

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)

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)支持療法
- (5)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)
- (6)小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん
- (7)病理診断
- (8)がんのリハビリテーション
- (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)地域社会におけるがん患者支援
- (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. がん患者を含めた国民等の努力
- 2. 患者団体等との協力
- 3. 都道府県による計画の策定
- 4. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 5. ロードマップの作成
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

1

2

3

4

5

6

第3期がん対策推進基本計画案（案）

7

8

9

10

11

12

13

14

15

平成29年〇月

16

1	目次	
2	はじめに.....	5
3	第1 全体目標.....	7
4	1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	7
5	2. 患者本位のがん医療の実現.....	7
6	3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	7
7	第2 分野別施策と個別目標.....	8
8	1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実.....	8
9	(1) がんの1次予防.....	8
10	(2) がんの早期発見、がん検診（2次予防）.....	15
11	2. 患者本位のがん医療の実現.....	19
12	(1) がんゲノム医療.....	19
13	(2) がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法の充実.....	22
14	(3) チーム医療の推進.....	29
15	(4) がんのリハビリテーション.....	30
16	(5) 支持療法の推進.....	31
17	(6) 希少がん、難治性がん対策（それぞれのがんの特性に応じた対策）..	32
18	(7) 小児がん、AYA世代のがん、高齢者のがん対策.....	35
19	(8) 病理診断.....	38
20	(9) がん登録.....	40
21	(10) 医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取組.....	42
22	3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築.....	44
23	(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進.....	44
24	(2) 相談支援、情報提供.....	51
25	(3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援.....	55

1	(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）	58
2	(5)	ライフステージに応じたがん対策	66
3	4.	これらを支える基盤の整備	69
4	(1)	がん研究	69
5	(2)	人材育成	72
6	(3)	がん教育、がんに関する知識の普及啓発	74
7	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	76
8	1.	関係者等の連携協力の更なる強化	76
9	2.	都道府県による計画の策定	76
10	3.	がん患者を含めた国民の努力	76
11	4.	患者団体等との協力	77
12	5.	必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化	77
13	6.	目標の達成状況の把握	78
14	7.	基本計画の見直し	78
15			
16			

1 はじめに

2

3 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、
4 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
5 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
6 んは、国民の生命と健康にとって重大な問題である。

7

8 我が国においては、昭和59（1984）年に策定された「対がん10か年
9 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」、
10 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
11 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
12 ん研究10か年戦略」に基づき、がん研究を推進している。

13

14 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
15 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1
16 9（2007）年4月に施行された。また、平成19（2007）年6月には、
17 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
18 計画（以下「基本計画」という。）」が策定された。

19

20 第1期（平成19（2007）年度～平成24（2012）年度）の基本計
21 画では、「がん診療連携拠点病院（以下「拠点病院」という。）」の整備、緩和ケ
22 ア提供体制の強化、地域がん登録の充実が図られた。第2期（平成24（20
23 12）年度～平成29（2017）年度）の基本計画では、小児がん、がん教
24 育、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、
25 死亡率の低下や5年相対生存率が向上する等、一定の成果が得られた。また、
26 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
27 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
28 た。

29

30 しかしながら、平成19年度からの10年間の目標である「がんの年齢調整
31 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つ
32 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
33 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
34 に低下させていくためには、がんにかかる国民を減らすことが重要であり、予防
35 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
36 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

1 向上させていくことが必要である。

2

3 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
4 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
5 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
6 児がん、AYA (Adolescent and Young Adult) 世代 (思春期世代と若年成人
7 世代) (以下「AYA世代」という。) のがんへの対策が必要であること、ゲノ
8 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
9 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。

10

11 さらに、平成28(2016)年の法の一部改正の結果、法の理念に、「が
12 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、
13 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
14 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
15 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
16 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
17 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
18 することが求められている。

19

20 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
21 2期の基本計画の見直しを行い、がん対策の推進に関する基本的な計画を明ら
22 かにするものであり、その実行期間を、平成29(2017)年度から平成3
23 4(2022)年度までの6年程度を一つの目安として定めるものである。

24

25 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、
26 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
27 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
28 の解決に向けて、取り組みを進めていくことが必要である。本基本計画におい
29 ては、「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
30 目標とすることとする。

31

1 第1 全体目標

2
3 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
4 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
5 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
6 らしていくことができるよう、「がん予防」、「がん医療の充実」、「がんとの共生」
7 を3つの柱とし、平成29（2017）年度から平成34（2022）年度ま
8 での6年程度の期間の全体目標として、以下の3点を設定する。

9 10 1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 11 ~がんを知りがんを予防する~

12
13 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
14 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
15 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
16 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。

17 18 19 2. 患者本位のがん医療の実現 20 ~適切な医療を受けられる体制を充実させる~

21
22 ビッグデータや人工知能（Artificial Intelligence、以下「AI」という。）
23 を活用した患者本位のがんゲノム医療等を推進し、個人に最適化されたがん医
24 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
25 ん医療の均てん化・集約化、効率的かつ持続可能ながん医療を実現する。

26 27 28 3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 29 ~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~

30
31 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
32 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
33 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
34 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
35 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
36 る。

1 (3) チーム医療の推進

2
3 (現状・課題)

4 患者とその家族の抱える様々な苦痛や悩み、負担に応え、安全かつ安心で質
5 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。

6
7 これまで、拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供体制の整備、キャンサ
8 ーボードの実施、医科歯科連携、薬物療法における医療機関と薬局の連携、栄
9 養サポートやリハビリテーションの推進等、多職種によるチーム医療を実施す
10 るための体制を整備してきた。

11
12 しかし、病院内の多職種連携については、医療機関ごとの運用の差や、がん
13 治療を外来で受ける患者の増加による受療環境の変化によって、状況に応じた
14 最適なチームを育成することや、発症から診断、入院治療、外来通院等のそれ
15 ぞれのフェーズにおいて、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供するこ
16 とが求められるようになっている。

17
18
19 (取り組むべき施策)

20 国は、拠点病院等における医療従事者の連携を更に強化するため、キャンサ
21 ーボードへの多職種の参加を促す。また、専門チーム（栄養サポートチーム、
22 口腔ケアチーム、緩和ケアチーム、感染防止対策チーム等）に依頼する等して、
23 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
24 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
25 る。

26
27
28 【個別目標】

29 国は、がん患者が入院しているとき、外来通院しながら在宅で療養生活を送
30 っているとき等、それぞれの状況において必要なサポートを受けられるような
31 チーム医療の体制を強化する。

1 (4) がんのリハビリテーション

2

3 (現状・課題)

4 がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じ
5 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、
6 著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテ
7 ーションの重要性が指摘されている。

8

9 平成19(2007)年から平成25(2013)年にかけて行われた「が
10 ん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業」において、がんに関わ
11 る医療従事者を対象とした研修プログラムの開発と研修会等が実施された。

12

13 「第2期基本計画中間評価(平成27(2015)年)(以下「中間評価」と
14 いう。)」の調査では、リハビリテーション科専門医が配置されている拠点病院
15 の割合は、37.4%と低く、十分な体制が整備されているとは言えない状況
16 にある。

17

18 がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、
19 社会復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテ
20 ーションが必要との指摘がある。

21

22

23 (取り組むべき施策)

24 国は、がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、リハビリテーシ
25 ョンを含めた医療提供体制のあり方を検討する。

26

27

28 【個別目標】

29 国は、がんのリハビリテーションに関わる有識者の意見を聴きながら、拠点
30 病院等におけるリハビリテーションのあり方について、3年以内に検討し、そ
31 の結果について、拠点病院等での普及に努める。

32

1 (5) 支持療法の推進

2

3 (現状・課題)

4 がん患者の実態調査³¹によって、がんによる症状や治療に伴う副作用・後遺症
5 に関する悩みのうち、しびれ（末梢神経障害）をはじめとした薬物療法に関連
6 した悩みの割合が、この10年で顕著に増加している（平成15（2003）
7 年 19.2%→平成25（2013）年 44.3%）ことが明らかになった。

8

9 がん種別に見ると、胃がん患者については、胃切除術後の食事や体重減少、
10 乳がん、子宮がん、卵巣がん、大腸がん等の患者については、リンパ浮腫によ
11 る症状に苦悩している者が多く、手術に関連した後遺症も、大きな問題となっ
12 ている。

13

14 リンパ浮腫については、「リンパ浮腫研修（現在は、新・リンパ浮腫研修）」
15 を推進し、拠点病院を中心に、リンパ浮腫外来等でケアを実践してきた。

16

17 がん治療の副作用に悩む患者が増加しているが、支持療法²⁵の研究開発は十
18 分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治
19 療が確立していない状況にある。

20

21

22 (取り組むべき施策)

23 国は、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症を軽減し、患者の生活のQOL
24 を向上させるため、支持療法に関する実態を把握し、それを踏まえた研究の
25 推進と、診療の実践に向けて取り組む。

26

27

28 【個別目標】

29 国は、がん治療による副作用・合併症・後遺症により、患者とその家族の生
30 活の質が低下しないよう、患者視点の評価も重視した、支持療法に関する診療
31 ガイドラインを作成し、医療機関での実施につなげる。

32

³¹ 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（平成25（2013）年）。詳細は <https://www.schr.jp/book/houkokusho.html> を参照。

1 前に正確な情報提供が行われ、必要に応じて、適切な専門施設に紹介するための
2 体制を構築する。

3 4 5 ③ 高齢者のがんについて

6 7 (現状・課題)

8 我が国においては、人口の高齢化が急速に進んでおり、平成37(2025)
9 年には、65歳以上の高齢者の数が3,657万人(全人口の30.3%)に達
10 すると推計されている。また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増える
11 ことから、高齢のがん患者へのケアの必要性が増すと指摘がある。

12
13 高齢者のがんについては、全身の状態が不良であることや併存疾患があるこ
14 と等により、標準的治療の適応とならない場合や、主治医が標準的治療を提供
15 すべきでない判断する場合等があり得るが、こうした判断は、医師の裁量に
16 任されているところ、現状の診療ガイドライン等において、明確な判断基準は
17 示されていない。また、特に、75歳以上の高齢者が対象となるような臨床研
18 究は限られているため、こうしたがん患者に提供すべき医療のあり方について
19 の検討が求められている。

20 21 22 (取り組むべき施策)

23 国は、QOLの観点を含めた高齢のがん患者に適した治療法や診療ガイドラ
24 インを確立するための研究を進める。現行の各がん種に関する診療ガイドラ
25 インに、高齢者医療の観点を取り入れていくため、関係学会等への協力依頼を行
26 い、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定する。

27 28 29 【個別目標】

30 国は、小児がん、AYA世代のがんを速やかに専門施設で診療できる体制の
31 整備を目指して、「小児がん医療・支援のあり方に関する検討会」及び「がん診
32 療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行い、3年以内に、小児がん拠
33 点病院とがん診療連携拠点病院等の整備指針の見直しを行う。

34
35 国は、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガ
36 イドラインを拠点病院等に普及することを検討する。

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、がんと共生していくためには、患者本人ががんと共存していくこと、患者と社会が協働・連携していくことが重要である。

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整備を行う。関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、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。

なお、改正されたがん対策基本法の基本理念には、新たに「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。」という条文が加えられ、さらに、その実現のために、がん対策は「国、地方公共団体、第5条に規定する医療保険者、医師、事業主、学校、がん対策に係る活動を行う民間の団体その他の関係者の相互の密接な連携の下に実施されること。」とされた。

本基本計画においては、その実践のため、「がんと共生」を全体目標に掲げ、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整備を目指すこととした。そのためには、関係者等が、医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野と連携し、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が求められている。

(1) がんと診断された時からの緩和ケアの推進

緩和ケアについては、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」と明記されている。このように、緩和ケアとは、身体的、精神心理的苦痛等の「全人的な苦痛」への対応（全人的なケア）を診断時から行うことを通じて、患者とその家族のQOLの向上を目標とするものである。

1
2 我が国のがん対策において、「緩和ケアの推進」については、第1期基本計画
3 から、「重点的に取り組むべき課題」に掲げられてきた。この10年間で、全て
4 の拠点病院等において、緩和ケアチームや緩和ケア外来等の専門部門を整備す
5 ること、全てのがん診療に携わる医師に対して、基本的な緩和ケアの知識と技
6 術を習得させるための緩和ケア研修会を開催すること、「がん緩和ケアガイドブ
7 ック」を改訂すること等、緩和ケアの充実を図ってきた。

8
9 国及び地方公共団体は、引き続き、患者とその家族の状況に応じて、がんと
10 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
11 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。そ
12 の際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法
13 と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とす
14 る必要がある。

15 16 17 ① 緩和ケアの提供について

18 19 (現状・課題)

20 これまで、拠点病院等を中心に、緩和ケアチーム等の専門部門の整備を推進
21 してきた。拠点病院等に、緩和ケアチームや緩和ケア外来が設置され、苦痛の
22 スクリーニング³⁷が実施されるようになったが、実際に、患者とその家族に提供
23 された緩和ケアの質については、施設間で格差がある等の指摘がある。中間評
24 価においても、「身体的苦痛や精神心理的・社会的苦痛の緩和が十分に行われて
25 いないがん患者が3～4割ほどいる」との指摘があり、がん診療の中で、患者
26 とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供さ
27 れていない状況にある。

28
29 苦痛のスクリーニングによって、患者の苦痛が汲み上げられたとしても、主
30 治医から緩和ケアチームへとつなぐ³⁸体制が機能していないとの指摘がある。ま
31 た、施設内での連携が十分にとられておらず、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、

³⁷ 「苦痛のスクリーニング」とは、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等、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。

³⁸ ここでいう「つなぐ」とは、医療従事者が専門的な緩和ケア（緩和ケアチームや緩和ケア外来等）へコンサルトし、その後も双方向性に協働すること。

1 がん看護外来、薬剤部門、栄養部門等による施設全体の緩和ケアの診療機能が
2 十分に発揮されていない状況にある。

3
4 緩和ケアは、全人的なケアが必要な領域であり、多職種による連携を促進す
5 る必要がある。そのため、互いの役割や専門性を理解し、共有することが可能
6 な体制を整備する必要がある。

7
8 緩和ケアチーム等の質の向上が求められているが、緩和ケアの質を書面のみ
9 で評価することには限界があることが指摘されており、また、評価のための指
10 標や質の良否を判断する基準が必ずしも確立されていない状況にある。

11
12 今後、拠点病院以外においても緩和ケアを推進していくためには、拠点病院
13 以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態を、把握する必要があると
14 の指摘がある。

17 (取り組むべき施策)

18 拠点病院等は、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
19 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、
20 苦痛を定期的に確認し、迅速に対処することとする。

21
22 国は、患者等とのコミュニケーションの充実等、患者とその家族が、痛みや
23 つらさを訴えやすくするための環境を整備する。また、医療従事者が、患者と
24 その家族の訴えを引き出せるための研究、教育や研修を行う。

25
26 拠点病院等を中心としたがん診療に携わる医療機関は、院内の全ての医療従
27 事者の連携を診断時から確保する。また、緩和ケアチーム等の症状緩和の専門
28 家に迅速につなぐ過程を明確にすること、患者とその家族に相談窓口を案内す
29 ること、医療従事者から積極的な働きかけを行うこと等の実効性のある取組を
30 進める。

31
32 拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの機能を十分に発揮できるように
33 するため、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
34 を持つ「緩和ケアセンター³⁹」の機能をより一層強化する。また、「緩和ケアセ

³⁹ 「緩和ケアセンター」とは、拠点病院において、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和
ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織のこと。

1 「ンター」のない拠点病院等は、既存の管理部門を活用して、上記の機能を担う
2 体制を整備するほか、院内体制を整備し、緩和ケアの質の評価・改善に努める。
3 さらに、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
4 する。

5
6 国は、専門的な緩和ケアの質を向上させるため、関係学会と連携して、緩和
7 医療専門医⁴⁰、精神腫瘍医⁴¹、がん看護関連の専門・認定看護師、がん専門薬剤
8 師⁴²、緩和薬物療法認定薬剤師⁴³、がん病態栄養専門管理栄養士⁴⁴、社会福祉士、
9 臨床心理士等の適正配置や緩和ケアチームの育成のあり方を検討する。

10
11 国は、緩和ケアの質を評価するための指標や基準を確立する。また、実地調
12 査や遺族調査等を定期的かつ継続的に実施し、評価結果に基づき、緩和ケアの
13 質の向上策の立案に努める。

14
15 国は、実地調査等を通じて、拠点病院以外の病院における緩和ケアの実態や
16 患者のニーズを把握する。拠点病院以外の病院においても、患者と家族のQOL
17 の向上を図るため、医師に対する緩和ケア研修会等を通じて、緩和ケアの提
18 供体制を充実させる。

19
20 国は、緩和ケア病棟の質を向上させるため、実地調査等の実態把握を行う。
21 その上で、緩和ケア病棟の機能分化等（緊急入院にも対応できる緩和ケア病棟
22 と従来の看取り中心のホスピス・緩和ケア病棟等）のあり方について検討する。
23

40 「緩和医療専門医」とは、特定非営利活動法人日本緩和医療学会の認定する資格。平成
22（2010）年から、患者と家族を全人的に把握し、理解できる能力と資質を有する医師を
「緩和医療専門医」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 178 名。

41 「精神腫瘍医」とは、がんが患者、家族、医療従事者の心に及ぼす影響を熟知し、臨床・
実践活動でがんに伴って生じる精神心理的な苦痛の軽減に取り組む精神科医、心療内科医
のこと。

42 「がん専門薬剤師」とは、一般社団法人日本医療薬学会が認定する登録薬剤師。平成 21
（2009）年 11 月よりがん領域の薬物療法等に一定水準以上の実力を有し、医療現場におい
て活躍しうる「がん専門薬剤師」を養成する目的で、開始されている。平成 29（2017）年
1 月時点で 529 名。

43 「緩和薬物療法認定薬剤師」とは、一般社団法人日本緩和医療薬学会の認定する資格。
平成 21（2009）年から、緩和薬物療法に貢献できる知識・技能・態度を有する薬剤師を「緩
和薬物療法認定薬剤師」として認定している。平成 29（2017）年 4 月時点で 595 名。

44 「がん病態栄養専門管理栄養士」とは、一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人
日本栄養士会による認定資格。近年のがん患者の増加に対応するために、栄養に関する専
門職としてのがんの栄養管理・栄養療法に関する高度な知識と技術を取得した管理栄養士
の育成とチーム医療への連携強化を目的としている。平成 29（2017）年 3 月時点で 344 名。

1
2 ② 緩和ケア研修会について
3

4 (現状・課題)

5 第2期基本計画では、がん診療に携わる全ての医療従事者が基本的な緩和ケ
6 アを理解し、知識と技術を習得すること、特に、拠点病院において、がん診療
7 に携わる全ての医師が緩和ケア研修を修了することを目標としてきた。緩和ケ
8 ア研修会の修了者数については、平成29(2017)年3月末時点で、研修
9 会の修了証書の累積交付枚数が93,250枚(累積開催回数4,888回)
10 と増加している。しかし、拠点病院においては、がん患者の主治医や担当医と
11 なる医師の研修会受講率として9割以上を求めてきたところ、実際の受講率は、
12 平成29(2017)年3月末時点で、82.1%にとどまっており、より一
13 層の受講促進が求められる。

14
15 研修会の内容や形式については、患者の視点や遺族調査等の結果を取り入れ
16 ること、主治医と専門的な緩和ケア部門との連携方法をプログラムに入れるこ
17 と、地域の医師も受講しやすいよう利便性を改善することが求められている。
18 また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケア⁴⁵についても、研修会を通
19 じて充実を図ることが求められている。

20
21 初期臨床研修の期間に、医師が基本的な緩和ケアの概念を学ぶこと⁴⁶は重要で
22 ある。基本的な緩和ケアの習得のために、初期臨床研修の2年間で、全ての研
23 修医が研修会を受講することが必要との指摘がある。

24
25
26 (取り組むべき施策)

27 国及び拠点病院等は、拠点病院等以外の医療機関を対象として、研修会の受
28 講状況を把握すること、積極的に受講勧奨を行うことを通じて、基本的な緩和
29 ケアを実践できる人材の育成に取り組む。また、国は、チーム医療の観点から、
30 看護師、薬剤師等の医療従事者が受講可能となるよう、研修会の内容・体制を
31 検討する。

32
33 国は、拠点病院等以外の医療機関においても緩和ケアが実施されるよう、患

⁴⁵ 「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のこと。また、「ビリーブメントケア」ともいう。

⁴⁶ 「臨床研修の到達目標(厚生労働省)」において、経験目標として「緩和ケア、終末期医療」について盛り込まれている。

1 者の視点を取り入れつつ、地域の実情に応じて、研修会の内容や実施方法を充
2 実させる。また、主治医が自ら緩和ケアを実施する場合の方法、緩和ケアチー
3 ムへのつなぎ方、コミュニケーションスキル等、研修会の内容の充実を図る。
4 研修会の評価指標については、修了者数や受講率のみならず、患者が専門的な
5 緩和ケアを利用することができた割合等について調査を行った上で、達成すべ
6 き目標を明確にする。

7
8 国は、関係団体の協力の下に、拠点病院等における研修会の開催にかかる負
9 担や受講者にかかる負担を軽減するため、座学部分は e-learning を導入するこ
10 と、1日の集合研修に変更すること等、研修会の実施形式についての見直しを
11 行う。また、がん患者の家族、遺族等に対するグリーフケアの提供に必要な研
12 修プログラムを策定し、緩和ケア研修会等の内容に追加する。

13
14 国は、卒後2年目までの医師が基本的な緩和ケアを習得するための方法につ
15 いて検討する。また、拠点病院等において、卒後2年目までの全ての医師が、
16 緩和ケア研修会を受講するよう、拠点病院等の整備指針を見直す等、必要な施
17 策を実施する。

20 ③ 普及啓発について

22 (現状・課題)

23 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」におい
24 て、「緩和ケアを開始すべき時期」については、「がんの治療が始まったときか
25 ら（20.5%）」となっている。がんと診断された時からの緩和ケアの推進に
26 ついては、一定の成果を上げてはいるものの、同調査において、「がんが治る見
27 込みがなくなったときから（16.2%）」となっていることを踏まえれば、よ
28 り一層の取組が必要である。また、医療用麻薬に対する意識（複数回答）につ
29 いては、「最後の手段だと思う（31.5%）」、「だんだん効かなくなると思う
30 （29.1%）」という結果となっており、前回（平成26（2014）年）と
31 比べても、改善は見られていない。緩和ケアについては、未だに終末期のケア
32 との誤解があることや医療用麻薬に対する誤解があること等、その意義や必要
33 性について、患者・医療従事者を含む国民に、十分周知されていない状況にあ
34 る。

37 (取り組むべき施策)

1 国及び地方公共団体は、患者とその家族が、痛みやつらさを感じることなく
2 過ごすことが保障される社会を構築するため、関係団体と連携して、関係者等
3 に対して、正しい知識の普及啓発を行う。

4
5 国は、国民に対し、医療用麻薬に関する適切な啓発を行うとともに、医療用
6 麻薬等の適正使用を推進する。がん診療に携わる医療機関は、地域の医療従事
7 者も含めた院内研修を定期的実施する。医療用麻薬の使用法の確立を目指し
8 た研究を行う。また、在宅緩和ケアにおける適切な医療用麻薬の利用について、
9 検討する。

10
11
12 **【個別目標】**

13 がんによる身体的な痛みは、患者の日常生活に重大な支障を来し、QOL
14 を大きく損ねる。このため、がん診療に携わる医療機関において、医療従事者
15 は、徹底した疼痛ケアを行い、患者の日常生活動作に支障が出ないようにする。

16
17 国及びがん診療に携わる医療機関は、関係学会等と協力して、医師はもちろ
18 んのこと、がん診療に携わる全ての医療従事者が、精神心理的・社会的苦痛に
19 も対応できるよう、基本的な緩和ケアを実施できる体制を構築する。

20
21 都道府県拠点病院においては、「緩和ケアセンター」の機能をより一層充実さ
22 せる。地域拠点病院における「緩和ケアセンター」のあり方について、設置の
23 要否も含め、3年以内に検討する。

24
25 拠点病院以外の病院や緩和ケア病棟における緩和ケアの実態、患者のニーズ
26 を調査し、その結果を踏まえ、緩和ケアの提供体制について検討を進める。

27

1 (2) 相談支援、情報提供

2
3 医療技術や情報端末の進歩、患者の療養生活が多様化する中で、拠点病院等
4 のがん相談支援センターが中心となって、患者とその家族のみならず、医療従
5 事者が抱く治療上の疑問や、精神的、心理社会的な悩みについて、対応してい
6 くことが求められている。また、がんに関する情報があふれる中で、患者と家
7 族が、その地域において、確実に、必要な情報（治療を受けられる医療機関、
8 がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできる
9 ような環境を整備していくことが求められている。

10 11 12 ① 相談支援について

13 (現状・課題)

14 拠点病院等のがん相談支援センターは、自院の患者だけでなく、他院の患者
15 や、医療機関からの相談にも対応しており、相談件数は、年々増加している。
16 また、二次医療圏や都道府県域を越えた相談支援のネットワークが構築されつ
17 つある。
18

19
20 国立がん研究センターは、様々ながんに関連する情報の収集、分析、発信を
21 行っており、その成果を基に、患者やその家族、医療従事者からの相談支援や、
22 相談員に対する研修等を行っている。このように、国立がん研究センターは、
23 相談支援や情報提供等の中核的な役割を担っている。

24
25 地域においては、がんに関する様々な相談をワンストップで対応することを
26 目的として、地域統括相談支援センター⁴⁷や民間団体による相談支援の場等が設
27 置されており、病院以外の場においても相談が可能となっている。

28
29 しかし、平成26(2014)年度の患者体験調査⁴⁸によれば、がん相談支援
30 センターの利用率は7.7%となっており、相談支援を必要とするがん患者が、
31 がん相談支援センターを十分利用するに至っていない。

32
33 相談内容が多様化しており、人材の適切な配置や相談支援に携わる者に対す

47 「地域統括相談支援センター」とは、平成23(2011)年度から都道府県健康対策推進事業の一環として開始。全国に14か所ある。(平成29(2017)年3月時点)

48 平成26(2014)年度厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」

1 る更なる研修の必要性が指摘されている。

2
3 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、患
4 者同士が体験を共有できる場の存在は重要であることから、都道府県等は、ピア・サ
5 ポート⁴⁹研修を行い、ピア・サポーターを養成している。しかしながら、
6 平成28（2016）年度に実施された「がん対策に関する行政評価・監視の
7 結果報告書（総務省）」によれば、調査対象となった36の拠点病院のうち、ピア
8 ・サポーターの活動実績のある拠点病院の数は、20施設にとどまっていた。

11 （取り組むべき施策）

12 患者が、治療の早期からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じ
13 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
14 ターの目的と利用方法を院内に周知すること、主治医等の医療従事者が、診断
15 早期に患者や家族へがん相談支援センターを説明すること等、院内のがん相談
16 支援センターの利用を促進させるための方策を検討し、必要に応じて、拠点病
17 院等の整備指針に盛り込む。

18
19 拠点病院等は、がん相談支援センターの院内・院外への広報、都道府県がん
20 診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会⁵⁰等を通じて、ネットワー
21 クの形成や、相談者からのフィードバックを得るための取組を、引き続き実施
22 する。また、PDCAサイクル⁵¹を実施しながら、相談支援の質の担保と格差の
23 解消を図る。

24
25 国は、相談支援に携わる者の質を継続的に担保するための方策を検討し、必
26 要に応じて、拠点病院等の整備指針に盛り込む。

27
28 ピア・サポートについては、国が作成した研修プログラムの活用状況につい
29 て、実態調査を行う。ピア・サポートが普及しない原因を分析した上で、研修

49 「ピア・サポート」とは、患者・経験者やその家族がピア（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こと。

50 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会」とは、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や、都道府県がん診療連携拠点病院と都道府県内の地域がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院等の連携強化について協議するために設置された、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の元に設けられた4部会の1つ。

51 「PDCAサイクル」とは、事業活動における生産管理や品質管理等の管理業務を円滑に進める手法の1つ。Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）の4段階を繰り返すことによって、業務を継続的に改善する。

1 内容の見直しや、ピア・サポートの普及を図る。

2 3 4 ② 情報提供について

5 6 (現状・課題)

7 「がん対策に関する世論調査（内閣府）（平成28（2016）年）」によれ
8 ば、がんに関する情報を、インターネットやソーシャルネットワークサービス
9 （SNS）等を通じて得ている国民は、35%を超えており、特に、39歳以
10 下の年齢では、約6割となっている。

11
12 しかしながら、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいているとは
13 いえない情報が含まれていることがあり、国民が正しい情報を得ることが困難
14 な場合がある。

15
16 コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に
17 対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘され
18 ている。

19 20 21 (取り組むべき施策)

22 国は、インターネット等を通じて行われる情報提供について、医療機関のウ
23 ェブサイトの適正化を図るという観点から、医業等に係るウェブサイトの監視
24 体制の強化に努める。

25
26 国、国立がん研究センター及び関係学会等は、引き続き、協力して、がん
27 に関する様々な情報を収集し、科学的根拠に基づく情報を国民に提供する。また、
28 ウェブサイトの適正化の取組を踏まえて、注意喚起等を迅速に行う。

29
30 国及び国立がん研究センターは、関係団体と協力し、障害等の関係でコミュ
31 ニケーションに配慮が必要な者や日本語を母国語としていない者の情報へのア
32 クセスを確保するため、音声資料や点字資料等を作成し、普及に努める。

33 34 35 【個別目標】

36 国は、多様化・複雑化する相談支援のニーズに対応できるよう、関係学会と
37 の連携や相談支援従事者の研修のあり方等について、3年以内に検討し、より

1 効率的・効果的な相談支援体制を構築する。

2

3 国は、ピア・サポートの実態調査、効果検証を行った上で、3年以内に研修
4 内容を見直し、ピア・サポートの普及に取り組む。

5

6 国は、国民が必要な時に、自分に合った正しい医療情報を入手し、適切に治
7 療や生活等に関する選択ができるよう、科学的根拠に基づく情報を迅速に提供
8 するための体制を整備する。

9

1 (3) 社会連携に基づくがん対策・がん患者支援

2
3 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
4 しく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための
5 社会連携を強化し、積極的な患者・家族支援を実践することが必要である。具
6 体的には、国民ががんという病気を理解し、予防や検診を実践し、さらに、地
7 域におけるがん医療提供体制の整備を進めることによって、地域における「が
8 んとの共生社会」を実現させることが重要である。

9
10
11 ① 拠点病院等と地域との連携について

12
13 (現状・課題)

14 拠点病院等においては、整備指針に基づき、在宅療養支援診療所・病院⁵²、緩
15 和ケア病棟等と協働するためのカンファレンスを開催する等、切れ目のないが
16 ん医療を提供するための体制整備を進めてきた。

17
18 しかし、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
19 ケア、セカンドオピニオン等については、地域間で取組に差があるとの指摘が
20 ある。

21
22 「地域連携クリティカルパス」は、拠点病院等が地域の医療機関と連携し、
23 切れ目のないがん医療を提供するためのツールであるが、その運用は、それぞ
24 れの拠点病院等に任されており、運用の状況に差があるとの指摘がある。

25
26 拠点病院等と、在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーション
27 等との連携体制が十分に構築できていないことから、退院後も、継続的な疼痛
28 緩和治療を在宅で受けることが出来るようにする必要があるとの指摘がある。

29
30 がん患者がニーズに応じて利活用できる機関としては、医療機関以外にも、
31 地域統括相談支援センター、地域包括支援センター⁵³等が設置されているが、こ

⁵² 在宅療養支援診療所：14,562 診療所、在宅療養支援病院：1,074 病院（平成 27（2015）年 7 月 1 日時点）

⁵³ 「地域包括支援センター」とは、市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、3 職種チームアプローチにより、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設のこと。（介護保険法第 115 条の 46 第 1 項）

1 れらの機関での連携についても、地域ごとに差があり、利用が進まない状況に
2 ある。

5 (取り組むべき施策)

6 国は、切れ目のない医療・ケアの提供とその質の向上を図るため、地域の実
7 情に応じて、かかりつけ医が拠点病院等において、医療に早期から関与する体
8 制や、病院と在宅医療との連携や患者のフォローアップ⁵⁴のあり方について検討
9 する。

10
11 国は、拠点病院等と地域の関係者等との連携を図るため、がん医療における
12 認定看護師、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、社会福祉士等の役割を明確にし
13 た上で、多職種連携を推進する。その際、施設間の調整役を担う者のあり方や、
14 「地域連携クリティカルパス」のあり方の見直しについて検討する。

15
16 国は、地域で在宅医療を担う医療機関等において、拠点病院等の医療従事者
17 が連携して診療を行うこと、地域の医療・介護従事者が拠点病院等で見学やカ
18 ンファレンスに参加したりすること等の活動を可能とする連携・教育体制のあ
19 り方を検討する。

20
21 拠点病院等は、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入
22 れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域に
23 おける患者支援の充実を図る。また、国は、こうした取組を実効性あるものと
24 するため、施設間の調整役を担う者の養成等について、必要な支援を行う。

27 ② 在宅緩和ケアについて

29 (現状・課題)

30 在宅で療養生活を送るがん患者にとって、症状の増悪等の緊急時において、
31 入院可能な病床が確保されていることは安心につながる。しかしながら、拠点
32 病院等をはじめとした医療機関において、症状が急変したがん患者や医療ニ一
33 ズの高い要介護者の受入れ体制は、十分整備されているとはいえない。このよ
34 うな状況において、切れ目のなく、質の高いがん医療を提供するためには、拠

⁵⁴ 「フォローアップ」とは、治療終了後のがん患者の定期的な外来診療や検査での経過の観察のこと。

1 点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設においても、がん医療
2 の質の向上を図っていく必要がある。

3
4 在宅緩和ケアにおける医療と介護の連携について、65歳未満のがん患者が
5 要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として申請書に記載す
6 る必要があるが、実際には記入しづらいため、利用が進まないとの指摘がある。

7
8
9 **(取り組むべき施策)**

10 国及び地方公共団体は、在宅緩和ケアの提供や、相談支援・情報提供を行う
11 ために、引き続き、地域の医師会や薬剤師会等と協働して、在宅療養支援診療
12 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
13 修等を引き続き実施する。

14
15 国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対
16 応できるような方策を検討する。

17
18
19 **【個別目標】**

20 国は、がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受け
21 られるよう、2年以内に、地域連携体制について検討し、必要に応じて拠点病
22 院等の整備指針の見直しを行い、拠点病院等の機能を更に充実させる。

23
24 拠点病院等は、地域における緩和ケアの状況を把握し、地域における緩和ケ
25 アの提供体制について検討する場を3年以内に設ける等、地域における他の医
26 療機関と連携を図る。都道府県は、その開催状況を把握することに努める。

1 (2) 人材育成

2
3 (現状・課題)

4 集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療
5 法、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
6 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
7 えることのできる看護師、薬剤師等の人材を養成していく必要がある。

8
9 これまで、厚生労働省では、拠点病院等を中心に、医療チームによる適切な
10 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」における外科医の
11 育成プログラム、病理医育成ネットワーク、緩和ケア研修、リハビリテーショ
12 ン研修等の人材育成のための支援を行ってきた。

13
14 文部科学省では、平成24(2012)年度から平成28(2016)年度
15 まで、「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン⁷⁰」を実施し、全国の大学
16 に、がんの特化した臓器横断的な講座が整備され、手術療法、放射線療法、薬
17 物療法のほか、緩和ケア等のがん医療に専門的に携わる医師、歯科医師、薬剤
18 師、看護師、診療放射線技師、医学物理士等の医療従事者の育成を行ってきた。

19
20 一方、近年、ゲノム医療等のがん医療の進歩と細分化、希少がん、難治性が
21 ん、小児・AYA世代のがん等の特性やライフステージに応じた対応が求めら
22 れるがん種について、専門的な人材の育成を更に進めていくことが求められて
23 いるものの、どのような人材を重点的に育成すべきか、必ずしも方向性が定ま
24 っていない。

25
26 医学部のモデル・コア・カリキュラム⁷¹や医師国家試験の出題基準等において
27 は、緩和ケアに関する項目があるが、卒前教育においては、緩和ケアにおける
28 チーム連携に係る教育を充実させる必要があるとの指摘がある。

29
30

⁷⁰ 「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」とは、文部科学省において平成24(2012)年度に大学改革推進等補助金より開始された事業。手術療法、放射線療法、化学療法その他のがん医療に携わるがん専門医療人を養成する大学の取組を支援することを目的とした事業。平成25(2013)年度より研究拠点形成費等補助金にて行われている。

⁷¹ 「医学教育モデル・コア・カリキュラム(平成28年度改訂版・文部科学省)」において、「緩和ケア」について盛り込まれている。

http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2017/03/31/1383961_01_1.pdf

1 (取り組むべき施策)

2 がん医療や支援の均てん化に向けた、幅広い人材の育成について、検討を行
3 う。

4
5 文部科学省におけるこれまでの取組において構築された人材育成機能を活用
6 し、がん医療を専門とする医療従事者の養成を継続するとともに、ゲノム医療
7 や希少がん及び難治性がんへの対応、小児・AYA世代や高齢者といったライ
8 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。

9
10 国は、今後、緩和ケアをがん以外の疾患に広げていくために、大学等の教育
11 機関において、実習等を組み込んだ緩和ケアの実践的な教育プログラムの充実
12 や、緩和医療に関する講座の設置も含め、医師の卒前教育を担う指導者を育成
13 するための積極的な取組を推進する。また、看護教育、薬学教育においても、
14 基本的な緩和ケアの習得を推進する。

15
16
17 **【個別目標】**

18 国は、2年以内に、今後のがん医療や支援に必要な人材と、幅広い育成のあ
19 り方について検討し、そのために必要な具体的なスケジュールを策定する。

1 (3) がん教育、がんに関する知識の普及啓発

2

3 (現状・課題)

4 法第23条では、「国及び地方公共団体は、国民が、がんに関する知識及びが
5 ん患者に関する理解を深めることができるよう、学校教育及び社会教育におけ
6 るがんに関する教育の推進のために必要な施策を講ずるものとする。」とされて
7 いる。

8

9 健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが
10 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
11 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
12 ことは大切である。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
13 者・経験者等の外部講師を活用し、子どもに、がんの正しい知識やがん患者・
14 経験者の声を伝えることが重要である。

15

16 国は、平成26(2014)年度より「がんの教育総合支援事業」を行い、
17 全国のモデル校において、がん教育を実施するとともに、がん教育の教材や外
18 部講師の活用に関するガイドラインを作成し、がん教育を推進している。しか
19 し、地域によっては、外部講師の活用が不十分であること、教員のがんに関す
20 る知識が必ずしも十分でないこと、外部講師が学校において指導する際の留意
21 点⁷²等を十分認識できていないことについて指摘がある。

22

23 国民に対するがんに関する知識の普及啓発は、「がん医療に携わる医師に対す
24 る緩和ケア研修等事業」や、職場における「がん対策推進企業等連携事業」の
25 中で推進してきた。しかし、民間団体が実施している普及啓発活動への支援が
26 不十分であるとの指摘がある。また、拠点病院等のがん相談支援センターや、
27 国立がん研究センターがん情報サービスにおいて、がんに関する情報提供を行
28 っているが、それらが国民に十分に周知されていないとの指摘がある。

29

30

31 (取り組むべき施策)

⁷² がん教育の実施に当たっては、以下のような事例について授業を展開する上で配慮が求められるとされている。①小児がんの当事者、小児がんにかかったことのある児童生徒がいる場合、②家族にがん患者がいる児童生徒や、家族をがんで亡くした児童生徒がいる場合、③生活習慣が主な原因とならないがんもあり、特に、これらのがん患者が身近にいる場合、④がんに限らず、重病・難病等にかかったことのある児童生徒や、家族に該当患者がいたり家族を亡くしたりした児童生徒がいる場合。(出典：外部講師を用いたがん教育ガイドライン；文部科学省)

1 国は、学校におけるがん教育について、全国での実施状況を把握する。教員
2 には、がんについての理解を促すため、外部講師には、学校でがん教育を実施
3 する上での留意点や指導方法を周知するため、教員や外部講師を対象とした研
4 修会等を実施する。

5
6 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
7 体を設置し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医
8 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
9 ん教育が実施されるよう、国は、必要な支援を行う。

10
11 国や地方公共団体は、引き続き、検診や緩和ケア等の普及啓発活動を推進す
12 る。また、民間団体や患者団体によって実施されている普及啓発活動をより一
13 層支援するとともに、がん相談支援センターやがん情報サービスに関する広報
14 を行う。

15
16 事業主や医療保険者は、雇用者や被保険者・被扶養者が、がんに関する正し
17 い知識を得ることができるよう努める。

20 **【個別目標】**

21 国は、全国での実施状況を把握した上で、地域の実情に応じて、外部講師の
22 活用体制を整備し、がん教育の充実に努める。

23
24 国民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹
25 患しても、そのことを正しく理解し、向き合うことができるよう、国は、がん
26 に関する知識の普及啓発を更に進める。

27

1 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

2 3 1. 関係者等の連携協力の更なる強化

4
5 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、国、地方
6 公共団体と関係者等が、適切な役割分担の下、相互の連携を図りつつ、一体と
7 なって努力することが重要である。

8 国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努め、がん対策に反映させ
9 ていくことが重要である。

10 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、
11 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への理解を図る
12 とともに、相談支援、情報提供を行うことにより、国民とともに、地域におけ
13 る「がんとの共生社会」を目指して、共に取り組んでいくことが重要である。

14 15 2. 都道府県による計画の策定

16
17 都道府県においては、本基本計画を基本として、本基本計画と、平成30（2
18 018）年度からの新たな医療計画等との調和を図ることが望ましい。また、
19 がん患者に対するがん医療の提供の状況等も踏まえ、地域の特性に応じた自主
20 的かつ主体的な施策も盛り込みつつ、なるべく早期に、「都道府県がん対策推進
21 計画（以下「都道府県計画」という。）」の見直しを行うことが望ましい。

22 なお、都道府県計画の見直しの際には、都道府県の協議会等ががん患者等が
23 参画すること等、都道府県は、関係者等の意見の聴取に努める。また、がん対
24 策の課題を抽出し、その解決に向けた目標を設定すること、必要な施策を検討
25 し、実施すること、施策の進捗状況を把握し、評価すること等を実施しながら、
26 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。一方、国は、都道
27 府県のがん対策の状況を定期的に把握し、積極的に都道府県に対し、好事例の
28 情報提供を行う等、都道府県との情報共有に努める。

29 都道府県計画の作成に当たり、国は、都道府県計画の作成手法等について、
30 必要な助言を行う。都道府県は、がん検診のみならず、普及啓発や地域におけ
31 る患者支援等の市町村の取組を踏まえ、都道府県計画を作成することが望まし
32 い。

33 34 3. がん患者を含めた国民の努力

35
36 がん患者を含めた国民は、法第6条のとおり、がんに関する正しい知識を持

1 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
2 ることとされており、今後のがん医療の向上に資するよう、以下の点について
3 も努力していくことが望まれる。

- 4
- 5 ● がん医療は、がん患者、家族、医療従事者の人間関係を基盤として成り立
6 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も、医療
7 従事者と信頼関係を築くことができるよう努めること。
- 8
- 9 ● 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
10 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
11 者やその家族も、医療従事者からの説明を受けながら、病態や治療内容等
12 について、理解するよう努めること。
- 13
- 14 ● がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実現させるため、がん患
15 者を含めた国民も、国、地方公共団体、関係者等と協力して、都道府県に
16 おけるがん対策の議論に参画する等、がん医療や、がん患者とその家族に
17 対する支援を充実させることの重要性を認識し、行動するよう努めること。
- 18
- 19 ● 治験を含む臨床試験を円滑に進めていくためには、がん患者の協力が不可
20 欠であり、国や地方公共団体が、国民の理解を得るために行う普及啓発は
21 重要であるが、がん患者を含めた国民も、がんに関する臨床試験の意義を
22 理解するよう努めること。
- 23

24 4. 患者団体等との協力

25

26 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
27 患者の団体が行う情報交換等の活動を支援するため、情報提供その他の必要
28 な施策を講ずるよう努める。

29

30 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化

31

32 基本計画による取組を、総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するた
33 めには、がん対策を推進する体制を適切に評価していくこと、各取組の着実な
34 実施に向けて必要な財政措置を行っていくこと等が重要である。

35 一方、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用す
36 ることによって、がん対策の成果を上げていくという視点が必要となる。

37

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

4 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
5 持続可能ながん対策を実現する。

6. 目標の達成状況の把握

9 国は、全体目標とそれを達成するために必要な分野別施策の個別目標等につ
10 いて、ロードマップを作成し、公表する。

11 国は、基本計画に定める目標及びロードマップについては、適宜、その達成
12 状況についての調査を行い、その結果を公表する。また、がん対策の評価に資
13 する医療やサービスの質も含め、分かりやすい指標の策定について、引き続き
14 必要な検討を行い、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

15 なお、国は、計画期間全体にわたり、計画の進捗状況を把握し、管理するた
16 め、3年を目途に、中間評価を行う。その際、個々の取り組むべき施策が個別
17 目標の達成に向けて、どれだけの効果をもたらしているか、施策全体として効
18 果を発揮しているかという観点から、科学的・総合的な評価を行い、その評価
19 結果を踏まえ、課題を抽出し、必要に応じて施策に反映するものとする。また、
20 協議会は、がん対策の進捗状況を踏まえ、施策の推進に資する上で必要な提言
21 を行うとともに、必要に応じて、検討会等の積極的な活用を行うこととする。

22 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関するPD
23 CAサイクルを回し、施策に反映するよう努める。

7. 基本計画の見直し

27 法第10条第7項では、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及
28 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
29 検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」
30 と定められている。このため、計画期間が終了する前であっても、必要がある
31 ときには、本基本計画を変更する。