

がんに関する全国調査

—がん対策基本法成立から 20 年を迎えて—

日本医療政策機構

2026 年 4 月

目次

1. はじめに	2
2. エグゼクティブサマリー	3
3. がんの経験と相談行動	5
3.1 自身のがん経験 (Q4・Q5)	5
3.2 家族のがん経験 (Q6)	6
3.3 がん診断時の相談先 (Q7)	6
4. がん治療に関する知識	8
4.1 三大治療法の認知度 (Q8)	8
4.2 複数の専門医による診療体制の認知 (Q9)	9
4.3 緩和ケアの早期実施の認知 (Q10)	10
5. 医療機能の集約化に対する意識	12
5.1 集約化への賛否 (Q11)	12
5.2 集約化に反対の理由 (Q12)	13
5.3 遠方通院の許容条件 (Q13・Q14)	14
6. がん検診の受診状況	15
6.1 各がん検診の受診状況 (Q15)	15
6.2 がん検診の種別認知 (Q16)	16
6.3 職場検診情報の自治体共有 (Q17)	17
7. がんゲノム医療および遺伝子関連検査への意識	19
7.1 がんゲノム医療の認知度 (Q18) と説明理解度 (Q19)	19
7.2 遺伝子パネル検査を治療のより早い段階から公的保険で実施できることへの賛否 (Q20)	20
7.3 消費者向け遺伝学的検査 (Q23)	21
8. 医療費と制度に関する意識	23
8.1 高額療養費制度の認知度 (Q27)	23
8.2 高額療養費制度の維持方策 (Q28)	24
8.3 先進的な治療の費用負担に対する考え (Q24)	25
8.4 がん検診・予防医療への公費投入 (Q25)	26
8.5 混合診療拡大への考え (Q26)	27
8.6 公的保険の方向性 (Q29)	28
9. 政策提言：患者・当事者、市民を起点とした政策推進に向けて	30
9.1 情報提供体制の強化と多層的な発信戦略の推進	30
9.2 検診のデータ一元化と受診率の向上	31
9.3 がんゲノム医療に関する理解促進	32
9.4 医療機能の集約化と患者支援体制の整備の両立	33
9.5 持続可能な保健医療システムに向けた社会の合意形成	35
おわりに	36
付録 調査概要	37
謝辞	40

1. はじめに

2006年のがん対策基本法成立から20年、日本のがん対策は体系的な進化を遂げてきた。第1期がん対策推進基本計画（2007年～）では、がん診療連携拠点病院の整備、緩和ケア提供体制の強化、がん登録の充実など、がん医療の基盤整備が進められた。第2期（2012年～）では小児がん対策、がん教育、患者の就労支援が新たな柱に加わり、第3期（2018年～）では「がん予防」「がん医療」「がんとの共生」の3本柱のもと、がんゲノム医療の推進や希少がん・難治性がん対策が本格化した。続く第4期（2023年～）は「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す」との全体目標を掲げ、均てん化と集約化の調和、ライフステージに応じた対策、患者・市民参画、デジタル化を新たな論点に据えている。この20年で医療提供体制の整備も大きく進展し、5年相対生存率は向上した。

政策的な基盤整備と並行して、医療技術の面でも革新が加速してきた。個別化医療（Precision Medicine）やゲノム医療等の発展により、がん医療は患者一人ひとりの特性に応じた最適な治療を選択できる時代を迎えつつある。こうした高度な医療技術の応用範囲は、治療にとどまらず、予防・検診、さらには患者・当事者の意思決定支援へと拡大している。一方で、高齢化が進行する中で、医療技術の高度化は医療費の増大を不可避的に伴うため、国民皆保険制度のもとで、誰もが公平かつ持続的にその恩恵を享受できる仕組みをどのように設計するかは大きな政策課題として残されている。がんゲノム医療の保険適用範囲や費用負担、保険外併用療養費制度や民間保険との関係、そして2040年を見据えた医療提供体制における機能分担と集約化のあり方など、制度の受容性・公平性・持続可能性をめぐる論点は複層的に絡み合っている。

こうした状況を背景に、政策面では重要な動きが相次いでいる。2025年11月にはゲノム医療施策に関する基本的な計画が策定され、2026年には第4期がん対策基本計画の中間評価が行われ、第5期（2028年～）計画の策定に向けた議論も本格化する見通しである。2人に1人ががんを経験する日本の現代社会では、これらの論点はもはや個別の患者・当事者だけでなく、全ての市民に関わる問題となっている。だがその受け止めは、がん種、罹患経験の有無、社会経済状況によって大きく異なるのが実情である。そのため、制度設計を前に進めるうえでは、市民がこれら複雑な論点をどう認識し、何を期待しているのかを丁寧に把握することが不可欠となっている。

日本医療政策機構ではこれまで、がん個別化医療・ゲノム医療やがん医療の地域格差に関する提言活動のほか、患者・当事者や市民を含む多様な関係者との対話、行政府・立法府との意見交換を継続的に実施してきた。これらの活動を通じて、がん医療をとりまく諸制度の受容性、公平性、財政的な持続可能性といった本質的な論点について、現場や当事者の声に根ざしたより深い合意形成の必要性が繰り返し浮かび上がってきた。一方で、先行調査の多くは特定の医療技術や患者・当事者の医療ニーズに焦点を当てたものであり、市民全体が現行の制度や新たな医療技術をどのように受け止めているのかを横断的に捉える試みは限られてきた。

そこで本調査では、市民10,000名を対象に全国調査を実施した。がんに対する知識・経験、検診の受診状況、医療提供体制の集約化、がんゲノム医療、先進的な治療や医療費制度といった多様な論点について、市民の認知・意見・期待を広く問うことで、従来の先行調査では捉えきれなかった社会の実態を可視化することを主な目的としている。本調査結果を幅広く公表することで、社会的な議論を喚起するとともに、節目を迎えた日本のがん対策が市民の視点を反映しながらさらに進化していくこと、そして「誰一人取り残さない」より良いがん医療の実現に貢献することを期待する。

2. エグゼクティブサマリー

本調査は全国 10,000 名を対象に、がんに対する知識・経験、がん検診の受診状況、医療制度への意見、先進的な治療に対する意識等を広範に調べたものである。主な結果は以下の通りである。

【回答者の属性と調査結果の横断的傾向】

年代が若いほど「わからない／回答しない」の比率が高く、がん医療に関する政策議論への関与が低い傾向が確認された。例えば、公的保険の方向性（Q29）では「どちらともいえない」と回答したのが 70 代以上では 29.6%であったのに対し、20 代では 50.5%であった。性別では男性の方が「賛成」の回答がやや高く、女性は「わからない」の比率がやや高い傾向が見られた。居住地域規模別では、町村部・山間地域の住民は集約化への反対率（24.6%）が政令指定都市（20.7%）より高く、医療アクセスの格差に対する懸念が具体的に表れていた。

【がん罹患経験がもたらす横断的な差異】

本調査の最も顕著な発見の一つは、がん罹患経験（自身または家族ががんになった経験）の有無が、知識・態度・行動のほぼすべての領域にわたって大きな差異を生み出していることである。自身または家族にがん経験がある層（3,832 名、全体の約 38%）は、経験のない層と比較して、がん医療に関する知識水準、政策課題への意見形成の度合い、がん検診受診率のいずれにおいても顕著に高い傾向を示した。さらに、特定の政策課題に対する「わからない／回答しない」の比率も、がん経験の有無によって異なっていた。これは、がん経験が単に特定の立場への支持を強めるだけでなく、政策課題に対して「態度を形成する」ことそのものを促進している可能性を示唆している。

【治療に関する知識格差】

がんの治療法のうち、手術の認知計（「よく知っていた」＋「ある程度知っていた」の合計）は 65.6%、放射線治療は 58.5%、薬物療法は 58.4%であった。また、複数の診療科による診療体制（がん治療は高度化・複雑化しており、複数の診療科の専門医が関わる体制があること）についての認知率は 34.5%にとどまった。さらに、緩和ケアが治療の初期段階から行われることの認知率は 24.8%であった。

【医療機能の集約化に対する意識】

医療機能の集約化について、市民の約半数（47%）が賛成の姿勢を示した一方で、「わからない／回答しない」の判断保留層も 32%と 3 割を超え、世論として意見形成の途上にある状況が示された。反対層（22%）が挙げた理由として最も多かったのは「遠くへの通院による体力的負担」（60%）と「経済的負担」（47%）であり、通院に伴う身体的・経済的コストが集約化への最大の懸念材料となっていた。医療の質の向上と患者アクセスの両立をどのように設計するかが、今後の政策的課題である。

【がん検診の受診状況】

胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮頸がんの各検診において、対象年齢内で定期的に受診している割合は約 27～35%にとどまる一方、「一度も受診していない」も 3 割前後に達していた。第 4 期がん対策推進基本計画では、これらのがん検診の受診率について 60%を目標として掲げており、本調査の結果は現状の受診状況がこの目標から大きく乖離していることを示している。

【がんゲノム医療への関心と知識不足】

がんゲノム医療の認知率はわずか 5.2%（内容を含め知っている）であり、約 60%が「全く聞いたことがない」と回答。一方、調査中に示したがんゲノム医療に関する説明文に関しては 55.8%が理解を示し、遺伝子パネル検査を治療のより早い段階から公的保険で実施できることについては 56.2%が賛成した。ただし、早期保険適用に関する「わからない／回答しない」も 32.1%と高かった。認知の低さは関心の欠如ではなく情報に接する機会の不足に起因している可能性が高く、内容の理解を伴う情報提供のあり方が問われている。

【医療費と制度への意識】

高額療養費制度の認知率（「よく知っていた」「ある程度知っていた」の合計）は 51.0%であった。制度維持の方策としては「高所得者の自己負担上限の引き上げ」（41.0%）が最多であり、次いで「極めて高額な治療への別途負担」（21.7%）、「効果が十分に明らかではない治療の対象除外」（19.7%）が続いた。一方、一律の税・保険料増額への支持は低かった。「わからない／回答しない」も 26.2%に達しており、医療財政に関する市民の判断材料が十分でない現状がうかがえる。公的保険の範囲については「線引きや優先度を設けるべき」（41.8%）が「負担増でも充実すべき」（20.6%）を大きく上回った。年代別では、若年層ほど「どちらともいえない」が多く、20代では 50.5%が態度を保留していた。

上記の調査結果を踏まえて、以下の通り政策提言を行う。

- 1. 情報提供体制の強化と多層的な発信戦略の推進：**がん医療に関する市民の知識格差を踏まえ、厚生労働省・自治体・がん診療連携拠点病院・医療専門職団体が連携し、第 5 期がん対策推進基本計画に公的コンテンツの被引用や二次利用を評価する指標を追加するとともに、診断直後に確実に情報と支援が届く「プッシュ型」の提供体制を整備すべきである。
- 2. 検診のデータ一元化と受診率の向上：**職域と自治体を横断した検診データの一元管理に向けた全国共通の運用指針と標準様式を国が主導して整備し、退職・転居時の継続案内を徹底するとともに、世帯年収別の受診率や低所得層の未受診率を KPI に位置づけ受診格差の縮小を明示的な目標とすべきである。
- 3. がんゲノム医療に関する理解促進：**がんゲノム医療中核拠点病院等を中心に、標準的な情報資材を開発してがん診療連携拠点病院や自治体窓口を通じて広く市民に届ける仕組みを整備するとともに、診断時・治療方針決定時の説明プロセスを標準化し、認知率のみならず「理解率」を評価指標として重視すべきである。
- 4. 医療機能の集約化と患者支援体制の整備の両立：**交通手段の整備・交通費と宿泊費の公的支援・かかりつけ医との連携を一体的に推進し、遠方のがん医療機関への通院交通費を年齢や疾患によらず支援する世代横断的・広域的な公的制度の構築を、都道府県がん診療連携協議会等の議論も踏まえ、がん診療連携協議会を活用した地域の実情に応じた設計と併せて検討すべきである。
- 5. 持続可能な保健医療システムに向けた社会の合意形成：**医療費制度に関する国民的議論を実質化するため、高額療養費制度をはじめとする医療保険制度全体に対する基礎的な制度認知の向上と、世代の特性に応じた段階的な情報提供、市民とともに地域医療構想を議論する場づくりを通じて、社会的合意形成の土壌を醸成すべきである。

3. がんの経験と相談行動

本章では、回答者自身のがんの経験や家族のがん経験の有無、およびがんと診断された際の相談行動について報告する。がんの経験は、その後の治療に関する情報収集や医療制度への関心、政策に対する態度に広く影響を及ぼすことが想定される。本調査では回答者の約9%が自身にがん経験、約35%が二親等以内の家族にがん経験者を有しており、自身または家族にがん経験を有する割合は約38%に上った。

3.1 自身のがん経験 (Q4・Q5)

表 3-1 自身のがん経験 (Q4)

選択肢	回答数 (%)
現在、がんの治療中	196 (2%)
過去にがん治療 (寛解・経過観察含む)	676 (6.8%)
がんの経験はない	8,406 (84.1%)
回答しない	722 (7.2%)

回答者の 8.8% (872 名) が、現在治療中または過去にがん治療を受けた経験があると回答した。国立がん研究センターの推計によれば、日本のがん罹患者の 5 年相対生存率は全体で約 68% (2014~2015 年診断) とされており、治療後も長期にわたり社会生活を送るがんサバイバーは年々増加している。本調査でもがん経験者が約 10%を占めており、がんと共に生きる人々を支え、がんと共生に貢献できる社会的基盤の整備が引き続き重要であることを示唆している。

表 3-2 直近のがん診断からの経過年数 (Q5、n=872)

選択肢	回答数 (%)
1 年未満	68 (7.8%)
1 年以上 3 年未満	159 (18.2%)
3 年以上 5 年未満	198 (22.7%)
5 年以上 10 年未満	182 (20.9%)
10 年以上	252 (28.9%)
わからない/回答しない	13 (1.5%)

がん経験者 (872 名) のうち、診断から 5 年以上が経過している回答者が約半数 (49.8%) を占めた。また、10 年以上の長期サバイバーも 28.9%に達しており、がんと共生が長期にわたることを示していた。一方、診断から 3 年未満の比較的に新しいがん経験者も 26.0%存在し、現在進行形でがん医療と向き合っている層も一定数含まれていた。

【クロス集計の主な結果：自身のがん経験】

- 年代別に見ると、がん経験者 (自身が治療中または過去経験あり) の割合は 20 代で 5.2%、30 代で 6.3%であるのに対し、60 代では 8.2%、70 代以上では 10.5%と、年齢が上がるにつれ自身のがん経験率が高まっていた。

3.2 家族のがん経験（Q6）

表 3-3 家族（二親等以内）のがん経験（Q6）

選択肢	回答数（%）
いる	3,450（34.5%）
いない	5,650（56.5%）
わからない／回答しない	900（9%）

3人に1人以上が二親等以内のがん経験者を有しており、がんは極めて身近な疾患といえる。

【クロス集計の主な結果：家族のがん経験】

- 年代別では、家族にがん経験者がいる割合は20代で11.8%にとどまったが、60代では45.0%、70代以上では48.0%に達した。自身または家族にがん経験を持つ者の割合は70代以上で約58%に上り、高齢層ほどがんととの接触経験が多いことが確認された。
- 自身または家族にがん経験がある割合は、回答者全体の約38%に達した。

3.3 がん診断時の相談先（Q7）

表 3-4 がん診断時の相談先（Q7、複数回答）

相談先	回答数（%）
担当の医師	2,048（53.4%）
家族・親戚	1,238（32.3%）
相談しなかった	768（20.0%）
インターネットで情報を調べた	462（12.1%）
看護師	302（7.9%）
友人・知人	280（7.3%）
がん診療拠点病院の相談支援センター	211（5.5%）
患者会・患者支援団体	61（1.6%）

注：Q7の回答対象はQ4で「がん経験あり」またはQ6で「家族にがん経験者あり」と回答した者

本人または家族ががんと診断された時の相談先として最も多かったのは、「担当の医師」（53.4%）であり、次いで「家族・親戚」（32.3%）となった。医療の専門家と身近な人間関係の双方に支えを求める傾向がうかがえる。一方、「相談しなかった」が20.0%に達しており、がんの診断を受けながらも誰にも相談しなかった層が一定数存在する。この背景には、相談する必要がある、何を相談すればよいかわからない、相談先がわからない、相談すること自体への心理的抵抗、周囲に負担をかけたくないといった要因が考えられる。なお、これはがん罹患経験の有無によって大きく異なっていた。自身は経験がなく親族にのみ罹患経験がある回答者では22.0%に達した一方で、自身が治療中の回答者では「相談しなかった」と回答した人は7.1%にとどまった。

また、相談先として「がん診療連携拠点病院の相談支援センター」を挙げた回答は、Q7対象全体では

5.5%であったが、がん罹患経験別に見ると、自身が治療中の回答者では 14.3%、自身が過去にがん経験ありでは 8.3%にとどまった。同センターは、治療や療養生活に関する情報提供、セカンドオピニオンの案内、就労支援、経済的支援制度の紹介など、患者・家族の多様なニーズに対応する公的な窓口であるが、その存在自体が十分に認知されていない可能性がある。同様に、患者会・患者支援団体の利用率は 1.6%と極めて低く、当事者層に限っても自身が治療中で 8.2%にとどまった。

【クロス集計の主な結果：がん診断時の相談先】

- 年代別に見ると、「相談しなかった」の割合は 20 代で 27.5%と最も高く、30 代で 24.2%であったのに対し、60 代では 17.3%、70 代以上では 17.8%と、若年層ほど相談行動に結びつきにくい傾向が見られた。この背景には、若年層においてがん診療拠点病院の相談支援センター等の支援リソースに関する認知がさらに低い可能性が考えられる。

4. がん治療に関する知識

本章では、がんの三大治療法（手術・薬物療法・放射線治療）の認知度、がん治療における複数専門医の存在の認知、および治療初期からの緩和ケアの実施に関する認知状況を報告する。がん医療は高度化・複雑化が進む一方で、がん治療に関する基本的知識が社会にどの程度広く浸透しているかは、患者の主体的な治療参加やインフォームド・コンセントの質など、より良い治療の実現に直結する重要な論点である。調査の結果、これらの知識水準は年代によって顕著な差があり、若年層ほど認知率が低い傾向が一貫して確認された。

4.1 三大治療法の認知度（Q8）

表 4-1 三大治療法の認知度（Q8）

治療法	認知			名前だけ聞いたことがある	全く知らなかった
	よく知っていた	ある程度知っていた	(計)		
手術	22.2%	43.4%	65.6%	18.6%	10.0%
放射線治療	15.8%	42.7%	58.5%	24.7%	10.8%
薬物療法	15.7%	42.7%	58.4%	23.7%	12.0%

手術の認知度（「よく知っていた」＋「ある程度知っていた」の合計）が 65.6%と最も高く、放射線治療（58.5%）、薬物療法（58.4%）がこれに続いた。三大治療法の間で大きな認知差はなく、いずれも過半数が「聞いたことがある」レベル以上の認知を持っていた。

しかし、「よく知っていた」に限定すると、手術 22.2%、放射線治療 15.8%、薬物療法 15.7%にとどまり、治療の具体的な内容や適応条件、副作用まで理解している層は限定的であった。特に薬物療法については、近年の分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬の登場により治療の選択肢が大きく広がっているが、こうした進歩が十分知られていない可能性がある。放射線治療についても、体への負担が比較的少ない治療法として注目されているにもかかわらず、手術と比べて認知が低い傾向にある。

【クロス集計の主な結果：三大治療法の認知度】

- 年代別では、加齢に伴い認知率が上昇する傾向が明確であり、手術を「よく知っていた」と回答した割合は 20 代で 17.2%に対し 70 代以上で 29.8%と約 12 ポイントの開きがあった。
- がん罹患経験別に見ると、自身ががん治療中の回答者では手術認知率（「よく知っていた」）は 47.4%と全体平均の 2 倍以上であり、罹患経験が知識獲得を大きく促進していることが示された。
- 性別による差は小さいが、女性の手術認知率（67.6%）が男性（63.4%）をやや上回った。

4.2 複数の専門医による診療体制の認知（Q9）

表 4-2 複数の専門医による診療体制の認知（Q9）

選択肢	回答数（%）
よく知っていた	520（5.2%）
ある程度知っていた	2,930（29.3%）
あまり知らなかった	3,530（35.3%）
全く知らなかった	2,330（23.3%）
回答しない	690（6.9%）

がん治療の高度化・複雑化に伴い、一人の主治医のみでなく、外科、腫瘍内科、放射線治療科、病理診断科など複数の診療科の専門医が連携して治療方針を検討する体制が各地のがん診療連携拠点病院等で整備されてきた。特に近年は、薬物療法を統括する腫瘍内科の整備が進みつつあり、診療科横断的な連携のあり方が変化している。本調査では、こうした複数の専門医が存在していることを「よく知っていた」と回答した人はわずか 5.2%、「ある程度知っていた」を合わせても 34.5%にとどまり、約 6 割が「あまり知らなかった」「全く知らなかった」と回答した。

なお、本設問はあくまで「複数の専門医による診療体制の存在」についての認知を尋ねるものである。複数の専門医による診療体制の存在を知らないことが、患者にとって主治医以外の専門医の意見を求めることへの遠慮や、セカンドオピニオンの活用をためらう要因となり得ることは引き続き検討すべき論点である。がん診療連携拠点病院では、複数の診療科の専門医や多職種が合同で治療方針を検討するカンサーボードの実施が整備指針に位置付けられており、こうした仕組みを通じて患者が最適な治療選択にたどり着けるよう支援する仕組みが整備されてきている。

【クロス集計の主な結果：複数の専門医による診療体制の認知】

- 年代別では、60代以上の認知率（「よく知っていた」＋「ある程度知っていた」計）が約40%であるのに対し、20代は23.8%、30代は27.5%と若年層ほど低かった。がんと接する機会が相対的に少なくなりやすい年代ではチーム医療という考え方に触れる機会が十分ではないことが示唆される。
- がん罹患経験別の差異は非常に大きかった。認知率は、自身が治療中の回答者で69.9%、自身が過去にがん経験ありで54.7%、親族にがん経験ありの回答者で47.7%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では29.0%にとどまり、治療中と経験なしの間には約41ポイントの差が確認された。親族経験のみを有する層（47.7%）と経験なし層（29.0%）の間にも約19ポイントの差があり、身近な人のがん経験を介して複数の専門医による診療体制の存在が認識されるという構造が示唆される。

4.3 緩和ケアの早期実施の認知 (Q10)

表 4-3 緩和ケアの早期実施の認知 (Q10)

選択肢	回答数 (%)
よく知っていた	440 (4.4%)
ある程度知っていた	2,040 (20.4%)
あまり知らなかった	3,560 (35.6%)
全く知らなかった	3,390 (33.9%)
回答しない	580 (5.8%)

緩和ケアが治療の初期段階から行われることの認知率は 24.8% (「よく知っていた」+「ある程度知っていた」) であった。「あまり知らなかった」(35.6%)と「全く知らなかった」(33.9%)を合わせると約 70%に達した。治療初期からの緩和ケアについて十分な情報が国民に届いていないことが示唆される。早期からの緩和ケア導入が患者の QOL 向上や精神的苦痛の軽減に寄与することを示すエビデンスは国際的に蓄積されている。日本においても、2018 年から開始した第 3 期がん対策推進基本計画以降、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」ががん対策の個別施策の一つとして位置づけられている。続く 2023 年に開始した第 4 期がん対策推進基本計画ではこれを「がん医療」分野の取り組み事項として継承している。制度面では、がん診療連携拠点病院に緩和ケアチームの設置が整備指針として求められている。本調査の結果は、こうした制度的整備の一方で、「治療の初期段階から緩和ケアが行われる」という医療現場の実態に関する市民の認知が限定的であることを示している。

内閣府「がん対策に関する世論調査(令和 5 年 7 月)」では、緩和ケアを「がんと診断されたときから実施されるべき」と回答した者は 49.7%であり、「実施されるべき時期」についての規範的な考えは半数近くが肯定的である。その一方で、本調査結果を通じて、「実際の制度としてそれが行われていることの認知」となると低くなるという構造がうかがえる。

本設問の結果については、市民の認知水準に着目する以外にも、複数の論点が指摘される。第一に、緩和ケアは本来、医療者が患者の症状や苦痛に応じて提供するものであり、患者自身が「診断された時からの緩和ケア」という概念を事前に知識として保有しているかどうかと、実際に受けている緩和ケアの質・量が一致するとは限らない。この観点からは、認知率の低さは必ずしも市民側の課題というより、診療現場における情報提供・症状把握・苦痛の聞き取りといった医療者側のコミュニケーションのあり方こそが重要な論点となり得る。第二に、市民の認知が限定的であることが、患者・家族側に特定の誤解を生む可能性については引き続き留意が必要である。治療と並行する緩和ケアの位置づけに関する情報が、適切なタイミングで患者・家族に届くことが望ましい。第三に、緩和ケアに関する啓発活動は、患者団体・医療機関・学術団体・行政などによって継続的に実施されてきたが、本調査の結果を踏まえると、啓発の手法や対象、メッセージのあり方について今後検討の余地がある。一般市民への広報的アプローチに加え、診療の現場で医療者が患者・家族に対して適切な情報を提供する機会の確保が、実効性の観点から重要となる可能性がある。

【クロス集計の主な結果：緩和ケアの早期実施の認知】

- 年代別では、70代以上の認知率（26.3%）が最も高く、20代（24.2%）とは大きな差がない。ただし、20代の「回答しない」が12.0%と高く、関心自体の低さが示唆される。
- がん罹患経験別では大きな差が確認された。認知率は、自身が治療中の回答者で62.2%、自身が過去にがん経験ありで39.5%、親族経験ありの回答者で31.1%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では22.2%にとどまった。治療中と経験なしの間には約40ポイントの差が確認された。特に注目すべきは、治療中群（62.2%）と過去経験あり群（39.5%）の間に22.7ポイントの差があることである。同じ「自身が罹患経験あり」の中でも、治療の渦中にある患者と治療を終えた経験者の間でこれだけの差が生じる設問は他になく、治療期間中に緩和ケアに関する情報に接する機会が集中している可能性が示唆される。
- 性別差はほとんどなく、女性24.2%、男性25.3%であった。

5. 医療機能の集約化に対する意識

本章では、がん診療における医療機能の集約化に対する市民の意識を報告する。がん医療提供体制の再構築に向けた政策議論が進む中、集約化に対する賛否、反対の具体的理由、および遠方通院を許容するための条件について調査した。集約化への賛否には年代や居住地域による差異が見られ、特に地方部や高齢層において通院負担への懸念が顕著であった。

5.1 集約化への賛否 (Q11)

表 5-1 集約化への賛否 (Q11)

選択肢	回答数 (%)
非常に賛成	767 (7.7%)
どちらかといえば賛成	3,909 (39.1%)
どちらかといえば反対	1,732 (17.3%)
非常に反対	431 (4.3%)
わからない／回答しない	3,161 (31.6%)

賛成計 (46.8%) が反対計 (21.6%) を上回ったが、「わからない／回答しない」が 31.6%と約 3 割を占めており、判断を保留する層が一定規模存在する点にも留意が必要である。

がん診療における医療機能の集約化は、現在、国レベルで活発に議論が進められ、今後各地域で検討が予定されているテーマである。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」(以下、検討会)では、2040年を見据えたがん医療提供体制の再構築が検討されており、2025年6月には、高度な医療技術を伴うがん医療については集約化するという方向性について合意がなされた。これまで日本のがん医療は、全国どの地域でも一定水準の医療を受けられるようにする「均てん化」を基本方針としてきたが、人口減少や医療従事者の不足が見込まれる中、高度ながん手術や放射線治療などについては症例を集約することで医療の質を維持・向上させる必要性が認識されつつある。

本調査の結果は、市民の約半数が集約化の方向性に賛成を示しつつ、約 3 割が態度を決めかねている構造を示している。また、判断保留層が 3 割を超えることは、集約化のメリットと、それに伴って必要となる患者・家族への支援策について、市民に対する情報提供や対話の機会が今後さらに求められることを示唆している。

【クロス集計の主な結果：集約化への賛否】

- 性別で見ると、賛成計 (非常に賛成・どちらかといえば賛成の合計) が男性は 50.8%であるのに対し、女性は 43.0%と 7.8 ポイント低かった。女性は「わからない」が 34.1%と男性 (29.0%) を上回っており、判断保留層が多かった。
- 年代別では、70 代以上の賛成計が 51.6%と最高であり、20 代は 42.2%と最低であった。年代が上がるにつれて賛成計と反対計の双方が増え (20 代 18.4%→70 代以上 24.9%)、「わからない／回答しない」の割合は低下する傾向が見られた。つまり、高齢層ほど集約化というテ

ーマに対して明確な態度（賛成または反対）を形成する層が多く、若年層ほど判断を保留する層が多い構造が示唆される。

- がん罹患経験者では賛成計が高く、自身が治療中 72.5%、自身が過去に治療経験あり 60.2%、親族のみ経験あり 55.6%、自身も親族も経験なし 46.0%であった。治療中と経験なしの間には約 26 ポイントの差がある。また「わからない／回答しない」は、自身が治療中で 11.2%、経験なし層で 32.2%と、約 20 ポイントの差があった。当事者性が高いほど集約化に対する意見を明確に形成し、かつ賛成に傾く傾向が確認された。
- 居住地域規模別では、町村部・山間地域（41.3%）で賛成計がやや低く、政令指定都市（50.6%）との差が約 9 ポイントであった。

5.2 集約化に反対の理由（Q12）

表 5-2 集約化に反対の理由（Q12、n=2,163、複数回答）

理由	回答数（%）
遠くへの通院による体力的な負担	1,299（60.1%）
通院の交通費・宿泊費の経済的負担	1,014（46.9%）
遠くへの通院の交通手段が確保できない	715（33.1%）
地元の医療機関の方が安心	681（31.5%）
遠くへの通院により仕事・学業への支障	562（26.0%）
集約化による地域間の医療格差の懸念	554（25.6%）
集約化による地元病院の医療の質低下が心配	436（20.2%）

反対理由の上位は「遠くへの通院による体力的な負担」（60.1%）と「交通費・宿泊費の経済的負担」（46.9%）であり、通院に伴う身体的・経済的コストが集約化への最大の懸念材料となっていた。また、「交通手段が確保できない」（33.1%）や「地元の医療機関の方が安心」（31.5%）も 30%を超えており、特に公共交通機関が限られる地方部の住民にとって、集約化は医療へのアクセスそのものを脅かしかねないという不安が根底にあることが読み取れる。

前述の検討会においても、集約化と同時に遠方患者の交通費・滞在費への支援を充実させることの重要性が指摘されている。本調査の反対理由は、こうした政策的課題が市民の実感レベルでも強く認識されていることを裏付けるものである。

5.3 遠方通院の許容条件（Q13・Q14）

表 5-3 遠方通院の許容条件（Q13、複数回答）

条件	回答数（%）
交通手段の確保	4,673（46.7%）
交通費・宿泊費の公的支援・助成	4,418（44.2%）
かかりつけ医などとの連携によるフォロー体制	4,327（43.3%）
オンライン診療などの併用による通院回数の低減	2,252（22.5%）
どのような条件でも許容できない	592（5.9%）

「交通手段の確保」（46.7%）、「交通費・宿泊費の公的支援」（44.2%）、「かかりつけ医との連携」（43.3%）の上位3項目がいずれも40%台で拮抗しており、単一の施策ではなく、移動支援・経済支援・地域医療連携を一体的に整備する包括的な支援体制が求められていることがわかる。Q14（重要度の順位付け）においても、この3項目が1位～3位を占めており、市民のニーズの一貫性が確認できる。

「オンライン診療の併用」は22.5%と相対的に低いものの、前述の検討会でも遠隔地の患者への医療提供手段としてオンライン診療をはじめとした医療DXの活用が提案されている。がん罹患者のポリウムゾーンは60代以降にあり、オンライン診療を実際に利用する患者層においてもデジタル技術への不慣れが障壁となる可能性は否定できない。現時点での22.5%という数値は、オンライン診療の認知や利用経験がまだ限定的であることを反映していると考えられる。一方で、2026年4月施行の医療法改正により、オンライン診療が法律上明確に位置づけられ、実施医療機関の届出や遵守すべき基準が省令として定められることとなった。これにより、オンライン診療の安全性や質を担保しつつ、患者が安心して利用できる環境整備が進むことが期待される。

なお、「どのような条件でも許容できない」は5.9%にとどまっており、適切な支援体制が整えば、大多数の市民は遠方通院を受け入れる余地があることを示している。

表 5-4 遠方通院の許容条件：重要度1～3位の割合（Q14、n=7,013）

条件	1位選択数（%）	2位選択数（%）	3位選択数（%）
交通手段の確保	2,359（33.6%）	1,461（30.3%）	661（23.5%）
交通費・宿泊費の公的支援・助成	2,153（30.7%）	1,584（32.9%）	566（20.1%）
かかりつけ医などとの連携によるフォロー体制	2,028（28.9%）	1,176（24.4%）	1,008（35.8%）
オンライン診療などの併用による通院回数の低減	464（6.6%）	564（12.3%）	578（20.5%）
その他	9（0.1%）	1（0.0%）	9（0.1%）

Q14（重要度の順位付け）においても上位3項目が1位～3位を占めており、市民のニーズの一貫性が確認された。

6. がん検診の受診状況

本章では、胃がん・大腸がん・肺がん・乳がん・子宮頸がんの各検診の受診状況、がん検診の種別（住民健診・職域健診）の認知度、および職場検診データの自治体との共有に対する意識を報告する。第4期がん対策推進基本計画では検診受診率 60%を目標に掲げているが、本調査の結果はこの目標との大きな乖離を改めて示すものとなった。あわせて、検診制度に対する理解不足が受診行動の阻害要因となっている可能性も浮かび上がった。

6.1 各がん検診の受診状況（Q15）

表 6-1 各がん検診の受診状況（Q15）＜対象年齢のみ＞

検診種別	対象 (n)	定期受診	機会があれば	ほとんどなし	未受診	不明
胃がん（50～69 歳）	3,179	34.5%	12.4%	10.8%	29.2%	13.1%
大腸がん（40～69 歳）	4,741	30.9%	12.1%	8.7%	33.7%	14.6%
肺がん（40～69 歳）	4,741	32.5%	10.0%	8.1%	34.5%	15.0%
乳がん（40～69 歳女性）	2,365	33.2%	13.0%	10.6%	28.7%	14.5%
子宮頸がん（20～69 歳女性）	3,577	27.4%	11.1%	10.0%	33.1%	18.3%

注：本章の集計は、第4期がん対策推進基本計画の目標値（受診率 60%）との比較可能性を確保するため、国民生活基礎調査の受診率算定対象年齢（胃がん：50～69 歳、大腸がん・肺がん・乳がん：40～69 歳、子宮頸がん：20～69 歳）に統一している。

すべてのがん検診において、対象年齢内の「定期的に受診するよう心がけている」の割合は 27～35%にとどまった。一方、「一度も受診していない」と回答した未受診者は胃がん 29.2%、大腸がん 33.7%、肺がん 34.5%といずれも 3 割前後に達し、女性特有の乳がん（28.7%）、子宮頸がん（33.1%）でも同様の傾向を示していた。

第4期がん対策推進基本計画では、がん検診受診率 60%を目標として掲げている。本調査の対象年齢（国民生活基礎調査における受診率の算定対象年齢に準拠）でみた定期受診率は 27～35%程度であり、国の目標値との間には依然として 25～33 ポイントの大きな乖離があり、目標達成への道のりは遠い。また、「わからない／回答しない」がいずれの検診でも 13～18 程度に達しており、自身の受診状況を把握していない層も一定数存在する。

検診種別間で定期受診率に大きな差はなく、がん検診の受診行動は種別ごとの要因よりも、検診を受ける習慣の有無そのものによって規定されている可能性が示唆される。すなわち、定期的ながん検診を受ける習慣のある層は複数のがん検診を併せて受診する一方、習慣のない層はいずれのがん検診からも遠ざかっているという構図が推察される。

【クロス集計の主な結果：がん検診の受診状況】

- 年代別の定期受診率は、胃がん検診（50-69 歳）で 50 代 32.6%、60 代 36.8%、大腸がん検診（40-69 歳）で 40 代 23.1%、50 代 33.2%、60 代 36.7%、年代別の定期受診率は、胃がん検診（50-69 歳）で 50 代 32.6%、60 代 36.8%、大腸がん検診（40-69 歳）で 40 代 23.1%、50 代 33.2%、60 代 36.7%、肺がん検診（40-69 歳）で 40 代 23.9%、50 代 33.9%、60 代 40.3%、子宮

頸がん検診（20-69歳女性）で20代14.0%、30代24.2%、40代31.1%、50代34.8%、60代28.4%と、ほぼすべてにおいて年代が上がるにつれて上昇する傾向が見られた。

- 性別でみると、胃がん検診（50-69歳）では男性35.7%、女性33.3%と男性がわずかに高かった一方、大腸がん・肺がん検診（40-69歳）では女性（大腸がん31.6%、肺がん33.3%）が男性（大腸がん30.3%、肺がん31.7%）をわずかに上回っており、性別による顕著な差は確認されなかった。
- 個人年収別では、胃がん検診（50-69歳）の定期受診率が年収100万円未満で28.1%、100～300万円未満で33.1%、300～600万円未満で38.1%、600万円以上で個人年収別では、胃がん検診（50-69歳）の定期受診率が年収100万円未満で28.1%、100～300万円未満で33.1%、300～600万円未満で38.1%、600万円以上で52.4%と、所得階層による明確な差が確認された。最高所得層と最低所得層の間には24.3ポイントの差があり、経済的要因と受診行動の関連が示唆される。世帯年収別でも、300万円未満（25.6%）と1,200万円以上（50.0%）の間に約24ポイントの差が確認された。
- 保険種別では、勤務先健康保険の加入者で定期受診率が最も高い傾向が確認された。この傾向は対象年齢内のすべての年代保険種別では、勤務先健康保険の加入者で定期受診率が最も高い傾向が確認された。この傾向は対象年齢内のすべての年代で一貫して見られ、胃がん検診（50-69歳）では勤務先健保43.3%に対し国民健康保険26.6%（+16.7ポイント）、大腸がん検診（40-69歳）では勤務先健保38.3%に対し国民健康保険25.5%（+12.8ポイント）と、勤務先健保の優位が確認された。勤務先健保と国保の差は50代で最も大きく（胃がん検診で+22.5ポイント、大腸がん検診で+22.0ポイント）、60代では縮小する（胃がん検診で+14.7ポイント、大腸がん検診で+10.1ポイント）傾向が見られた。
- がん罹患経験別では、胃がん検診（50-69歳）の定期受診率は自身が治療中で34.0%（n=47）、自身が過去にがん経験ありで45.1%（n=164）、親族のみ経験ありで41.2%（n=1,197）であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では31.3%（n=1,484）にとどまった。過去経験あり層と経験なし層の間には13.8ポイントの差があり、がんとの直接的・間接的接触が検診行動に結びついていることが示唆される。

6.2 がん検診の種別認知（Q16）

表 6-2 がん検診の種別認知（Q16）

選択肢	回答数（%）
両方とも知っていた	3,810（38.1%）
市区町村の検診のみ知っていた	1,230（12.3%）
職場の検診のみ知っていた	600（6%）
分かれていることを知らなかった	2,740（27.4%）
わからない／回答しない	1,620（16.2%）

がん検診には、主に市区町村が住民を対象に実施する住民検診と、職場が契約する医療機関が実施する職域検診がある。しかし本調査では、この2つが分かれていることを「両方とも知っていた」と回答し

た人は 38.1%にとどまった。「市区町村の検診のみ知っていた」（12.3%）と「職場の検診のみ知っていた」（6.0%）を合わせると、片方しか認知していない層が約 20%存在し、「分かれていることを知らなかった」（27.4%）と「わからない／回答しない」（16.2%）を含めると、40%以上がこの仕組みを十分に理解していなかった。

留意すべき点として、職域検診の場合必ずしもがん検診は義務になっていないため職場によってはがん検診が提供されていないことがある。したがって、職域検診を知らないと回答した人の中には単に認知の問題ではなくそもそも職場でがん検診が提供されていないために知らない人が相当数含まれることに留意が必要であり、がん検診の提供体制が保険者によって統一されていないという課題がある。それでもなお、検診の仕組みに関する認知度は低いと言えるが、こうした認知の低さは、受診機会の取りこぼしにつながるおそれがある。例えば、退職や転職によって職域検診を受けられなくなった場合に、市区町村の検診に切り替えるという行動が取られず、結果としてがん検診から離脱してしまうケースが想定される。前項で示した未受診率の高さの背景には、こうした制度に対する認知不足も一因として影響している可能性がある。なお、日本のがん検診は、住民検診と職域検診のほかに、自分で受診する人間ドック等のそのほかの検診が実施されている。

【クロス集計の主な結果：がん検診の種別認知】

- 検診種別の認知度には顕著な年代差が存在する。「両方とも知っていた」は 20 代で 12.3%にとどまるのに対し、70 代以上では 53.1%に達する。特に 20 代・30 代では「分かれていることを知らなかった」がそれぞれ 42.8%、41.7%に上り、検診制度の仕組みそのものが十分に認知されていない。
- 性別では、「両方とも知っていた」と回答した割合は女性（43.4%）が男性（32.4%）を約 11 ポイント上回っている。男性は職域検診を中心とした接点となりやすいのに対し、女性は職域検診に加えて市区町村からの乳がん・子宮頸がん検診の案内にも接するため、両方の仕組みを認知しやすい構造にあると考えられる。
- がん罹患経験別では、「いずれか認知計」（住民・職域いずれかの仕組みを認知）は、自身が治療中で 82.7%、過去経験ありで 81.8%、親族経験ありで 74.4%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では 50.5%にとどまった。経験なし層との差は約 30 ポイントに達し、がんとの接触経験を介して検診制度の認知が深まる構造が確認された。

6.3 職場検診情報の自治体共有（Q17）

表 6-3 職場検診情報の自治体共有に対する意識（Q17）

選択肢	回答数 (%)
賛成である	2,702 (27%)
どちらかといえば賛成である	3,578 (35.8%)
どちらかといえば反対である	672 (6.7%)
反対である	293 (2.9%)
わからない／回答しない	2,755 (27.6%)

職場のがん検診受診情報を市区町村が把握できるようにすることについて、「賛成」（27.0%）と「どちらかといえば賛成」（35.8%）を合わせた賛成計は 62.8%と過半数を大きく超えた。「どちらかといえば反対」（6.7%）と「反対」（2.9%）を合わせた反対計は 9.6%にとどまり、「わからない／回答しない」は 27.6%であった。

現行制度では、職場で実施されたがん検診の受診情報は市区町村には共有されないため、自治体は住民の検診受診状況を一元的に把握することが困難な状況にある。この結果、職場検診を受診済みの住民に対して自治体が重複して受診勧奨を行う一方で、どちらの検診も未受診の住民を的確に把握して個別にアプローチすることが難しいという課題がある。

本調査の結果は、検診データの一元管理という方向性に対して市民の許容度が高いことを示している。前項で示したとおり、検診制度そのものの認知が不足している現状を踏まえると、データの連携によって自治体が住民の受診状況を正確に把握し、未受診者に対する的確な受診勧奨を可能にする仕組みの整備は、受診率向上のための基盤的な施策として位置づけられる。

【クロス集計の主な結果：職場検診情報の自治体共有】

- 年代別では、60代以上の賛成率が約68%と高く、20代は53.1%にとどまった。高齢世代ほどデータ連携による検診推進への理解が深いことが示唆される。
- がん検診経験者での賛成率（69.6%）は、検診未経験者の賛成率（56.3%）を大きく上回っており、検診を受けた経験がデータ共有への理解を促していることがうかがえる。がん罹患経験別では、賛成計は自身が治療中で85.2%、過去経験ありで79.6%、親族経験ありで77.3%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では60.6%であった。「わからない／回答しない」も、治療中で8.2%にとどまる一方、経験なし層では28.3%と約20ポイントの差があった。当事者性が高いほど、検診情報の自治体との共有という制度的論点に対しても明確な賛成意見を持つ傾向が確認された。

7. がんゲノム医療および遺伝子関連検査への意識

本章では、がんゲノム医療の認知度と説明理解度、遺伝子パネル検査の早期保険適用への賛否、および消費者向け遺伝学的検査に対する意識を報告する。がんゲノム医療は個別化医療の中核を担う技術であるが、市民レベルでの認知は依然として極めて低かった。一方、適切な情報提供により過半数が理解を示し、保険適用拡大にも支持が得られるという結果は、情報発信の在り方次第で先進的な医療に対する市民の支持基盤を構築できる可能性を示唆している。また、本章の各設問は、がん罹患経験の有無による回答差が特に顕著である領域であり、当事者層と未経験層の間で知識・態度に大きな構造的差異が確認された。

7.1 がんゲノム医療の認知度（Q18）と説明理解度（Q19）

表 7-1 がんゲノム医療の認知度（Q18）

選択肢	回答数（%）
内容を含めてよく知っている	516（5.2%）
聞いたことはあるが内容は知らない	3,521（35.2%）
全く聞いたことがない	5,963（59.6%）

がんゲノム医療とは、がん細胞の遺伝子変異を網羅的に解析し、個々の患者に最適な治療薬を選択する医療であり、日本では2019年に遺伝子パネル検査が保険適用となった。しかし本調査では、「がんゲノム医療」について、「聞いたことがあり、内容も含めてよく知っている」と回答した人はわずか5.2%にとどまり、「聞いたことはあるが、内容はよく知らない」（35.2%）を合わせても認知率は40.4%にすぎなかった。「全く聞いたことがない」（59.6%）が約60%を占めており、保険適用から数年が経過した現在も、市民レベルでの認知についてはまだまだあまり知られていないことが明らかになった。なお、2019年に実施した内閣府による「がん対策・たばこ対策に関する世論調査」では、がんゲノム医療の認知度に関して知っていたとするものの割合が、「よく知っていた」が6.6%、「言葉だけは知っていた」が33.8%であり、今回調査回答者の「内容を含めてよく知っていた」（5.2%）、「聞いたことがあるが内容は知らない」（35.2%）とおおよそ近い数字となっている。

表 7-2 がんゲノム医療の説明理解度（Q19）

選択肢	回答数（%）
よく理解できた	604（6%）
だいたい理解できた	4,981（49.8%）
あまり理解できなかった	2,095（21%）
ほとんど理解できなかった	740（7.4%）
わからない／回答しない	1,580（15.8%）

一方、Q19（がんゲノム医療の説明を提示しそれを読んだ後でのがんゲノム医療の理解度を問う設問）では、「よく理解できた」（6.0%）と「だいたい理解できた」（49.8%）を合わせて55.8%が理解を示している。これは、適切な情報が提供されれば過半数の市民がその内容を理解できることを意味しており、認知の低さは関心の欠如ではなく、情報に接する機会の不足に起因している可能性が高い。実際に、がんゲノム医療に関する報道や広報は専門メディアに偏りがちであり、市民が日常的に目にする情報源にまで十分に届いていない現状がうかがえる。

【クロス集計の主な結果：がんゲノム医療の認知度】

- 年代別では、高齢層ほど認知率が高い傾向が見られ、70代以上の認知率（「よく知っている」＋「聞いたことがある」）は51.5%に対し、20代は27.3%にとどまる。
- 性別では、男性（43.1%）が女性（37.8%）を5.3ポイント上回る。
- 個人年収600万円以上の認知率は58.4%と高く、年収100万円未満（33.3%）との差は25ポイントに達しており、社会経済的地位と医療リテラシーの関連が浮かび上がる。
- がん罹患経験別では、認知率は自身が治療中の回答者で75.0%、自身が過去にがん経験ありで66.8%、親族にがん経験ありで51.8%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では35.2%にとどまった。治療中と経験なしの間には約40ポイントの差が確認された。さらに、「内容を含めてよく知っている」と回答した割合に限定すると、治療中で34.2%と全体平均（5.2%）の約7倍に達しており、当事者層において深いレベルの理解が確認された。これは、実際のがん診療の場面で遺伝子パネル検査が治療選択の選択肢として提示される機会があることを反映している可能性がある。

7.2 遺伝子パネル検査を治療のより早い段階から公的保険で実施できることへの賛否 (Q20)

表 7-3 遺伝子パネル検査の早期保険適用への賛否 (Q20)

選択肢	回答数 (%)
賛成	1,387 (13.9%)
どちらかといえば賛成	4,228 (42.3%)
どちらかといえば反対	853 (8.5%)
反対	318 (3.2%)
わからない／回答しない	3,214 (32.1%)

遺伝子パネル検査を治療のより早い段階から公的保険で実施できるようにすることについて、「賛成」（13.9%）と「どちらかといえば賛成」（42.3%）を合わせた賛成計は56.2%と過半数を超え、反対計（11.7%）を大きく上回った。現行制度では、遺伝子パネル検査は標準治療が終了した段階、あるいは標準治療がない場合に限り保険適用となるが、より早期の段階から実施することへの市民の支持は高いことが考えられる。

賛成者（n=5,615）に理由を尋ねたところ、「早期に治療につながるなら望ましい」（71.7%）が最多で、「助かる可能性が高まる人が増える」（61.0%）、「自分に最適な治療を受けられる可能性が高まる」（45.0%）が続いた。いずれも治療効果の向上や個別化医療の実現に対する期待を反映しており、「公的保険で負担する価値がある」（32.9%）という制度的な支持も一定数確認された。なお、調査時には遺伝子パネル検査を早い段階で実施することで治療到達率が約25%増えるという報告を引用しているが、これら数値については現在まさに各種研究が行われている段階であり、その時々で最新のエビデンスが変動しうる部分である。本調査結果の解釈においても遺伝子パネル検査への期待値は当該数値（25%）

を根拠にしたものという前提での解釈が必要である。

一方、反対者（n=1,171）の理由としては、「国の医療費が増えすぎることが心配」（33.2%）と「最適な薬がわかってもその薬が未承認で使えないことがある」（30.1%）が上位を占めた。前者は医療費の持続可能性に対する懸念であり、第8章で報告する医療費制度への意識と通底する問題意識である。後者は、検査で治療薬の候補が判明しても、その薬が日本で未承認であれば実際の治療に結びつかないという、いわゆる「ドラッグ・ラグ」の問題への指摘であり、検査の保険適用拡大と薬事承認体制の整備が車の両輪で進められる必要があることを示唆している。

なお、「わからない／回答しない」が32.1%と高く、前項で示したがんゲノム医療の認知率の低さとも整合する。判断に必要な情報が十分に行き渡っていない中で賛否を問われた結果、回答を留保した層が相当数含まれていると考えられる。

【クロス集計の主な結果：がんゲノム医療の認知度】

- 年代別では、賛成率は年代が上がるほど高まっていた。20代の賛成率は41.7%であるのに対し、70代以上では68.1%に達した。同時に「わからない／回答しない」は20代で41.3%、30代で38.1%と、若年層の約40%が判断を保留しており、ゲノム医療に関する情報到達の課題が改めて浮き彫りとなった。

7.3 消費者向け遺伝学的検査（Q23）

表 7-4 消費者向け遺伝学的検査の利用意向（Q23）

選択肢	回答数（%）
受けたことがある	238（2.4%）
今後受けてみたい	3,671（36.7%）
受けたくない	2,890（28.9%）
わからない／回答しない	3,201（32.0%）

近年、医療機関を介さずに消費者が直接利用できる遺伝学的検査（DTC 遺伝子検査：Direct-to-Consumer Genetic Testing）が市場に広がりつつある。本調査では、「これまでに受けたことがある」と回答した人は2.4%にとどまったが、「受けたことはないが、今後受けてみたい」は36.7%に達しており、潜在的な関心は一定数存在した。

一方、「受けたことはなく、これからも受けたくない」が28.9%、「わからない／回答しない」が32.0%であり、関心層と消極層・判断保留層がほぼ拮抗している構図であった。消極的な回答の背景には、これらの検査の多くには医学的な効果や正確性が十分に検証されていないものも含まれること、遺伝情報という極めてセンシティブな個人情報検査企業がどのように保管・利用されるのかという不安や、予期せぬ遺伝素因などの検査結果を受け取った後にどう対処すればよいかかわからないという懸念があると推察される。また、医療機関が介在しない形で遺伝情報を取得することに対し、結果の解釈を誤るリスクや心理的な負担への不安を感じている層も含まれている可能性がある。

また、注目すべき発見として、自身が治療中の回答者では「これまでに受けたことがある」と回答した

割合が 23.0%に達し、全体（2.4%）の約 10 倍であった。治療中の患者層において、医療機関を介さない遺伝学的検査の利用が想定以上に広がっていることが示唆される。これらの利用が、医療機関での遺伝子パネル検査と並行して行われているのか、あるいはそれを補完・代替する形で行われているのか、また結果の解釈や活用がどのように行われているのかは、本調査の範囲を超える論点であり、今後の検討課題となる。

8. 医療費と制度に関する意識

本章では、高額療養費制度の認知度と制度を維持するための方策、先進的な治療の費用負担、がん検診・予防医療への公費投入、混合診療の拡大、および公的保険の方向性に関する市民の意識を包括的に報告する。医療費の増大と制度の持続可能性は、がん医療にとどまらず日本の社会保障制度全体に関わる課題であり、これらの設問を通じて市民の負担意識と制度への期待の全体像を明らかにした。特徴的なのは、全設問を通じて「わからない」回答が 20～30%を占める点であり、医療費制度に関する国民的議論がまだ成熟途上にあることを示している。本章の各設問は「高額療養費制度」「先進的治療」「混合診療」「保険外併用療養費制度」など、専門性の高い制度用語の理解を前提とするものであり、回答結果は当該制度に関する事前知識の有無に大きく規定される可能性がある点に留意が必要である。

8.1 高額療養費制度の認知度 (Q27)

表 8-1 高額療養費制度の認知度 (Q27)

選択肢	回答数 (%)
よく知っていた	1,140 (11.4%)
ある程度知っていた	3,960 (39.6%)
名前を聞いたことがある程度	2,590 (25.9%)
まったく知らなかった	2,310 (23.1%)

「よく知っていた」(11.4%)と「ある程度知っていた」(39.6%)の合計は 51.0%にとどまり、約半数が高額療養費制度について十分な認知を持っていなかった。「名前を聞いたことがある程度」(25.9%)と「まったく知らなかった」(23.1%)を合わせると約半数が制度の内容を把握できていなかった。

高額療養費制度は、医療費の自己負担に月額の上限を設けることで患者の経済的負担を軽減するセーフティネットであり、がん治療においては多くの患者がこの制度の恩恵を受けている。しかし、この制度はまさに今、大きな転換点を迎えている。政府は我が国の社会保障制度の持続性を高める観点から高額療養費制度の自己負担上限額の引き上げを検討し、2025年の通常国会に法案を提出したが、患者団体をはじめ国民から大きな反発があり、いったん見送りとなった。その後、厚生労働省に「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」が設置され、患者団体も委員として参画する中、8回にわたり検討が行われ、2025年12月に「高額療養費制度の見直しの基本的な考え方」がとりまとめられた。

本調査の結果は、こうした制度改革の議論が進む中で、制度の当事者となり得る国民の約半数がそもそも高額療養費制度の内容を十分に理解していないという現実を突きつけている。制度の見直しに関する国民的議論を実質的なものとするためには、まず制度そのものの認知を高めることが前提条件となる。

【クロス集計の主な結果：高額療養費制度の認知度】

- 年代別では、認知率（「よく知っている」＋「ある程度知っている」の合計）は20代 29.7%に対し70代以上 66.8%と年齢による格差が極めて大きい。20代の43.3%が「まったく知らなかった」と回答しており、若年層への制度周知が喫緊の課題である。

- がん罹患経験別では大きな差が確認された。認知計は、自身が治療中の回答者で 83.7%、自身が過去にがん経験ありで 80.3%、親族経験ありで 68.2%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では 44.6%にとどまった。治療中と経験なしの間には約 39 ポイントの差が確認された。実際ががん治療を経験した層では、高額な医療費の負担に直面する場面で、医療機関からの情報提供を通じて本制度に接する機会が多く、制度認知が定着している構造が示唆される。
- 個人年収 600 万円以上の認知率 (67.9%) は年収 100 万円未満 (41.2%) を大きく上回っており、所得による情報格差が顕著であった。

8.2 高額療養費制度の維持方策 (Q28)

表 8-2 高額療養費制度の維持方策 (Q28、複数回答)

方策	回答数 (%)
高所得者の自己負担上限引き上げ	4,100 (41.0%)
極めて高額な治療への別途負担	2,170 (21.7%)
効果不明確な治療の制度対象外	1,974 (19.7%)
70 歳以上の優遇見直し	1,662 (16.6%)
現行のまま見直し不要	830 (8.3%)
消費税などの増税による維持	573 (5.7%)
社会保険料値上げによる負担	551 (5.5%)

高額療養費制度を維持するために必要と思う方策を尋ねたところ (複数回答)、最も支持されたのは「収入が多い人は、自己負担の上限をもっと高くする」(41.0%)であった。次いで「極めて高額な新しい治療を受ける場合は、別に負担を求める」(21.7%)、「効果が十分に明らかではない治療は、この制度の対象から外す」(19.7%)が続き、「消費税などの税金を増やしてでも、今の制度を維持する」(5.7%)や「私たちが毎月払う社会保険料を値上げして、みんなで広く負担する」(5.5%)といった一律の国民負担増に対する支持は相対的に低かった。

この結果は、国民が高額療養費制度の維持を望みながらも、その財源については「応能負担」の原則、すなわち支払い能力に応じた負担配分を強く支持していることを示している。実際、厚生労働省の専門委員会でも「応能負担の考え方を踏まえた制度設計」が基本方針として確認されており、所得区分の細分化による負担のきめ細かな設定が検討されている。本調査の結果は、こうした政策の方向性が国民の意識と一定程度合致していることを示唆している。

なお、「わからない/回答しない」が 29.3%に達しており、医療財政という専門性の高いテーマに対して判断材料を持たない層が相当数存在することも留意すべきである。

【クロス集計の主な結果：高額療養費制度の維持方策】

本設問は複数回答であり、罹患経験別に各選択肢の支持構造に差が確認された。

- 最多選択肢「収入が多い人は自己負担の上限を高くする」：自身が治療中で 39.8%、自身が過去にがん経験ありで 53.6%、親族にがん経験ありで 53.0%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では 38.3%であった。過去経験あり群と親族経験あり群で約 53%と全体（41.0%）を約 12 ポイント上回っており、応能負担への支持が罹患経験者層で強い構造が確認された。
- 「極めて高額な新しい治療への別途負担」：治療中 26.0%、過去経験あり 29.6%、親族経験あり 28.4%、経験なし 19.9%と、罹患経験あり層で全体（21.7%）を上回る支持となっていた。
- 「わからない／回答しない」：治療中で 10.2%、過去経験ありで 9.6%にとどまる一方、経験なし層では 26.0%と差が大きく、罹患経験が制度改革論点に対する態度形成を促進している構造が、本設問でも一貫して確認された。

8.3 先進的な治療の費用負担に対する考え（Q24）

表 8-3 先進的治療の費用負担に対する考え（Q24）

選択肢	回答数（%）
できる限り公的保険でまかなうべき	2,549（25.5%）
高額で先進的な治療などは自己負担・民間保険で対応すべき	2,081（20.8%）
判断が難しい	2,511（25.1%）
わからない／回答しない	2,828（28.3%）

先進的ながん治療（遺伝子パネル検査、免疫療法など）の費用負担のあり方について尋ねたところ、意見は大きく三分された。「公的保険でカバーすべき」とする意見、「自己負担・民間保険で対応すべき」とする意見、「わからない／回答しない」がそれぞれ 25～30%で拮抗しており、国民の中に明確な方向性が形成されていない現状が浮き彫りとなった。

この結果は、先進的治療の費用負担という問いが、国民にとって容易に判断しがたいジレンマを含んでいることを反映している。公的保険でカバーすれば患者の負担は軽減されるが、保険財政への圧迫が避けられない。高額で先進的な治療を自己負担・民間保険とする制度設計にすれば財政の持続性は高まるが、経済力によって受けられる治療に差が生じるおそれがある。

背景には、先進的な医薬品の登場でこれまで救えなかった命が救われる恩恵が得られている一方で、そうした医薬品の多くが高額であり、財政に大きな影響を及ぼしているという構造的な問題がある。がんゲノム医療の項（Q20）で示したとおり、遺伝子パネル検査を治療のより早い段階から公的保険で実施できるようにすることには過半数が賛成する一方で、「国の医療費増加への懸念」も約 30%が挙げていた。先進的治療の恩恵を広く行き渡らせたいという願いと、それに伴う財政負担への不安が、国民の中で未整理のまま併存している状況といえる。

なお、本設問では「高額で先進的な医療」という表現を用いているが、当然ながらこれらの中にはすでに保険収載されているものもあれば、現状エビデンスが不十分で保険外併用療法の枠組みや自費診療の枠組みで実施されているものなどグラデーションが存在する。本章冒頭でも述べたとおり、本設問の正確な理解には医療制度に対する高度な理解が前提となるため、これら数値の解釈に際しても、回答者の

知識には幅があることを踏まえることが必要である。「先進的な治療」という表現の想定する範囲には回答者ごとに大きな差が生じることにも留意が必要である。

【クロス集計の主な結果：先進的治療の費用負担に対する考え】

- 「公的保険でまかなうべき」と回答した割合は、自身が治療中で 41.8%、自身が過去にがん経験ありで 35.7%、親族経験ありで 33.2%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では 23.5%にとどまった。治療中と経験なしの間には約 18 ポイントの差が確認された。同時に、「わからない/回答しない」は治療中で 11.7%にとどまる一方、経験なし層では 29.1%と約 17 ポイントの差があり、当事者性が高いほど本論点への明確な態度形成が進んでいる。

8.4 がん検診・予防医療への公費投入（Q25）

表 8-4 がん検診・予防医療への公費投入に対する意識（Q25）

選択肢	回答数（%）
現在より増やすべき	2,517（25.2%）
現在と同じ程度でよい	3,863（38.6%）
現在より減らすべき	773（7.7%）
わからない/回答しない	2,847（28.5%）

がん検診や予防医療に対する公費（税金）の投入については、「現在と同程度でよい」（38.6%）という現状維持が最多で、「増やすべき」（25.2%）と「わからない/回答しない」（28.5%）が同程度で続く。「減らすべき」は 7.7%にとどまり、予防医療への公費投入に関して少なくとも強い抵抗感は見られない。

第 4 期がん対策推進基本計画においても、がん予防は三本柱の一つとして位置づけられている。しかし第 6 章で報告したとおり、がん検診の定期受診率は 25～29%と低水準にとどまっており、「公費を投入して検診を充実させること」への支持と「実際に自らが検診を受診すること」との間にはなお乖離がある。公費投入に対する国民の支持を、受診率の向上という具体的な行動変容へとつなげていくことが課題である。

また、この結果は Q28（高額療養費制度の維持方策）の回答とも関連して読み解くことができる。Q28 では一律の負担増に対する抵抗感が示されたが、予防・検診という身近でわかりやすい施策に対しては比較的前向きな姿勢が見られる。Q28 で示された高額療養費制度の維持方策のように、自身の負担増に直結する問いと比べて、検診・予防への公費投入は直接的な負担感を伴いにくいいため、支持を得やすい面があると考えられる。

【クロス集計の主な結果：がん検診・予防医療への公費投入】

- 〔がん罹患経験別〕 「現在より増やすべき」と回答した割合は、自身が治療中で 43.9%、自身が過去にがん経験ありで 35.8%、親族経験ありで 34.1%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では 22.5%にとどまった。治療中と経験なしの間には約 21 ポイントの差

が確認された。当事者層において予防医療への公費投入支持が高いことは、自身ががんを経験したからこそ「予防の重要性」を強く認識する構造を反映している可能性がある。

8.5 混合診療拡大への考え (Q26)

表 8-5 混合診療拡大に対する考え (Q26)

選択肢	回答数 (%)
自由に使えるようにすべき	1,720 (17.2%)
経済力での治療格差には慎重になるべき	2,279 (22.8%)
低所得者向け補助とセットなら拡大可	1,814 (18.1%)
効果未確認治療の拡大は慎重に	875 (8.8%)
わからない/回答しない	3,294 (32.9%)

混合診療（保険診療と保険外診療の併用）の拡大について、回答は大きく分散し、また、「わからない/回答しない」が 32.9%と最も大きな割合を占めた。

混合診療の拡大は、日本の医療制度において長年にわたり議論が続いている論点である。現行制度では、保険診療と保険外診療を同時に受ける場合、原則として保険診療部分も含めて全額自己負担となるが、「保険外併用療養費制度」（先進医療、患者申出療養など）により一部の例外が認められている。拡大を支持する立場からは、患者の治療選択肢を広げ、未承認薬や先進的治療へのアクセスを改善するメリットが指摘される。一方、反対する立場からは、経済力によって受けられる医療に格差が生じる懸念、保険適用を目指す薬事承認プロセスへの動機づけが弱まる懸念、そして公的保険の給付範囲が結果的に縮小するおそれが指摘されている。

「わからない」が 30%を超えている背景には、混合診療という制度の仕組み自体がそもそも一般には理解されにくいという事情がある。Q27 で高額療養費制度の認知率が約半数にとどまることを示したが、混合診療はさらに複雑な制度であり、その賛否を問われても判断材料を持たない層が多いことは自然な結果といえる。特に、現行の「保険外併用療養費制度」（先進医療、患者申出療養など）と「混合診療」の関係、および「保険診療と保険外診療を併用する場合に保険診療部分も含めて全額自己負担となる」原則の例外措置のあり方など、本設問の論点を理解するためには制度に関する基礎知識が前提となる。この問いに対する国民的な合意形成を進めるためには、混合診療の拡大がもたらす具体的な影響を、患者の立場からわかりやすく整理した上で議論を深めていくことが不可欠である。

【クロス集計の主な結果：混合診療拡大への考え】

- 「がん罹患経験別」罹患経験別に注目すべきは、「経済力によって受けられる治療に差がつくべきではないので、範囲の拡大には慎重であるべき」という選択肢の支持率である。自身が治療中の回答者で 34.7%、自身が過去にがん経験ありで 27.7%、親族経験ありで 27.4%、自身も親族もがん経験なしの回答者で 22.3%と、治療中群が最も高い傾向が見られた。実際ががん治療に直面した経験を通じて、経済力による治療格差への懸念が強く意識される構造がうかがえる。一方、「自由に使えるようにすべき」とする拡大支持の割合（治療中 21.9%、

経験なし 16.6%) にも罹患経験あり層がやや高い傾向が見られ、当事者層内でも意見の方向性が一様ではないことが示されている。

8.6 公的保険の方向性 (Q29)

表 8-6 公的保険の方向性 (Q29)

選択肢	回答数 (%)
負担増でも充実した医療を	2,060 (20.6%)
負担を増やさず線引き・優先度を設定	4,180 (41.8%)
どちらともいえない	3,760 (37.6%)

公的保険の今後の方向性について、「国民の負担を増やさない範囲で、保険で対応する病気や治療に一定の線引き・優先度を設けるべき」が 41.8%と最多であった。「負担が多少増えても、幅広い病気や治療を保険でカバーすべき」は 20.6%にとどまり、「どちらともいえない/わからない」が 37.6%を占めた。

高額療養費制度の在り方に関する専門委員会でも、高額薬剤の開発・普及等を背景に「増大する医療費負担を全体としてどう考えていくか」という大きな視点での継続的検討の必要性が確認されている。本調査の結果は、こうした制度レベルの議論と国民意識との接点を示すものである。

しかし同時に、「どちらともいえない」が 37.6%と高い点は、このトレードオフに対する判断の難しさを如実に物語っている。保険のカバー範囲を絞れば医療費は抑制されるが、自分や家族が重い病気にかかったときに必要な治療を受けられなくなるのではないかという不安は拭いがたい。Q24 (先進的治療の費用負担) でも意見が三分されたように、「制度の持続可能性」と「いざというときの安心」のどちらを優先すべきか、という問いに対して、国民の間で明確な合意は形成されていない。

【クロス集計の主な結果：公的保険の方向性】

- 年代別では、「どちらともいえない」が 20 代で 50.5%、30 代で 45.9%と若年層に顕著に高い。一方、70 代以上は 29.6%と最も低く、「負担増でも充実」(27.2%)の支持が全年代で最も高い。加齢に伴いがんリスクが高まる高齢層ほど、保険の充実を求める傾向がある。
- 性別では、男性の方が「線引き・優先度」を支持する割合がやや高く(男性 40.9%、女性 42.6%)、女性は「どちらともいえない」がやや多い(女性 39.3%、男性 35.7%)。
- がん罹患経験別では、「負担増でも充実」を支持する割合は、自身が治療中の回答者で 47.4%、自身が過去にがん経験ありで 31.2%、親族経験ありで 27.0%であったのに対し、自身も親族もがん経験なしの回答者では 18.6%にとどまった。治療中と経験なしの間には約 29 ポイントの差が確認された。同時に、「どちらともいえない」は治療中で 19.4%にとどまる一方、経験なし層では 38.6%と約 19 ポイントの差があった。現在治療中の患者層では、本論点に対して負担増を受け入れてでも公的保険を充実させるべきという立場を取る割合がほぼ半数に達しており、当事者としての経験が保険充実への明確な支持につながる構造が確認された。

- 個人年収 600 万円以上の層では「負担増でも充実」が 28.0%と高く、高所得層ほど追加負担への許容度が高い。

本調査を通じて浮かび上がるのは、国民が医療費の増大と制度の持続可能性に対する漠然とした危機感を抱きながらも、その解決策については具体的な判断基準や十分な情報を持ち合わせていないという現状である。Q27 から Q29 に至る一連の回答に共通して「わからない」の比率が高い点は、医療制度に関する国民的議論が、政策の専門家や利害関係者の間にとどまり、国民全体には十分に届いていないことを示唆している。また、本章で報告したすべての設問において、がん罹患経験の有無による回答差が一貫して確認された。罹患経験ありの層では、認知率・賛否の方向の明確さ・「わからない」率の低さのいずれにおいても、経験なし層と顕著な差が存在する。これは、医療制度に関する政策論点について、当事者性が態度形成を強く促進する構造が、第 3 章から第 7 章までに観察された傾向と同じく第 8 章においても貫徹していることを示している。

9. 政策提言：患者・当事者、市民を起点とした政策推進に向けて

本章では、第3章から第8章までに報告した調査結果を踏まえ、がん医療政策に関する5つの提言を示す。本調査から明らかになった主要な知見として、(1) がん医療に関する国民の知識水準には年代・地域・がん経験の有無による顕著な違いが存在すること、(2) がん検診受診状況は国の目標との乖離が依然として大きいこと、(3) がんゲノム医療を含む先進的な医療への潜在的な支持は高いが認知が追いついていないこと、(4) 医療機能の集約化には概ね賛成が多いものの地方部では通院負担への懸念が強いこと、(5) 医療費制度に関する政策的問いに対して「わからない」の割合が高く国民的議論の基盤が十分でないこと、が挙げられる。

9.1 情報提供体制の強化と多層的な発信戦略の推進

本調査で明らかになった大きな課題の一つは、がん医療に関する情報の認知度の低さである。例えば、治療法に関しては、手術の認知度(65.6%)に比べ、放射線治療(58.5%)や薬物療法(58.4%)は一定の認知があるものの、「よく知っていた」に限ると15~22%にとどまり、治療の具体的な内容やメリット、適応条件まで理解している層は限定的である。また、治療の初期段階から緩和ケアが行われることの認知率は24.8%と極めて低く、約70%以上が十分に知らないと回答した。こうした情報の種類や知識の幅が、患者・当事者、市民の納得感のある治療の選択や生活に繋がることを踏まえ、以下の視点からさらに情報発信に注力すべきである。

第一に、放射線治療等の身体的負担の少ない治療選択肢や、緩和ケアに対する正しい理解を広めるための情報発信を強化すべきである。がん患者における放射線治療の利用率は、欧米ではアメリカで66%、ドイツで60%、イギリスで56%との報告がある一方で、我が国のがん患者における放射線治療適応率は2019年時点で23.7%に留まる。高齢化が進み、手術や抗がん剤治療に耐えることが難しい患者の増加が見込まれるなかで、身体的負担の少ない治療の選択肢を患者が適切に理解し、自ら選べるような環境の整備は急務である。また、市民が治療の選択肢を広く持つためには、医療従事者自身への正確な情報発信も同様に重要である。市民は医療従事者からの情報を信頼する傾向も踏まえると、医療従事者側が正しく情報を学び、適切なタイミングで情報提供が行われる体制の整備も必要である。

緩和ケアについてもさらなる理解の浸透が期待される。第4期がん対策推進基本計画では「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられ、拠点病院への緩和ケアチーム設置も要件化されているが、その制度が市民の認知や実感には結びついていない。早期からの緩和ケアが患者のQOL向上や精神的苦痛の軽減に寄与することを示すエビデンスは国際的に蓄積されており、緩和ケアは治療を諦めることではなく、治療と並行して生活の質を守るためのケアであるという正確なメッセージを、多様なチャネルで発信していく必要がある。

第二に、公的コンテンツの普及・活用度を評価軸に据え、多様なメディアを通じた多層的な情報発信戦略を構築すべきである。現行の第4期がん対策推進基本計画では、がん情報サービス(ウェブサイト)へのアクセス件数やコンテンツ更新数、点字・音声資料の整備状況等のアウトプット指標が設定され、情報提供の改善が図られている。しかし、患者が実際に情報を得て納得した治療選択に結びつけるプロセスを改善するには、単なるアクセス数の把握に留まらない工夫が必要である。現代では、公式YouTubeやSNS、オンラインコミュニティなど、ウェブサイト以外の多様なチャネルが情報を届ける重要な手段となっている。

そのため、今後の評価においては、公的情報が医療従事者の説明や地域の勉強会、患者会等で質の担保された情報として正しく引用、二次利用されているかも重視すべきである。具体的には、第5期基本計画のロジックモデルに、公的情報の被引用数や、AI等を活用した分かりやすい・届きやすいプッシュ型情報提供の状況の評価する指標を追加することが考えられる。あわせて、がん診療連携拠点病院等の整備指針においても、自施設の個別情報のみならず、標準的な医療や緩和ケアの役割といった全国共通の基本情報を公的資料を活用して積極的に発信することを明記すべきである。なお、国立がん研究センターのがん情報サービス等の公的コンテンツを積極的に活用することで、内容の最新性と質の均てん化を図るとともに、個々の医療機関が一から情報資料を作成する負担を軽減する工夫も同時に求められる医療機関・自治体・官民の連携を通じ、公的資料を核とした信頼性の高い情報が多層的に行き渡る体制構築が期待される。

第三に、患者が能動的に情報を探さなくても、必要な時に支援へたどり着けるプッシュ型の相談支援体制をさらに充実させるべきである。本調査では、がん診療連携拠点病院などに設置されているがん相談支援センターの利用率は5.5%に留まった。相談したい人が適切なタイミングで活用できるよう、センターの存在周知を徹底するとともに、患者がより相談しやすい環境の整備が求められる。特に、診断直後の心理的負荷が極めて大きい時期に、医療機関から相談支援センターへの案内を標準化する仕組みや、オンライン相談の拡充や、患者側へ働きかけるアウトリーチ型の支援を強化することで、患者が孤立しない環境を整える必要がある。なお、AIをはじめとする最新のデジタルツールの活用は、情報アクセスの利便性を飛躍的に高める可能性を秘めている。その一方で、情報の質の担保やプライバシー保護に関する留意点についても、公的機関が分かりやすく示していくことが不可欠である。こうした安全性の確保こそが、市民の安心と適切な情報活用を支える重要な基盤となる。

9.2 検診のデータ一元化と受診率の向上

本調査では、すべてのがん検診において定期受診率が25～29%にとどまり、「一度も受診していない」層がいずれの検診でも30%を超えた。第4期がん対策推進基本計画が掲げる受診率60%という目標を達成するためには、個人の意識向上に頼るだけでなく、具体的に制度として対応する必要がある。

第一に、職域と自治体を横断した検診データの一元管理に向けた基盤整備を進めるべきである。本調査では、職場のがん検診受診情報を市区町村が把握できるようにすることについて62.8%が賛成と回答しており、検診データの一元管理は市民に比較的受け入れられやすい施策であることが確認された。現行制度では、職域で実施されたがん検診の受診情報は市区町村には共有されないため、自治体は住民の受診状況を一元的に把握できず、重複した受診勧奨や未受診者の見落としが発生しやすい。職域と自治体の検診データの連携が実現すれば、どちらの検診も未受診の住民を的確に特定して、リスクや年齢に応じて個別に受診を促すことが可能となる。

ただし、職域のがん検診は、事業者（企業）が単独で実施する場合、事業者と健康保険組合が連携して実施する場合、健康保険組合が独自に実施する場合など、実施主体が多岐にわたる。それぞれの場合で検診結果の取扱いや社員からの同意の取得方法に運用上のばらつきが存在しており、このばらつきがデータ連携の障壁となりかねない。さらに、受診対象・検診内容・受診間隔等が国の指針と必ずしも合致せず、実施主体によって区々に運用されているほか、精度管理も十分ではないという制度的課題が指摘されている。検診データの一元管理を実現するためには、同意取得様式や情報提供書の標準化、個人識別子の扱い方、市区町村への情報提供に関する同意項目の明確化など、実施主体によらず全国で共通して利用可能な運用指針と標準様式を国が主導して整備することが不可欠である。がん検診を事業者の健

康保持増進措置の一つとして明確に位置づけ、労働安全衛生法に基づく事業者の努力義務として示す方向性を踏まえて、職域での検診機会の提供と受診勧奨の強化のみならず、職域と自治体を横断した検診データの連携まで見据えた展開が期待される。

第二に、生涯を通じて検診を継続できる仕組みを構築しながら、未受診層に対するアプローチを多様化すべきである。本調査では、検診の種類を問わず定期受診率に大きな差が見られなかった。そのため、検診行動は特定のがん種に対する意識よりも、健康管理の習慣そのものの有無に左右されている可能性が高い。そこで重要となるのが、科学的根拠に基づき有効性が確認された法定のがん検診を、ライフステージの境目で途絶えさせない仕組みである。特に、退職や転職、転居等の際のがん検診の継続がスムーズに行われず、検診の空白が生じやすい。生涯にわたって継続的に受診できる体制を強化するため、退職・転居時に自治体や事業者から検診の継続方法を確実に案内するプッシュ型の通知も一案である。同時に、未受診層に対しては、かかりつけ医からの受診勧奨や企業の健康経営施策との連携等、検診を受ける最初の一步を促す取り組みを多面的に推進すべきである。

また、未受診者へのアプローチの一環として、全体の受診率向上を実現するためには、特に受診率が低い低所得層に対する重点的なアプローチが不可欠である。本調査では世帯年収 300 万円未満の層で未受診率が最も高いことが示されている。今後のがん対策推進基本計画においては、全体の受診率に加え、世帯年収別のがん検診受診率や低所得層（例：世帯年収 300 万円未満）の未受診率を KPI として設定し、特に、経済的理由や勤務形態の制約から受診しにくい層に対しては、無料クーポンの重点配布や受診時の間接費用（交通費・保育等）を軽減する支援策を組み合わせることを検討できる。また、世代間による負担の差にも注視する必要がある。

9.3 がんゲノム医療に関する理解促進

がんゲノム医療は、がん細胞の遺伝子変異を網羅的に解析し、個々の患者に最適な治療薬を選択する個別化医療であり、がん医療の将来を大きく変えうる可能性を持つ。日本では 2019 年に遺伝子パネル検査が保険適用となり、がんゲノム医療中核拠点病院・拠点病院・連携病院の整備が進められてきた。しかし本調査では、その内容まで理解している人はわずか 5.2%にとどまり、約 60%が「全く聞いたことがない」と回答した。一方で、説明を受けた後は 55.8%が理解を示し、遺伝子パネル検査の早期保険適用にも 56.2%が賛成した。この結果は、認知の低さが関心の欠如ではなく情報に接する機会の不足に起因しており、適切な情報提供が行われれば先進的な治療への市民の支持は得られ得ることを示している。以下の施策を提言する。

第一に、がんゲノム医療に関する市民向け情報発信の体系化である。現状では、がんゲノム医療に関する報道や広報は専門メディアに偏りがちであり、一般市民が日常的に接する情報源にまで十分に届いていない。がんゲノム医療中核拠点病院等連絡協議会が中心となり、国立がん研究センター研究所のがんゲノム情報管理センター（C-CAT: Center for Cancer Genomics and Advanced Therapeutics）等が既に公開しているコンテンツをはじめ「がんゲノム医療とは何か」「遺伝子パネル検査で何がわかるのか」「どのような患者が対象となるのか」といった基本的な情報を平易にまとめた標準的な情報資料（動画、パンフレット、ウェブコンテンツ等）の周知を強化し、がん診療連携拠点病院の相談支援センターや自治体の窓口を通じて、がん罹患した患者やその家族のみならず、広く市民に対して配布する仕組みを整えるべきである。なお、情報発信の際は、官民連携の可能性も積極的に模索すべきである。既に国立がん研究センターは公式 YouTube チャンネルを通じて各種がんの解説や公開市民講座などの動画を発信し、YouTube を運営する Google 社とのパートナーシップのもと、YouTube Health の枠組みを活用して信頼で

きる医療情報へのアクセシビリティ向上に取り組んでおり、今後のさらなる活用が望まれる。なお、2026年に設置された日本ゲノム医療推進機構（GeMJ: GenomicMedicineJapan）は、ゲノム医療施策に関する基本的な計画に基づき、医療・研究・情報発信の司令塔としての役割が期待されており、市民向け情報発信の体系化においても同機構との連携が有効である。

第二に、がん診断時および治療方針決定時における、がんゲノム医療に関する情報提供の標準化である。現行制度では、遺伝子パネル検査は標準治療が終了した段階、あるいは標準治療がない場合に限り保険適用となるが、患者がこの選択肢の存在を治療の早い段階から認識していれば、将来の治療計画をより主体的に考えることが可能となる。がん診療連携拠点病院において、診断時の説明や治療方針の協議の場で、がんゲノム医療という選択肢が存在することを患者に伝える標準的なプロセスを確立すべきである。

第三に、ドラッグ・ラグの解消に向けた制度整備との連動である。本調査で反対理由として「最適な薬がわかってもその薬が未承認で使えないことがある」（30.1%）が挙げられた点は重要な指摘である。遺伝子パネル検査で治療薬の候補が判明しても、その薬が日本で未承認であれば実際の治療に結びつかないという現実、検査の意義そのものへの信頼を損ないかねない。診療報酬制度上の「標準治療が終了となった固形がん患者（終了が見込まれる者を含む）」という遺伝子パネル検査の対象者の制限撤廃と、それに対応するコンパニオン診断薬・治療薬の薬事承認の迅速化は車の両輪で進められるべきである。あわせて患者申出療養制度の活用促進や国際共同治験への参加拡大を含めた包括的な制度的環境の整備が求められる。

第四に、消費者向け遺伝学的検査（DTC 遺伝子検査）に関する適切な導入規制および情報環境の整備である。本調査では36.7%が「今後受けてみたい」と関心を示す一方、28.9%が消極的であり、意見が分かれている。医療機関を介さずに遺伝情報を取得することに伴うリスク（結果の誤解、不適切な不安の惹起、遺伝情報の管理等）について、その導入に関する規制はもとより、市民が正確に理解したうえで判断できるよう、検査の意義と限界に関する中立的な情報提供のガイドラインを整備すべきである。

がんゲノム医療は今後のがん治療の個別化・精密化において中核的な役割を担う領域であり、市民の理解と支持なくしてその発展は望めない。既に存在する公的情報や患者向けガイドラインを起点として、そのアクセス性とわかりやすさを高めつつ、診断・治療の現場での説明の標準化と制度面での整備を一体的に進めることが求められる。

9.4 医療機能の集約化と患者支援体制の整備の両立

医療機能の集約化に対しては、概ね賛成（46.8%）が反対（21.6%）を上回り、約半数が賛成している。反対理由の多くは体力的負担（60.1%）と経済的負担（46.9%）に集約されるが、年代や性別によって背景が大きく異なる。例えば、30代から40代の女性では仕事や育児との両立に対する懸念が強く、高齢層では体力的・経済的な負担に伴う通院の困難さを切実に感じている傾向がうかがえた。そこで、今後は医療機関の集約化と共に、地域の人口動態や地理的な特性等に合わせた包括的な支援体制の整備を検討していく必要がある。

第一に、交通手段の整備については、地域医療構想や医療計画において、医療アクセス確保を目的とした交通サービスを明示的に位置づけるべきである。予約制乗り合いタクシー（デマンド交通）や拠点病院と周辺地域を結ぶシャトルバスの計画的な整備に加え、2021年11月には配車アプリ等を活用したタクシー相乗りサービスが全国で導入可能となった。また、2024年には在留資格の1つである特定技能の

対象分野に自動車運送業が追加されている。交通政策や規制緩和等の動向を注視し、公的関与のもとで、医療アクセス向上の観点から戦略的に活用することが求められる。

第二に、交通費・宿泊費等の経済面では、とりわけ地方や離島・中山間地域に居住する人々、経済的に脆弱な世帯等、相対的に重い負担を抱える層に対する公的支援の拡充について、財源のあり方と共に丁寧に検討すべきである。例えば、新潟県佐渡市では、島内での放射線治療提供が終了したことに伴い、がん患者が県内の医療機関へ放射線治療のために通院する際のフェリー運賃や宿泊費の一部を市独自の事業として助成している。一部の自治体や NPO 法人でも、主として小児がん患者やその家族を対象として、医療の集約化によって生じる交通費負担を補完する取り組みが先行的に進められており、その財源には自治体の一般財源や補助金に加え、地元企業からの寄付、地域住民からの募金、チャリティイベントの収益等を組み合わせた複合型資金が用いられている場合もある。多様な資金源を活用することで、市民参画の理念に基づき地域の実態に応じた柔軟な支援運営が可能となる。しかし、寄付や単年度予算に依拠する仕組みは財源規模や持続可能性に構造的な限界を抱えている。また、小児期のがんや治療中の患者が優先され、成人期や高齢期のがん、経過観察のための通院は支援対象として後回しになりがちな点も課題である。ライフコースを通じた支援の仕組みを国の制度として整備していくことが望まれる。

第三に、対面とオンラインを組み合わせた次世代型がん地域連携クリティカルパスの構築等、医療機関間の連携体制を強化すべきである。がん診療の集約化が進むにつれて拠点病院へ患者が集中するため、治療後の経過観察や日常の体調管理を地域の医療機関が担う重要性がますます高まっている。特にがんは長期にわたるフォローアップが欠かせない。地域のかかりつけ医や訪問看護師らがその役割をスムーズに分担できるよう、タスク・シフトやタスク・シェアを推進しながら、医療機関同士の連携体制を整備していくことが必須である。現在、がん診療連携拠点病院とかかりつけ医が共同診療計画を共有する、がん地域連携クリティカルパスの活用が進んでいるが、その多くはまだ対面診療を前提としている。今後は、オンライン診療による遠隔フォローアップを明確に組み込むことも有用である。実際に、診療報酬制度においてもこうした動きを後押しする見直しが進んでおり、2024 年度には看護師が同席してオンライン診療を行う形（D to P with N）を評価する「看護師等遠隔診療補助加算」が新設された。2026 年度改定では訪問看護遠隔診療補助料の創設や対象疾患の拡大など、がんを含む慢性疾患の遠隔診療を後押しする見直しが進められている。こうした制度上の評価も活用しながら、患者が住み慣れた地域で安心して療養を続けるための基盤として、デジタル技術を用いた遠隔での経過観察や相談支援を整備していくことが期待される。

第四に、がん診療連携協議会の枠組みを活用し、医療機能の集約化と患者負担の軽減を一体的に議論すべきである。医療機能の集約化と患者負担の軽減は表裏一体であり、切り離せない課題である。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」による「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」では、都道府県およびがん診療連携拠点病院が医療提供体制に関する情報公開と分かりやすい説明を担い、地域の実態に即した議論を主導することが求められている。特に、拠点病院等整備指針の改定により、拠点病院や地域のがん医療を担う者、患者団体等の都道府県がん診療連携協議会への参画が必須化されたことを踏まえ、都道府県がん診療連携協議会が地域の実態や患者ニーズを広く集約し、移動手段の整備や交通費支援の在り方も含めた議論を主導していくとともに、国のがん対策推進協議会においてもあわせて情報収集や検討を進めることが重要である。

あわせて、現役世代が抱える仕事や育児との両立への懸念に対しても、踏み込んだ検討が必要となる。2026 年 4 月には改正労働施策総合推進法が施行され、治療と就業の両立支援が事業主の努力義務として法的に位置づけられる。こうした動きを捉え、がん診療連携協議会の場に地域の事業者や産業保健関係

者の参画を促し、柔軟な勤務体制の整備や施設近隣での一時保育の確保等、医療と生活の双方にまたがる課題を医療集約化の議論と相補的に深めていくことも期待される。

9.5 持続可能な保健医療システムに向けた社会の合意形成

本調査全体を通じて、がん検診の受診状況や自身・家族のがん経験といった実体験に基づく質問では「わからない／回答しない」の割合が比較的少ない一方で、がんゲノム医療、高額療養費制度、混合診療、公的保険の方向性といった制度・政策に関する質問では、「どちらともいえない」や「わからない／回答しない」と回答を保留する割合が一貫して20～30%程度に上った。この傾向は特に若年層で顕著である。これは、決して若年層の関心が低いということではなく、制度や政策の是非を判断するための基礎的な情報や、保健医療システム全体を議論する機会が限定的であった可能性を示唆している。こうした現状を踏まえ、がん医療を含む保健医療システムを次の20年に引き継ぐための基盤として、以下の取り組みを推進すべきである。

第一に、保健医療システムの現状と将来推計、および各政策オプションの長短を市民にわかりやすく提示し、世代に応じた戦略的なコミュニケーションを展開すべきである。高額療養費制度を維持するための方法については、「高所得者の負担増」を支持する回答が41.0%で最多となり、一律の負担増には強い抵抗感が見られた。公的保険の範囲についても「線引きを設けるべき」(41.8%)が「負担増でも充実すべき」(20.6%)を大きく上回るなど、給付と負担のバランスに対する市民の率直な意識が明らかになった。ただし、先進的な治療の費用負担や混合診療の拡大等のより複雑な事例については「わからない」と回答を保留する割合が28～33%と高い。さらに、こうした意識は、世代間でも明確に分かれており、若年層が判断を保留しがちなのに対し、高齢層は応能負担を支持する傾向が強い。そこで、若年層に対しては、将来の支え手かつ利用者になるという視点から制度の仕組みや将来像を伝えることに注力すべきである。一方、高齢層に対しては、負担の公平性に関する具体的なシミュレーションやデータに基づき、持続可能性を直視した議論を促すことが重要である。

第二に、単なる情報提供に留まらず、開かれた議論を通じて合意形成を図る場づくりを進めるべきである。特に、患者・当事者を含む市民とともに望ましい保健医療システムの在り方や地域医療の将来像を議論するための社会的なプロセスが求められる。既に一部の自治体では市民を交えた先進的な取り組みが始まっている。例えば、愛知県新城市では、市民病院の再整備にあたり、市民病院の医局会、地域の医師会、区長会等からも意見を聴取しながら、新城市市民病院あり方検討会での協議とパブリックコメントを経て移転と新築を決定した。新病院建設にあたっては、「市民が創り、支える病院」を掲げ、市民・職員・医療スタッフが参加するワークショップを複数回開催している。初回到院内ツアーを実施し、病院の老朽化という現状を参加者全員で共有し、その実感を土台として望ましい病院の役割や市民の関わり方について議論を深め、その知見を病院の基本構想に直接反映させている。

国や自治体、医療機関や患者・当事者が現場の課題共有から対話を積み重ね、多くの関係者と共に意思決定のプロセスを可視化していくことは、単なる個別施策の決定を超えた極めて重要な意義を持つ。がんの場合、抗がん剤、放射線治療、手術等の標準治療の多くは公的保険により自己負担が抑えられているものの、保険適用外の治療や入院費、交通費・生活費を含めれば家計への負担は依然として重く、各種公的制度や自治体の助成が患者・当事者とその家族を支える命綱となっている。地域の医療の在り方を含め、保健医療システムの持続可能性に関する議論は、がんになっても必要な治療にアクセスできる社会を将来世代まで維持できるかという、市民生活の根幹に関わる切実な課題として共有されるべきである。

おわりに

2006 年にがん対策基本法が成立してから 20 年が経過し、社会の状況や医療を取り巻く環境は大きく変化した。そのなかで、がん医療がより良い形で発展していくためには、患者・当事者の視点に加えて、医療提供体制や社会保障制度の持続可能性など、社会全体の視点からの議論が欠かせない。本調査報告書が今後の社会的議論の一助となることを期待したい。

付録 調査概要

表 10-1 調査の概要

調査手法	インターネット調査
対象者	全国の 20 歳以上の男女
有効回答数	10,000 サンプル
性別構成	女性 51.8%、男性 48.2%
平均年齢	54.14 歳（20 歳～99 歳）
調査時期	2026 年 2 月

● 調査デザイン

本調査は横断研究として設計された。調査時点における市民のがんに対する意識・知識・行動を記述的に把握することを主目的とし、各設問の単純集計（GT 表）を中心とした分析に加え、性別、年代、がん罹患経験、居住地域規模、世帯年収等を軸としたクロス集計分析を行った。

● 調査対象

調査会社が保有する全国の 20 歳以上の男女パネルを対象とした。回答者は地域（8 ブロック：北海道、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州）、性別（男女）、年齢層（20 代～70 歳以上の 6 区分）による割り当て法を用い、日本全体の人口動態・分布をおおむね反映するよう 10,000 サンプルを収集した。

● 調査方法

インターネットを利用したアンケート調査を実施した。調査会社保有パネルに対し、がんの経験・知識・検診受診状況・先進的な治療への意識・医療費制度への意見等に関する全 29 問の質問を行った。設問形式は単一回答（SA）、複数回答（MA）、数値回答（NU）を含む。設問によっては、回答対象者を限定した分岐質問を設けた（例：がん経験者への詳細質問、民間保険加入者への質問、集約化反対者への理由聴取等）。調査期間は 2026 年 2 月である。

● 解析手法

本報告書では、各設問の回答数および構成比（%）を算出する単純集計（Grand Total：GT 表）の結果に加え、性別、年代別、性年代別、居住地域規模別、保険加入状況別、がん検診経験別、個人・世帯年収別、がん罹患経験別等を軸としたクロス集計の結果を報告する。構成比は各設問の有効回答数を母数として算出した。なお、複数回答（MA）の設問では構成比の合計が 100%を超える場合がある。

● 調査の限界

本調査はインターネット調査であり、回答者がインターネットを利用できる層に限定される。高齢者やデジタル機器に不慣れな層が相対的に過少となる可能性があり、結果の解釈においてはこの点に留意する必要がある。また、本調査は横断研究であるため、因果関係の推定はできない。さらに、自己申告によるアンケートであることから、社会的望ましきバイアスや回想バイアスが結果に影響を与えている可能性がある。

● 回答者属性

表 10-2 性別

選択肢	回答数 (%)
女性	5,179 (51.8%)
男性	4,821 (48.2%)

表 10-3 年齢

年代	回答数 (%)
20 代	1,222 (12.2%)
30 代	1,270 (12.7%)
40 代	1,567 (15.7%)
50 代	1,751 (17.5%)
60 代	1,423 (14.2%)
70 代以上	2,767 (27.7%)

表 10-4 最終学歴

選択肢	回答数 (%)
中学校卒業	289 (2.9%)
高等学校卒業	3,337 (33.4%)
短期大学・専門学校	1,870 (18.7%)
大学 (学士)	3,717 (37.2%)
大学院 (修士・博士)	431 (4.3%)
わからない/回答しない	356 (3.6%)

表 10-5 職業

選択肢	回答数 (%)
会社員 (正規)	2,743 (27.4%)
会社員 (非正規)	440 (4.4%)
パート・アルバイト	1,425 (14.3%)
公務員・団体職員	360 (3.6%)
自営業・自由業	627 (6.3%)
専業主婦・主夫	1,796 (18%)
学生	112 (1.1%)
無職 (退職者含む)	2,164 (21.6%)
その他/わからない	333 (3.3%)

表 10-6 公的医療保険 (Q1)

選択肢	回答数 (%)
勤務先の健康保険	4,330 (43.3%)
国民健康保険	2,993 (29.9%)
後期高齢者医療制度	1,017 (10.2%)
その他	65 (0.7%)
わからない/回答しない	1,595 (16%)

表 10-7 民間医療保険の加入状況 (Q2)

選択肢	回答数 (%)
加入している	6,205 (62.1%)
加入していない	2,772 (27.7%)
わからない/回答しない	1,023 (10.2%)

表 10-8 婚姻状況 (sc7)

選択肢	回答数 (%)
未婚	3,240 (32.4%)
配偶者あり	5,460 (54.6%)
死別	430 (4.3%)
離別	680 (6.8%)
回答しない	200 (2%)

謝辞

本調査報告ならびに提言は、ヒアリングをもとに、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が取りまとめたものであり、アドバイザーなどの関係者、および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。

アドバイザー（五十音順・敬称略）

- 五十嵐 中 （東京大学大学院 薬学系研究科 医療政策・公衆衛生学 特任准教授
／横浜市立大学大学院 データサイエンス研究科 客員准教授）
- 相良 安昭 （社会医療法人博愛会 相良病院 院長補佐）
- 桜井 なおみ （一般社団法人 全国がん患者団体連合会 副理事長
／一般社団法人 CSR プロジェクト 代表理事
／キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長）
- 東 尚弘 （東京大学大学院 医学系研究科 公衆衛生学分野 教授）
- 本田 麻由美 （読売新聞東京本社医療部 編集委員）
- 武藤 学 （京都大学大学院 医学研究科 腫瘍内科学 教授）
- 若尾 文彦 （国立がん研究センター がん対策情報センター本部 副本部長）

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

協賛企業（五十音順）

アストラゼネカ株式会社
 ガーダントヘルスジャパン株式会社
 ファイザー株式会社

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してきました。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供しています。設立以来、女性の健康、がん対策、認知症、薬剤耐性、再生医療、グローバルヘルスなど、当時は十分に議論されていなかったテーマをいち早く政策課題として提示し、法制度や国家戦略の形成、国際的な政策議論に反映されるなど、具体的な政策の前進に寄与してきました。こうした継続的な取り組みは、国内外の政策関係者や国際機関からも一定の評価を受けており、日本発の医療政策シンクタンクとして国際的な対話の場に参加し続けています。

日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動を続けていきます。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示-非営利-継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。



- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示-非営利-継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です。

詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

執筆者（2026年3月時点）

河野 結 （日本医療政策機構 マネジャー）
 坂元 晴香 （日本医療政策機構 シニアマネジャー）
 鈴木 秀 （日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
 渡部 大地 （日本医療政策機構 シニアアソシエイト）
 オミレケ フェーバー （日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）
 ヒーリングス セリナ （日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2
 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo
 E-mail: info@hgpi.org