

# 第3期がん対策推進基本計画（概要）

## 第1 全体目標

「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。」

①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ②患者本位のがん医療の実現 ③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

## 第2 分野別施策

### 1. がん予防

(1)がんの1次予防(※)

(2)がんの早期発見、がん検診  
(2次予防)

(※)受動喫煙に関する目標値等  
については、受動喫煙対策  
に係る法案を踏まえて別途  
閣議決定する予定。

### 2. がん医療の充実

- (1)がんゲノム医療
- (2)がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法
- (3)チーム医療
- (4)がんのリハビリテーション
- (5)支持療法
- (6)希少がん、難治性がん  
(それぞれのがんの特性に応じた対策)
- (7)小児がん、AYA(※)世代のがん、高齢者のがん  
(※)Adolescent and Young Adult: 思春期と若年成人
- (8)病理診断
- (9)がん登録
- (10)医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組

### 3. がんとの共生

- (1)がんと診断された時からの緩和ケア
- (2)相談支援、情報提供
- (3)社会連携に基づくがん対策・がん患者支援
- (4)がん患者等の就労を含めた社会的な問題
- (5)ライフステージに応じたがん対策

### 4. これらを支える基盤の整備

- (1)がん研究
- (2)人材育成
- (3)がん教育、普及啓発

## 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. 都道府県による計画の策定
- 3. がん患者を含めた国民の努力
- 4. 患者団体等との協力
- 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

参考資料

# がん対策推進基本計画

平成29年10月

## 目次

はじめに.....	1
<b>第1 全体目標 .....</b>	<b>3</b>
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 .....	3
2. 患者本位のがん医療の実現 .....	3
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 .....	3
<b>第2 分野別施策と個別目標 .....</b>	<b>4</b>
1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 .....	4
(1) がんの1次予防 .....	4
(2) がんの早期発見及びがん検診（2次予防） .....	11
2. 患者本位のがん医療の実現 .....	16
(1) がんゲノム医療 .....	16
(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法の充実 .....	20
(3) チーム医療の推進 .....	27
(4) がんのリハビリテーション .....	28
(5) 支持療法の推進 .....	29
(6) 希少がん及び難治性がん対策（それぞれのがんの特性に 応じた対策） .....	30
(7) 小児がん、AYA世代のがん及び高齢者のがん対策 .....	33
(8) 病理診断 .....	36
(9) がん登録 .....	38
(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組 .....	40
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 .....	43
(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進 .....	43
(2) 相談支援及び情報提供 .....	50
(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援 .....	54

(4)	がん患者等の就労を含めた社会的な問題（サバイバーシップ支援）	57
(5)	ライフステージに応じたがん対策	65
4.	これらを支える基盤の整備	68
(1)	がん研究	68
(2)	人材育成	71
(3)	がん教育・がんに関する知識の普及啓発	73
<b>第3</b>	<b>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</b>	<b>75</b>
1.	関係者等の連携協力の更なる強化	75
2.	都道府県による計画の策定	75
3.	がん患者を含めた国民の努力	75
4.	患者団体等との協力	76
5.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	76
6.	目標の達成状況の把握	77
7.	基本計画の見直し	77

## 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、平成 27（2015）年には、年間約 37 万人が亡くなり、生涯のうちに、約 2 人に 1 人が罹患すると推計されている。こうしたことから、依然として、がんは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

我が国においては、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 力年総合戦略」、平成 6（1994）年に策定された「がん克服新 10 か年戦略」、平成 16（2004）年に策定された「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。また、平成 26（2014）年からは、「がん研究 10 か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

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 4 月に施行された。また、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ため、第 1 期の「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（平成 19（2007）年度～平成 23（2011）年度）の基本計画では、「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。第 2 期（平成 24（2012）年度～平成 28（2016）年度）の基本計画では、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についても取り組むこととされ、死亡率の低下や 5 年相対生存率が向上するなど、一定の成果が得られた。また、がん対策において取組が遅れている分野について、取組の一層の強化を図るため、平成 27（2015）年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

しかしながら、平成 19（2007）年度からの 10 年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」については、達成することができなかった。その原因としては、喫煙率やがん検診受診率の目標値が達成できなかったこと等が指摘されている。今後、がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）を着実に低下させていくためには、がんにかかると推定される国民を減らすことが重要であり、予防のための施策を一層充実させていくことが必要である。また、がんにかかった場合

にも、早期発見・早期治療につながるがん検診は重要であり、その受診率を向上させていくことが必要である。

また、新たな課題として、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がなされていないこと、がんの罹患をきっかけとした離職者の割合が改善していないことが指摘されており、希少がん、難治性がん、小児がん、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代（思春期世代と若年成人世代）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法等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等が明らかとなってきた。

さらに、平成 28（2016）年の法の一部改正の結果、法の理念に、「がん患者が尊厳を保持しつつ安心して暮らすことのできる社会の構築を目指し、がん患者が、その置かれている状況に応じ、適切ながん医療のみならず、福祉的支援、教育的支援その他の必要な支援を受けることができるようにするとともに、がん患者に関する国民の理解が深められ、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の整備が図られること」が追加され、国や地方公共団体は、医療・福祉資源を有効に活用し、国民の視点に立ったがん対策を実施することが求められている。

本基本計画は、このような認識の下、法第 10 条第 7 項の規定に基づき、第 2 期の基本計画の見直しを行うことで、がん対策の推進に関する基本的な計画を明らかにするものであり、その実行期間については、平成 29（2017）年度から平成 34（2022）年度までの 6 年程度を一つの目安として定める。また、本基本計画では、「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。」ことを目標とする。

今後は、本基本計画に基づき、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、学会、患者団体等の関係団体、マスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となって、上記に掲げたような諸課題の解決に向けて、取組を進めていくことが必要である。

## 第1 全体目標

がん患者を含めた国民が、がんの克服を目指し、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、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、尊厳を持って暮らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の充実」及び「がんとの共生」を3つの柱とし、平成29（2017）年度から平成34（2022）年度までの6年程度の期間の全体目標として、以下の3つを設定する。

### 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～

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、研究を推進し、その結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させる。国民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者の減少を実現する。

### 2. 患者本位のがん医療の実現

～適切な医療を受けられる体制を充実させる～

ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence。以下「AI」という。）を活用したがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化された患者本位のがん医療を実現する。また、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化及び効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

### 3. 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～

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、安心して生活し、尊厳を持って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～

がん予防は、世界保健機関によれば、「がんの約40%は予防できるため、がん予防は、全てのがんの対策において、最も重要で費用対効果に優れた長期的施策となる<sup>1)</sup>」とされており、より積極的にがん予防を進めていくことによって、避けられるがんを防ぐことが重要である。がんのリスク等に関する科学的根拠に基づき、がんのリスクの減少（1次予防）、国民が利用しやすい検診体制の構築、がんの早期発見・早期治療（2次予防）の促進を図るとともに、予防・検診に関する取組を進めることによって、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの罹患者や死亡者の減少を実現する。

#### （1）がんの1次予防

がんの1次予防は、がん対策の第一の砦であり、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しては、喫煙（受動喫煙を含む。）、過剰飲酒、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、ウイルスや細菌の感染など、様々なものがある。近年、がん予防・健康寿命の延伸については、日本人のエビデンスの蓄積が進んでいるが、がん予防を進めるために、以下のような対応をとっていくことで、がんの罹患者や死亡者の減少に取り組む。

#### <がんの予防法<sup>2)</sup>>

- ・ 喫煙：たばこは吸わない。他人のたばこの煙を避ける。
- ・ 飲酒：飲酒をする場合は、節度のある飲酒をする。
- ・ 食事：食事は、偏らずバランス良くとる。
  - － 塩蔵食品、食塩の摂取は、最小限にする。
  - － 野菜や果物不足にならない。
  - － 飲食物を熱い状態にとらない。

<sup>1)</sup> 「Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 2: Prevention. Geneva: World Health Organization; 2007.」より引用。

<sup>2)</sup> 国立がん研究センターの「科学的根拠に基づく発がん性・がん予防効果の評価とがん予防ガイドライン提言に関する研究」を参照。

- ・ 身体活動：日常生活を活動的に過ごす。
- ・ 体形：成人期での体重を適正な範囲で管理する。
- ・ 感染：肝炎ウイルスの検査を受け、感染している場合は専門医に相談する。  
機会があれば、ヘリコバクター・ピロリの検査を受ける。

## ① 生活習慣について

### （現状・課題）

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となっていることが知られている。また、喫煙は、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、たばこ対策を進めていくことが重要である。我が国においては、これまで、「21世紀における国民健康づくり運動」や健康増進法（平成14年法律第103号）に基づく受動喫煙防止対策を行ってきた。平成17（2005）年には、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効されたことから、我が国も、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、公共の場は原則として全面禁煙であるべき旨を記載した通知の発出、たばこ税率の引上げ等の対策を行った。平成24（2012）年からは、新たな「21世紀における国民健康づくり運動」として、「健康日本21（第二次）」を開始し、第2期基本計画と同様に、「成人の喫煙率の減少」や「未成年者の喫煙をなくす」こと等について目標を定め、取組を進めている。

こうした取組により、成人の喫煙率は、24.1%（平成19（2007）年）から18.2%（平成27（2015）年）に減少した<sup>3</sup>。しかし、第2期基本計画において掲げている「平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより成人喫煙率を12%とすること」という目標からすると、現在の喫煙率は、依然として高い水準<sup>4</sup>にあり、喫煙率減少のための更なる取組が求められている。

平成28（2016）年8月にまとめられた「喫煙の健康影響に関する検討会報告書<sup>5</sup>」の中で、我が国では、能動喫煙によって年間約13万人が死亡していること

<sup>3</sup> 平成27（2015）年「国民健康・栄養調査」

<sup>4</sup> このほか参考として、平成26（2014）年度実施分の特定健診データのうち標準的な質問票の回答（約2,600万人分）を分析したところ、特定健康診査受診者の喫煙率は23.0%（男性34.2%、女性9.4%）。特に40～44歳の男性の喫煙率が41.1%と高い。

<sup>5</sup> 厚生労働省健康局長の下に設置した「喫煙の健康影響に関する検討会」（座長：祖父江友孝）において、平成28（2016）年8月にとりまとめたもの。

や、肺がんのリスクが男性では約4倍、女性では約3倍に上昇することが報告されている。また、同報告書では、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。さらに、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との推計がなされており、がんの予防の観点からも、受動喫煙防止対策は重要である。

受動喫煙防止対策に関するこれまでの取組は、平成15（2003）年に施行された健康増進法に基づき行われてきたが、平成27（2015）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、飲食店で受動喫煙の機会を有する者の割合は41.4%、行政機関は6.0%、医療機関であっても3.5%となっている。また、職場における受動喫煙防止対策については、平成27（2015）年6月に施行された改正労働安全衛生法によって、受動喫煙防止対策が事業者の努力義務となったが、平成27（2015）年に実施された「国民健康・栄養調査」によると、職場で受動喫煙の機会を有する者の割合は30.9%となっており、更なる対策が必要となっている。

また、平成27（2015）年11月には、「2020年東京オリンピック競技大会・東京パラリンピック競技大会の準備及び運営に関する施策の推進を図るための基本方針」（以下「オリパラ基本方針」という。）が閣議決定され、「受動喫煙防止対策については、健康増進の観点に加え、近年のオリンピック・パラリンピック競技大会開催地における受動喫煙法規制の整備状況を踏まえつつ、競技会場及び公共の場における受動喫煙防止対策を強化する」とされている。これを踏まえ、現在、政府内において、平成32（2020）年東京オリンピック・パラリンピック競技大会等を契機に、受動喫煙防止対策の徹底のための検討が進められている。

飲酒、身体活動、体形や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が、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者<sup>6</sup>の割合、運動習慣のある者<sup>7</sup>の割合及び野菜の摂取量については、大きな変化が見られず、対策は十分とはいえない。

（参考）

・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（平成27年のデータ。（ ）内

<sup>6</sup> 「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。

<sup>7</sup> 「運動習慣のある者」とは、30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者。

は平成 24 年のデータ。)

男性 13.9 (14.7) % 女性 8.1 (7.6) %

・運動習慣のある者の割合 (平成 27 年のデータ。( ) 内は平成 24 年のデータ。)

男性 37.8 (36.1) % 女性 27.3 (28.2) %

・野菜の摂取量 (平成 27 年のデータ。( ) 内は平成 24 年のデータ。)

293.6 (286.5) g

### (取り組むべき施策)

たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等をより一層充実させる。具体的には、様々な企業・団体と連携し、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するほか、特定保健指導等の様々な機会を通じて、禁煙希望者に対する禁煙支援を図る。加えて、禁煙支援を行う者が、実際の支援に活用できるよう、「禁煙支援マニュアル (第二版)」の周知を進めるとともに、内容の充実を図る。

また、「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」や海外のたばこ対策の状況を踏まえつつ、関係省庁が連携して、必要な対策を講ずる。

受動喫煙の防止については、オリパラ基本方針も踏まえ、受動喫煙防止対策を徹底する。

さらに、家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進める。

喫煙以外の生活習慣については、「健康日本 21 (第二次)」と同様に、

- ・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を低下させる。
- ・身体活動量が少ない者の割合を低下させる。
- ・適正体重を維持している者の割合を増加させる。
- ・高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物摂取量の摂取不足の者の割合を減少させる。

等のがんの予防法について、学校におけるがん教育や、スマート・ライフ・プロジェクト<sup>8</sup>、食生活改善普及運動等を通じた普及啓発により、積極的に取り組む。

<sup>8</sup> 「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。

## 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は、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、女性では最も発がんが大きく寄与する因子となっている<sup>9</sup>。発がんが大きく寄与するウイルスや細菌としては、子宮頸がんの発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・ピロリ等がある。

子宮頸がんの発生は、その多くがHPVの感染が原因であり、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。子宮頸がんの年齢調整罹患率<sup>10</sup>は、平成14（2002）年は、人口10万人あたり9.1であったものが、平成24（2012）年には、11.6と増加傾向にあり、国は、これまでHPVワクチンの定期接種化等を行うなど、子宮頸がんの予防対策を行ってきた。

肝炎ウイルスについては、国は、B型肝炎ワクチンの定期接種化（平成28（2016）年10月から実施）や、肝炎ウイルス検査体制の整備等を行ってきた。平成23（2011）年度の調査<sup>11</sup>によると、検査を受けたことがある者は、国民の約半数にとどまっている。また、検査結果が陽性であっても、その後の受診につながっていない者もいる。

ATLは、HTLV-1の感染が原因であり、主な感染経路は、母乳を介した母子感染である。国による感染予防対策が行われており、HTLV-1感染者（キャリア）の推計値は、約108万人（平成19（2007）年）から約80万人（平成27（2015）年）と減少傾向にある。

胃がんについては、胃がんの年齢調整死亡率<sup>12</sup>は、人口10万人あたり40.1（昭

<sup>9</sup> 「Ann Oncol. 2012; 23: 1362-9.」より引用。

<sup>10</sup> 「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。

<sup>11</sup> 平成23（2011）年度「肝炎検査受検状況実態把握事業 事業成果報告書」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j-att/2r9852000002gd60.pdf>

<sup>12</sup> 「年齢調整死亡率」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死亡率を比較したり、同じ集団の死亡率の年次推移を見るため、集団全体の死亡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死亡率。

和50（1975）年から10.1（平成27（2015）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<sup>13</sup>となっており、引き続き対策が必要である。なお、ヘリコバクター・ピロリの除菌が胃がん発症予防に有効であるかどうかについては、まだ明らかではないものの、ヘリコバクター・ピロリ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<sup>14</sup>。

### （取り組むべき施策）

HPVワクチンについては、接種のあり方について、国は、科学的知見を収集した上で総合的に判断していく。

肝炎ウイルスについては、国は、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、普及啓発を通じて、肝炎の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発症予防に努める。また、B型肝炎については、予防接種法（昭和23年法律第68号）による定期の予防接種を着実に推進するとともに、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、引き続き推進していく。

HTLV-1については、国は、感染予防対策を含めた総合対策等に引き続き取り組む。

胃がんについては、胃がんの罹患率が減少していること等を踏まえ、国は、引き続き、ヘリコバクター・ピロリ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、科学的根拠に基づいた対策について検討する。

### 【個別目標】

喫煙率については、「健康日本21（第二次）」と同様、平成34（2022）年度までに、禁煙希望者が禁煙することにより、成人喫煙率を12%とすること、妊娠中の喫煙をなくすこと及び20歳未満の者の喫煙をなくすことを目標とする。

その他の生活習慣改善については、平成34（2022）年度までに、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者について、男性13.0%（13.9%）・女性

<sup>13</sup> 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

<sup>14</sup> 「N Engl J Med. 2001; 345: 784-9.」より引用。

6.4% (8.1%) とすること、運動習慣のある者について、20～64歳：男性36.0% (24.6%) ・女性33.0% (19.8%)、65歳以上：男性58.0% (52.5%) ・女性48.0% (38.0%) とすること等を実現することとする。

※ ( ) 内は、平成27年のデータ。

## (2) がんの早期発見及びがん検診（2次予防）

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めに発見し、必要かつ適切な診療につなげることにより、がんの死亡者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<sup>15</sup>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。

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。）の事業が行われており、職域におけるがん検診としては、保険者や事業主による検診が任意で行われている。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及び精度管理の更なる充実が必要不可欠である。

### ① 受診率向上対策について

#### （現状・課題）

国は、これまで、平成 28（2016）年度までに、がん検診受診率を 50%以上にすることを目標に掲げ、がん検診無料クーポンや検診手帳の配布、市町村と企業との連携促進、受診率向上のキャンペーン等の取組を行ってきた。地方公共団体においても、普及啓発活動や様々な工夫によって、がん検診の受診率の向上を図るための取組が行われてきた。

しかしながら、現状のがん検診の受診率は 30～40%台<sup>16</sup>であり、いずれのがんも、第 2 期基本計画における受診率の目標値（50%。胃、肺、大腸については当面 40%）を達成できていない。欧州では、公共政策として、乳がん・子宮頸がんを中心に、組織型検診<sup>17</sup>といわれる検診の実施体制が整備されており、高い検診受診率を維持している国もあるが、我が国のがん検診の受診率は、依然として、諸外国に比べて低い状況にあり、引き続き、対策を講ずる必要がある。

<sup>15</sup> 平成 24（2012）年に厚生労働省健康局長の下に設置した「がん検診のあり方に関する検討会」（座長：大内憲明）

<sup>16</sup> 平成 28（2016）年「国民生活基礎調査」

<sup>17</sup> 「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、欧州で公共政策として行われている検診のこと。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（国立がん研究センターがん情報サービス「がん検診について」）。

がん検診を受けない理由としては、「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成 28（2016）年）」等において、「受ける時間がないから」、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」等が挙げられており、がん検診についての正しい認識を持ち、正しい行動を取ってもらうよう、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められている。

### （取り組むべき施策）

国、都道府県及び市町村は、これまでの施策の効果を検証した上で、受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、実施する。市町村は、当面の対応として、検診の受診手続の簡素化、効果的な受診勧奨、職域で受診機会のない者に対する受診体制の整備、受診対象者の名簿を活用した個別受診勧奨・再勧奨、かかりつけ医や薬局の薬剤師を通じた受診勧奨など、可能な事項から順次取組を進める。

市町村や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に努める。

また、国は、がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場に立った利便性の向上や財政上のインセンティブ策の活用にも努める。

## ② がん検診の精度管理等について

### （現状・課題）

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要である。組織型検診といわれる検診の実施体制が整備されている国では、高い精度管理を維持し、がん死亡率減少に成功している例もある。一方、我が国においては、市町村が住民を対象として実施するがん検診について、精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加しているものの、十分とは言えない状況にある。また、職域において、被保険者等を対象として行うがん検診については、精度管理ができる体制は整備されていない。市町村及び職域における全てのがん検診について、十分な精

度管理を行うことが必要である。

がんの早期発見・早期治療のためには、精密検査が必要と判定された受診者が、その後、実際に精密検査を受診することが必要であるが、本来 100%であるべき精密検査受診率（精密検査受診者数／要精密検査者数）は、およそ 65～85%<sup>18</sup>にとどまっている。

指針<sup>19</sup>に定められていないがん検診については、当該検診を受けることによる合併症や過剰診断等の不利益が利益を上回る可能性があるが、平成 28（2016）年度の市町村におけるがん検診の実施状況調査集計結果によれば、指針に定められていないがん種に対するがん検診を実施している市町村は、全体の 85.7%（1,488 市町村）となっている。

#### （取り組むべき施策）

都道府県は、指針に示される 5 つのがんについて、指針に基づかない方法でがん検診を行っている市町村の現状を把握し、必要な働きかけを行うこと、生活習慣病検診等管理指導協議会<sup>20</sup>の一層の活用を図ることなど、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討する。また、市町村は、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、都道府県及び市町村は、がん検診や精密検査の意義、対策型検診と任意型検診の違い、がん検診で必ずしもがんを見つけられるわけではないこと及びがんだけでなくがん検診の結果が陽性となる偽陽性等のがん検診の不利益についても理解を得られるように、普及啓発活動を進める。

国は、関係団体と協力し、指針に基づいた適切な検診の実施を促すとともに、国内外の知見を収集し、科学的根拠に基づいたがん検診の方法等について検討を進め、必要に応じて導入を目指す。

---

<sup>18</sup> 平成 27（2015）年度「地域保健・健康増進事業報告」

<sup>19</sup> 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（平成 20 年 3 月 31 日付け健発第 0331058 号厚生労働省健康局長通知別添）

<sup>20</sup> 「生活習慣病検診等管理指導協議会」とは、がん、心臓病等の生活習慣病の動向を把握し、また、市町村、医療保険者及び検診実施機関に対し、検診の実施方法や精度管理の在り方等について専門的な見地から適切な指導を行うために、都道府県が設置・運営するもの。

### ③ 職域におけるがん検診について

#### (現状・課題)

職域におけるがん検診は、がん検診を受けた者の30～60%程度（胃がん：57.9%、肺がん：62.7%、大腸がん：55.3%、子宮頸がん：32.3%、乳がん：35.8%）<sup>16</sup>が受けているものであるが、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、検査項目や対象年齢等実施方法は様々である。

職域におけるがん検診については、対象者数、受診者数等のデータを定期的に把握する仕組みがないため、受診率の算定や精度管理を行うことが困難である。

#### (取り組むべき施策)

国は、職域におけるがん検診を支援するとともに、がん検診のあり方について検討する。また、科学的根拠に基づく検診が実施されるよう、職域におけるがん検診関係者の意見を踏まえつつ、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を策定し、保険者によるデータヘルス等の実施の際の参考とする。

保険者や事業主は、職域におけるがん検診の実態の把握に努める。また、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を参考に、科学的根拠に基づいたがん検診の実施に努める。

国は、職域におけるがん検診の重要性に鑑み、厚生労働省の「データヘルス改革推進本部」の議論を踏まえつつ、将来的に、職域におけるがん検診の対象者数、受診者数等のデータの把握や精度管理を可能とするため、保険者、事業主及び検診機関で統一されたデータフォーマットを使用し、必要なデータの収集等ができる仕組みを検討する。

#### 【個別目標】

国は、男女とも対策型検診で行われている全てのがん種において、がん検診の受診率の目標値を50%とする。

国は、精密検査受診率の目標値を90%とする。

国は、「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」を1年以内に策定し、職域での普及を図る。