

がん対策加速化プラン

抜粋

平成 27 年 12 月

はじめに

がんは、日本で昭和 56（1981）年より死因の第 1 位であり、平成 26（2014）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 人ががんにかかると推計されている。こうしたことから、依然としてがんは国民の生命と健康にとって重大な問題であるとともに、がん対策は、「一億総活躍社会」の実現に向けても取り組むべき課題の一つである。

日本のがん対策は、昭和 59（1984）年以降、「対がん 10 年総合戦略」、「がん克服新 10 年戦略」、「第 3 次対がん 10 年総合戦略」と 10 年毎に戦略の改訂を行い、施策を実施してきた。

さらに、平成 19（2007）年 4 月には、がん対策をより一層推進するため、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「基本法」という。）が施行され、基本法に基づき、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）を策定した。それ以降、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指して、国と地方公共団体、がん患者を含めた国民等の関係者が一体となって、がん対策を進めている。

様々な施策により、がん対策の進捗はみられるものの、「がん対策推進基本計画中間評価報告書」（平成 27（2015）年 6 月）（以下「基本計画中間評価報告書」という。）では、「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」（平成 19（2007）年度からの 10 年間の目標）について、このままの状況では、目標の達成が難しいと予測されている。その理由として、たばこ対策やがん検診の受診率向上に向けた施策が遅れていることなどが挙げられている。

こうした状況を踏まえ、平成 27（2015）年 6 月 1 日に厚生労働省主催のもと「がんサミット」を開催し、基本計画中間評価報告書や最近の様々な調査結果等を踏まえ、

① がんの予防

予防や早期発見を進め、「避けられるがんを防ぐ」こと

② がんの治療・研究

治療や研究を推進し、「がんによる死亡者数の減少」につなげていくこと

③ がんと共生

就労支援や緩和ケアなどを含む包括的な支援により、「がんと共に生きる」ことを可能にする社会を構築すること

を 3 つの柱とした「がん対策加速化プラン」を策定した。

「がん対策加速化プラン」では、基本計画に示されている分野のうち、特に

① 遅れているため「加速する」ことが必要な分野

② 当該分野を「加速する」ことにより死亡率減少につながる分野

について、次期基本計画策定までの残された期間で短期集中的に実行すべき具体的施策を明示した。

また、「がん対策加速化プラン」に基づく個々の施策が、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評価を行い、評価を踏まえて、課題を抽出し、さらなるがん対策につなげる PDCA サイクルを確実に機能させることにより、施策の進捗管理と必要な見直しを行う。

1. 予防 ～避けられるがんを防ぐ～

(1) がん検診

1) 受診率対策

<現状と課題>

科学的根拠に基づく正しいがん検診を受診し、必要に応じて精密検査を受診することは、がんの早期発見、適切な治療、がんによる死亡者の減少につながる。従って、がんによる死亡者を減らし、確実に救えるいのちを救うためには、諸外国に比べて低い状況にあるがん検診の受診率向上が重要である。

このため、基本計画では受診率 50%（胃、肺、大腸は当面の間 40%）を目標に掲げ、その達成に向けての取組を進めている。具体的には、平成 21（2009）年度より「がん検診推進事業」を開始し、がん検診を無料で受けられるクーポン券の配布や、国民一人一人への受診勧奨（個別受診勧奨）が行われている。また、がん検診の精度管理や、「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）」¹を通じた企業に対する普及啓発等も行っている。

このような取組により、受診率は上昇傾向であるが、胃がん：39.6%、肺がん：42.3%、大腸がん：37.9%、子宮頸がん：42.1%（過去 2 年）、乳がん：43.4%（過去 2 年）²となっており、未だ目標の 50%には達していない。国際的にみても先進国が 50～85%³である

¹平成 21（2009）年度から開始した、企業におけるがん検診に関する普及啓発や就労支援を目的とした事業。企業等 1,777 社・団体が参加している。（平成 27（2015）年 11 月 9 日時点）。

²平成 25（2013）年国民生活基礎調査

³OECD Health Statistics 2015

(3) 緩和ケア

<現状と課題>

緩和ケアについては、がんと診断された時から全人的な苦痛を軽減するため、拠点病院に緩和ケアチームを設置し、がん疼痛をはじめとするさまざまな苦痛のスクリーニング³³を診断時から行うなど、緩和ケアを組み入れた診療体制の整備が行われてきた。また、がん診療に携わる医師等が緩和ケアに関する基本的な知識と技術を習得するための研修も進められ、平成27（2015）年9月30日時点で63,528人が受講している。

しかし、拠点病院において、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が50件（月に4件程度）に満たない施設は25%におよび、緩和ケアチームの診療報酬上の評価である「緩和ケア診療加算」を算定する拠点病院も176施設と半数に満たず、緩和ケアのニーズに対応できていないことや苦痛のスクリーニングも普及していないことが、「緩和ケア推進検討会」等で指摘されている。

さらに、身体的苦痛や精神心理的苦痛の緩和が十分に行われていないがん患者が3～4割³⁴いるという調査結果も出ており、基本計画の全体目標である「全てのがん患者と家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」を達成するためには、引き続き緩和ケア提供体制の検証と整備を進める必要がある。

また、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、「切れ目のない質の高い緩和ケア」を提供するためには、地域で緩和ケアを担う人材の育成や施設間の地域連携は欠かせない。平成27（2015）年8月に「緩和ケア推進検討会」がとりまとめた「地域緩和ケアの提供体制について」では、①拠点病院等の専門的緩和ケア（緩和ケアチーム、緩和ケア外来等）の提供体制が地域では十分に整備されていないこと、②地域で緩和ケアを担う施設に関する情報が集約・共有されていないこと、③地域の緩和ケアを担うスタッフが不足しており、診療・ケアの質が十分に担保されていないことなどが課題としてあげられている。

<実施すべき具体策>

入院患者のみならず、外来患者に対する緩和ケアも充実するため、以下の施策を実施する。

- 緩和ケアチームの質の向上のため、緩和ケアチームの年間新規診療症例数が多い等、診

³³「苦痛のスクリーニング」は第2期基本計画において、患者と家族が確実に緩和ケアを受けられるよう、患者と家族が抱える苦痛を適切に汲み上げるために必要とされ、がん診療連携拠点病院等での実施が義務付けられている。

³⁴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事業「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」

療機能の高いチームが、他病院の緩和ケアチームの医療従事者を受け入れて、実地研修を提供する。

- 苦痛のスクリーニングの事例集等を作成し、医療現場に普及する。
- 人材育成に関しては、関係学会や都道府県と協力して、引き続きがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講を進める。
- 関係団体と協力して、入院、外来、在宅等の診療の場を問わず、適切な緩和ケアを提供できるよう、緩和ケアに関するガイドブックの改訂を進める。
- 終末期の療養生活の質を向上させるため、関係団体等と協力し、遺族調査を通じて終末期の医療・介護サービスの実態を分析する。
- がん患者が住み慣れた家庭や地域での療養や生活を選択できるよう、関係団体と協力し、緩和ケアに携わる者や施設間の調整を担う人材の研修や、訪問看護ステーション等の看護師を対象とした研修を実施する。
- 近年、外来で治療を受けるがん患者が増えていることに鑑み、病院の外来から在宅医療への移行や、がん患者が安心して自宅等で療養できるよう緊急の症状緩和目的の入院を受け入れる緩和ケア病棟の評価を検討する。