審議会の専門委員に委嘱された者とみなす。