

がん対策白書

がん対策基本法成立から15年を振り返る

—— 検証と5つの提案 ——

がん対策の十五年を振り返るワーキンググループ

はじめに

今年で「がん対策基本法」が成立して 15 年目を迎えます。これを機に本白書をまとめるにあたり、この間の歩みを振り返り、今後の課題について考えてみたいと思います。

2000 年頃から、我が国では全国で「がん難民」という言葉が飛び交うようになりました。島根県在住の大腸がん患者であった佐藤均さん等が、東京と島根におけるがん治療における格差について声を上げ始めたのです。

2005 年には、第 1 回がん患者大集会が大阪で開催され、NHK が報道等においてがん対策を集中的に取り上げ、尾辻秀久 厚生労働大臣（当時）の後押しもあり、我が国全体にがん対策に関する大きなうねりが生じました。

そして、2006 年 6 月、国会にてがん対策基本法が成立したのです。

「“がん”だけ何故、特別視するのか？」といった声で一時廃案の瀬戸際に立たされたとき、民主党の山本孝史 参議院議員（当時）が代表質問に際して、自らも末期の胸腺がんの患者であることを明らかにし、「私には時間がないのです」という発言を行ったことを機に、議論の流れが変わり、同年、全会一致で法案は成立しました。

私は、国立がんセンター中央病院長、そして総長を務めた 15 年間、「我が国のがん対策は法律に根ざして展開されるべきだ」と訴え続けました。

だからこそ、この法律の誕生は、とても大きな喜びだったのです。

2007 年 4 月、同法が施行されると、法律にも定められている「がん対策推進協議会」が厚生労働省内に設置されました。画期的であったことは、20 名以内と定められた委員の中に、「がん患者及びその家族又は遺族を代表する者」を含めると法案に明記されたことです。当時、私自身が会長として関与したこの協議会には、委員 18 名のうち、患者やその家族、遺族の代表 4 名が参加しました。従来の会議体であれば、がん医療の専門家と有識者のみで構成されていたでしょう。同年 5 月末までに開かれた 5 回の協議会では、2007 年度から 11 年度を対象期間とする「がん対策推進基本計画」の内容について議論が交わされました。

事務局より、「75 歳以下のがんの年齢調整死亡率を 20%低減すること」と、「すべての“がん患者”の生活の質（Quality of Life: QOL）の向上」を全体目標とすることが提示されました。すると、患者代表委員から「がん患者も大変だが、家族も同等、あるいは患者以上に苦しむのだから、この文言に家族も加えて欲しい」との発言があり、全会一致で“がん患者、家族”の QOL の向上へと文言が修正されたことを鮮烈に記憶しています。

このようにして国の基本計画が取りまとめられると、続いて都道府県の推進計画の検討が始まりました。

当初の 5 年間は、「がん医療の均てん化」、すなわち日本中いずれの地域に住んでいても基本的に同じようながん医療が受けられる環境をつくることに力を入れました。これは島根県にお住まいであった佐藤均さんの提起した問題、あるいは一般に「がん難民」と呼ばれた問題に応えようとするものでした。「五大がん」である胃、大腸、乳腺、肝臓、肺がんの

領域に集中し、がん医療の均てん化が図られました。

医療機関の整備に関しても、全国に 400 を超す「がん診療連携拠点病院」が指定され、各病院には相談支援センターを設けることが義務づけられました。さらに情報提供の総本山として、国立がん研究センター内に「がん対策情報センター」も設けられました。

こうして、我が国の医療政策の歴史では初めてと言える、患者・家族・遺族の意見を反映したがん対策が、その一步を踏み出したのです。

2000 年当時、我が国のがん患者を取り巻く環境については、「地域間格差」、「医療施設格差」、「情報格差」が大きいと指摘されてきました。2007 年、我が国初の「がん対策推進基本計画」が閣議決定され、上述のような動きが加速されたことにより、こうした格差いずれに対しても積極的な対策が講じられることとなったのです。

私自身はがん対策推進協議会の務めは 4 年で退く形となりましたが、第二期（2012～17 年度）以降の計画においても、きめ細やかな対策が進められました。「五大がん」のみでなく、「小児がん」や「希少がん」といった患者数の少ないがんにも目配りがなされました。

また、がんが徐々に治る病気、あるいは長く共存できる病気に変わりつつあったため、働きながらがん治療を受ける、いわゆる「がんと就労」の問題にも光が当てられるようになりました。

加えて重要なことは、2013 年に「がん登録推進法」が成立したことです。これにより、全国の医療機関でがんと診断された人のデータが、最終的には国立がん研究センターにおいて管理されることとなりました。これによりようやく、我が国の「がんの実態」が正確に把握するための仕組みが整ったのです。

第三期の計画（2018～22 年度）に入ると、がん対策推進基本計画は、3 本柱の一つ「がん医療の充実」で、がんゲノム医療の推進を取り上げるようになりました。ゲノム医療は、個人のゲノム情報などを基に患者の体質や病状に適した医療を実践するものであり、国として医療提供側の体制の整備を進めることとなりました。さらに、科学的根拠のある免疫療法についても適切な実施を提言しました。

第三期の計画では、AYA（Adolescent and Young Adult）世代（15～39 歳＝思春期と若い成人）のがん対策が初めて明記されたことも、その意義は大きいものです。患者数は少ないものの、生涯にわたって目配りが必要とされる病態であり、支援の狭間にこぼれていた世代に手が差し伸べられることとなったのです。

このように、「がん対策基本法」が成立してから 15 年、三期にわたる基本計画が進められ、「がん登録推進法」の成立と相まって、我が国のがん対策は大きく進展しました。法律の裏付けを伴う対策の力は大きかったのです。

しかし、基本計画が三期にわたって展開される中で、次第に対策の「目標」が明確に示されなくなりました。各期の成果の検証も、必ずしも徹底されてきませんでした。協議会には多くの患者代表委員が参加しましたが、委員への支援は決して十分ではなく、また選任の基

準も明確ではありませんでした。

このような時代背景を踏まえて、がん対策基本法が成立して 15 年を機に、今般、その意義と残された課題を検証する「白書」を作成することになりました。がん対策に少なからず関わってきた者の一人としては、私はこの「白書」の発行を、いくつかの期待 ―例えば、我が国で展開されてきたがん対策をあらためて歴史的に簡潔に振り返ってもらいたい、「がん対策基本法」が制定された意義を検証するとともに、これから取り組まなければならない残された課題を明らかにし、解決への方向性を考えてもらいたい― をしながら関わっています。

最後に、この白書作成に膨大なエネルギーを投じられた近藤太郎氏（近藤医院院長／東京都医師会元副会長）、村田章吾氏（多摩大学医療・介護ソリューション研究所フェロー）、大井賢一氏（認定 NPO 法人がんサポートコミュニティ事務局長）に代表される数多くの協力者に深く感謝申し上げます。

叶うならば、今回の議論をきっかけとして、がん対策のあり方を考える新たなプラットフォーム ―患者支援団体はもちろん、医療人、医療機関、患者会、製薬企業など多くのステークホルダーが参加する新たな発信型のプラットフォーム― が形成されることをがん治療に関わってきた一人の医師として願ってやみません。

この白書が世の中に新たな動きを生み出すきっかけになれば、それは私たち関係者一同にとっては大きな喜びになるでしょう。

2022 年 3 月吉日

がん対策総合機構
「がん対策の 15 年を振り返る」
ワーキンググループ

座長 垣添忠生

公益財団法人日本対がん協会会長
国立がんセンター名誉総長

はじめに

目次

本白書の作成にあたって

エグゼクティブサマリー：「がん対策の15年」を振り返る

1) 「がん対策基本法」成立から15年：立法の趣旨と背景

参考：「がん対策基本法」と「がん対策推進基本計画」

2) 「がん対策基本法」成立から15年：その成果と残された課題

3) 次の15年を考える：取り組むべき主要課題

1. 課題：がん対策推進基本計画における「目標」と「評価」のあり方

～ アウトカム評価や費用対効果の検証を可能とするために ～

事例紹介：がん対策における数値目標 - 米国

2. 課題：がん対策における「地域間格差」への対策の強化

～ がんの「罹患率」等の格差を解消していくために ～

事例紹介：政府から地方自治体へのがん対策の立案支援 - 米国

3. 課題：政策立案への「患者・市民参画」のあり方

～ 患者・家族関係者のエンパワーメントに向けて ～

事例紹介：患者・家族の政策づくりへの参画 - 英国・米国

4. 課題：患者の抱える社会的課題への対応のあり方

～ 「脳卒中・循環器病対策基本法」の成立等を踏まえて ～

事例紹介：「健康教育」による慢性疾患リスクの低減 - 米国

4) 提言：次の15年に向けた5つの提案

おわりに

参考文献

「がん対策白書」の作成にあたって

「がん対策白書 ～がん対策基本法成立から 15 年を振り返る～」は、長期に渡り、がん治療やがん患者とその家族の支援等に従事してきた多くの専門家の有志が集い、我が国の過去 15 年に渡るがん対策の歩みを振り返り、次の 15 年を見据え、取り組むべき課題を整理することを目的として実施した調査結果をとりまとめたものである。

2006 年、がん患者やその家族をはじめとして、一部の医療従事者やメディア関係者、政策担当者の情熱により成立した「がん対策基本法」は、その後の我が国のがん対策のあり方に大きな影響を与えた。患者団体の政策形成への影響力は高まり、「がん対策」の対象とする政策の範囲は「治療」や「研究」から、就労をはじめとする社会的課題の解決までを包摂する形へと変化した。治療技術の進歩と、がん治療の均てん化の進展により、国民の年齢調整死亡率は 20 ポイント以上低下した。この間の変化は、多くの国民に肯定的に評価をされているものと考えられる。

このような状況を踏まえた上で、では、私たちが次に為すべきことは何か？

現在の施策をさらに前進させ、治療環境の一層の改善を実現するには何をすべきか？

本白書の作成に関わった専門家有志が抱いていたのは、そのような問いであった。折しも厚生労働省のがん対策推進協議会において「第三期 がん対策推進基本計画」の中間評価の開始される時期に調査が始まったこともあり、本白書に関わる検討作業は、次期基本計画のあり方について、がん医療の関係者が集い、考え、議論する機会ともなった。

本白書の内容は、① 我が国のがん対策に関する文献その他の公開情報（研究論文・行政資料等）の収集・分析、並びに ② 「がん対策」の形成に関わってきた有識者へのインタビュー調査、それぞれの結果を整理の上、がん患者の治療・支援に携わってきた専門家有志による意見交換セッションを複数回に渡り実施し、我が国の「がん対策の 15 年」に対する評価を行うとともに、今後のがん対策において特に留意すべきと考えられる課題の抽出を試みたものである。インタビュー調査並びに意見交換セッションを通じて、貴重な意見をご教示いただいた皆様に、あらためて深く感謝を申し上げたい。

本白書が我が国の今後のがん対策に係る議論を喚起する上で、価値ある役割を果たすことを関係者一同、願うものである。

がん対策総合機構
「がん対策の 15 年を振り返る」
ワーキンググループ事務局一同

エグゼクティブサマリー：「がん対策の15年」を振り返る

1) がん対策の15年 - 着実な前進と成果

- ・ 2006年の「がん対策基本法」の制定から15年、この間に我が国のがん患者の治療環境の改善、身体的・社会的苦痛の緩和・解消に向けた対策は着実に強化され、多くの成果をもたらした。
- ・ 全がんを対象とした**75歳未満年齢調整死亡率**¹は92.4（2005年）から70.0（2019年）に**低下**²、多くのがん種のがん検診受診率が－例えば、女性の肺がん検診の受診率は23.0%から45.6%へ－**上昇**している³。
- ・ がん医療の均てん化に向けた医療提供体制の整備も進み、全国の「**がん診療連携拠点病院**」の指定医療機関は現在、**400**施設を超えている。小児がんへの対策の強化も図られ、2012年以降、全国**15**の医療機関が「**小児がん拠点病院**」として選定されている。
- ・ 全国のがん診療連携拠点病院における「**緩和ケアチーム**」の設置をはじめとして、提供体制の充実が図られ⁴、一部調査によれば、例えば医師等が緩和ケアの提供に際して直面する「**困難感**」は着実に**低下**している⁵。
- ・ がんに関わる政策形成への「**患者・市民参画**（Patient and Public Involvement: PPI）」⁶も着実に**進展**し、がん対策基本法に基づき、厚生労働省のがん対策推進協議会においては患者・家族関係者の参加の機会が確保され、また一部都道府県のがん対策推進協議会⁷では公募による委員の選任も行われている。

2) がん対策の15年 - 次に取り組むべき課題

- ・ 一方において、我が国のがん対策に関して、今後、取り組みを強化していくべき課題も明確になりつつある。

¹ 人口構成が基準人口と同じであった場合に実現されたであろう死亡率。異なる集団や時点などを比較するために用いる（参考：https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/qa_words/word/nenreityouseisibouritu.html）

² 国立がん研究センターがん情報サービス Web サイト「都道府県別 75 歳未満年齢調整死亡率」より（出典：https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html）

³ 胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん等、いずれのがん種も検診受診率は改善している。国立がん研究センターがん情報サービス Web サイト「全国受診率（2010 年、2013 年、2016 年、2019 年）」より（出典：https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html）

⁴ 「緩和ケア診療加算届出受理施設の累計数は、日本ホスピス緩和ケア協会の調べによると、2002 年の 22 施設から 2012 年は 168 施設、2016 年には 231 施設にまで増加した」（出典：中澤葉宇子ほか「緩和ケアチームのこの 10 年」『ホスピス・緩和ケア白書 2018』青海社）

⁵ 国立がん研究センター Web サイト「がん診療に携わる医師の緩和ケア知識・困難感を調査」等より（出典：https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2017/1102/index.html）

⁶ 患者・市民参画の対象となる人々の範囲については様々な考え方があり得るが、例えば NHS England では「『Patients and Public』という言葉には、介護者や家族を含め、サービスを利用している、あるいは将来利用する可能性のあるすべての人が含まれる。医療・介護サービスの利用者はときに『経験豊かな専門家』と呼ばれる。NHS イングランドは、彼らの経験から為される貢献を高く評価している」と NHS England Patient and Public Participation Policy（2017）にされている（出典：<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/04/ppp-policy.pdf>）。

⁷ 特定非営利活動法人がん政策サミットの調査によれば、2017 年時点において、少なくとも 40 の都道府県において、がん対策に係る会議体に患者・市民委員が参加している（参考：http://cpsum.org/pdf/Pref_Karte_2017.pdf）。

- ・ 現在においても日本では、**一部のがん種** –例えば、成人のリンパ性・骨髄性悪性疾患など– の **5 年生存率が米国等に比して劣後**している状況にある。これらのがん種については特に、**治療開発**等のさらなる進展が期待される。
- ・ がん治療の均てん化に向けた取組に一定の成果が見られるものの、**75 歳未満年齢調整死亡率等の地域間格差**は明確に存在しており、地域間の「がん格差」是正への取組は、さらなる拡充が求められる⁸。
- ・ 我が国の緩和ケアについて、一部の国際比較調査⁹では受診環境において世界 14 位、ケアの質という点では 16 位との評価がなされており、アジアでも台湾・シンガポール等に劣後する評価となっている。**鎮痛薬**の利用環境等、緩和ケアの提供体制の拡充と質の向上に向けて、一層の取組が期待される。
- ・ 政策形成への「**患者・市民参画 (PPI)**」に関しては、着実にその機会が拡大しつつあるものの、例えば英国等に比べた場合、行政の政策会議における患者・家族関係者等の委員の選任制度に関わる**透明性**は低く、政策会議に参加する患者代表委員に対する研修等、その**エンパワーメント**¹⁰を図る仕組みも脆弱である。
- ・ 行政計画としての「**がん対策推進基本計画**」については、第一期（2007～11 年度）から第三期（2017～22 年度）に至る改定がなされる中で、「目標設定型（例えば、75 歳未満年齢調整死亡率 20%減）」の計画¹¹から、**政策目標を数値により設定しない**、いわば「理念型」の計画としての性格を強めており、事後的な成果の**評価が困難**となっている。また、同計画では「予防」及び「がんとの共生」が強く打ち出され、「根治」は政策目標として明示されていない¹²。
- ・ また、「第一期（2007～11 年度）」及び「第二期（2012～16 年度）」のいずれのがん対策推進基本計画も、政府内において期間終了後のインプット（投入資源）・アウトプット（活動実績）・アウトカム（成果）¹³等の評価・報告等がなされておらず、また当該領域

⁸ 例えば、全がんを対象とした 75 歳未満年齢調整死亡率の最も低い長野県は 58.9（2019 年）、最も高い青森県は 90.8（同）となっている。（参考：https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html#pref_mortality）

⁹ “THE 2015 QUALITY OF DEATH INDEX RANKING PALLIATIVE CARE ACROSS THE WORLD KEY FINDINGS INFOGRAPHIC”(Economist Intelligence Unit study, commissioned by the Lien Foundation) より

¹⁰ 「エンパワーメント」(Empowerment) という概念・用語には様々な定義があるが、本白書においては「患者及びその関係者に対して、① 政策提言などの社会的スキルを獲得させ、②その権利を行使できるような環境条件を整備し、③ 権利行使のために必要な手段や情報を提供することで、社会を活性化させること」を指す。

¹¹ 「目標設定型健康増進政策は『目標による管理(management by objectives)』という経営管理手法を用いているため目標管理型健康政策と言われることもあるが、ヘルスプロモーションは従来の健康管理的発想を脱却してボトムアップ型の健康づくりをめざすものであるため、本稿ではあえて『管理』という言葉を用いず目標設定型という用語を採用している。」(出典：本橋豊ほか「目標設定型健康増進政策の国際比較」『日本衛生学雑誌』2002 年 57 巻 2 号 p. 498-504)

¹² 例えば、第三期がん対策推進基本計画においては「共生」の文言が 9 箇所登場するのに対して、「根治」の文言の記載は 1 箇所にとどまっていることは、基本法制定以前、緩和ケアの提供やがん医療の均てん化に十分な政策的措置が講じられなかった反省から、「共生」に力点の置かれた計画となっていることを示唆している。(参考：西條長宏ほか「がん対策推進基本法を国民に還元するための努力」『Cancer Frontier』Vol.9, 2007, pp.6-18)

¹³ 日本国内においては様々な訳が為されているが、日本政府では、例えば、インプットは「予算」、アウトプットは「活動実績」、アウトカムは「活動実績がもたらす状況の変化、人の行動変容、その他成果」とそれぞれの用語につき、説明の付されるケースが見られる（参考：https://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/ebpm/dai5/sankou1.pdf）

を研究課題とする大学研究者等による政策研究の取組も限定的であり、費用対効果の検証のあり方等に関しては課題が残る。

3) 提言：次の 15 年に向けた 5 つの提案

- ・ 我が国のがん対策の 15 年がもたらした以上のような成果と、残された課題を踏まえて、本白書では以下のような取組を進めていくことを、がん対策に関わる官民の関係者に提案したい。

- ① 「がん対策推進基本計画」において、今後は対策のアウトカム（成果）の評価・検証を行えるよう、5 年生存率等を含めて、**数値目標**を設定することが望ましい。また、国際比較の観点から、特に**生存率**の劣後しているがん種の状況の改善に向けた取り組みの強化等が目標として示されることが望ましい。都道府県の「がん対策推進計画」においても、数値目標を設定し、政策としてのアウトカム（成果）評価の可能な体系を目指すことが期待される。
- ② 都道府県の罹患率等に格差が存在し、同時に都道府県のがん対策の立案に係る組織体制にも差異のあることが明らかとなっていることから、例えば、米国の疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）による取組等を参考としつつ、日本においても**都道府県の政策立案機能の一層の向上**に向けた施策が求められよう。同時に、特に 75 歳未満年齢調整死亡率等の数値において、他府県に劣後する状況にある地域に関しては、がん対策の強化に向けた特段の措置が必要であると考えられることから、政府においてもそのような都道府県への重点的な財政支援等のあり方につき、検討を進めることが期待される。
- ③ 国及び地方における「がん対策」の立案過程への**患者参画**に関しては、英国等の取組も参考としつつ、① 患者代表委員の**委嘱に係る基準や手続き**等について、より**透明性・公平性**等の担保される制度を目指すとともに、② **患者代表のエンパワーメント**を図る観点から、患者・家族代表委員への**研修／情報提供**に係る体制の充実を図ることが強く期待される。
- ④ がん患者の死亡率等の改善には、がんの早期発見や個人の行動変容による予防と並び、医薬品等の研究開発・治療開発が極めて重要である。**がん対策推進基本計画**は「がん研究 10 か年戦略」等の上位計画に位置することから¹⁴、**研究開発・治療開発**に関しても、より

¹⁴ 前述の通り、「根治」を重視したがん対策が結果として「がん難民」を生んでしまったことへの反省が、「がん対策基本法」制定の背景にあったことから、同法に基づくがん対策推進基本計画は患者の QOL の改善や、患者の生活に関わる社会的課題の解決を重視し、一方で研究・治療開発への言及は乏しく、この領域は下位計画である「がん研究 10 か年戦略」等に委ねられる傾向が見られる。（再掲：西條長宏ほか「がん対策推進基本法を国民に還元するための努

明確に今後の課題や政策的な方向性を明示するものとなることが望ましい¹⁵。そのような観点から、「第四期がん対策推進基本計画」の策定に向け、例えば、がん対策推進協議会において 2011 年度から 12 年度にかけて開催された「がん研究専門委員会」における検討を再開すること、患者支援団体関係者ががん研究を取り巻く課題について意見交換を行う「リサーチ・アドボケート専門部会（仮称）」等の場を新たに設けることが強く期待される¹⁶。

- ⑤ がん患者を取り巻く「治療と就労の両立」をはじめとする**社会的課題**には、がん以外の疾患領域の患者もまた直面する共通の課題も見受けられる。いわゆる「脳卒中・循環器病対策基本法」の成立等も踏まえ、**がん以外の慢性疾患／生活習慣病等**の患者及びその関係者も共通して直面する心理・社会的課題への政策対応に関しては、**他の疾患領域との協調的な政策形成、疾患の壁を超えた政策展開**が、今後より一層進むことを期待したい。

力」『Cancer Frontier』Vol.9, 2007, pp.6-18)

¹⁵ オバマ大統領（当時）が「米国をがんの治癒する国にしよう」と述べ、Precision Medicine Initiative 等の政策を推し進めたことは、中央政府のがん対策における今後の役割を考える上で示唆的である。（参考：<https://www.mixonline.jp/tabid55.html?artid=53629>）

¹⁶ 例えば、米国の国立がん研究所（National Cancer Institute, NCI）は、「NCI リサーチ・アドボケート協議会」（the NCI Council of Research Advocates, NCRA）を運営しており、米国連邦政府における唯一のアドボケートのリーダーを集めた諮問委員会として、① がん研究を取り巻く諸問題に関する意見交換、② 国立がん研究所長官への助言、等を行っている。ただし、NCRA の委員への就任は、がん研究や政策に関する専門知識を有していることが要件となっている。（参考：「臨床研究等における患者・市民参画に関する動向調査報告書」平成 31 年、EY 新日本有限責任監査法人）

1) 「がん対策基本法」成立から 15 年：立法の趣旨と背景

日本では経済成長と社会の成熟、長寿化等を背景に、1981 年にはがんが脳卒中を抜き、死因の第 1 位となった。政府はがん対策の強化を進め、1982 年には老人保健法を制定、翌 83 年から、老人保健事業の一環として、がん検診（胃がん等）の導入がなされた。1984 年には初のがん対策に係る総合的な行政計画である「対がん 10 か年総合戦略」が策定されている。1990 年代以降も同戦略の改定により「がん克服新 10 か年総合戦略」（1994～2003 年）、がん罹患率と死亡率の激減を目標に掲げた「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」（2004～13 年）等が策定され、がん対策の拡充が図られてきた¹⁷。

1960 年代以降、我が国のがん対策は「がん研究」の領域を中心に、着実にその強化が進められてきた。しかし、がんの根治と研究を重視するがん対策の推進は、一方において、がん治療の現場において、患者への「緩和ケア」等の提供が時に軽視される状況を生むこととなった。

年次	2006	2007	2008	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	2月 8月 10月	4月	6月 2月 3月	4月	6月 9月	12月	2月 4月 6月 4月 6月 8月 12月	1月 4月 12月	
がん対策の主な歩み	がん対策基本法成立	がん対策基本法施行 ● がんによる死亡者の減少 ● 全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上	がん対策推進基本計画閣議決定 全体目標 ● がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を追加 ● 「がん検診推進事業」開始（厚労省） ● 検診クーポン券等の配布 ● 「緩和ケア研修会」開始（厚労省） ● 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」制定（厚労省） ● 市区町村のがん検診事業推進	● 「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を追加	第2期がん対策推進基本計画閣議決定 全体目標 ● がん登録等の推進に関する法律成立	がん登録等の推進に関する法律成立	● 労働安全衛生法改正 ● 受動喫煙防止措置が事業者の努力義務に「がん研究10か年戦略」策定（文科省・厚労省・経産省） ● 「根治・予防・共生」患者・社会と協働するがん研究」をキャッチフレーズに	● がん登録者の推進に関する法律施行 ● 全国がん登録開始	第3期がん対策推進基本計画策定へ がん対策基本法改正
がん診療拠点病院等の整備	● 各拠点病院に「がん相談センター」設置 ● がん診療連携拠点病院整備指針策定 200施設超	国立がんセンター内に「がん対策情報センター」設置 200施設超	整備指針改定 ● 放射線治療機器整備 ● キャンサーボード開催 300施設超		小児がん拠点病院制度開始 ● 小児がん拠点病院を選定 ● 15医療機関を選定	小児がん拠点病院 ● 小児がん中央機関に国立成育医療研究センターと国立がん研究センター指定	● 整備指針改定 ● 「地域がん診療病院」新設 ● 小児がん拠点病院 ● 小児がん中央機関に国立成育医療研究センターと国立がん研究センター指定	427施設超	

出典：「10項目で見るがん対策の10年」加藤雅志・藤下真奈美、2017年、医学書院 Web サイト

出典：「10 項目で見るがん対策の 10 年」加藤雅志・藤下真奈美、2017 年、医学書院 Web サイト

¹⁷ 小林仁「がん対策基本法の意義とがん医療の課題～立法過程からみた取組の方向性～」『日本外科学会雑誌』109(1)、2008、pp.37-44

このような状況の中で、2000 年代初めより、がん患者関係者による「生活の質（Quality of life：QOL）」の改善やドラッグラグの解消を訴える提言・要望活動が活発化していった。「日本がん患者団体協議会」や、「がん患者団体支援機構」といった団体が新たに設立され、これらの患者団体はがん対策に係る基本法の制定を求める国会への働きかけを強めていった。

一部メディアもがん対策への世論を喚起する役割を果たし、2005 年には日本放送協会（NHK）ががん医療をテーマとするドキュメンタリーシリーズを放送、ドラッグラグ等のがん対策に関わる諸課題がテーマとして取り上げられた。なお、先述の「がん患者団体支援機構」は、2005 年、大阪 NHK ホールにて開催された「第 1 回がん患者大集会」において設立され、その様子は NHK により放送されている。

国会においても、すでに 1960 年代より「日本対がん協会」等ががん対策の法制化を求めてきた歴史的背景もあり、がん対策が我が国の医療政策上の重要な課題として認識されていたことから、その法制化は、重要な立法上の課題として理解されていた。

がん対策基本法（目的）

第一条 この法律は、我が国のがん対策がこれまでの取組により進展し、成果を収めてきたものの、なお、がんが国民の疾病による死亡の最大の原因となっている等がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっている現状並びにがん対策においてがん患者（がん患者であった者を含む。以下同じ。）がその状況に応じて必要な支援を総合的に受けられるようにすることが課題となっていることに鑑み、がん対策の一層の充実を図るため、がん対策に関し、基本理念を定め、**国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師等及び事業主の責務**を明らかにし、並びに**がん対策の推進に関する計画**の策定について定めるとともに、がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする。

このような状況の中で、2005 年には与党の一角をなす公明党が参議院本会議において、翌 2006 年には衆議院本会議の代表質問において「がん対策法」の制定を訴えた。同年 4 月には最大野党であった民主党が、翌 5 月には連立与党である自由民主党・公明党がそれぞれに「がん対策基本法案」を国会に提出、その後、参議院本会議において自らもがんに罹患していることを公表した山本孝史参議院議員等の努力により、与野党の法案の一本化が図られ、同年 6 月、法案の成立に至った。

我が国においては、患者関係者の積極的な提言活動、主要メディアによる報道と患者団体

に対する支援、与・野党の関係議員の尽力により、2006 年のがん対策基本法の制定への一つの流れが形成されていった。がん対策基本法の成立に至るまでの政策形成過程からは、同法が、「がんの根治を目指してきた日本の医療が、結果としていわゆる『がん難民』を生んでしまった」という認識の上で検討され、「仮に根治はできなくとも生存期間を少しでも延ばし（略）生活の質を向上させよう」という考え方に立脚した立法がなされたことが示唆される¹⁸。

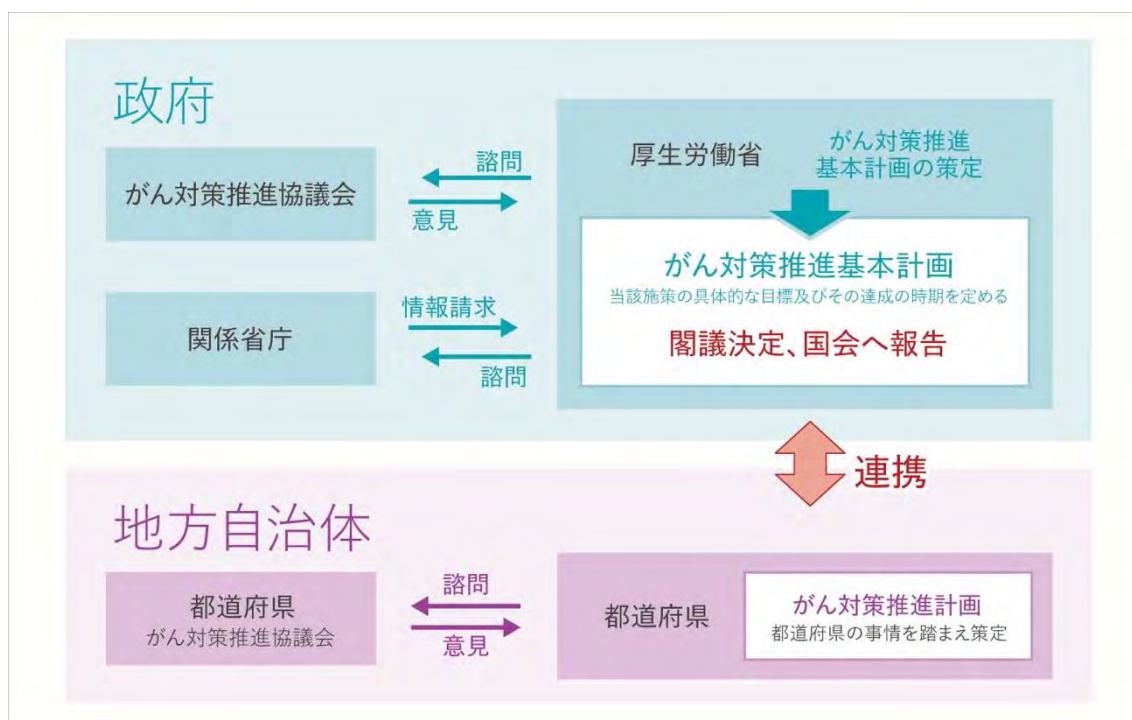
なお、一般に「基本法」は、「政府に対して、国政に関する一定の施策・方策の基準・大綱を明示して、これに沿った措置を採ることを命ずる」という性格を有しており、「訓示規定・プログラム規定」でその内容の大半が構成されていることが通常であるとされる¹⁹。がん対策基本法も「訓示規定・プログラム規定」と解釈できる条文が多く見られ、また、法律の目的については「がん対策を総合的かつ計画的に推進すること」という広範な政策領域を包摂すると解釈できる文言により記されている。

このことは、がん対策に関わる具体的な施策・事業については、政府の「がん対策推進基本計画」や、都道府県のがん対策推進計画等の行政計画等により規定されることを意味している。このような基本法の性質を踏まえるならば、我が国のがん対策のアウトカム（成果）の改善には、これらの行政計画の評価・検証・改善が非常に重要であると考えられる。

¹⁸ 当時、国立がんセンター運営局長を務めていた外山千也氏は「今回のがん対策基本法ができた背景には、今までわが国では根治する医療を目指してきたために、手遅れな人たちが医療機関から放り出されて“がん難民”になっているという反省があるわけです。そこで、仮に根治はできなくとも生存期間を少しでも延ばし、緩和ケアもきちんとやることで生活の質を向上させよう、そしてそれを支える体制を緊急に作ろうということだったと思うのです」と語っている（再掲：西條長宏ほか「がん対策推進基本法を国民に還元するための努力」『Cancer Frontier』Vol.9, 2007, pp.6-18）

¹⁹ 参議院法制局 Web サイト（<https://houseikyoku.sangiin.go.jp/column/column023.htm>）より

参考：「がん対策基本法」と「がん対策推進基本計画」



1. 「がん対策基本法」とは

「がん対策基本法」は、がんの治療や予防、早期発見に関わる対策を効率的・計画的に推進するため、2006年6月、議員立法により成立した法律で、2007年4月に施行された。

同法は、がん対策に関する「基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民、医師等及び事業主の責務を明らかに」するとともに、「がん対策の推進に関する計画の策定について定め」、「がん対策の基本となる事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進」することを目的としている（第1条）。

政府は、がん対策の推進に関する基本的な計画（「がん対策推進基本計画」）を策定することとされ、その施策については、原則として「具体的な目標及びその達成の時期」を定め、「少なくとも六年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え」なければならない²⁰とされている（第10条）。

基本施策としては、法律の制定時より、①「がんの予防及び早期発見の推進」（第13条・第14条）、②「がん医療の均てん化の促進等」（第15条～第18条）、③「研究の推進等」（第19条）の3つが掲げられていたが、2016年12月の「がん対策基本法の一部を改正する法律案」の成立により、「がん患者の就労、がんに関する教育の推進等」（第20条～第23条）が追加された。小児がん患者などが学業と治療を両立するために必要な環境整備や、症

²⁰ 「地域医療計画」等との計画期間（6年）の整合性を担保する観点から、改正がん対策基本法（2016年）では、がん対策推進基本計画の計画期間が5年から、「少なくとも6年ごと」に改正が為されたとされる。

例の少ない希少がんや難治がんなどに対する研究促進などの項目も盛り込まれた。

2. 「がん対策推進基本計画」とは

政府は、がん対策基本法に基づき、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」を策定する（第 10 条）。がん対策推進基本計画は、都道府県がん対策推進計画の基本を為すものとなる²¹（第 12 条）。

策定に際して、厚生労働大臣は計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。同計画案の作成にあたっては、関係行政機関の長と協議するとともに、「がん対策推進協議会」の意見を聴くものとされている。また、政府は少なくとも 6 年ごとに、同計画に検討を加え、必要があると認めるときには、変更しなければならないと定められている（第 10 条）。

がん対策推進基本計画の策定のため、厚生労働省には「がん対策推進協議会」を置かれている（第 24 条）。がん対策推進協議会は委員 20 人以内で組織され、その委員は、「がん患者及びその家族又は遺族を代表する者、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから厚生労働大臣が任命する」とがん対策基本法は定めている（第 25 条）。

2007 年以降、政府・厚生労働省はがん対策推進基本計画を策定し、これに基づき、がん対策を推進している。がん対策基本法成立の翌年に策定された「第一期がん対策推進基本計画（2007～11 年度）」では、「がん診療拠点病院」の整備や緩和ケアに係る提供体制の充実、地域がん登録の促進等の施策が打ち出された。「第二期がん対策推進基本計画（2012～16 年度）」では、小児がんへの対策の強化、がん患者の就労等に係る社会的な課題への対応の強化等、新たな政策課題への対応が盛り込まれた。「第三期がん対策推進基本計画（2017～22 年度）」では、世代別の対策の強化が打ち出され、特に AYA（Adolescent and Young Adult）世代及び高齢世代のそれぞれを対象とした対策の強化を促す内容となった。

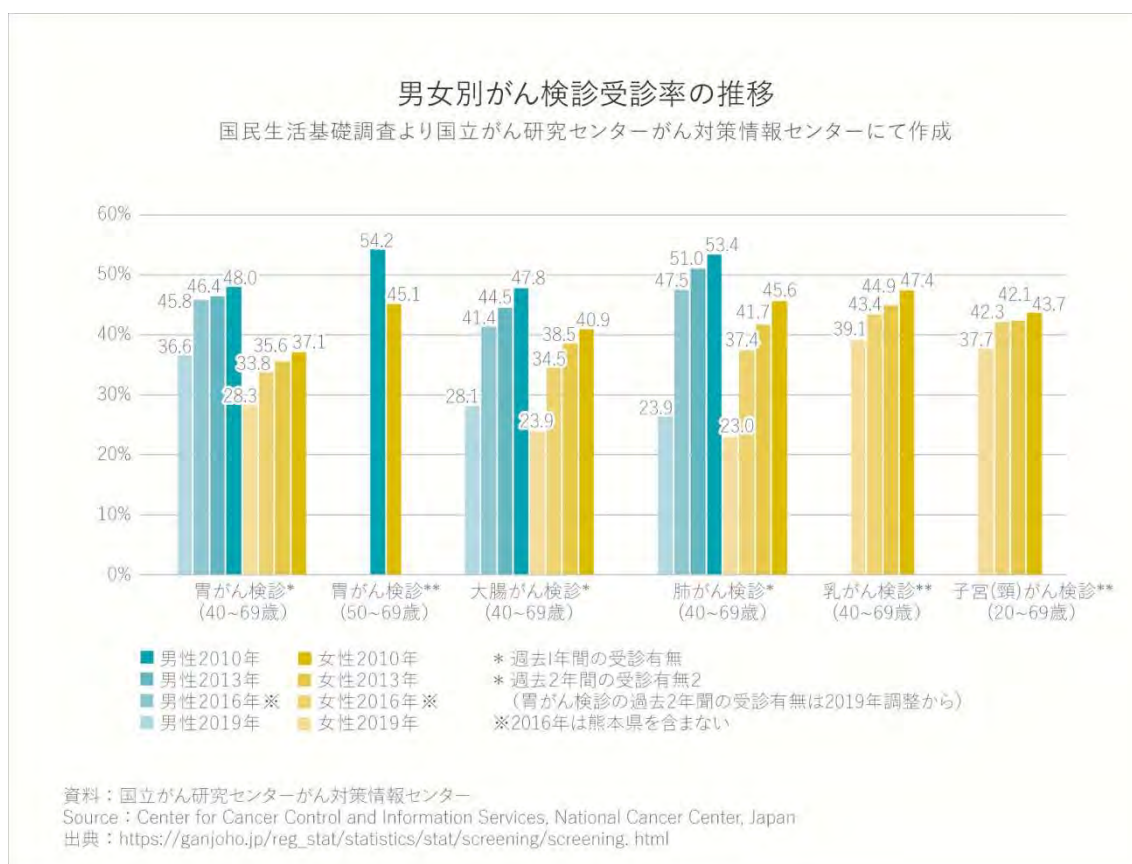
なお、都道府県については、がん対策推進基本計画を基本としつつ当該都道府県におけるがん医療の提供の状況等を踏まえ、「都道府県がん対策推進計画」を策定しなければならない（第 12 条）と定められている。

²¹ がん対策推進基本計画のほか、政府では 2015 年に、特にがん対策において取組みが遅れている分野について、対策を強化する観点から「がん対策加速化プラン」を策定し、がん予防に係る取組みの強化（例えば、精検受診率等の目標値設定）、ゲノム医療に係る治療開発の取組みの強化（例えば、ゲノム情報の集積拠点の整備）等の施策を打ち出している。また、がん研究の基本的な方針を示すものとして、基本計画及び政府の「健康・医療戦略」（2014 年 7 月）に基づき、「がん研究 10 か年戦略」（実施期間：2014 年度～24 年度）が取りまとめられている。

2) 「がん対策基本法」成立から 15 年：その成果と残された課題

がん対策基本法の成立から 15 年を経て、我が国のがん患者を取り巻く環境は大きく変わった。全国の 75 歳未満年齢調整死亡率（全がん）は人口 10 万人あたり 92.4（2005 年）から 70.0（2019）へとおおよそ 25%低下している²²。

がん検診の受診率も改善している。例えば、70 歳未満の男性における大腸がん検診の受診率は 28.1%から 47.8%へ、女性の肺がん検診の受診率も 23.0%から 45.6%へと上昇している²³。



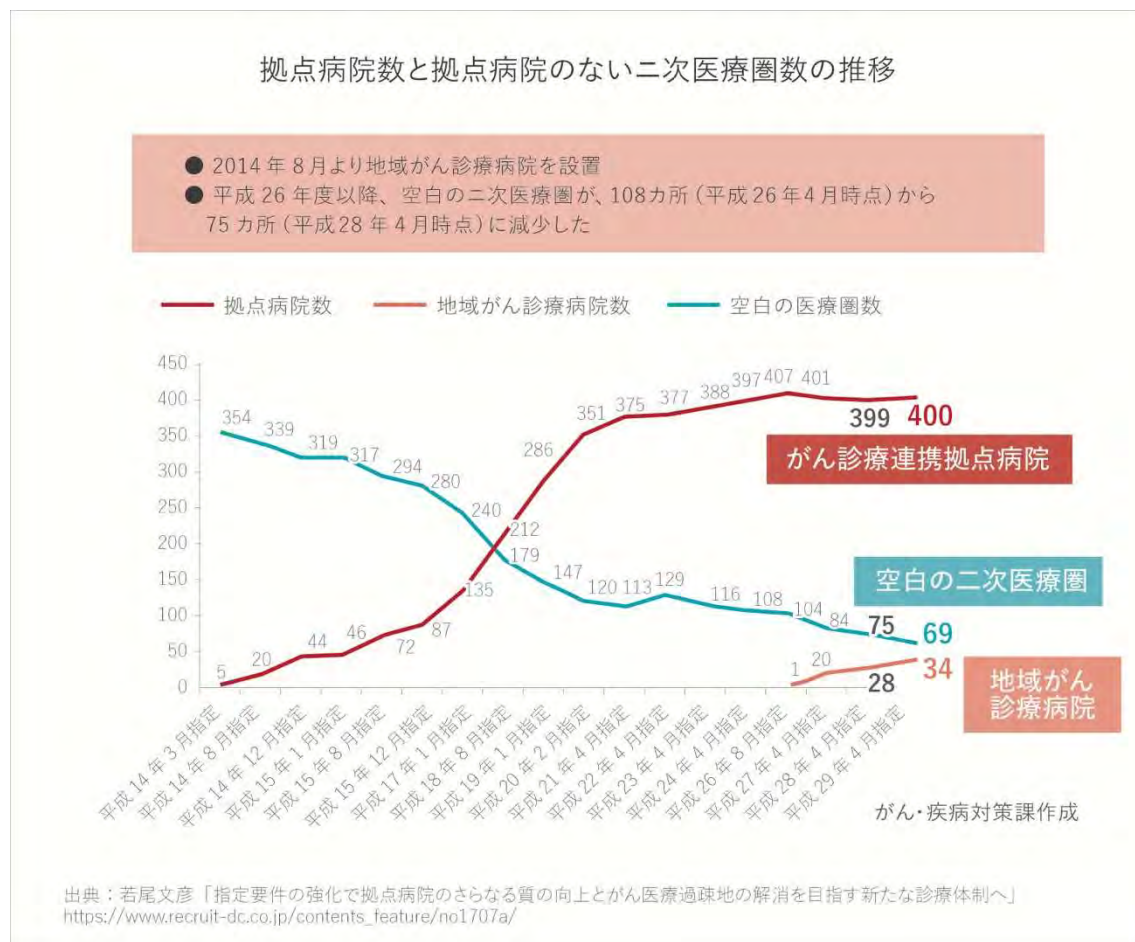
がん医療の均てん化に向けた医療提供体制の構築に向けた取組も進み、全国における「がん診療連携拠点病院」の指定医療機関は現在、400 施設を超えている²⁴。小児がんへの対策

²² 国立がん研究センター がん情報サービス Web サイト「都道府県別 75 歳未満年齢調整死亡率」より（再掲：
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/age-adjusted.html）

²³ 胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん等、いずれのがん種も検診受診率は改善している。国立がん研究センター がん情報サービス Web サイト「全国の受診率（2010 年、2013 年、2016 年、2019 年）」より（再掲：
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/screening/screening.html）

²⁴ 専門的ながん医療の提供等を目的として、「院内がん登録数 500 件以上」、「悪性腫瘍の手術件数 400 件以上」等の国が定める指定要件を満たす医療機関について、都道府県知事の推薦に基づき、厚生労働大臣が指定する。なお、「がん診療連携拠点病院」には、① 各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」、② 都道府県内の各エリア（2 次医療圏）で中心的役割を果たす「地域がん診療連携拠点病院」が設けられている。「がん診療連携拠点

の強化も図られ、2012 年以降、全国 15 の医療機関が「小児がん拠点病院」として選定されている²⁵。



がん対策基本法の成立以前の状況を知る関係者は、「がん医療には『地域間』『施設間』『情報』の 3 つの格差があった。特に抗がん剤治療や緩和ケアなどで深刻だったが、拠点病院の整備で大幅に改善した。拠点病院の相談支援センターを通じ信頼できる情報が提供されるようになり、“がん難民”という言葉はあまり聞かなくなった。」と語る²⁶。

緩和ケアについても、「疾患の早期より提供されるべきもの」として同法に基づき提供体制の拡充が図られ、全国の拠点病院に緩和ケアチームが設置された²⁷。「第二期がん対策推

病院」として 405 カ所、「地域がん診療病院」として 46 カ所の医療機関が指定されている（2021 年 4 月時点）。

²⁵ 2013 年、小児がん患者とその家族が適切な医療や支援を受けられる環境の整備を進めることを目的として設けられた。集学的治療及び緩和ケアの提供や、患者・家族のための「相談支援センター」の設置等の要件が定められており、全国で「小児がん拠点病院」が 15 箇所、「小児がん中央機関」が 2 箇所、厚生労働大臣の指定により設置されている（2020 年 4 月 1 日現在）。

²⁶ 「がん対策道半ば 基本法施行 10 年、拠点病院に空白域」より（出典：
<https://style.nikkei.com/article/DGXKZO13630260T00C17A3TCC001/>）

²⁷ 「全国の緩和ケアチーム数は 2008 年の 612 施設から 2014 年には 991 施設まで増大し、診療依頼患者数/月の平均値は 2008 年：26.7 人から 2014 年：28.3 人であることが報告されている」（出典：中澤葉宇子ほか「緩和ケアチームの

進基本計画」の中間評価によれば、医師や看護師の緩和ケアに対する知識レベルは向上し、提供に際しての困難感は低下している²⁸。

CONCORD-3に見る日本の現状 日本・米国における5年生存率(一部がん種)

部位	乳	子宮頸	卵巣	前立腺	脳	造血器悪性腫瘍 (成人)		小児悪性腫瘍		
						骨髄性	リンパ性	脳	急性リンパ性 白血病	リンパ腫
USA (48registries)										
2000-04	88.9 (88.7-89.0)	64.3 (63.7-64.8)	40.4 (40.0-40.7)	97.5 (97.3-97.6)	26.8 (26.5-27.1)	41.0 (40.7-41.3)	61.2 (61.0-61.4)	72.1 (71.1-73.2)	86.7 (85.8-87.5)	88.5 (87.4-89.6)
2005-09	89.8 (89.6-89.9)	63.0 (62.5-63.5)	42.0 (41.7-42.4)	98.1 (98.0-98.2)	35.1 (34.8-35.4)	45.9 (45.6-46.2)	66.1 (66.0-66.3)	76.8 (75.9-77.7)	88.1 (87.3-88.9)	90.2 (89.2-91.3)
2010-14	90.2 (90.1-90.4)	62.6 (62.0-63.1)	43.4 (43.1-43.8)	97.4 (97.3-97.5)	36.5 (36.1-36.8)	46.7 (46.4-47.0)	68.1 (67.9-68.3)	78.2 (77.3-79.2)	89.5 (88.8-90.3)	94.3 (93.6-95.1)
Japan (16registries)										
2000-04	85.9 (85.2-86.6)	67.5 (66.3-68.7)	35.5 (33.8-37.2)	85.9 (84.9-87.0)	27.95 (26.3-29.5)	24.8 (23.4-26.1)	47.5 (46.3-48.7)	65.3 (59.2-71.5)	79.7 (74.9-84.4)	86.0 (80.2-91.7)
2005-09	88.9 (88.4-89.3)	69.2 (68.3-70.1)	43.9 (42.8-45.1)	91.4 (90.8-92.0)	38.55 (37.2-39.7)	27.5 (26.7-28.3)	52.0 (51.4-52.6)	62.5 (58.1-66.8)	83.7 (80.6-86.9)	84.7 (79.5-89.9)
2010-14	89.4 (88.9-89.9)	71.4 (70.4-72.3)	46.3 (44.9-47.7)	93.0 (92.4-93.6)	46.35 (44.9-47.7)	33.3 (32.4-34.3)	57.3 (56.5-58.0)	69.6 (64.4-74.7)	87.6 (84.2-91.0)	89.6 (84.2-95.0)
UK (four registries)*										
2000-04	79.8 (79.5-80.1)	58.9 (58.0-59.9)	30.2 (29.7-30.7)	81.9 (81.6-82.3)	20.6 (20.1-21.2)	42.3 (41.7-42.9)	54.3 (53.9-54.6)	68.4 (66.2-70.7)	85.9 (84.1-87.7)	86.8 (84.1-89.5)
2005-09	83.8 (83.6-84.1)	61.9 (61.0-62.9)	33.2 (32.6-33.7)	86.7 (86.4-86.9)	23.8 (23.3-24.4)	47.7 (47.1-48.2)	60.7 (60.4-61.1)	69.1 (66.9-71.3)	91.4 (89.9-92.8)	90.6 (88.3-93.0)
2010-14	85.6 (85.4-85.9)	63.8 (62.8-64.7)	36.2 (35.7-36.8)	88.7 (88.5-89.0)	26.3 (25.7-26.8)	48.7 (48.1-49.2)	64.9 (64.6-65.3)	71.9 (69.8-74.0)	92.2 (90.9-93.6)	91.7 (89.7-93.8)

いくつかの登録機関から提供されたデータは、特定のがんまたは暦年についてのデータです。*全国の人口を100%カバーするデータです。†生存率推定では年齢調整を行っていません。‡小児の悪性腫瘍のデータのみ全国の人口の100%をカバーしています。生存率推定では、15%以上の患者が、(1)診断後5年以内に、または2010年に以降に診断された場合は2014年12月31日以前に追跡不能になった、または生存追跡が打ち切りとなった、(2)死亡診断書からまたは検死時にのみ登録された、(3)生命状態が不明または登録日に不備がある患者(すなわち、出生年が不明、診断年月が不明、最後に生命状態が把握された年が不明)であったため、信頼性は低いと考えられます。

年齢調整後の5年純生存率(%)および95%CI:一般的な7つの悪性腫瘍のうちいずれか1つ(乳房、子宮頸部、卵巣、前立腺、脳、骨髄、リンパ)があると診断された成人(15~99歳)、および一般的な3つ悪性腫瘍のうちいずれか1つ(脳、急性リンパ性白血病、リンパ腫)があると診断された小児(0~14歳)を大陸、国、暦年別に示しています。

また、同法の制定により、がん対策推進基本計画の策定に際し、患者関係者が関与する機会が確保され、がん対策の形成過程における患者・市民参画(Patient and Public Involvement: PPI)という点においても大きな進展を見た。

がん対策基本法が成立してからの15年は、我が国のがん対策が様々な点において、大きく進展し、診療・治療技術の向上を背景としつつも、死亡率の低下やがん検診の受診率の上

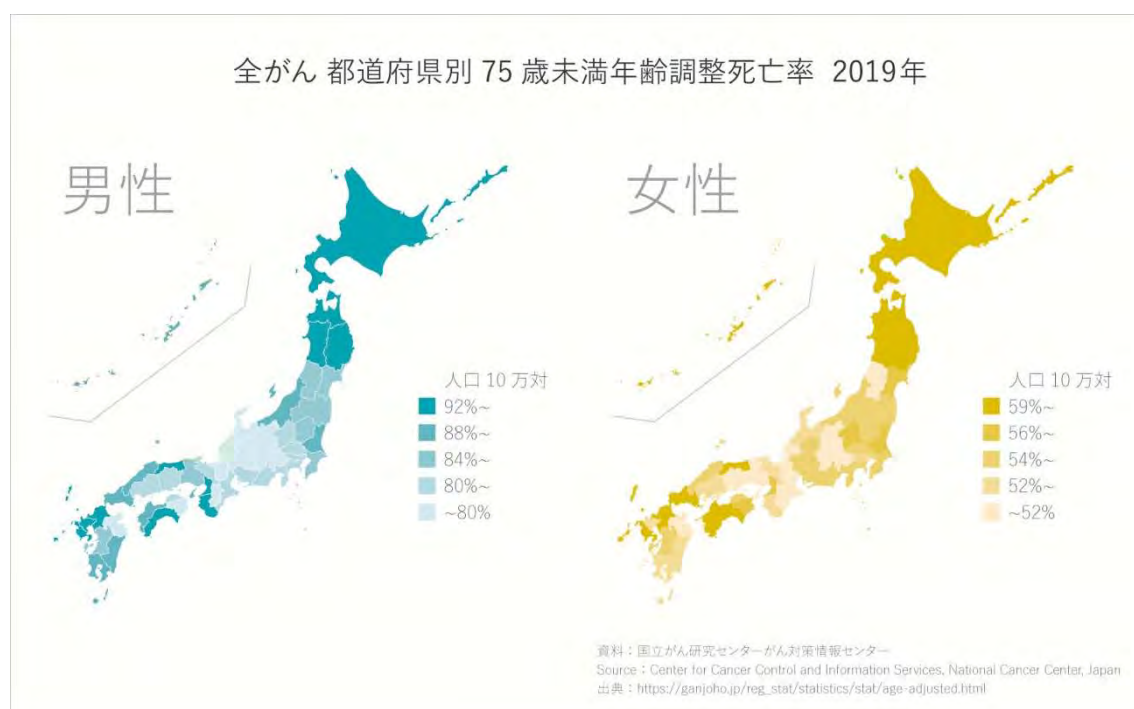
この10年『ホスピス・緩和ケア白書2018』青海社)

²⁸ 厚生労働科学研究費補助金「がん対策における緩和ケアの評価に関する研究」研究班では、2008年と2015年に、全国の医師を対象に質問紙調査を行い、①医師の緩和ケアに関する理念や疼痛管理に関する知識と、②症状緩和などで感じる困難感の変化を検証、その研究の結果、医師全体の知識スコアは14%増加し、困難感スコアは6%減少したとの結果が得られたとされる(出典: https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2017/1102/index.html)

昇といった点で、確かな成果をもたらした 15 年であったと言えるであろう。

また、同法の制定により、がん対策推進基本計画の策定に際し、患者関係者が関与する機会が確保され、がん対策の形成過程における患者・市民参画(Patient and Public Involvement: PPI) という点においても大きな進展を見た。

がん対策基本法が成立してからの 15 年は、我が国のがん対策が様々な点において、大きく進展し、診療・治療技術の向上を背景としつつも、死亡率の低下やがん検診の受診率の上昇といった点で、確かな成果をもたらした 15 年であったと言えるであろう。



一方において、未だ取り組むべき課題は多い。がん患者の「生存率」という点では、成人のリンパ性・骨髄性悪性疾患など、日本が他の主要先進国の水準に達していないがん種が存在する²⁹。これらのがん種を含めて、年齢調整死亡率のさらなる低下、5 年生存率のさらなる向上を目指し、対策を進めていくことが望まれる。

上記のような生存率のさらなる向上の実現するため、治療開発を加速させていくことも極めて重要である。一般に、患者数が少なく、臨床試験の実施が難しいとされる希少がんのドラッグラグの解消に向けた取組の強化³⁰や、我が国の研究開発環境の改善に向けた一層の

²⁹ 日本は胃、肺等の部位において主要先進国に比して高い 5 年生存率を誇る一方で、造血器腫瘍、小児の脳腫瘍等の部位／がん種の 5 年生存率は、米国、ドイツ、カナダ、オーストラリア等に比して低い水準にとどまっていると見られている（参考：Allemani C; et al. "Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37,513,025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries." Lancet. 2018 Jan 30.)

³⁰ 「希少がんは肉腫や悪性脳腫瘍、皮膚がんの一種の悪性黒色腫（メラノーマ）など約 190 種類。GIST のように比較的うまくいくケースもあるが、ほとんどの場合、患者数が少ないため臨床試験の実施が難しい。その一方、すべての

政策的措置が強く期待される³¹。

また、がん検診の受診率も、一部主要先進国に比して未だ低い水準にあるとの見方もあり、早期発見により 5 年生存率等のさらなる改善を図る観点から、引き続き、効果的なインセンティブの付与のあり方等を含め、施策の改善を進めていくことが求められよう³²。

各都道府県の「75 歳未満年齢調整死亡率」等の数値には、未だ格差の解消には時間を要するであろう地域間の差異が見受けられることから、予防を含め、地方のがん対策の強化を促す新たな政策的な展開が期待される。

緩和ケアについては先述のような進展は見られるものの、一部国際比較においては、我が国の緩和ケアの受診環境は世界 14 位、ケアの質という点では 16 位との評価がなされており、アジア諸国の中でも台湾・シンガポール等に劣後する評価となっている³³。緩和ケアの提供体制の拡充と質の向上に向けて、一層の取組が望まれる。

政策形成プロセスへの患者・市民参画（Patient and Public Involvement: PPI）という点では、我が国の政府・地方自治体においてもがん対策の検討に際した患者等の参画機会の確保がなされるよう変化を遂げた中で、今後は主要国の制度的枠組みも参考としつつ、厚生労働省の「がん対策推進協議会」を含め、患者代表委員の選任等に関して、より透明性や公平性の担保される制度を整えていくことが望ましい。

がん患者の「仕事と治療の両立」の支援や、「がん教育」の推進といった社会的課題への対応については、引き続きその充実を図りながら、特に税を原資とする政策対応に関しては、循環器病等の他の慢性疾患の患者と共通する課題を洗い出し、より広い視点から対策のあり方を検討していくことが求められよう³⁴。

希少がん患者を合計すると、がん全体の 2 割ほどに上るといえる。」（出典：
<https://www.asahi.com/articles/SDI201706258463.html>）

³¹ 例えば、平成 30 年度の「特許出願技術動向調査」（特許庁）によると、がん免疫療法に関する世界の論文発表件数において、中国籍研究者は 2012 年から 17 年にかけてその数を倍増させ、日本国籍研究者の論文件数を追い抜き、その割合は 13.7%（2017 年）に達している（日本：8.6%）。また、学術出版大手のシュプリング・ネイチャーが発表した、がん研究に取り組む学術研究機関の世界ランキングにおいて、上位 100 位に名を連ねる日本の研究機関は東京大学、京都大学の 2 校のみにとどまる結果となっている（参考：<https://www.natureindex.com/supplements/nature-index-2020-cancer/tables/overall>）。抗がん剤のドラッグラグは拡大傾向にあり、日本の研究者が責任著者になっている臨床試験結果の原著論文数は世界全体の 5%前後にとどまっているとの指摘もある（参考：<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryuu/iyakuhin/dail/siryuu2-6.pdf>）。

³² 例えば、米国の 50 歳から 75 歳の成人の大腸がん検診の受診率は 65.2%、21 歳から 65 歳までの女性の子宮頸がん検診の受診率は 80.5%に達している（参考：<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives/cancer>）。また、ドイツでは女性の 67.2%、男性の 40%が定期的にがん検診を受けているとする調査結果もあり、日本の検診受診率は上昇傾向にあるものの、主要先進国に比して必ずしも高い水準にあるとは言えない状況であることが示唆される（参考：Starker A; et al. “Participation in cancer screening in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1)” Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013 May;56(5-6):858-67.）

³³ 当該国際比較における「ケアの質」の評価は、① 鎮痛剤の利用環境、② 心理的サポートの利用環境、③ 患者が自身のケアに関与できる環境、④ 患者によるケアの選択に対応する医師の能力、などの基準に基づいてなされている。（参考：“THE 2015 QUALITY OF DEATH INDEX RANKING PALLIATIVE CARE ACROSS THE WORLD KEY FINDINGS INFOGRAPHIC” Economist Intelligence Unit study, commissioned by the Lien Foundation）

³⁴ 例えば、すでに厚生労働省「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」（2021 年 3 月）は「がん、脳卒中などの疾病を抱える方々に対して、適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行い、治療と仕事が両立できるようにする」とされ、幅広い疾患を対象とした対策であることを明確にしている（参考：<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000115267.html>）

そして、我が国のがん対策の基本を形作る「がん対策推進基本計画」に関しては、がんの治療のみならず、予防や早期発見を含む幅広い施策をとりまとめている点も踏まえ、「目標設定型健康増進政策」としての特質を十分に持たせ、年齢調整死亡率の低減等を含め、より測定可能な政策目標を掲げ、マルチステークホルダー - 多様な主体の連携 - による取組を促す計画となることが期待される³⁵。また、世界保健機関 (World Health Organization: WHO) は、「多くのレベルでのパートナーシップは、効果的ながん予防と対策のために絶対的に重要である」としている³⁶。

³⁵ 「目標設定型健康増進政策はすでに述べたように、経営学で用いられている『目標による管理』(Management by objectives)という手法を応用したものである(略)目標による管理は Plan、Do、See という経営サイクルの中で評価されるとしている。これを保健医療分野で導入したのが McGinnis (1980 年)であり、『健康国民 1990』においてそれを示した。」(出典：本橋豊ほか「目標設定型健康増進政策の国際比較」『日本衛生学雑誌』2002 年, 57 巻 2 号, p. 498-504)

³⁶ 2012 年 8 月 27 日にカナダのモントリオールで開催された世界がん会議の開会式での WHO 汎米事務局副事務局長 Jon Andrus 博士の発言(参考：https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7126:2012-partnerships-critical-effective-cancer-prevention-control-andrus-says&Itemid=4327&lang=en)

3) 次の15年を考える：取り組むべき主要課題

1. 課題：がん対策推進基本計画における「目標」と「評価」のあり方

～ アウトカム評価や費用対効果の検証を可能とするために ～

「がん対策基本法」においては、国ならびに地方におけるがん対策の目標の設定並びにその評価、見直しについて、以下のように定められている。

第十条

- 2 がん対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の**具体的な目標及びその達成の時期**を定めるものとする。
- 7 政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも六年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。

第十二条

- 3 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、少なくとも六年ごとに、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。

1996年に政府の行政改革委員会（委員長 飯田庸太郎）が「行政関与のあり方に関する基準」をとりまとめ、「行政が関与する場合には、可能な限り数量的評価を実施する」と明記して以降、行政における施策の事前推計と事後評価－いわゆる「政策評価」－が日本の行政組織にも着実に広まっていった。2001年には「政策評価法」が成立、2006年に成立した「がん対策基本法」にも目標の設定や評価に関する条文が設けられ、翌2007年からの5年を計画期間とする「第一期がん対策推進基本計画」では、「75歳未満年齢調整死亡率の20%減少」等の数値目標が設けられた。

2000年代以降、がん対策を含めて、医療政策の領域においても－例えば都道府県の「地域医療計画」等において－PDCAサイクル（計画：Plan／実施：Do／評価：Check／改善：Action）を機能させることが強く求められるようになっていった。

背景として、1980年代以降、ヘルスプロモーションの領域においても、「ニューパブリックマネジメント（New Public Management：NPM）」³⁷の考え方が強い影響を与えたことが

³⁷ ニューパブリックマネジメント（New Public Management: NPM）とは、経営学や経済学に理論的根拠を置きながら、民間企業における経営手法等を積極的に導入することによって、効果的・効率的な行政運営を行い、質の高い行政

指摘できよう。欧州や米国を中心に、10年後の数値目標を設定し、多くのステークホルダー – 「健康」に影響を及ぼす組織や個人 – の連携により目標の達成を目指す「目標設定型健康増進政策」が急速な広まりを見せた。日本の「健康日本 21」³⁸もこのような世界的な潮流の中で策定された「目標設定型健康増進政策」の一つであると言える。数値目標等を設定し、様々な主体の連携により、その目標の達成を目指すというヘルスケア政策における一つの潮流の中において、「がん対策基本法」においても様々な主体の責務や、「がん対策推進基本計画」に関わる目標・期限の設定等についての規定が設けられたものと考えられる。

しかし、過去 15 年間における「がん対策推進基本計画」の内容の変遷は、必ずしも、同法の条文のとおり「具体的な目標及びその達成の時期」をより明確に定めていくという方向による見直しが図られてこなかった実情を示唆している。



サービスの提供を実現しようとするものである。「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(平成 13 年 6 月 26 日閣議決定)において、「新たな行政手法として、ニューパブリックマネジメントが世界的に大きな流れ」となっており、NPM の「基本的な方向性に沿って、具体的な改革を引き続き精力的に進めていく必要がある」と明記された。

³⁸ 「21 世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21) について 報告書」健康日本 21 企画検討会他、2000 年 (出典：https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/pdf/all.pdf)

基本計画における政策目標「第三期がん対策推進基本計画」

「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

成人喫煙率 12% 妊娠中、未成年者の 喫煙率 0%	がんゲノム医療 提供体制の整備	がんのリハビリ テーションの あり方の 検討、普及	安全で質の 高い診断を 提供するための 環境整備	身体的な痛み への対応の実施	地域連携体制 の検討	科学技術の 進展や臨床 ニーズに 見合った 研究の推進
望まない受動喫煙 のない社会をできる だけ早期に実現		支持療法に 関する診療 ガイドラインの 作成、普及	がん登録の 利活用による 政策の立案、 研究や情報 提供の推進	がん診療に 携わる全ての 医療従事者が 基本的な緩和ケア を実施できる 体制の整備	就労支援を 行うための 体制整備	今後のがん 医療や支援の 必要な人材と、 育成のあり方 の検討
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 男 13.0% 女 6.4%	新たながん医療 提供体制の構築	希少がん患者が 適切な医療を 受けられる 環境の整備	臨床研究等を 必要とする 患者を、専門的な 施設につなぐ 仕組みの構築	緩和ケア センターの あり方の検討	がん患者・ 経験者、 その家族の 生活の質の 向上	がん教育の 充実
運動習慣者の割合 男 36.0% 女 33.0% (20 歳～64 歳) 男 58.0% 女 48.0% (65 歳以上)	拠点病院等の 機能の更なる 充実	有効な診断・ 治療法の研究 開発及び診断・ 治療法等の提供 体制整備の推進	がん登録の 利活用による 政策の立案、 研究や情報 提供の推進	緩和ケアの 実態に関する 調査を踏まえ、 緩和ケア提供 体制の検討	継ぎ目のない 診療や長期 フォローアップ が受けられる 体制の整備	がんに関する 知識の普及啓発
検診受診率 50% 精密検査受診率 90%	関係学会への 各治療法の 最新情報の 共有と周知 啓発の要請	小児がん、AYA 世代のがんの 医療提供 体制の整備	臨床研究等を 必要とする 患者を、専門的な 施設につなぐ 仕組みの構築	効率的・ 効果的な 相談支援 体制の構築	高齢の 患者の意思決定 支援ガイドライン の策定、普及	
「職域におけるがん 検診に関する ガイドライン(仮称)」 の策定、普及	チーム医療の 体制強化	高齢者の診療 ガイドラインの 策定、普及	がん登録の 利活用による 政策の立案、 研究や情報 提供の推進	ピア・サポートの 普及		
			臨床研究等を 必要とする 患者を、専門的な 施設につなぐ 仕組みの構築	情報提供体制 の整備		

出典：厚生労働省健康局がん対策・健康増進課「第3期がん対策推進基本計画の今後の進め方について」ほか

例えば、「第一期がん対策推進基本計画（期間：2007～11 年度）」においては、全体目標 2 項目のうちの 1 項目、個別目標のレベルにおいても少なくとも 25 項目中の 22 項目において数値目標ないしは数値の想起が可能な表現による目標の設定（「すべての拠点病院において」等）が為されているのに対して、「第三期がん対策推進基本計画（期間：2017～22 年度）」においては、全体目標においては数値の伴う目標が掲げられず、39 項目の個別目標についても、数値を伴う目標が設定されたのはわずか 6 項目であった。

がん対策推進基本計画は 2 度の改定により、① 全体目標に掲げられていた「死亡者の減少（死亡率の 20% 減少）」は「がん予防・がん健診の充実」へと変更され、② 就労に代表される社会的課題への対策の強化が盛り込まれ、③ 小児・AYA (Adolescent and Young Adult) 世代等のがん患者のライフステージ別の対策の充実や、④ ゲノム医療への取組の強化、といった施策が加えられたことで、国によるがん対策の対象範囲は広がりを見せた。このような範囲の広がりにより、計画の掲げる「個別目標」は 15 年間で 9 項目から 39 項目に大幅に増加したが、第三期の計画では、多くの個別目標は抽象的な表現（「体制を整備する」「検

討する」等）により方針が示されるにとどまっており、政府が定量的な政策目標の設定に重きを置かなくなりつつある現状を示唆している³⁹。また、政策目標の設定においては、「根治」に向けた対策に関する記述は限定的であるが⁴⁰、がん対策推進基本計画が「がん研究 10 か年戦略」等の上位計画に位置することから、研究開発・治療開発の方向性や目標をより明確に発信することが期待されよう⁴¹。

また、対策の評価に関しては、計画期間中の「中間評価」のみが行われ、計画期間を終えた後の最終的な成果に対する評価や、計画期間中に投じられた予算等の整理・公表が為されることはなかった⁴²。

前述の通り、過去 15 年、我が国のがん対策は確かな成果を生み、診療・治療技術の発展を背景としつつも、全がんの「75 歳未満年齢調死亡率」等の指標は着実に改善していった。一方において、現在も我が国には、他の主要国に比して生存率の低いと見られる一群のがん種があり、また死亡率等の地域間格差も存在している。このような諸課題に官民の関係者の連携と協力により実効性の期待し得る対策を着実に進めていくためには、国としての明確な目標が設定され、社会において共有されることが望ましいと考えられよう。

日本の「がん対策推進基本計画」は治療のみならず、健康増進や就労支援等の労働・福祉領域の施策も扱う、幅広い政策課題への対応の基本を定める計画であり、また同計画における数値目標の一部は、我が国のヘルスプロモーション⁴³分野の行政計画である「健康日本 21」における政策目標として扱われるものであることから、関係する国民各層に明確な目標が示され、共有されることが強く期待される。

³⁹ 「がん対策推進基本計画（第三期）」の全体目標のあり方に関して、当時のがん対策推進協議会においては、「全体目標はスローガンとしての位置づけ」、「全体目標の数値は概況を表しているものであって、数値の高低を議論するよりも、全体がどのような状況になっているかをしっかりと把握することが重要」といった意見が委員より示されており、全体目標における数値目標の設定に重きを置かない意見が少なくなかったものと見られる（参考：「次期基本計画の全体目標について（第 63 回 がん対策推進協議会 事務局説明資料）」厚生労働省、2016 年）

⁴⁰ 前述の通り、「がん対策推進基本計画（第三期）」においては「共生」の文言が 9 箇所登場するのに対して、「根治」の文言の記載は 1 箇所にとどまっており、がん対策基本法制定以前、緩和ケアの提供やがん医療の均てん化に十分な政策的措置が講じられなかった反省から、現在も「共生」に力点を置かれた計画となっていることが示唆される。（再掲：西條長宏ほか「がん対策推進基本法を国民に還元するための努力」『Cancer Frontier』 Vol.9, 2007, pp.6-18）

⁴¹ 米国においては 2016 年、新たながん対策国家プロジェクト“National Cancer Moonshot”の発足に際して、バラク・オバマ大統領（当時）は「愛する者のために、米国をがんが治癒できる国にする」と述べ、治療開発を推し進めていく方針を示した。日本においても、一部の部位・がん種の 5 年生存率は欧米主要国に劣後する状況にあると見られることから、根治を目指す治療開発支援の方向性のがん対策推進基本計画において明確に示されることが期待される。（再掲：<https://www.mixonline.jp/tabid55.html?artid=53629>）

⁴² 国際医療福祉大学の埴岡健一教授は、我が国のがん対策予算に関わる課題として、「一般予算と地方交付金分などを合算したがん対策予算の全貌が不明確」であること、「がん対策の分野別の予算配分の状況の推移が分かりにくい」と、といった点を指摘している（出典：埴岡健一「日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011 年度）の総括と第二期期間（2012～2016 年度）への展望」保健医療科学、2012 年、Vol.61 No.6 p.524～542）

⁴³ ヘルスプロモーションは、1986 年、世界保健機関（World Health Organization: WHO）によりカナダで開催された第 1 回ヘルスプロモーション会議の中で示された新しい考え方である。これに関する宣言文がまとめられた「オタワ憲章」の中で、ヘルスプロモーションとは「人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスである」と定義されている。（出典：日本ヘルスプロモーション学会 Web サイト <http://plaza.umin.ac.jp/~jshp-gakkai/intro.html>）

事例紹介：がん対策における数値目標 - 米国

米国の保健福祉省が1979年より展開している「ヘルシーピープル・イニシアチブ(Healthy People Initiative)」は、国民の健康上のリスク（危険性）を特定するとともに、健康増進と疾病予防に向けた測定可能な目標を設定し、政府と民間セクターが連携して目標の達成に取り組むことを促すものとなっている⁴⁴。2020年8月に公表された「ヘルシーピープル 2030 (Healthy People 2030)」では、がん領域について、例えば以下のような目標が設定されている⁴⁵。



我が国の健康増進政策である「健康日本 21」のがん領域における目標は「がん対策推進基本計画」の全体目標及び個別目標を踏まえた設定がなされており、同計画における数値目標の欠如は、「健康日本 21」の政策目標の設定も困難なものとする可能性が高いと考えられ

⁴⁴ 米国保健福祉省は Healthy People の成果について、「心臓病やがんなどの主要な死因の低減」、「乳幼児や妊産婦の死亡率の低下」、「喫煙や高血圧、コレステロール値の上昇などの危険因子の減少」、「小児の予防接種の増加」等を挙げている。また、「人々の健康と幸福を実現するためには、公共、民間、非営利部門の多様なステークホルダーを積極的なパートナーとして巻き込むことが不可欠」であるとしている。また「計画の進捗状況に関する質の高いデータやフィードバックをステークホルダーや一般市民と共有すること」の重要性を指摘している。（参考：<https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Framework>）

⁴⁵ Healthy People では目標設定の手法が整理されており、例えば ① Percent improvement（改善率）、② Projection（統計モデル等による将来予測）、③ Maintain consistency with national programs（他の行政計画との整合性確保）、④ Maintain the baseline（現状の水準維持）等の方法により目標値を設定しているとされる。（参考：<https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/data-sources-and-methods/target-setting-methods>）

る。

今後、策定の予定される「第四期がん対策推進基本計画（期間：2023～28 年度見込み）」においては「死亡率」や「生存率」を含めて、第一期計画の姿勢に立ち戻り、明確な目標が示されることを強く期待したい。

2. 課題：がん対策における「地域間格差」への対策の強化

～ がんの「罹患率」等の格差を解消していくために ～

(1) がん医療における「均てん化」の進展

がん医療の均てん化は、「がん対策基本法」制定を求めた患者会関係者の願いの一つであった。2005 年 5 月に大阪で開催された「がん患者大集会」においても、患者会 23 団体が「未承認薬」の利用の問題と並び、「地域格差」の解消を訴えかけたとされる⁴⁶。

国においても、すでに 2001 年時点において「地域がん診療拠点病院の在り方に関する検討会」が設置されており、国民がいずれの地域に住んでいても「質の高いがん医療を受けることのできる提供体制の整備」に向けた取組が進められていたが、同法の成立により、その動きは加速していった。

都道府県がん対策推進事業の概要

目 的

がん対策を総合的かつ計画的に推進するため、都道府県は、「がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）」第 12 条に基づき、「都道府県がん対策推進計画」（以下「がん対策推進計画」という。）の策定が義務づけられており、がんの予防の推進など必要な施策を講ずるものとされている。このようなことから、都道府県ごとに策定された「がん対策推進計画」に基づき、各都道府県が地域の実情を反映させた各種施策を実施する際に必要な経費を補助する。

事業主体：都道府県 負担割合：国 1/2、都道府県 1/2

（単位：千円）

事業名	開始年度	事業趣旨	H28予算額	H28執行額	執行率
①がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修事業	H21年度	緩和ケア医療の推進及び医療従事者の質の向上。	112,894	12,792	11
②がん検診実施体制・医療提供体制等の強化に資する事業	H21年度	休日受診体制の強化等がん検診の実施体制の充実や、がん患者に対する療養生活の質の維持向上及び医療水準の向上。	65,542	174,082	266
③効果的ながん情報の提供に資する事業	H21年度	情報取得者の視点に立った効果的な情報提供。	12,760	64,769	508
④がんに関する総合的な相談体制の整備に資する事業	H23年度	地域統括相談支援センターによるがん患者及びその家族からの相談の提供。	252,296	67,597	27
⑤がん登録の推進に資する事業	H24年度	医療機関等への説明会や審議会の開催、医療機関への情報提供料の助成、がん登録オンラインシステムの整備など全国がん登録の円滑な実施の推進。	617,439	109,898	18
⑥がん検診の受診促進や受診率向上に資する事業	H25年度	がん対策に賛同する企業等と連携したがん検診の受診促進や受診率向上。	23,712	137,242	579
合 計			1,084,643	566,380	52

※都道府県においては、事業名及び事業趣旨を参考に補助申請を行っている。

出典：厚生労働省 Web サイト（https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h29_jigyoku02a_day2.pdf）

現在は全国に 400 を超える「がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）」が設けられ、抗

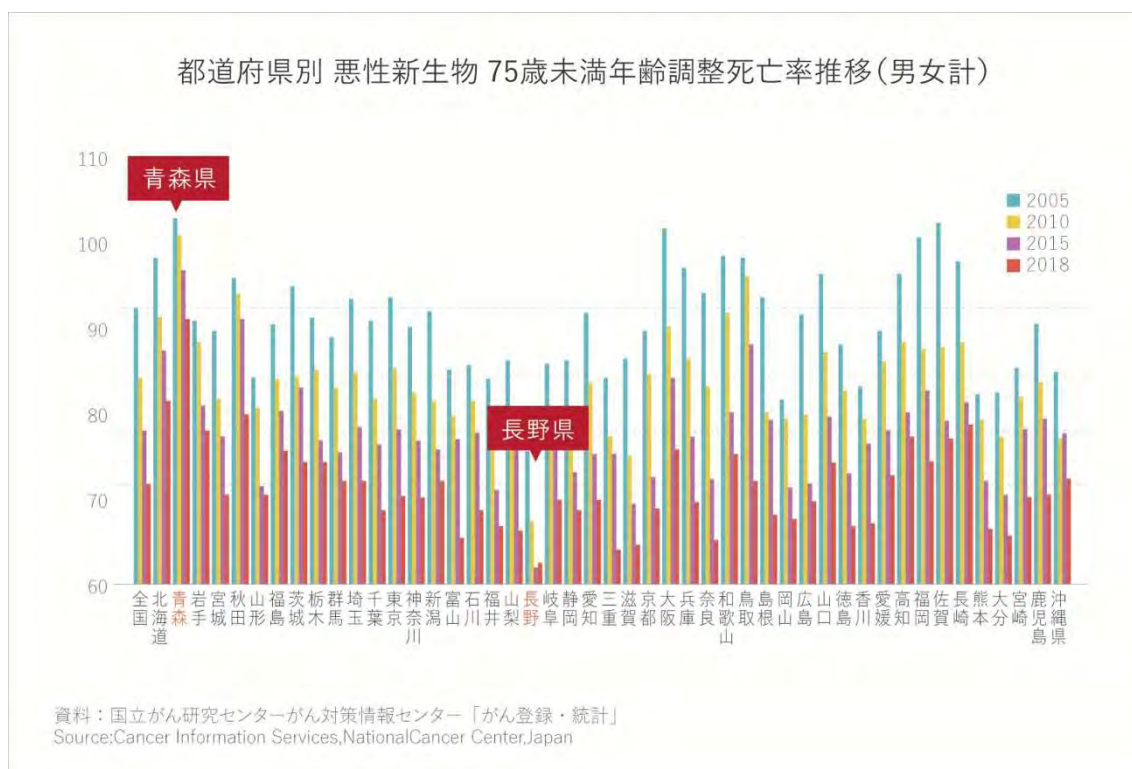
⁴⁶ 第 1 回（2005 年）及び第 2 回（2006 年）の「がん患者大集会」は、① 未承認薬の早期認可、② 医療情報を容易にかつ最新のデータが得られるシステムの供給、③ がん診療の地域格差を是正、④ 緩和医療をどこでも容易に受けられるような医療システムの構築、⑤ がん専門医の不足の是正、⑥ チーム医療、等についての要望の実現を訴えるものであったとされる。（参考：<http://www.jikei.ac.jp/hospital/kashiwa/average03.html>）

がん剤治療や緩和ケアの提供等に関して特に深刻であったとされる地域格差は一定の改善を見たと評価されている⁴⁷。地域レベルにおいても、同法に基づき「都道府県がん対策推進計画」が策定され、地域の実情に即した対策の推進が図られるとともに、このような各地域における取組を促進する観点から、政府・厚生労働省の「都道府県健康対策推進事業」等による財政的な支援の枠組みも新たに設けられた。

がん対策に関わってきた有識者の一人は、「がん医療には『地域間』『施設間』『情報』の3つの格差があった。特に抗がん剤治療や緩和ケアなどで深刻だったが、拠点病院の整備で大幅に改善した。」と語る。過去15年間に於いて、すべての都道府県において、「75歳未満年齢調整死亡率（全がん）」はおおよそ10ポイントから25ポイント低下しており、各地域におけるがん医療の環境の改善と均てん化に、一定の成果があったことは確かであろう。

（２）がん医療の均てん化と「罹患率」「死亡率」の地域間格差

しかし、各都道府県のがん患者に関わるデータは、がん医療の均てん化に一定の進展が見られる中であっても、患者の死亡率等の地域間格差が厳然として存在していることを示している。



⁴⁷ 2016年、厚生労働省の「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」（北島政樹座長）はがん診療連携拠点病院を整備等により、「集学的／標準的治療」、「がん相談支援センター」、「緩和ケアの提供」等で一定の成果があったとする評価をとりまとめるとともに、一方で「ゲノム医療」と「放射線治療」については、集約化が避けられないとする考え方を示した。（参考：<https://www.ajha.or.jp/news/pickup/20160901/news04.html>）

「年齢調整死亡率」における地域間格差に加えて、例えば胃がんの「罹患率」を見ると、新潟（74.7）、秋田（70.3）等の東北地方の都道府県は全国平均（48.2）を大幅に上回る状況にある。あるいは、肺がんの罹患率では、長崎（55.5）、北海道（51.4）などの一部都道府県が全国の平均（44.4）よりも高い数値を示している。

このような各地域間の「罹患率」や「死亡率」等の格差の解消には、各拠点病院等におけるがん治療の質の向上や医療連携の充実、数値の相対的に高い地域におけるがん治療の提供体制の改善や喫煙対策をはじめとする健康増進施策の充実が強く期待される。

例えば、拠点病院における標準治療の実施状況等に関する施設間の格差は以前より指摘されている。一部メディアによる調査では、拠点病院間の患者の「5年生存率」には2倍を超える格差があることが明らかにされている⁴⁸。政府・厚生労働省では、拠点病院間の格差を踏まえ、その指定要件の見直し等を進めてきた。今後は、がん治療に関わる医療提供体制が相対的に脆弱であると見られる地域の拠点病院の機能強化を図るための支援の強化等も検討することが望まれる。

計画策定のための会議体の構成員の人数・開催予定回数

	構成員数	開催回数 (本会予定)	開催回数 (部会予定)	開催回数 (総計)
北海道	59	3	11	14
青森県	18	3	予定なし	3
岩手県	20	5	予定なし	5
宮城県	19	3	3	6
秋田県	17	3	予定なし	3
山形県	データなし			
福島県	14	3	予定なし	3
茨城県	41	2	4	6
栃木県	データなし			
群馬県	81	3	12	15
埼玉県	15	3	予定なし	3
千葉県	80	3	14	17
東京都	28	3	9	12
神奈川県	15	3	予定なし	3
新潟県	16	1	予定なし	1
富山県	18	4	予定なし	4
石川県	37	1	2	3
福井県	15	3	予定なし	3
山梨県	21	3	予定なし	3
長野県	30	2	3	5
岐阜県	14	2	2	4
静岡県	25	3	予定なし	3
愛知県	20	2	3	5
三重県	26	3	3	6

	構成員数	開催回数 (本会予定)	開催回数 (部会予定)	開催回数 (総計)
滋賀県	51	3	5	8
京都府	25	3	予定なし	3
大阪府	データなし			
兵庫県	50	3	3	6
奈良県	90	3	16	19
和歌山県	18	3	予定なし	3
鳥取県	22	4	予定なし	4
島根県	57	4	10	14
岡山県	15	3	予定なし	3
広島県	58	6	12	18
山口県	15	3	5	8
徳島県	29	2	16	18
香川県	21	3	予定なし	3
愛媛県	47	3	5	8
高知県	18	3	予定なし	3
福岡県	データなし			
佐賀県	72	4	6	10
長崎県	77	4	7	11
熊本県	15	2	予定なし	2
大分県	データなし			
宮崎県	データなし			
鹿児島県	31	2	2	4
沖縄県	22	3	3	6

「都道府県がん対策カルテ2017」（2017年5月 特定非営利活動法人がん対策サミット）
掲載データを参考に、当ワーキンググループにて作成

⁴⁸ 日本経済新聞「がん治療生存率、格差2倍 400の拠点病院」2021年8月31日（出典：
<https://www.nikkei.com/article/DGKKZO75286310R30C21A8MM8000/>）

都道府県の「がん対策推進計画」の検討体制や、計画の質という点においても、地域間に明らかな差異が認められる。計画の検討体制という点においては、例えば、都道府県の計画策定を目的とした会議体には、その「構成人数」や「開催回数」、「部会」設置の有無といった点において、都道府県間に明確な差異があることが明らかとなっている⁴⁹。

計画の質という点においても都道府県間に格差があるとする評価が見られ、一部の調査研究は、相対的に精度が低いとされる都道府県計画に関して、① 数値管理が適切・十分と見なされる状況になく（指標が過少、主体別の指標設定が為されていない等）、② 計画の推進に係る具体的なタイムライン（工程表）も作成されておらず、③ 地域特性が反映されていない、といった課題を内包している可能性を示唆している⁵⁰。



⁴⁹ 2017年に実施されたアンケート調査によれば、次期がん対策推進計画策定のために、① 奈良県はおおよそ90名に及ぶ関係者により、19回(部会含む)開催を計画していたのに対して、② 新潟県の構成員は16名、開催回数は1回を予定する、という状況であった。特定非営利活動法人がん政策サミットが2017年3月に実施したアンケート調査結果等に基づく(出典：http://cpsum.org/pdf/Pref_Karte_2017.pdf)。

⁵⁰ 今井博久ほか「都道府県がん対策推進計画の現状と第二期への期待」『保健医療科学』2012, Vol.61, No.6, p.584-589

例えば、がんの年齢調整死亡率の最も低い長野県（58.9）と最も高い青森県（90.8）の2つの県を対象として⁵¹、「都道府県がん対策推進計画（第三期）」における政策目標並びに指標を比較すると、① 長野県が計画の全体目標に指標（数値目標等）を設定していたのに対して、青森県は設定していないこと、② 長野県は個別目標においても53の指標（数値目標等）を設けているのに対して、青森県の設定した指標は21にとどまっていること、③ 長野県がステークホルダー別（県民・関係機関・県庁等）に指標を設定しているのに対して、青森県は主体別の指標設定を行っていないこと、といった差異が確認できる⁵²。

都道府県のがん対策予算は、がん対策基本法の制定後、特に第一期がん対策推進基本計画の計画期間においては、増加傾向にあったと見られている。また、医療従事者の育成からがん検診や緩和ケアの推進、たばこ対策など、独自の施策を採用し予算化した事例も確認されている⁵³。しかし、都道府県によってがん対策予算の定義や範囲が異なり、政府による各都道府県における関連予算の執行状況等についての調査・評価等もなされていないことから、同法成立後の都道府県の予算措置がもたらした政策的なインパクトを評価し、比較することは容易ではない。しかし、例えば先に取り上げた長野県と青森県の間であっても、がん診療連携拠点病院の整備・強化に関わる予算については、2倍以上の格差があり⁵⁴、人口規模を勘案しても、長野県がより多くの予算を投じている状況が示唆される。このような予算措置の差がもたらす政策的なインパクトの差異についても今後、大学研究者等による分析が進められることが期待される。

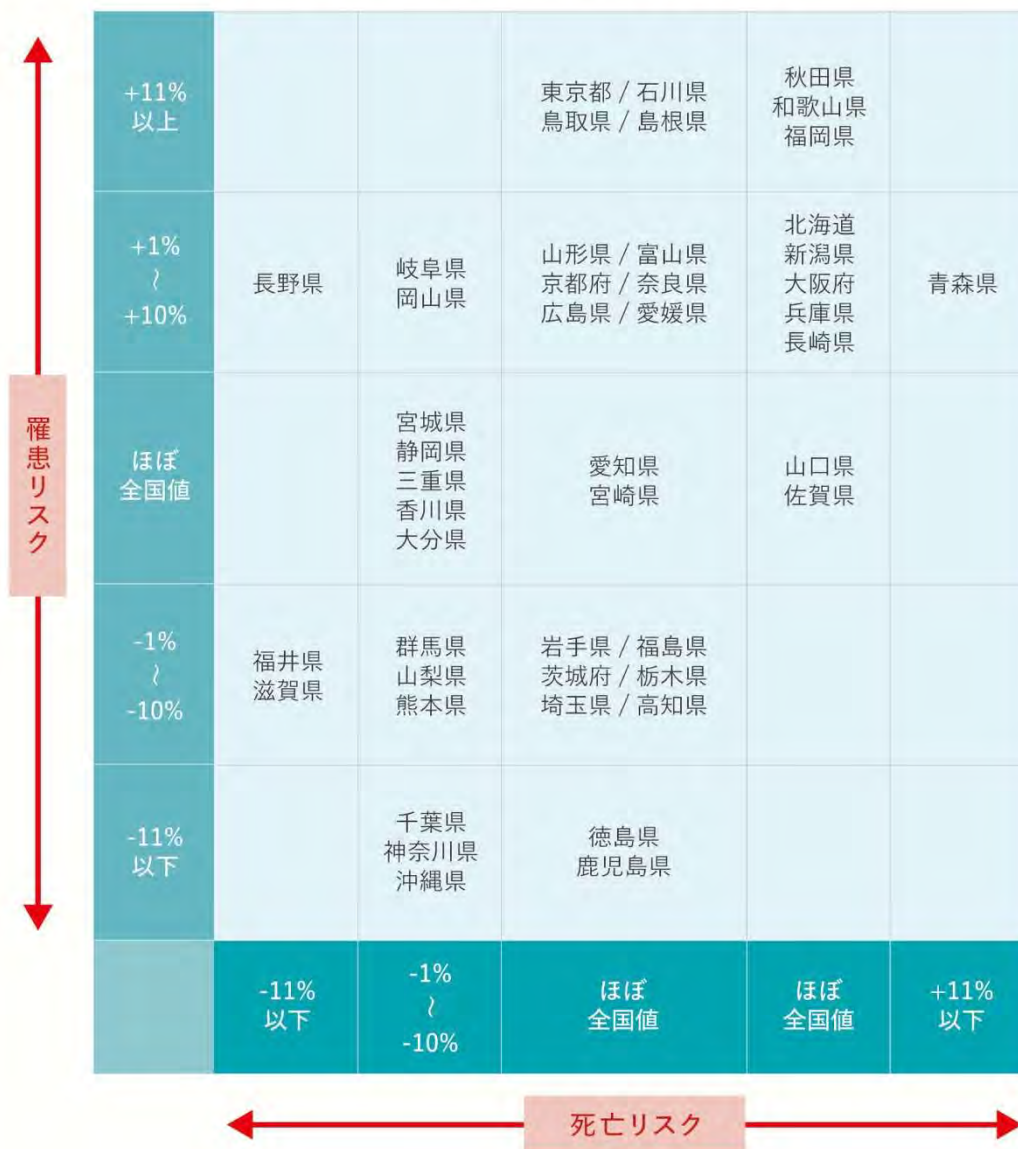
⁵¹ 長野県および青森県の「75歳未満年齢調整死亡率（全がん）」は1995年時点においてすでに26ポイントの格差が生じており、したがって、がん対策基本法成立後のそれぞれの都道府県におけるがん対策の内容の差異が、両県の死亡率の格差を生じせしめていることを示唆するものではない点には留意を要する。

⁵² 長野県の死亡率が低い背景について、松田智大氏（国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所 国際政策研究部 部長）は、「キーワードは診断から治療へとつなげるネットワーク」であると語り、「昔から長野県民は医療との距離感近いと言われ」、「住民の健康台帳を作成し（略）保健指導員の活動も長野県では活発」であることから、「必要に応じて中規模病院や拠点病院につなげるネットワークも構築されている」のではないかと、との見解を示している。（出典：松田智大「がんで死ぬ県、死なない県」NHK出版新書、2017年）

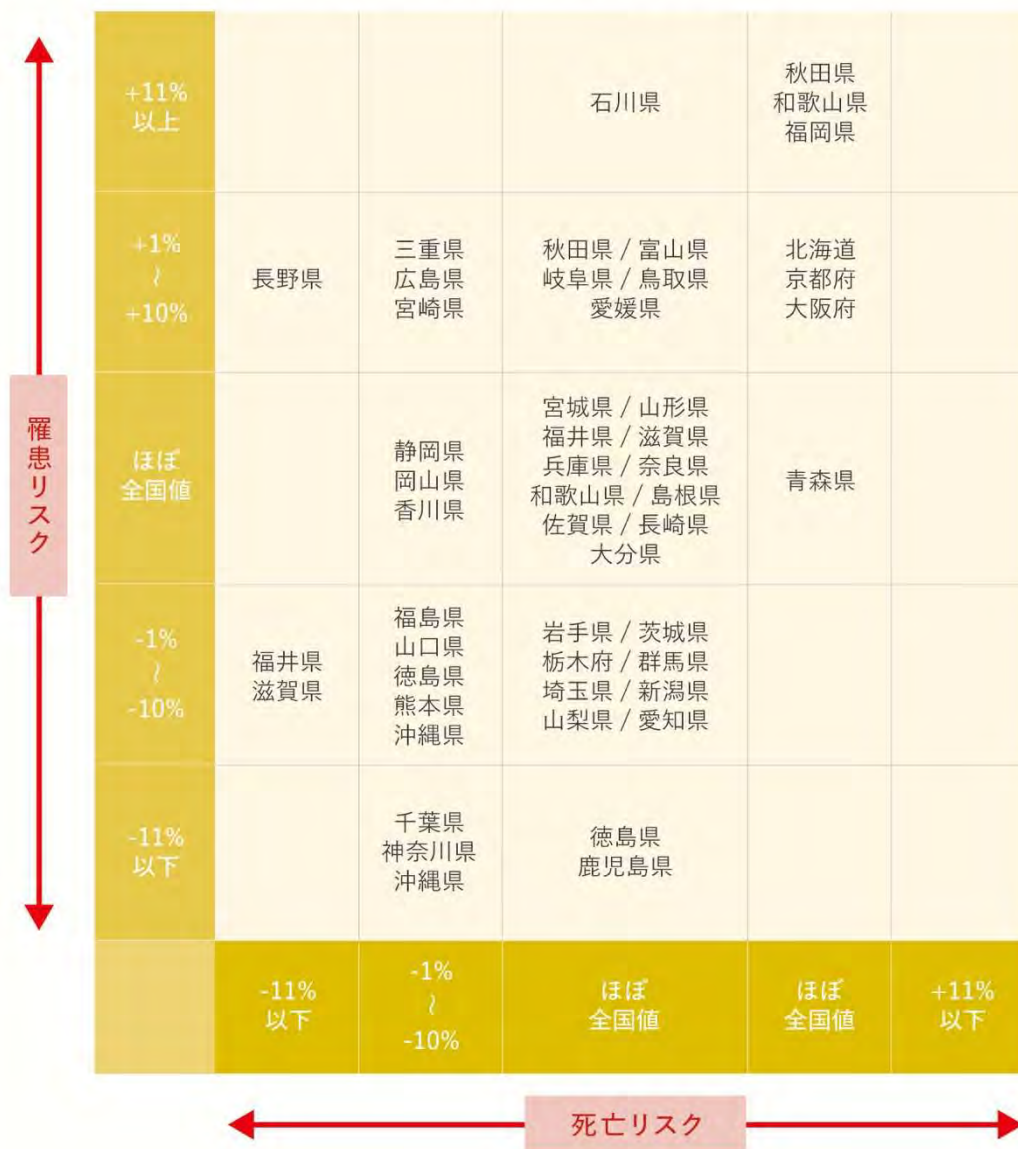
⁵³ 埴岡健一「日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011年度）の総括と第二期期間（2012～2016年度）への展望」保健医療科学、2012年、Vol.61 No.6 p.524～542

⁵⁴ 平成30年度における長野県「がん対策総合推進事業」及び青森県「がん対策重点推進事業費」の予算資料の記載に基づく。長野県（人口：2,019,521人）は「がん診療連携拠点病院整備事業」に114,552千円、青森県（人口：1,308,265人）は「がん診療連携拠点病院機能強化事業費」として56,000千円を計上している（参考：http://cpsum.org/budget_prefecture.php）。

男性の罹患率と死亡率の分布（全がん）



女性の罹患率と死亡率の分布（全がん）



出典：松田智大「がんで死ぬ県、死なない県」NHK 出版新書 2017 年

ただし、都道府県が医療分野の政策の検討を進めるに際して直面する環境的な制約に関して行われた一部調査では、計画の改定に際して都道府県の政策担当者が、「アウトカム（成果）目標を指標に基づいて PDCA することは、都道府県がん対策担当者にとって、これまでにない経験」であること、「がん対策担当者や協議会委員に、理解、経験、スキルなどが不足」していること、「財政的制約があり、施策に対して予算化」ができないこと、といった懸念を抱いていたことが明らかにされており⁵⁵、留意を要する。今後は官・民の協力により都道府県の政策立案機能の向上を促す取組を強化していくことが期待される⁵⁶。

過去 15 年、我が国はがん治療の提供体制の均てん化 ―例えば、抗がん剤治療や緩和ケアの提供等― という点において、確かな前進を見たと言えよう。全都道府県が「がん対策推進計画」を策定し、施策を展開してきた。集学的・標準的治療を提供する「がん診療連携拠点病院」の指定を受ける医療機関は全国で 400 を超えている。

しかし、がん医療の均てん化は進展したものの、地域間の「罹患率」や「死亡率」といった数値における格差は決して小さいとは言えないのが現状である⁵⁷。

今後は、がん医療の「均てん化」から、「がん格差」の低減と改善に向けた取組を強化していくことが期待される。特に対策を強化すべき地域における拠点病院への重点的な支援や、都道府県による健康増進施策のアウトカム（成果）の改善等が非常に重要となるであろう。

⁵⁵ 埴岡健一「日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011 年度）の総括と第二期期間（2012～2016 年度）への展望」『保健医療科学』2012, Vol.61, No.6, p.524～542

⁵⁶ 都道府県の医療政策遂行能力に課題があることは以前より指摘が為されており、例えば 2018 年より厚生労働省の中央医療対策協議会（議長：鈴木康裕）において、都道府県で医療政策を担う人材育成のあり方等の検討が始まっている（参考：<https://www.ajha.or.jp/news/pickup/20181001/news02.html>）

⁵⁷ 海外においても近年、特に都市部と地方部における「がん格差」の解消が一つの大きなアジェンダとなっており、例えば American Society of Clinical Oncology は 2019 年に「地方部におけるがん対策格差を検討するタスクフォース」を設置し、活動を展開している（参考：<https://www.asco.org/about-asco/press-center/news-releases/asco-announces-new-task-force-address-rural-cancer-care-gap>）

事例紹介：政府から地方自治体へのがん対策の立案支援 - 米国

米国では1998年より疾病管理予防センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）が「全米包括がん対策プログラム（National Comprehensive Cancer Control Program: NCCCP）」を運営し、州政府等に対して、がん対策に関する資金助成や技術的助言を提供している。現在までに全米50州全てを支援し、69に上るがん対策計画の策定をサポートしている。

NCCCPでは、「米国がん協会（American Cancer Society: ACS）」等と連携し、「NCCCP技術的助言及びトレーニング」と呼ばれるプログラムを展開している。具体的には、地域レベルにおけるがん対策の立案や評価を担う人材のトレーニング、政策立案手法に係るガイドブックの作成・提供等が行われている。CDCの包括がん対策局の職員は州政府等に対して、具体的な戦略や指標を検討する際に参考となり得るような事例に関する情報提供や、地方政府間の連携を促すコーディネートなど、様々な支援を提供しているとされる。

米国疾病管理予防センターの取組 地方自治体への評価ツールの提供

- CDCより資金提供を受けた計画が協定に定められた評価要件を満たすことができるよう、開発されたプログラム評価に関するガイドブック
- 評価の原則や手法に関するガイダンス及び実務に役立つテンプレートを提供



出典：米国疾病管理予防センターWebサイト（https://www.cdc.gov/cancer/ncccp/pdf/CCC_Program_Evaluation_Toolkit.pdf）
における公表情報を当ワーキンググループにて一部翻訳

連邦政府が指針を示し、その内容に沿って計画を策定する地方政府を財政面はもちろん、政策的な知見や手続き的知識といった点においても手厚く支援する米国 CDC の取組は、我が国の都道府県への支援のあり方を考える上で示唆的である⁵⁸。

⁵⁸ 「州レベルでは CCC 計画 (Comprehensive Cancer Control Plan) が策定されている。1998 年から、CDC は計画策定に対する経済的・技術的支援を行う全国プログラムを展開し、2007 年現在で 49 州が計画策定を完了した。CCC は『予防、早期発見、治療、リハビリテーション、緩和ケアを通じてがんの発生率、罹患率、死亡率を低減するための統合的かつ協調的アプローチ』と定義され、リスクの減少、早期発見、よりよい治療、生存の促進、健康格差の是正を目指した取り組みである。CCC 計画の支援活動として、CDC などの国レベルの機関が、計画策定ガイドラインの開発、計画を支援するウェブサイトの開設、研修の実施等を行っている。」(出典：武村真治「がん対策の実施基盤及び推進体制に関する国際比較研究」厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業, 2006)

3. 課題：政策立案への「患者・市民参画」のあり方

～ 患者・家族関係者のエンパワーメントに向けて ～

「がん対策基本法」の法案提出者会議において、がん患者等の参加によりがん対策を議論する公的機関の設置を提案した山本孝史参議院議員（当時）は、『『患者中心の医療』を本当に実現するのであれば、医療政策や診療報酬の議論の場に患者を参加させてこなかったことへの反省が必要』との指摘をしたとされる⁵⁹。

同法の制定により、がん対策推進基本計画の検討に際し、がん体験者およびその家族等の関与する機会が確保されたことは、医療政策の形成過程における患者・市民参画（Patient and Public Involvement: PPI）という点において大きな進展であったと言える。

（がん対策推進協議会）

第二十五条

協議会は、委員二十人以内で組織する。

- 2 協議会の委員は、**がん患者及びその家族又は遺族を代表する者**、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

その後、第三期がん対策推進基本計画（期間：2017～22年度）においては、「患者やがん経験者が研究のデザインや評価に参画できる体制を構築する」といった文言が盛り込まれた。また、政府により各都道府県のがん対策推進協議会への患者・家族関係者の参加状況に関わる調査等も進められており、今後、公的機関によるがん対策に関わる取組に患者・家族関係者がより多くの局面で関与していくことが予想される。このような潮流は我が国の医療政策への患者・市民参画（Patient and Public Involvement: PPI）の機会をより一層広げるものであり、歓迎すべきことであると言える。

一方において、例えば過去の「がん対策推進協議会」（厚生労働省）における患者代表委員の選出については、その選考の過程や基準に関する公開性は高いとは言えず、実際には非公式な打診、調整等によって選任が進められてきたものと見られている⁶⁰。

また、新たに選任された患者代表委員に対して、我が国のがん対策の現状や医療行政等について理解を深めるためのトレーニングの機会等が提供されることはなく、患者委員が重要な政策形成過程に参加するに際して重要となる情報を確認し、知識を得る機会は、少なくとも公式には設けられていない。

⁵⁹ 本田麻由美「がん対策の推進と国民・患者参画-法制定に患者の声が果たした役割」『保健医療科学』2008、第 57 巻第 4 号、国立保健医療科学院

⁶⁰ 本 WG による「がん対策推進協議会」委員経験者等へのヒアリング調査の結果に基づく。

このような状況の中で、「がん対策推進協議会」に参加している患者代表委員は、自身の所属する患者団体ないし自身の関わったがん種への対策の強化に関する問題提起や提言の範囲を超えた、「基本計画全体のあり方」に関する積極的な提案を行うことの難しい環境に置かれているものとの見方もある⁶¹。

国の「がん対策推進協議会」を含めて、医療政策の形成に患者・市民が参画する機会は広がりつつある。しかし、このような会議体において、患者を代表する委員が発言を通じて影響を与えることの困難も一部有識者より指摘されている。

患者支援団体として、このような委員の役割を担う人材の育成に取り組む認定 NPO 法人 ささえあい医療人権センターCOML（コムル）の山口育子理事長は「会議で市民代表として意見を言う場合、『その気づきは他の患者さんにも普遍化できる内容か』『医療のしくみからずれていないか』『意見は実現可能か』がポイント」であると語っている⁶²。がん対策推進協議会等においても、「個の体験談」の範疇を超え、医療に関わる制度的枠組みを理解した上で、がん患者全体を視野に入れた問題提起、意見交換、提案を行うスキルを備えた患者・家族の代表者が委員として選出され、あるいは患者体験者等がそのような能力を高めていける環境を整えていくことが、「がん対策における患者・市民参画（Patient and Public Involvement: PPI）」を実りあるものとする上で非常に重要であろう。

国のがん対策推進協議会を含め、今後がん対策の形成過程等への患者・市民参画（Patient and Public Involvement: PPI）の機会の拡充を進めていくとともに、主要国の取組も参考に、患者関係委員の選任に際して、より透明性・公平性が担保されるとともに、患者代表委員のエンパワーメントが図られる社会的・制度的環境を整えていくことが期待される。

⁶¹ 一部のがん対策推進協議会委員の経験者は、その活動における制約について「就任当初、役所側からの積極的な情報提供はそれほどなかった。時間が限られていることもあり、患者代表委員はやはり（自身の体験したがん種の）患者の利益を代弁するための発言の機会、提案の機会を得るための活動をするだけで精一杯であった。日程についても、厚生労働省側より一方的に示される形であり、患者代表の中の『行ける人』で対応せざるを得ないのが現状である。」と語っている（本WGによるヒアリング調査の結果に基づく）。

⁶² がんナビ「医療政策にかかわってみよう」2017年10月16日（出典：<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancer/navi/report/201710/553166.html>）

事例紹介：患者・家族の政策づくりへの参画 — 英国・米国

英国において診療ガイドラインの策定や費用対効果の評価等を行う国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence：NICE）や医療提供を担う国民保険サービス（National Health Service：NHS）等では、医療サービスの検討に参加する患者・市民を公募等により選出し、支援する仕組みが整えられている。また、米国において医薬品等の承認審査を担う食品医薬品局（Food and Drug Administration：FDA）では、1980 年後半以降、医薬品等の審査の過程において「患者の声」を意思決定に反映させるよう、環境の整備が進められてきた。

両国の医療行政における患者参画の形態や制度は多様であるが、特に重要性の高い会議体に参加する患者代表委員に関して、① 一定のエビデンス（科学的根拠）を理解するとともに、患者のニーズについて自己の意見を伝達するコミュニケーション能力（口頭／文書作成等）が求められること、② 新任の委員を対象として、薬事行政等、実際の政策プロセスに関して基礎的な知識を確認・習得する研修の機会等が提供されていること、といった点については、共通する要素が見受けられる。

（１）英国：国立医療技術評価機構（NICE）・国民保険サービス（NHS）における患者参画

NICE においては「患者・消費者参画促進プログラム(Patient and Public Involvement Programme: PPIP)」により、委員の公募採用を実施してきた。診療ガイドラインの策定に関わる委員会では、① 実際に闘病経験のある患者としての体験を有する者のほか、② 患者の家族やその他の介護体験者、③ 患者団体のスタッフ、④ その他医療サービスの消費者のたる一般市民、等が応募可能とされている。患者代表として会議に参加する委員は「Patient Experts（患者としての専門家）」と位置付けられ、例えば① 患者が期待する医療や支援、② 治療によるその後の身体・社会的活動への影響、③ 良い医療とそうでない医療の判断に関する考え方、④ 異なる治療の選択肢のリスク（危険性）とベネフィット（有用性）等に関して、独自の意見や考えを示す能力が求められる⁶³。

例えば、NICE による「転移性脊髄圧迫の診療ガイドライン委員会」の委員公募においては、① 「転移性脊髄圧迫のリスク評価・診断・管理についての過去 5 年以内の（患者あるいは介護・看護者等としての）経験や知識」を申請書に記入することに加え、② 応募者の適性について話すことのできる「2 名の推薦者の連絡先」等を提出することが求められる。

⁶³ マルシア・ケルソン「診療ガイドライン作成への患者・市民参画について ～NICE の取組み～」日本患者会情報センター（出典：http://www.kanjyakai.net/news/wp-content/uploads/sites/2/2010/01/as_20100105_b2.pdf）、「G-I-N PUBLIC Toolkit: Patient and Public Involvement in Guidelines」（出典：<https://www.chairepartenariat.ca/wp-content/uploads/2019/07/G-I-N-PUBLIC-2012-G-I-N-PUBLIC-Toolkit-Patient-and-Public-Involvement-in-Guidelines.pdf>）等の記載に基づく。ただし、NICE の患者参画のスキームは近年も改正が為されており、本白書の記載内容は必ずしも現時点における同機関の患者参画の制度を詳述したものではない。現在（2022 年 3 月時点）の制度・取組の詳細については NICE Web サイト等を参照されたい（<https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/nice-and-the-public/public-involvement/public-involvement-programme>）。

委員の選考プロセス：英国 NICE

	具体的な内容
設置機関	国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence; NICE） 診療ガイドライン策定グループ
根拠法	患者消費者参画促進プログラム（Patient and Public Involvement Programme; PPIP）
患者代表の役割	以下のことに関する独自の考えを提供できる。 ①疾患により個人的に受ける影響ならびに患者が期待する医療や支援 ②治療成果に対する治療の影響症状、身体的・社会的機能、QOL 等） ③異なる治療選択肢についてのリスク、ベネフィット、許容範囲 ④何によって良い医療とそうでない医療が分かれるのか ⑤患者ならびに介護者の情報や支援に対するニーズ
患者代表の待遇	参加費、交通費、宿泊費等を支給
患者代表の構成人数	通常3人（2～4人）
患者代表の申請条件	以下の条件を満たす者が診療ガイドライン策定への患者参画に適任である。 ・病態について実際に体験を持つ患者 ・患者の家族や介護に携わる人 ・患者団体のメンバー ・患者団体で働くスタッフ ・（医療消費者たる）一般市民
患者代表の選考方法	以下のプロセスにより選考を実施する。 ・NICE ウェブサイト、患者団体のニュースレター等を通じ、公募を実施 ・職務分掌と個人に期待する資質等につき、基準に基づき応募書類を採点、候補者の絞り込みを実施 ・面接（電話による面接含む）による選考
患者代表の支援体制	ガイドライン策定委員会の患者メンバーに対する教育研修ワークショップを開催、NICEの活動やガイドラインの検討に要する基礎的知識（エビデンスの評価、エビデンスレベルの違い、医療経済等）を確認する機会を提供する。

出典：NICE-IPWP コンサルタントを務めたマurlen・ケルソンの資料（http://www.kangakai.net/news/wp-content/uploads/sites/2/2010/01/gs_20100105_b2.pdf）等を元に当ワーキンググループにて作成

NICE 委員公募「成人における転移性脊髄圧迫」ガイドライン委員会の申請フォーム

患者および介護者代表者の申請書
成人における転移性脊髄圧迫：リスク評価、診断、管理

この申請書は、NICE に送付するものです。オンラインで記入してください。記入する際は、NICE のウェブサイトにアクセスし、NICE のガイドライン策定プロセスについて詳しく説明されています。この申請書は、NICE のウェブサイトにアップロードされます。NICE は、この申請書に基づいて、あなたを委員会のメンバーとして選ぶかどうかを決定します。

連絡先
氏名： （姓と名を記入してください）
住所： （住所を記入してください）
電話： （家庭用または携帯電話の番号を記入してください）
Eメール： （NICE のウェブサイトにアクセスするためのメールアドレスを記入してください）

どうやってこの申請書を送付しますか？
☐ 郵送で送付してください。
オンラインで送付する場合は、NICE のウェブサイトにアクセスし、NICE のガイドライン策定プロセスについて詳しく説明されています。この申請書は、NICE のウェブサイトにアップロードされます。NICE は、この申請書に基づいて、あなたを委員会のメンバーとして選ぶかどうかを決定します。

あなたの住所を教えてください。
あなたの住所を教えてください。これは、NICE があなたに連絡するための連絡先です。

あなたの職業を教えてください。
あなたの職業を教えてください。これは、NICE があなたに連絡するための連絡先です。

あなたの経験や知識を教えてください。
あなたの経験や知識を教えてください。これは、NICE があなたに連絡するための連絡先です。

あなたの推薦人を教えてください。
あなたの推薦人を教えてください。これは、NICE があなたに連絡するための連絡先です。

あなたの個人的な経験と知識

成人の転移性脊髄圧迫：リスク評価・診断・管理について、あなたはどのような経験や知識をお持ちですか？

回答には、過去 5 年間にあなたが経験した NHS の治療やケアのうち、この役割に関連すると思われるものの詳細を簡潔に記入してください。これは以下の経験のどれかでなければなりません。

- ・患者やサービス利用者としての個人的な経験
- ・サービスを利用している人の親族または介護者として
- ・ボランティア団体やサポートグループのメンバー、従業員、役員としての経験

推薦状

NICE 委員会の患者および介護者の代表者としてのあなたの適性についてお話しいただける 2 名の方の名前と連絡先を教えてください。この方たちには、あなたが患者および介護者の代表者に選ばれた場合にのみ連絡します。

あなたが指名する推薦人は以下の者であってはなりません。

- ・あなたと出生または結婚による密接な関係がある者
- ・あなたと親密な関係である者
- ・あなたと同じ住所に住んでいる者
- ・NICE のスタッフ

過去 5 年間にいずれかの委員会の患者および介護者の代表者であった場合は、その委員長を推薦者の一人としてください。

参考： <https://www.nice.org.uk/get-involved/our-committees/join-a-committee/lay-member--metastatic-spinal-cord-compression-in-adults>

治療開発の進展等によって、がん治療の現場が急速に変化していることを踏まえて、「過去5年以内」の経験を有する者といった要件が定められている点は、我が国の委員委嘱に関わる制度の今後を考える上でも参考となろう。

また、英国（イングランド）の国営医療の提供を担う NHS England では、重要な会議体に参加する患者・市民委員の公募・採用における手続き等が定められており、公表されている。応募者には申請書類のほか、推薦状等の提出が求められる場合もあるが、通常は ① 書類審査、② 面接 という流れで選考が行われる。委員委嘱の要件として、様々なエビデンス（科学的根拠）を理解し、評価する能力が求められるほか、一部の会議組織では「患者アドボカシー（権利擁護のための提言活動等）」に関わる経験等も求められる。重要な会議体の委員に関しては、委嘱の決定後に研修の機会等が設けられており、公募により選任された委員が円滑に会議体の議論に適応できるよう、支援体制が整えられている。

付録1 NHS イングランド患者と市民の声のパートナーの役割

役割の要件	役割1	役割2	役割3	役割4
活動の性質	オープンアクセスのエンゲージメント機会に参加、回答、コメントすることを選択する PPV パートナー (例：オンライン調査への回答)	PPV パートナーは、単発的にワークショップ／イベント／フォーカスグループに招待されません	PPV パートナーは、定期的に開催されるワーキンググループのメンバーです (政策・サービスの設計、コミッションングレビュー、Task & Finish プログラムなど)	PPV パートナーは、NHS イングランド理事会の権限を委譲された委員会に提言を行うグループを含め、戦略的で説明責任のあるリーダーシップと意思決定活動を示す上級専門家 PPV アドバイザーの役割を担っています
役割や活動の例	オンライン調査／パブリックコンサルテーション デジタル回答者／コメント／オープンアクセスパブリックミーティングへの参加 - 例：年次総会または「出店」タイプの活動 (例：ショッピングモールでの情報ブース) 私たちから情報を受け取る人 (例：e 公報への登録)	サービスユーザーや一般の方々の意見やコメントを得るためのワークショップ、イベント、円卓会議。例えば、特定の政策提案・政策の選択肢について一般市民が意見を述べるイベント、またはケアの経験に関するサービスユーザーのフィードバックを聞いたり、提案された新しい仕様や政策について意見を述べているワークショップのイベント	諮問グループのメンバー、ワーキンググループまたは Task & Finish Group NHS イングランドの若者のフォーラムのメンバー、高齢者相談役のメンバー、学習障害と自閉症の諮問グループのメンバー 役割3 採用方法：提出書類の審査等	全国臨床レファレンス・グループのメンバー、個別資金要求パネルのメンバー、または正式に合意された共同制作フォーラム、研修の実施、採用パネルへの参加、調達パネルのメンバー、NHS イングランドの事業優先度プログラム理事会のメンバー (例：NHS シーズン)、全国臨床優先度諮問グループのメンバー、全国監督グループのメンバー 役割4 採用方法：提出書類の審査、候補者に対する面接等
応募プロセスは必要ですか	ありません 一般の方誰でも	申請は必要ありませんが、イベントやワークショップには登録プロセスがあります	はい (軽度・要件に比例して、通常、短い用紙での関心表明) (テンプレートはイントラネットで入手可能)	はい - 申請書の提出と、最終候補者との面接が含まれます (テンプレートはイントラネットで入手可能です)
役割に推薦状は必要ですか	いいえ	いいえ	通常は必要ありませんが、委員会の性質によっては要求されることがあります	はい
採用通知は必要ですか	いいえ	いいえ	はい	はい
利益の申告用紙は必要ですか	いいえ	いいえ	はい - 通常は会議での口頭での宣言となりますが、グループの業務内容によっては宣言書が必要となる場合があります。	はい - 署名された用紙が必要です。NHS イングランドの業務遂行基準の条件に従って、さらに会議での口頭での宣言を行います。
必要な経験・スキル	一般の方誰でも	議論されている問題に関する経験や知識を持っている者	議論されている問題についての経験や知識 健康改善を支持した経験、状況を判断するのに批判的思考法を用いて難しい質問ができる能力、さまざまな情報や証拠を理解し評価する能力、関連する PPV ネットワークを持つ者 役割4 トレーニング：採用された市民・患者には、役割に応じた研修の受講等が求められる	役割3の役割に加え・・・ 上級管理職レベルで複数のステークホルダーとのやりとり 地域または国の医療フォーラムにおいて、患者や市民の声を代表した経験がある者 医療機関やプログラムとパートナーシップを組んだ経験がある者 健全な判断力と客観性を発揮できる者 自分の意見を述べるだけでなく、より広いコミュニティや患者グループを代表して意見を述べることができる者。一部の委員会では、国家戦略の策定、国家的な患者擁護活動、複雑な意思決定の経験が求められる場合があります。
役割に必要なトレーニングはありますか	ありません	ありません	NHS イングランドに初めて参加する PPV パートナーのために、オリエンテーションのための Webex (またはコミュニケーションを必要とする人のための代替のオリエンテーションのサポート) を行います。ウェルカムパックを送付します。PPV パートナーは、参加ハブを使用して関心のあるリソースを確認することが推奨されます。	役割3に加えて、NHS イングランドにおける特定の PPV 役割のための必須トレーニングが採用バックに記載されます。以下の1つまたは複数を含む可能性があります ・情報ガバナンス ・平等性と多様性 ・セーフガードレベル 1

出典：" NHS England Patient and Public Voice Partners Policy", NHS Public Participation team, July 2017

(2) 米国：食品医薬品局（FDA）における患者参画

委員の選考プロセス：米国 FDA

	具体的な内容
設置機関	保健福祉省 食品医薬品局（Food and Drug Administration; FDA）
根拠法	2012年に成立した「FDA 安全及びイノベーション法（FDASIA）」の第XI章 第1137条で、「医薬品等の承認審査の段階において、申請者とFDAとの会合に患者参加を認めるなど、患者の視点を取り入れる方策を検討する」と明記されている。2014年12月にパブリックコメントを募集して確率されたのが「患者代表プログラム（FDA Patient Representative Program）」である。
患者代表の役割	①FDAの諮問委員会で意見陳述すること ②患者に潜在的なリスクを凌ぐベネフィットがあるかどうかを医師や科学者が確認する審査部門にコンサルタントとして加わること ③FDA主催の会合や疾患特異的な事項、規制、健康を扱うワークショップに演者として加わること
患者代表の待遇	特別連邦政府職員（a special government employee）
患者代表の構成人数	300人超
患者代表の申請条件	18歳以上の米国民であり、以下の条件を満たす者とする。 ・当該疾患に関する患者または主たる介護者としての経験を有する ・他の患者の関心事項を代表できる客観性を有する ・自分たちの視点とコミュニティの視点を疎通させることに意欲がある ・当該疾患に関する治療の選択肢と研究の状況に関する知識がある ・自身あるいは近親者に金銭面または倫理面での利益相反状態にない者
患者代表の選考方法	申請を希望する者は、以下について論述して応募する。 ①患者あるいは介護者としての経験談（志望する理由、その経験をもとに候補者として選定された場合に予想される心境を含む） ②当該疾患に関するアドボカシー活動の経験（当該疾患の患者の健康や福祉向上にどう貢献したいかを含む） ③職歴とボランティア経歴（職務経歴と当該疾患に関するボランティア活動の経歴を含む） ④患者の視点を代表し意思疎通する能力の説明（関連諸団体との関係、フォーラムへの参画、スピーチの経験、論文・書籍・ブログ・ウェブサイトの筆者あるいは編者としての経験等）
患者代表の支援体制	患者代表を支援するための OHCA（Office of Health and Constituent Affairs）が Patient Education Network（PEN）を運営し、FDA.GOV 上に専用コンテンツを用意し、イベント開催情報や過去のウェビナー、FDA への意見陳述の方法等を示している他、隔月で Patient Network News を発行し、新たに承認された製品、主に医薬品添付情報の変更、既承認製品の新たな安全性情報等を提供している。また、Patient Network Meetings を開催し、承認審査のプロセスを学ぶ機会を提供している。

出典：米国食品医薬品局の Web サイト（<https://www.fda.gov/patients/learn-about-fda-patient-engagement/how-apply-fda-patient-representative-program>）を当ワーキンググループにて一部訳出・作成

米国食品医薬品局（Food and Drug Administration: FDA）では、1990年代前半より患者代表者がアドバイザー委員会等に参画する機会が設けられるようになった。「Patient Representative Program」と呼ばれるこのような制度が整備されることによって、患者関係者は300を超える疾患の医薬品等の審査の過程において「患者の声」を意思決定に反映させるようになったとされる。

同プログラムにおいて採用された患者代表委員は連邦政府の職員としての位置付けがなされており、新任の委員には薬事行政に関わる諸制度について必要な知識を得るためのセミナー等のトレーニングへの参加の機会が提供される。採用に際しては、①患者あるいは介護者としての経験のほか、②過去におけるアドボカシー活動（権利擁護のための提言活動等）への貢献やボランティア活動に関わる経歴、③患者代表としての説明能力（スピー

チ／文書執筆能力等）等への評価に基づく選考がなされている⁶⁴。

2012 年の「FDA 安全及びイノベーション法（Food and Drug Administration Safety and Innovation Act：FDASIA）」の成立以降、FDA は医薬品・医療機器の開発プロセスへの患者参画の取組の一層の強化を図っており、例えば「Patient Focused Drug Development Initiative」と呼ばれるプログラムにより、5 年間で 20 の疾患に関わる公開ミーティングが開催され、その結果を報告書（「The Voice of Patient Report」）に取りまとめ、公表している⁶⁵。

日本においても、例えば一部の都道府県において「がん対策推進協議会」の委員の公募が行われているが、必ずしもがん治療等に関わる経験や、患者ニーズを伝達するコミュニケーション能力等が求められているわけではない。また、がん対策推進協議会（厚生労働省）における委員委嘱の過程の詳細は公開されておらず、委員に期待される能力や役割に関わる考え方を含めて、その公開性は決して高いとは言えない。

患者・市民の政策づくりへの参画 青森県による委員公募のケース

青森県がん対策推進協議会委員の公募について

県では、県民の皆様のご意見を広くお聞きし、本県のがん対策行政に反映させていくため、「青森県がん対策推進協議会」の委員を募集します。

1 募集人員

1名

2 応募資格

次の要件を満たす方
(1) 青森県内に在住し、応募日現在で満20歳以上の者
(2) 平日に青森市で開催される協議会（年2回程度）に出席できる者
(※ただし、県または市町村協議会の議員、公務員は除きます。)
(※今年度は9月15日（水）18時～19時30分の開催予定です。)

応募資格

次の要件をすべて満たす方

- ① 青森県内に在住し、応募日現在で 満 20 歳以上の者
- ② 平日に青森市で開催される協議会（年 2 回程度）に出席できる者

業務の内容等

- 「青森県がん対策推進協議会」は、本県のがん対策の推進に関する重要事項を審議します。
- 委員の任期は、委嘱の日から2年以内です。
- 協議会出席の際は、県の規定による報酬（日額 9,802 円）及び交通費等が支給

参考： <https://www.pref.aomori.lg.jp/soshiki/kenko/ganseikatsu/gantaisakusuishinkyougikaikoubou.html>

今後は、① がん治療の現状、患者の置かれている社会的環境に関して、経験に根差した知見を有するとともに、既存の制度への理解をベースとした実際的な提案を行政当局に行うことのできるがん経験者ないしはその家族等が患者代表委員として選任される、透明性・

⁶⁴ “How to Apply to the FDA Patient Representative Program”（出典： <https://www.fda.gov/patients/learn-about-fda-patient-engagement/how-apply-fda-patient-representative-program>）

⁶⁵ 日本製薬工業協会「患者の声を活かした医薬品開発－製薬企業による Patient Centricity－」2018 年（出典： https://www.jpma.or.jp/information/evaluation/results/allotment/lofurc0000005m95-att/patient_centricity.pdf）

公平性の担保された委嘱の制度を整えていくこと、② 研修等を通じて、そのような会議体に参加する患者代表者を支援する環境を整えていくことが、重要となっていくであろう。

4. 課題：患者の抱える社会的課題への対応のあり方

～ 「脳卒中・循環器病対策基本法」の成立等を踏まえて ～

「第二期がん対策推進基本計画（期間：2012～16 年度）」は、がん患者の直面する社会的課題について以下のように記し、その対策を強化する方針を示した。

「がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や仕事と治療の両立が難しいなど社会的苦痛も抱えている。このため（略）がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、『がんになっても安心して暮らせる社会の構築』を実現することを目標とする。」

がん患者の就労を含めた社会的な問題への対策の経緯

2012年6月 (平成24年)	第2期がん対策推進基本計画閣議決定 ・重点的に取り組むべき課題に「働く世代や、小児へのがん対策の充実」 ・分野別施策に「がん患者の就労を含めた社会的な問題」を追加
2013年4月 (平成25年)	「がん患者の就労に関する総合支援事業」(平成 25 年度～) 「治療と職業生活の両立等の支援対策事業」(平成 25 年度～) 「がん患者等に対する就職支援モデル事業」(平成 25～27 年度) 開始
2014年2月 (平成26年)	「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」(計 5 回) 開催
2014年8月 (平成26年)	「がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会」報告書とりまとめ
2015年6月 (平成27年)	「がん対策推進基本計画中間評価報告書」とりまとめ
2015年12月 (平成27年)	がん対策加速化プラン策定
2016年2月 (平成28年)	「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」公表
2016年4月 (平成28年)	「がん患者の就労に関する総合支援事業」「治療と職業生活の両立等の支援対策事業」を引き続き実施 ハローワークが拠点病院等と連携して行う「がん患者等に対する就職支援事業」を全国展開

出典：厚生労働省 Web サイト
(<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000129851.pdf>)

この第二期基本計画の期間中より、政府・厚生労働省は特に就労支援に力点を置き、「がん患者等に対する就職支援モデル事業」等の施策を推進してきた。また、第三期がん対策推進基本計画（期間：2017～22 年度）からは、若年のがん患者に対して、生殖機能の温存に関わる支援等を強化する観点から「小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」等の取組が展開されている。

がん患者の直面する就労をはじめとした社会課題への政策対応は着実に強化が図られてきた。今後もその政策的なアウトカム（成果）の評価並びに施策の改善が継続的に行われる

ことが期待される。

また、今後は「脳卒中・循環器病対策基本法」⁶⁶の制定等を受けて、がん以外の慢性疾患に関しても、患者の抱える社会的課題への政策対応の強化が国に強く求められていくことが予想される⁶⁷。高齢化の進展に伴い、がん以外の慢性疾患／生活習慣病（例えば糖尿病や心疾患）を抱えながら生きていく患者も増加していくことが予測される。がんを含めた慢性疾患の患者の直面する社会的課題への政策対応は、今後、その重要性を増していくものと考えられる。

このような社会環境の変化を踏まえるならば、がん対策と他の慢性疾患／生活習慣病に関わる社会的課題の解決に向けた取組を協調的に検討し、効率的な支援体制づくりに取り組むことが重要であると考えられる。

例えば、関係者の努力により、学校教育において広まりを見せている「がん教育」に関しては、将来においては「健康教育（Health Education）」に包摂された形を目指すことも考えられる。米国においては、疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）が1995年、米国がん協会（American Cancer Society : ACS）等との連携により「全国健康教育基準（National Health Education Standard）」を制定し、学校教育への展開を図っている⁶⁸。日本においても子どもたちに、その発達段階に応じて、疾病予防に関する基本的な考え方について学ぶとともに、がんを含めた慢性疾患のリスク（危険性）を低減する方策を知る機会が与えられることが期待される。

また、患者会等による患者アドボカシー（権利擁護のための提言活動等）の形態に関しても、今後はがん領域の患者団体と他の慢性疾患／生活習慣病の患者支援に取り組む団体が連携し、共通する課題について合同で政策提言等を行う動きが活発となることが期待される。一例として、欧州においては、疾患領域を超えた患者支援団体等が連携し、「慢性疾患を抱える患者の就労支援施策の強化を欧州連合並びに加盟国家に求める要望（Improving the employment of people with chronic diseases in Europe）」を発表している⁶⁹。日本においても、がんの関係団体を含めて、疾患領域を超えて、共通する社会的課題の解決に向けて取り組む情報発信・提言活動が広まることを期待したい。

⁶⁶ なお、正式名称は「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」である（参考：https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80ab6708&dataType=0&pageNo=1）

⁶⁷ 例えば、「循環器病対策推進基本計画（2020年10月）」においても、「治療と仕事の両立支援」等の社会的課題への対応の必要性について言及が為されている。（参考：<https://www.mhlw.go.jp/content/000688359.pdf>）

⁶⁸ 米国疾病予防管理センターWebサイトを参照（参考：<https://www.cdc.gov/healthyschools/sher/standards/index.htm>）

⁶⁹ 欧州連合／欧州委員会 Web サイトより（出典：https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf）

事例紹介：「健康教育」による慢性疾患リスクの低減 ― 米国

米国では疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）では米国がん協会（American Cancer Society: ACS）等との連携により、健康教育の学習目標である「全国健康教育基準（National Health Education Standard）」を設定している。

全米保健教育基準

全米保健教育基準（NHES）は、未就学児から12年生までの全学年の生徒を対象に、健康を高めるための行動を確立し、促進し、支援するために作成されました。NHESには、教師、管理者および政策立案者がカリキュラムを設計または選択し、教育資源を配分し、生徒の達成度と進歩を評価する際の枠組みが記載されています。重要なのは、NHESが生徒や家族、地域社会に、保健教育に関する明確な目標事項を提供しているということです。

1995年に初めて発表されたNHESは、1990年代はじめに米国各地の教育指導者が他の教育分野を対象に作成していたいくつかのモデル基準を受けて作成されました。NHESを作成するにあたって、**米国がん協会の支援により「全米保健教育基準に関する合同委員会」**が設立されました。委員会のメンバーは次の通りです。

- ・ 米国公衆衛生学会（APHA）
- ・ 米国学校保健協会（ASHA）
- ・ 米国保健教育協会（AAHE）

過去数十年の間にNHESは保健教育の参考資料として受け入れられるようになり、ほとんどの州で基準を導入する際の枠組みとなっています。2004年に始まったレビュープロセスでは、初版の影響力と有効性を認め、10年以上にわたって全米で利用されてきたことを考慮してNHESの改定が行われました。「第2版全米保健教育基準―確実な達成に向けて」では、保健教育の前向きな成長を強化し、学校や地域社会が保健教育の確実な達成に向け努力を継続することが約束されています。

健康基準について

NHESには、自分、家族、地域社会の健康を促進するために、2年生、5年生、8年生、12年生で知るべきこと、できるようになるべきことについて学年ごとの目標事項が記されています。

- 基準1** 生徒は、健康を高めるためにヘルスプロモーションと疾病予防に関する概念を理解できるようになる。
- 基準2** 生徒は、家族、仲間、文化、メディア、技術などの要因が健康行動に及ぼす影響を分析できるようになります。
- 基準3** 生徒は、健康を高めるために正しい情報、製品、サービスにアクセスできるようになる。
- 基準4** 生徒は、健康を高め、健康リスクを避けたり減らしたりするために対人コミュニケーションスキルを利用できるようになる。
- 基準5** 生徒は、健康を高めるために意思決定スキルを利用できるようになる。
- 基準6** 生徒は、健康を高めるために目標設定スキルを利用できるようになる。
- 基準7** 生徒は、健康を高めるための行動を実践し、健康リスクを避けたり減らしたりできるようになる。
- 基準8** 生徒は、自分、家族、地域社会の健康を主張できるようになる。

出典： <https://www.cdc.gov/healthyschools/shape/standards/index.html>より日本語検討WGにて訳出

未就園児から 12 年生（日本：高校 3 年生）までの児童を対象とするこの教育基準では、8 つの領域において前頁のような具体的な目標が定められている。米国では州によって義務教育のシステムが異なるが、全米の 6 割以上の学校がこの目標に沿った健康教育を行っている⁷⁰。

我が国では、消化器や循環器など、体の基本的な知識について学ぶ機会は限られ、また健康に影響を与える要素に関しても、学校場で学習する機会も極めて限られることから、日本においても、がんを含めた慢性疾患に罹患する可能性を低減するための方策を知り、学ぶ機会が子どもたちの発達段階に応じて提供されることが期待されよう。

⁷⁰ 中山和弘 教授（聖路加国際大大学院 看護学研究科看護情報学分野）等の執筆・運営による「健康を決める力」Web サイトを参照（参考：https://www.healthliteracy.jp/senmon/post_26.html）

4) 提言：次の15年に向けた5つの提案

本白書では、我が国のがん対策の15年がもたらした成果と、残された課題を踏まえて、日本におけるがん対策をさらに前進させるため、以下のような新たな取組を進めていくことを、政府・民間の関係者に広く提案したい。

A) 基本計画のあり方の見直し：がん対策推進基本計画における定量的な目標の設定を

- ・ 「がん対策推進基本計画」において、対策のアウトカム（成果）の評価・検証を行えるよう、5年生存率等を含めて、数値目標を設定することが望ましい。政府内においても証拠に基づく政策立案（Evidence Based Policy Making）の重要性や「ロジックモデル」⁷¹導入の必要性等が指摘されていることから、がん対策においてもエビデンス（科学的根拠）に基づく評価が可能な政策体系を目指すことが期待される。
- ・ 国際比較の観点から、特に生存率の劣後しているがん種の状況の改善に向けた取り組みの強化が目標として示されることが望ましい。
- ・ 都道府県の「がん対策推進計画」においても、数値目標を設定し、政策としてのアウトカム（成果）評価の可能な体系を目指すことが期待される。

B) 都道府県庁の強化：政府・民間の支援により都道府県の「政策立案・評価機能」向上を

- ・ 都道府県の罹患率等に格差が存在し、同時に都道府県のがん対策の立案に係る組織体制等にも明らかな差異が見られることから、例えば、米国の疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention: CDC）による地方政府へのがん対策の立案・評価の支援の取組等を参考としつつ、日本においても都道府県の政策立案機能の向上に向けた政策的措置の一層の強化が図られることが期待される。
- ・ 特に75歳未満年齢調整死亡率等の数値において、他の都道府県に大幅に劣後する状況にある地域に関しては、がん対策の強化が強く期待されることから、政府においてもそのような都道府県への重点的な財政支援等のあり方を検討することが望まれる。

C) 患者参画の環境改善：透明性・公平性の担保された選任制度、支援体制の整備を

- ・ 国及び地方における「がん対策」の立案過程への患者参画に関しては、例えば米国食品医薬品局（Food and Drug Administration: FDA）や英国国立医療技術評価機構（National Institute for Health and Care Excellence: NICE）／国民保健サービス（National Health Service: NHS）等、先進主要国の患者参画の取組も参考としつつ、① 患者代表委員の委

⁷¹ 「ロジックモデル」とは、ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理的な因果関係を明示したものである（参考：https://www.mext.go.jp/a_menu/hyouka/kekka/060322711/002.htm）。その起源は1960年代後半、米国国際開発庁が開発した「ロジカル・フレームワーク」であるとされている。当初の目標に対する達成度を評価することを目的とするもので、①「目標」、「目的」、「産出」、「活動」それぞれの目標レベルと、②各レベルに対応する指標が事前に設定され、③評価時に各指標の達成度とその要因が判断され、記入されるというものである（参考：https://www.mof.go.jp/pri/research/discussion_paper/ron280.pdf）。

嘱に係る基準や手続き等について、より透明性・公平性等の担保される制度を目指すとともに、② 患者・家族代表委員への研修や情報提供などに関わる支援体制の充実を図ること等が強く期待される⁷²。

- ・ 2009 年より、一部民間団体⁷³により都道府県がん対策推進協議会（およびそれに該当する会議体）の患者関係委員や都道府県庁のがん対策担当者、国会議員や県議会議員等が参加し、情報を共有するとともに、対策のあり方を議論する「がん政策サミット」が開催されてきたが、2021 年にこの活動が終了したことにより、全国の都道府県庁のがん対策担当者等の情報共有・研修の場はさらに限られたものとなってきた。今後、同種の取り組みが行政や企業等の支援によって再開されることが強く期待される。

D) 研究開発・治療開発の強化：基本計画により目指すべき方向性、目標の提示を

- ・ がん患者の死亡率等の改善には、がんの早期発見や個人の行動変容による予防と並び、医薬品等の研究開発・治療開発が極めて重要である⁷⁴。
- ・ がん対策推進基本計画は「がん研究 10 か年戦略」等の上位計画に位置することから⁷⁵、研究開発・治療開発に関して、その課題や政策的な方向性をより明確に発信することが期待される⁷⁶。そのような観点から、「第四期がん対策推進基本計画」の策定に向け、例えば、がん対策推進協議会において 2011 年度から 12 年度にかけて開催された「がん研究専門委員会」における検討を再開すること、患者支援団体関係者ががん研究を取り巻く課題について意見交換を行う「リサーチ・アドボケート専門部会（仮称）」等の場を新たに設けることが強く期待される⁷⁷。

⁷² 前述の通り、英国（NHS England）においては、患者関係者の政策形成への参画に関して、その公募、選考、委嘱等の過程が公表されており、透明性・公平性の担保が図られるとともに、患者関係者が政策形成に係る議論にスムーズに参加していけるよう、政策に関わる情報・知識の習得を支援する観点から、トレーニングの機会が提供されている。我が国の政府や地方自治体においても、透明性・公平性の担保されたシステムティックな体制・制度の整備が進むことを期待したい。また、日本においても海外と同様に公的機関による患者関係者のトレーニングの機会が提供されることを強く期待されよう。民間の非営利団体等による、患者関係者が政策形成に係る議論にスムーズに参加していけるような支援体制の構築も極めて重要であろう。

⁷³ かつて NPO 法人 日本医療政策機構 市民医療協議会は「がん対策」に関する政策提言を行う「がん政策サミット」を開催、その場には都道府県がん対策推進協議会（およびそれに該当する会議組織）の患者関係委員に加え、都道府県庁のがん対策担当職員、国会議員や県議会議員も参加していたとされる。2015 年より、NPO 法人がん政策サミットが当該事業を継承し、都道府県におけるがん対策の推進に民間の立場より一定の貢献をしてきた。

⁷⁴ 例えば、David Cutler 教授（ハーバード大学経済学部）が CISNET（Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network）により開発された、個々の病態推移を擬似データとして再現するマイクロ・シミュレーションモデルを活用して行った研究によれば、4 つのがん種に対する、「がん検診」の効果（35%）、禁煙を中心とする個人の「行動変容」（23%）に加えて、「医療技術（及びその進歩）」（20%）により、1990 年から 2004 年までの米国におけるがん死亡率の低下要因の 78% が説明できるとされる。

⁷⁵ 前述の通り、「根治」を重視したがん対策が結果として「がん難民」を生んでしまったことへの反省が、「がん対策基本法」制定の背景にあったことから、同法に基づくがん対策推進基本計画は患者の QOL の改善や、患者の生活に関わる社会的課題の解決を重視し、一方で研究・治療開発への言及は乏しく、この領域は下位計画である「がん研究 10 か年戦略」等に委ねられる傾向が見られる。

⁷⁶ オバマ大統領（当時）が「米国をがんの治癒する国にしよう」と述べ、Precision Medicine Initiative 等の政策を推し進めたことは、中央政府のがん対策における今後の役割を考える上で示唆的である。（再掲：<https://www.mixonline.jp/tabid55.html?artid=53629>）

⁷⁷ 例えば、米国の国立がん研究所（National Cancer Institute, NCI）は、「NCI リサーチ・アドボケート協議会」（The NCI Council of Research Advocates, NCRA）を運営しており、米国連邦政府における唯一のアドボケートのリーダーを

E) 社会的課題への新たな視点：疾患の壁を超えた心理社会的課題への対策の検討を

- ・ がん患者をとりまく治療と就労の両立をはじめとする社会的課題には、がん以外の疾患を抱える患者も直面する課題も多く見受けられる。2015 年 9 月の国連サミットで採択された「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals: SDGs）」において「2030 年までに、非感染性疾患（Non-Communicable Diseases: NCDs）による早期死亡を、予防や治療を通じて 3 分の 1 減少させ、精神保健および福祉を促進する」と掲げられている。
- ・ いわゆる「脳卒中・循環器病対策基本法」の成立等も踏まえ、がん以外の慢性疾患／生活習慣病等の患者及びその関係者も共通して直面する心理・社会的課題への政策対応に関しては、他の疾患領域との協調的な政策形成、疾患の壁を超えた政策展開が、今後より一層進むことを期待したい。

集めた諮問委員会として、① がん研究を取り巻く諸問題に関する意見交換、② 国立がん研究所長官への助言、等を行っている。ただし、NCRA の委員への就任は、がん研究や政策に関する専門知識を有していることが要件となっている。（出典：「臨床研究等における患者・市民参画に関する動向調査報告書」平成 31 年、EY 新日本有限責任監査法人）

おわりに

「がん対策基本法」の成立から 15 年、日本のがん対策が大きく前進したことは明らかである。

しかし、地域間格差、一部がん種における低い生存率、患者・市民参画 (Patient and Public Involvement: PPI) のあり方など、さらに状況を改善していくべき、対応しなければならない課題は多い。そして、このような諸課題を我が国の官・民、専門家と国民の力によって解決していくには、政府により、明確な目標の示された戦略と計画の明示が極めて重要である。

諸課題の解決には、多くの国民の声を集め、反映していく過程もまた必要である。なぜならば我が国の医療提供体制は、終局的には国民のためにつくられるものであり、とりわけ、患者・家族の声を政策に反映させることは極めて重要である。

しかしながら、現在の政策決定プロセスにおいて、国民の声が十分に反映されているのか、そこには多様な見方があるであろう。医療政策の形成過程における患者・市民参画の意義が、患者個人のがん体験を語ることを超えて、患者のニーズ、医療の利用者としての国民のニーズを客観的なデータ等も含めて政府に伝えられる環境を築くことが重要である。本白書のとりまとめを契機として、例えばがん対策推進協議会の新任の患者代表委員の方々を含めて、科学的根拠を踏まえながら広く患者・国民の声を集約し、伝えていくための具体的な手法を学ぶ機会等の創出について、検討していきたいと考えている。

また、本白書において取り上げたように、近年、がん対策推進基本計画では数値目標がその施策の大部分において実質的に設定されなくなり、あるいは一部の施策は全体目標の達成との関係性が不透明なものも散見される。世界保健機関 (World Health Organization: WHO) が掲げるがん対策の 4 本の柱である①予防、② 早期発見、③ 診断と治療、④ 緩和ケアに焦点を絞り、対策の評価と選択、重要な施策への政策的資源の集中的配分を行うことも検討されるべきである。本白書を契機として、本ワーキンググループにおいても、市民立場から、がん対策推進基本計画に基づき展開されている対策のインパクト等の評価に貢献をしたいと考える。

本白書作成の契機となったのは、世界各国でがん治療における効率の改善の必要性を受けて、政府と民間が共に取り組むべく発足したプラットフォーム All.Can national initiative の取り組みであり、その活動に敬意を表したい。今後の日本におけるがん対策の無駄を省く市民の立場での検証活動の継続において All.Can national initiative との連携を模索したい。本ワーキンググループの事務局を担った認定 NPO 法人がんサポートコミュニティーとし

ては、本白書の作成を一つの起点として、日本における患者団体、政策立案者、医療従事者、研究機関及び業界関係者によって緩やかに連携して継続的に議論できるプラットフォームを創設し、議論を継続していきたい。そのプラットフォームを維持していくための事務局として、米国 Cancer Support Community 傘下に創設されたシンクタンク Cancer Policy Institute をモデルとした国内組織を認定 NPO 法人がんサポートコミュニティ内に 2022 年 1 月 31 日に新設し、マルチステークホルダー - 多様な主体の連携 - によるがん対策のさらなる改善に向けた取組を促進していきたい。

最後に、本白書の作成に向けた調査等の段階において、ご協力をいただいた製薬企業各社、関係団体の皆様に心より御礼を申し上げたい。

本白書、そして新たに設けられるプラットフォームが、我が国のがん対策に関わる議論をより豊かなものとするに役立つならば、関係者にとっては望外の喜びである。

参考文献

(一部、脚注にて記載の文献は除く)

1. 主に「がん対策基本法」に関する文献 等

- 梶山知唯「がん対策を総合的かつ計画的に推進する」『時の法令』2006年9月30日, pp.23-36
- 渡邊圭彦「がん対策の一層の推進」『時の法令』2017年7月30日, pp.14-24
- 小林仁「がん対策基本法の意義とがん医療の課題～立法過程からみた取組の方向性～」『日本外科学会雑誌』第109号第1巻, 2008, pp.37-44
- 本田麻由美「メディアからみたがん対策基本法－医療政策決定への患者の主体的参加－」『腫瘍内科』第2号第1巻, 2008年, pp.54-58
- 本田麻由美「がん対策の推進と国民・患者参画－法制定に患者の声が果たした役割－」『保健医療科学』第57号第4巻, 2008, pp.362-365
- 柳澤明浩「がん対策基本法で何が変わるか?」『がんサポート』2007年5月, pp.14-17
- 西條長宏ほか「がん対策推進基本法を国民に還元するための努力」『Cancer Frontier』Vol.9, 2007, pp.6-18
- 「第1回がん患者大集会の背景 がん患者と家族の孤独、その願い」『看護学雑誌』2005年10月, pp.1040-1045
- 「がん難民をなくすためにがん患者団体が望むがん対策－がん対策基本法とがん対策推進計画以降－」『腫瘍内科』第2巻第1号, 2008年, pp.46-53
- 小野寺理「法制執務コラム集 基本法」『立法と調査』第209号, 1999年1月

2. 主に「がん対策推進基本計画」に関する文献 等

- 山口健「第3期がん対策推進基本計画」『腫瘍内科』第21号第2巻, 2018年2月, pp.227-235.
- 正林督章「がん対策推進基本計画 中間評価と今後の方向性」『Monthly IHEP』246号, 2015年10月, pp.5-12.
- 埴岡健一「日本のがん対策：第一期がん対策推進基本計画期間（2007～2011年度）の総括と第二期期間（2012～2016年度）への展望」『保健医療科学』第61巻第6号, 2012, pp.524-542
- 「がん対策推進基本計画の変遷」『経済の進路』666号, 2017.9, pp.15-18
- 「がん対策推進基本計画 中間評価報告書」厚生労働省がん対策推進協議会, 2015年
- 「次期基本計画の全体目標について（第63回がん対策推進協議会 事務局説明資料）」厚生労働省, 2016年
- 「指標に見るわが国のがん対策」国立がん研究センター, 2015年11月
- 「がん対策に関する行政評価・監視 結果報告書」総務省行政評価局, 2016年9月

- 「がん対策推進基本計画（第1期）」厚生労働省, 2007 年 6 月
- 「がん対策推進基本計画（第2期）」厚生労働省, 2012 年 6 月
- 「がん対策推進基本計画（第3期）」厚生労働省, 2017 年 10 月
- 「がん研究 10 か年戦略」文部科学省・厚生労働省・経済産業省, 2014 年 4 月

3. 主に「地方におけるがん対策」に関する文献 等

- 田辺和俊・鈴木孝弘「都道府県別全がん死亡率に及ぼす生活習慣要因の影響度分析」『厚生指針』第 65 巻第 12 号, 2018 年 10 月, pp.15-21
- 池上匡「都道府県別のがん死亡率は喫煙率と相関する」『厚生指針』第 66 号第 4 巻, 2019 年 4 月, pp.43-46
- 岡本光樹「東京都受動喫煙防止条例と健康増進法改正の成立」『日本禁煙学会雑誌』第 13 巻第 4 号, 2018 年
- 今井博久ほか「都道府県がん対策推進計画の現状と第二期への期待」『保健医療科学』第 61 巻第 6 号, 2012 年, pp.584-589
- 福田吉治・今井博久「先進事例から学ぶ都道府県のがん対策：がん予防を中心に」『保健医療科学』第 61 巻第 6 号, 2012 年, pp.590-597
- 埴岡健一「地域差指標データをどう“均てん化”に結びつけるか」2017 年 4 月 (<http://ohem.jp/seminar/data/20170422.pdf>)
- 埴岡健一「他都道府県の好事例よりがん対策を学ぶ」2013 年 8 月, 奈良県がん対策推進協議会 (http://www3.pref.nara.jp/gannet/secure/4791/h25_1_siryoku2.pdf)
- 田淵健「東京都地域がん登録の事業報告と届出について（東京都地域がん登録事業実務者担当者研修会資料）」2013 年
- “「がん」の地域格差”日本経済新聞社, (<https://vdata.nikkei.com/newsgraphics/health-expenditures-topics3/>)
- 「都道府県がん対策推進事業」2017 年, 厚生労働省 (https://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h29_jigyoku02a_day2.pdf)
- 「第三期 青森県がん対策推進計画」2018 年 3 月, 青森県
- 「第 2 期 信州保健医療総合計画」2020 年 3 月, 長野県
- 「第 3 期 奈良県がん対策推進計画」2018 年 3 月, 奈良県
- 「第 12 回 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」（2019 年 11 月 13 日更新）国立がん研究センターがん情報サービス Web サイト (https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/lc01/20190710.html)
- 「都道府県がん対策カルテ 2017」NPO 法人がん政策サミット, 2017 年 5 月
- 「都道府県がん計画中間評価実施に関するアンケート集計レポート」NPO 法人がん政策サミット, 2019 年 10 月
- 「がん対策の 47 都道府県格差と好事例」NPO 法人日本医療政策機構, 2008 年 10 月

(https://hgpi.org/en/wp-content/uploads/sites/2/20081010MWS_gijiroku.pdf)

4. 主に「がん生存率の国際比較（世界における日本の位置）」に関する文献 等

- 「がん生存率の推移に関する大規模国際共同研究 2000-2014 年に診断された 3,750 万症例の 5 年生存率を公表」(2018 年 2 月 20 日更新), 国立がん研究センターWeb サイト (https://www.ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2018/0220/20180220.pdf)
- 松田智大「世界のがん生存率から日本の現状を読み解く」『週刊医学界新聞』第 3269 号, 2018 年 4 月 16 日 (https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03269_03)
- 「がん登録・統計」国立がん研究センターがん情報サービス Web サイト (https://ganjoho.jp/reg_stat/index.html)
- 「がん死亡率・がん検診受診率の国際比較」国立がん研究センターがん情報サービス Web サイト (https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2009/fig21.pdf)
- 「部位別がん生存率の国際比較」国立がん研究センターがん情報サービス Web サイト (https://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2008/fig20.pdf)
- OECD (2017), *Health at a Glance 2017*, Paris
- OECD (2019), *OECD REVIEWS OF PUBLIC HEALTH: JAPAN*, Paris
- Claudia Allemani et al (2018) “Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries” *The Lancet*
- Roy, Avik “The Myth of Americans' Poor Life Expectancy” *Forbes*, 23 Nov. 2011 (<https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2011/11/23/the-myth-of-americans-poor-life-expectancy/#11a733b62b98>)

5. 主に「海外におけるがん対策」に関する文献 等

- 「レポート 世界のがん計画」(2011 年 1 月 18 日更新), がん政策情報センターWeb サイト (http://ganseisaku.net/gan_world_cancer_control.html)
- 黒木登志夫「21 世紀、がんを克服するためには何が必要かーがん予防と難治性がん対策の重要性ー」『日本消化器病学会雑誌』第 99 巻第 12 号, 2002 年, pp. 1423-1427
- 中村正和「国レベルのアドボカシー：研究成果を活用したたばこ政策への提言」『日本健康教育学会誌』第 23 巻第 3 号, pp. 224-230
- 「癌罹患率および死亡率の低下が連邦年次報告に発表」2008 年 12 月 9 日 (<https://www.cancerit.jp/8957.html> 及び <https://www.cdc.gov/media/pressrel/2008/r081125.htm>)
- 「ユタ州では、地域をあげたキャンペーンが奏功 米国一のがん計画はどこ？」
がんナビ, 2008 年 1 月 22 日
(<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200801/100110.html>)

- 「45 年間、10 兆円を使った米国「ガン戦争」の悔しすぎる顛末とは」クーリエ・ジャポン, 2016 年 12 月 17 日 (<https://courrier.jp/news/archives/70624/>)
- 「米国 新たながん対策国家プロジェクト “Moonshot” 発足 がん研究に力」ミクス Online, 2016 年 1 月 26 日 (<https://www.mixonline.jp/tabid55.html?artid=53629>)
- 「アメリカの Precision Medicine Initiative」『JPMA NEWS LETTER』第 170 号, 2015 年 (http://www.jpma.or.jp/about/issue/gratis/newsletter/archive_after2014/70pc.pdf)
- 「日本のがん患者なぜ減らない 米国は減少、検診に差」日経電子版, 2019 年 3 月 12 日 (<https://style.nikkei.com/article/DGXMZO42090620W9A300C1EAC000/?page=2>)
- “National Cancer Act of 1971”, 米国 National Cancer Institute Web サイト
(<https://www.cancer.gov/about-nci/overview/history/national-cancer-act-1971>)
- “Legislative History Timeline”, 米国 National Cancer Institute Web サイト
(<https://www.cancer.gov/about-nci/overview/history/legislative-timeline>)
- Cutler, David (2008), “Are We Finally Winning the War on Cancer?” *Journal of Economic Perspectives*, vol. 22, no. 4, pp. 3-26
- Yu, Han et al (2018), “One Size Fits All? Disentangling the Effects of Tobacco Taxes, Laws, and Control Spending on Adult Subgroups in the United States, *Substance Abuse*”, vol.40, no. 2, pp. 1-30
- Lisa M. Wilson, Erika Avila Tang, et al (2012). “Impact of Tobacco Control Interventions on Smoking Initiation, Cessation, and Prevalence: A Systematic Review” *J Environ Public Health*
- 武村真治「イギリスにおけるがん対策の実態 – NHS Cancer Plan を中心に –」『保健医療科学』第 57 号第 4 巻, 2008 年, pp.351-355
- 小川俊夫「英国のがん政策と Cancer Network」『癌の臨床』第 56(2), 2010 年 2 月, pp.115-120
- 「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」2012 年 3 月, 健康保険組合連合会
- Kirby, Jane, “Britain sits at bottom of global league table for cancer survival rates”, The Independent 12 Sep. 2019 (<https://www.independent.co.uk/news/health/uk-cancer-survival-rates-bottom-world-league-table-a9101916.html>)
- NHS England (2017), *NHS England Patient and Public Voice Partners Policy*, London
(<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/08/patient-and-public-voice-partners-policy-july-2017.pdf>)
- Independent Cancer Taskforce (2015), *ACHIEVING WORLD-CLASS CANCER OUTCOMES A STRATEGY FOR ENGLAND 2015-2020*, London
- NHS England (2019), *The NHS Long Term Plan*, London

「がん対策の15年を振り返るワーキンググループ」構成員

- 渥美 隆之 認定NPO 法人がんサポートコミュニティ 理事長
- 石田 一郎 公益財団法人日本対がん協会 常務理事
- 大井 賢一 認定NPO 法人がんサポートコミュニティ 事務局長
- 小川 朝生 国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長
- 小野崎耕平 一般社団法人サステナヘルス 代表理事
- ◎垣添 忠生 公益財団法人日本対がん協会 会長／国立がんセンター名誉総長
- 片山 和宏 市立貝塚病院総長／元大阪国際がんセンター副院長
- 近藤 太郎 近藤医院院長／東京都医師会 元副会長
- 難波美智代 一般社団法人シンクパール 代表理事
- 福島 良典 毎日新聞社 論説委員長
- 村田 章吾 多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 フェロー
- (敬称略、50 音順、◎は座長)

事務局

- 大井 賢一 認定NPO 法人がんサポートコミュニティ 事務局長
- 村田 章吾 多摩大学 医療・介護ソリューション研究所 フェロー
- ーほか

(表紙等デザイン)

- 渡邊 英弘 埼玉工業大学人間社会学部 非常勤講師／デザイナー
- 田中 飛鳥 デザイナー



発行
がん対策総合機構

お問い合わせ
がん対策総合機構
東京都港区虎ノ門3丁目10-4 虎ノ門ガーデン214号室
認定NPO法人がんサポートコミュニティー内
TEL 03(6809)1825
FAX 03(6809)1826
URL <https://csc-japan.org/cpij/>