

## がん対策推進基本計画イメージ

### 1. これまでのがん対策への取組み

政府は、がんが国民の希求する健康な生活、長寿社会に対する脅威であることを踏まえ、適切ながん対策は国家の責務と認識し、この30年様々ながん対策を講じてきた。即ち、昭和59年度から「対がん10ヵ年総合戦略」、これに引き続き平成6年度から「がん克服新10ヵ年戦略」を策定し、がんのメカニズムの一端を解明するとともに、各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立などに注力した結果、がん診断・治療技術も目覚ましい進歩をとげてきた。

さらに、平成16年度からは、がん罹患率と死亡率の激減を目指して、がん研究の推進、がん予防の推進及びがん医療の向上とそれを支える社会環境の整備を柱とする「第3次対がん10ヵ年総合戦略」により、がん対策に取り組んできた。

また、厚生労働省においては、平成17年5月、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を設置し、がんの病態に応じた部局横断的な連携を推進するとともに、8月に「がん対策推進アクションプラン2005」を策定し、第3次対がん10ヵ年総合戦略の更なる推進を図ってきた。

その結果、国民皆保険制度の下で全ての国民が比較的高いレベルのがん医療を受けられるようになっている。

### 2. がんをめぐる現状、課題

しかしながら急速な高齢化の進展に伴い、がんは我が国において昭和56年より死因の第1位であり、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている。また、がん罹患者は、年間60万人、厚生労働省研究班によれば2015年には89万人に急増すると推計されている。この数字は、現在日本人は生涯のうちに男性は2人に1人、女性は3人に1人ががんに罹ることを意味している。

さらに、継続的に医療を必要とするがんの患者数は現在140万以上とされており、平成16年の国民医療費に占めるがん医療費は、全体の9.6%、総額で2兆3,306億円となっている。

こうしたことから、がんは、「国民病」であると呼んでも過言ではなく、全ての国民が、がんを他人事ではなく自分自身や家族の問題として捉える必要性が

より一層高まっている。

胃がんや子宮がんなど、がんの種類によっては、最近10年間で死亡率が頭打ちに転じているものの、肺がんや大腸がん、乳がん等は増加傾向にあり、がんの種類に変化が見られる。

がんは加齢により発症リスクが高まるが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加すると推測される。

我が国のがん治療は、診断や外科手術を中心に目覚ましい進歩を遂げ、世界でもトップクラスにあり、がん患者の5年生存率も年々向上しているが、化学治療、放射線治療の体制は欧米諸国に見劣りし、又緩和治療、在宅治療やがん情報の提供や、がん患者・家族への支援体制も十分ではなく、急増するがん患者のQOLの更なる充実が急務である。

### 3. がん対策基本計画策定にあたって

このように、がん対策は着実に実施され成果を収めてきたが、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状に鑑み、がん対策の一層の推進を図るため、平成19年4月1日、がん対策基本法（平成18年法律第98号。以下「基本法」という。）が施行された。

この法律に基づく「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）は、政府ががん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、基本法第9条第1項に基づき策定するものであり、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象として、がん対策の基本方針を極力数値目標も含めて定めるものであり、都道府県がん対策推進計画（以下「都道府県計画」という。）の基本となるものである。

今後は、基本計画に基づき、国及び地方公共団体が、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、関係団体及びマスメディア等（以下「関係者等」という。）の支援、協力を得てがん対策に取り組むが、この基本計画の推進、数値目標の達成は、がん年齢に達した全国民ががん検診を受診し、また禁煙を行う等、国民全体ががん対策に主体的に取り組むことなしには困難で、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現は望めないことを敢えて訴えたい。

○2頁の「基本方針」……基本法2条の基本理念を基本方針にするのは違和感あり。方針は理念を達成、実現するためのアクション計画に近いものであるべきです。この方針は理念に少し書き加えただけであり、重点的に取組む課題や分野別課題とも重複し、アクションには遠いと思います。今回の基本方針は、基本理念の実現を旨とし、次の三つが基本方針となるのではと思います。

- ・がん死亡率の大幅な低下
- ・がん患者の苦痛を緩和し、QOLの改善を図るためのがん医療の質の向上
- ・がん治療の地域間格差、病院間格差を是正(均てん化)を図り、医療連携を推進する

従って文章イメージは「国、地方公共団体等は、がん患者を含めた全ての国民ががん対策の中心であることを明確にし、がんによる死亡の減少とがん患者の苦しみを軽減し、QOLの向上を図るため、次の3点を基本方針としてがん対策基本計画策定を行い、必要な財政措置を講ずる」ではないでしょうか？(財政措置を入れることは不可欠。必要性の程度は毎年厚労省が財務省との折衝で決める話。20ページの効率的・重点的な財政措置は財務省対策的で、意味なし。「必要な財政措置は講じるが、限られた財政状況に鑑みその配分や効率的使用は不可欠」と言えば良い。)

○3ページのがんに関する目標……「基本方針を実現、達成するために全体目標と個別目標、並びにその達成時期を定める」を枕詞にして、(全体目標)(個別目標)毎に前回議論した数値等を書き込む。そして「この目標の進捗状況をフォロー、監視するための体制(この協議会メンバーの一部?)を設ける」とすべきでしょう。

○4ページ「重点課題」以下……重点的に取組むべき課題と分野別課題が重複し、また両者の優先順位があるのか等も不明確。通常は重点課題を設けるなら、それら課題が優先されるが……？従って第3は「基本計画」を受けてより具体的な分野別の「実行計画」乃至「基本施策」がタイトルとなるべきでしょう。そして内容としては次の点を書き込むこと。

- ・現状(評価)より施策・実行計画にもっとボリュームを割くべき
- ・施策には極力目標数値、定性的なものはどの程度、どこまでやるのか
- ・目標達成時期(期限)
- ・政府や行政の力だけでは困難な問題はその点をはっきり明記し、訴えること(例えば放射線医師を5百人育成の目標を作っても、最後は個々の医師の判断で、強制できず、インセンティブを付けてと言っても効果は未知。この種の課題は医療には付き物ながら、患者や国民は政府の責任と言い張り勝ち)

### 第3 重点的に取り組むべき課題

・・・現状評価なし。分野別施策で記述するならOK。但しなぜこの3つが重点的かが浮かばず（少なくとも「はじめに」に3重点課題を記載する必要）・・・

#### 1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにその専門医等の育成

→現状の評価、課題が不明確。次の3点ではないか！

- ・ 日本のがん治療が外科中心で放射線、化学治療（腫瘍内科医）が欧米に比し極端に不足していること
- ・ 手術、化学治療、放射線治療を組み合わせた集学的治療が遅れていること
- ・ 看護師、薬剤師、放射線技師等の医療従事者が少ないこと

#### 2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

→緩和ケア、在宅医療の体制が不足

- ・ 疼痛ケア、精神面のケア（サイココグニター）不足
- ・ 専門医、看護師不足

#### 3. がん登録の推進

→欧米は実施済で日本の立ち遅れが顕著であること、国民の理解・協力の必要性を強調。また何時までにやるのか、予算措置を講ずることも明記

### 第4 分野別施策

#### 1 がんの予防及び早期発見

##### ①現状

- ・ 一次予防は「タバコ対策」に二次予防は「検診」に極力絞り、この二つの対策が最も効果的且つ経済的であることを明言すべし
- ・ タバコ対策、検診率ともこれまでの対策にも拘らず、欧米に比べ成果をあげていない事実をクリアに。その原因を具体的、簡潔に記述
- ・ 最後の生活習慣病の記載は違和感。書くなら生活病対策とがん検診と別々の推進体制になっていることに対する問題を提起すべき

##### ②取り組むべき施策

- ・ タバコ対策の実行計画を価格、課税、受動喫煙防止、普及啓発、広告規制ごとにもう少し具体化・定量化・目標化できないか（この記載では従来の延長戦の域）
- ・ 主要がん別に検診率目標を
- ・ 検診率向上の全国レベル啓蒙策を具体的に書くべき

・老健法の生活習慣病とがん検診の一体運営を提起。がん検診の目標数値が生活習慣病の数値に近付き、特に働き盛りの年齢層の受診を雇用者に義務付けるため、受診率はアップするはず。また受診者にも便益（厚生労働省内で片付く問題では）

## 2 がん医療

### (1) 放射線療法、化学療法の推進及び医療従事者の育成

・・・医療従事者とは放射線、化学治療の話でなく、がん医療全体の話か？重点的課題では「その専門医等」と書かれているが・・・・。もし全体の話なら、より本源的な課題であり、次の緩和や在宅医療にも絡むため、「がん専門医教育、育成、コメディカル育成」として一項目を立てるべき

#### ①現状

重点的課題に既述済み。

・専門医認定の評価、問題点を記述すべき。国立がんセンター等の研修とは何を意味するのか、連携拠点病院に集学的治療実施を義務付けの評価・実態は？

・医師の養成の記載があるが、その評価は  
→低評価であれば取り組むべき施策が明確になる

#### ② 取り組むべき施策

・放射線、化学治療の専門医を育成、増員を図るのが最大の施策。人数や期限、育成・増員の方法等を具体的に記載がなければ施策にならず

・外科、内視鏡の水準維持記載の意味なし

・集学的治療体制の構築をどのように行うのか、具体的施策を書くべき

・化学治療の延命効果の記述は意味なし

・最後の「・・・人材が必要との意見もあつたことに留意」の如き記述は施策とは無関係

### ③ 緩和ケア

#### ①現状

・近時拠点病院の指定要件、外来での緩和ケア提供開始等の施策を始めたばかり、また疼痛緩和のための医療用麻薬の使用料も少なく、欧米諸国との格差は大。

#### ② 取り組むべき施策

専門医を増やし（人数、期限等）

・拠点病院、大病院のチーム医療体制充実。緩和病棟、ホスピス棟設置

・外来緩和ケア体制構築

・病院と在宅のネットワーク作り

- ・全ての医師の緩和医療啓蒙・研修を図るの4つでしょう。

#### ④ 在宅医療

##### (ア)現状

- ・「住み慣れた家庭や地域での療養を選択」とあるが、在宅医療を積極的医療（在宅化学治療）と終末期医療に分けて評価。本項目の記述は終末期医療の如き。
- ・そもそも在宅医療体制は不十分。介護認定の話を書き込み、ケースもあるとの指摘の記述は不適切

##### (イ) 取り組むべき施策

- ・望まれる、検討する（実行しない時の用語では？）の記述は不適切。
- ・専門医師（疼痛管理、化学治療）・看護師の増員、適切な診療所の配置、病院との連携体制が不可欠で、これらをバランス良く拡充→都道府県の対策重要

#### ⑤ 診療ガイドライン

##### (ア) 現状

- ・必要な臓器別ガイドラインは完成しているのか？しているなら何が課題かを明確に（ガイドラインに従った治療が行われているのか？）

#### ⑥ その他

- ・記載項目、文章、構成が練れていない。

### 3 医療機関の整備

○この項は拠点病院の拡充を中心に書かれている。本基本計画の基本方針が「がん医療の均てん化」であり、そのためには拠点病院充実となるが、300以上の二次医療圏に1ヶ所の拠点病院を限られた予算と人的資源を使って拡充することは、がん医療の質的向上に繋がらない。「選択と集中」の時代に相応しく、基本計画策定に際し拠点病院の在り方を見直し、都道府県に1, 2ヶ所（大府県は別）のがんセンターを設け、そこを徹底的に強化・拡充し、二次医療圏の拠点病院と医療分化し、連携を図ることを明確化すべき。

### 4 がん医療に関する相談支援及び情報提供

#### ① 現状

- ・拠点病院の相談支援センターはスタートしたばかりで、あまり「・・・を行っている」とはせず、拡充が必要に止めてはどうか

## ② 取り組むべき施策

- ・拠点病院の支援センターに複数配置（それでも不十分）するコストは膨大。むしろ検討会で日本医療評価機構の埴岡さん（本メンバー）から提起された全国規模の大コールセンターを設けて対応する方が、人材育成・患者アクセス等効果的で低コスト。拠点病院がこの仕事をアウトソースすることも可能。
- ・がんに関する情報は医療機関情報の開示が前提。がん登録を含め病院のディスクロージャー促進策を具体的に記述すべき

## 5 がん登録

○継続的登録には財政措置が必要で、登録を推進する以上財政措置を明記すべし

## 第5 その他

### 3 関係者の意見の把握

- ・関係者とは誰かを具体的に記述すべし

### 4 効率的・重点的な財政措置

- ・必要な財政措置を講ずるが、とした上で効率的・重点的執行を求めるべき。
- ・官民の役割と費用負担の分担を図るとはどういう意味か不明

### 5 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

誰がどのようにするのは極めて重要。がん対策推進室が計画推進の責任者となるなら、効果測定や評価はガバナンスからも別の組織・体制（基本は5年間同じメンバーでウォッチする）が必要

### 6 基本計画の見直し

国立がんセンターの独法化と基本計画の見直しの関係不明

### 全体目標

「全てのがん患者の苦痛を軽減しつつ、75歳未満のがんによる死亡者を20%減少させる」

### 個別目標

#### 5年生存率の改善

主要がんについて数値目標の設定(早期がん、進行がん)

#### がんの予防

喫煙率減少の数値目標の設定(男性、女性、未成年者)

食生活等についても健康日本21と整合性のある数値目標の設定

#### がんの早期発見に関する目標

臓器別がん検診受診率の数値目標の設定

「乳がんマンモグラフィ検診受診率は死亡率低下につながる50%以上に設定。正確な受診率を把握するためには、一般診療(保険診療)で行われている検診の調査が必要」

#### 放射線療法、化学療法の推進及び医療従事者の育成に関する目標

腫瘍内科医、放射線治療医の必要人数の数値目標の設定

「化学療法は手術可能がんを対象に、治療を目的とする術前・術後化学療法と手術不能進行がんや再発がんを対象に、症状緩和と延命を目的とした化学療法があり、外科医が行っているのが問題とされている。しかし、直ちに化学療法の全てに腫瘍内科医が関わることは困難であり、前者の一部は外科医を含めた臓器別の専門医が担当し、後者と化学療法が第一選択となるがん(血液がん等)は腫瘍内科医が担当する等の役割分担が必要である。化学療法を担当する医師の最低必要数は、がん連携拠点病院には1名以上の腫瘍内科医(日本腫瘍学会認定がん薬物療法専門医)と各臓器別に化学療法担当医(がん治療認定医、各学会専門医等)を配置できることを目標とする。」

#### 診療ガイドラインの作成に関する目標

診療ガイドラインに基づいたクリニカルパスの整備とクリニカルパス実施率を数値目標に設定。

「診療ガイドラインは作成とともに、定期的な改訂(2年毎)が重要である。」

#### 緩和ケアに関する目標

麻薬消費量の増加を数値目標に設定

#### 医療機関の整備に関する目標

がん診療連携拠点病院によるがん患者カバー率を数値目標として設定。

#### がん医療に関する相談支援等及び情報提供に関する目標

がん診療連携拠点病院における相談支援センターの難形を示す。



## がん対策推進基本計画についての意見

東大病院 放射線科准教授/緩和ケア診療部長 中川恵一

### 1. がん対策推進基本計画についての総論的考え方

がん対策基本法の基本理念（以下の第二条）に従うならば、がん対策推進基本計画は、国民およびがん患者のための計画でなければならない。国民の半数弱が、がんに罹患することを考えると、すべての国民が関心をもって議論するべきである。

医療への国費投入金総額が固定されている場合、通常の疾患では、患者の利益と国民全体の利益とはトレードオフにならざるを得ないが、ここまで罹患数が多いがんの場合には、国民ががん患者の側に立って考えることができるだろう。そのためには、国民が、日本のがんの実情を知る必要がある。また、その場合でも、がんに関する国費投入の増額が必要である。

がん対策基本法とがん対策推進基本計画は、がん患者、国民全体の双方を益する画期的なものであるとの認識が重要である。

第二条 がん対策は、次に掲げる事項を基本理念として行われなければならない。

一 がんの克服を目指し、がんに関する専門的、学際的又は総合的な研究を推進するとともに、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上その他の研究等の成果を普及し、活用し、及び発展させること。

二 がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療（以下「がん医療」という。）を受けられるようにすること。

三 がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。

## 2. がん対策推進基本計画イメージ（たたき台）についての意見

「意見交換会」の提言に基づく「がん対策推進基本計画イメージ（たたき台）」について、以下のように指摘する。

### 2-1 「たたき台」の幹の部分について

本年3月6日の、参議委員予算委員会の木庭健太郎議員の質問に対して、安倍首相は、以下のように答弁されている。<http://kokkai.ndl.go.jp/>

「昨年六月に成立をいたしましたがん対策基本法に基づき、患者や家族の方々のニーズを十分に踏まえて、本年の夏ごろまでにがん対策推進基本計画を策定することにいたしております。政府としては、その計画の中身については、正にこれは委員が御指摘された中身であります。初期段階から、治療の初期段階から、緩和ケアの実施など患者本位の治療体制の整備、そしてもう一点は、放射線医療を担う専門医等の育成。日本では、まだまだこの放射線医療にも偏見があって、放射線医療を受けたらもうおしまいなんじゃないかという誤解があるんだろうと思うんですね。手術をするという方法、そしてお薬を飲むという方法、そしてこの放射線。実はこの放射線は、欧米等では大変効果的な治療方法、そしてまた負担も少ない、こう言われているわけですが、日本ではまだその専門医が少ない。私も中川先生等からお話を伺いました。その専門医等の育成、そして、がんの罹患率や生存率などを把握する仕組みであるがん登録の推進、そしてまたセカンドオピニオン可能な医療機関の紹介など、国立がんセンターや拠点病院を中心とした相談支援体制の拡充を始め各般にわたる対策を総合的に進めていかなければいけないと。実態をしっかりと把握をして、そしてそれに対する施策を打っていく必要があると、このように考えております。」

また、柳澤厚生労働大臣は、4月5日の第1回「がん対策推進協議会」の冒頭に以下のように発言されている。

「がんは昭和56年より我が国において第1位の死因であり、現在では3人に1人が、がんで亡くなっているなど、依然として国民の生命及び健康にとって重要な課題となっております。こうしたことから、「がん対策基本法」は、与党内でも、また与野党間でも活発な議論が行われ、超党派提案により議員立法として昨年6月に成立し、本年4月より施行されたところであります。「がん対策基本法」は、がん対策を総合的かつ計画的に進めるため、

- ・ 放射線療法や化学療法を担う専門医の育成、
- ・ 治療の初期段階からの緩和ケアの実施、
- ・ がん医療に関する情報の収集提供体制の整備や、がん登録等、

従来と異なる新しい視点も盛り込んだものとなっております。

厚生労働省におきましては、本協議会のご意見を踏まえ、関係省庁とも協力しながら、がん対策推進基本計画を策定し、今後のがん対策をより一層推進していけるよう、全力で取り組んでまいりたいと考えております。」

このように、議員立法であるがん対策基本法の、骨子（幹の部分）は、

- 1) 放射線療法・化学療法を担う専門医の育成
- 2) 早期の治療段階からの緩和ケアの実施
- 3) がん医療に関する情報収集・提供体制の整備
- 4) がん登録制度の充実

である。

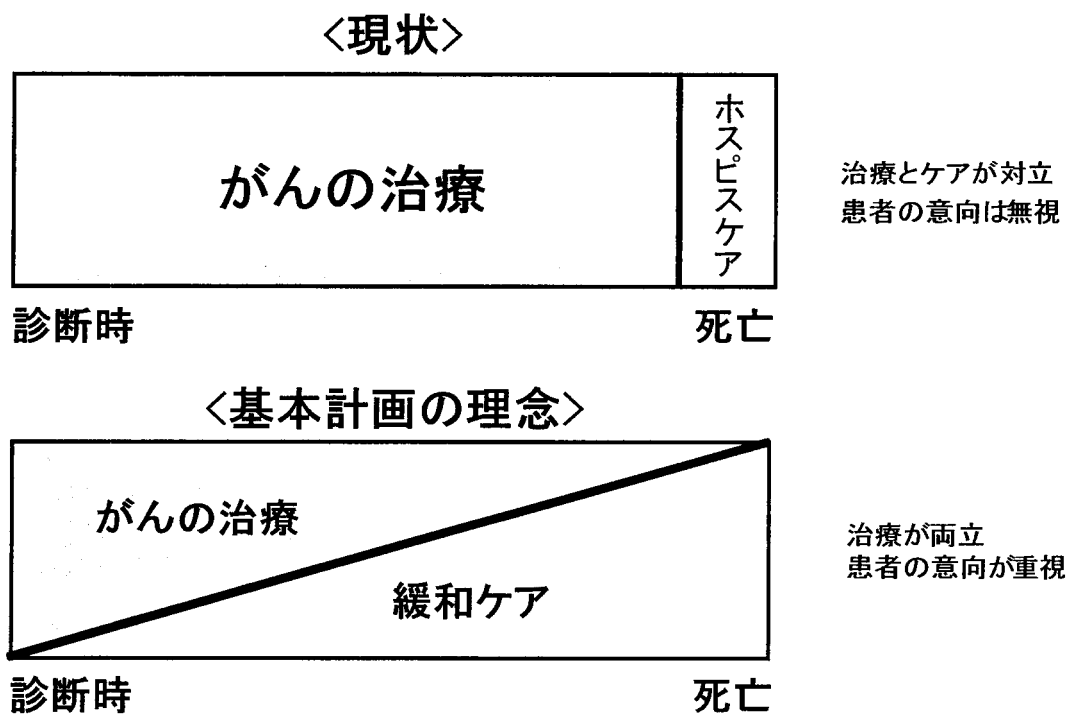
この幹に沿って、枝葉を入れていくべきであるが、実現可能な範囲で十分に合理的な数値目標を策定することが最も重要であると考えます。

## 2-2. 「たたき台」についての全般的指摘事項

1. がん対策推進基本計画についての総論的考え方、で触れたように、基本計画は、がん患者と国民に向けたものであり、その点でのメッセージ性が重要である。可及的に平易な表現をとるべきである。

また、以下のような平易な図表を用いることを提案する。

図：がん治療の現状と基本計画の目指す姿



## 2-3. 「たたき台」についての個別指摘事項

はじめに

#1頁、がんをめぐる現状：がん医療費についての記載の意図が不明確である。がんにかかる医療費が高額のように記載されているが、医療費に占める割合では、1割以下であって、むしろ、足りないと感じている国民が多いはずである。むしろ、「2これまでの取組と今後の展開」において、がん医療費が少なかったという文脈で記載されるべきである。

# 1頁、これまでの取組と今後の展開：自画自賛的である。とくに、「各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げてきた。」は言い過ぎであろう。せいぜい、「各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術の進歩について、一定の成果をあげてきた」などの記載が妥当か。

# 「これまでの取組と今後の展開」を「これまでの取組と問題点および今後の展開」とした上で、基本計画の幹にあたる、放射線療法、化学療法、緩和ケア、がん登録に関する立ち後れを指摘し、このため、基本法が制定されたと記載すべきであろう。このことによって、基本法と基本計画の幹が明確になる。

# 「平成19年から平成23年の5年間を対象として」とあるが、「5年ごとに基本計画に検討を加える」という条文もあり、10年を対象とすべきではないか。

### 第1 基本方針

# 2頁、基本方針：「がんによる死亡の減少と苦しみの軽減」は、「がんによる死亡の減少、適切ながん医療の普及（基本法第二条第二項）、がん患者の生活の質の維持向上（第十六条）」に変更すべきである。

# 「がん患者を含めた国民が、がん対策の中心である」は評価できる。

# 2頁、「1 がん研究の推進及び研究等の成果の普及・活用・発展」：「がん

対策を更に推進していく原動力となるのは、、、資する研究である。」は文章が難しく、内容も曖昧である。そもそも、がん対策を更に推進していくための原動力が何かは議論が必要であろう。がんの研究が重要であることは正しいので、記述を訂正されたい。

# 2頁、「がんによる死亡の減少と苦しみの軽減等に資する施策」は、「がんによる死亡の減少、適切ながん医療の普及、がん患者の生活の質の維持向上等に資する施策」に変更すべき。

# 3頁、「がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制の整備」：「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を尊重するがん医療の提供体制を整備することが求められている。」は、基本法第二条第三項の「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。」の方が意味がはっきりする。このためには、たたき台の「がん情報の提供体制、相談体制、がん登録の整備」だけでは足りない。セカンドオピニオンについての記載が必要である。

「治療方法等の選択にあたっては、がん患者が、1つ以上の選択肢のなかから、本人の意向に従ってこれを行う体制を整備していかなければならない。」を追加すべきである。

## 第2 がんに関する目標

数値目標について以下に、放射線治療、緩和ケア、がん登録、情報提供体制、セカンドオピニオン、がん検診、化学療法、その他、に関する数値目標を提案する。かなり理想論的であり、議論の出発点と理解頂きたい。

### 1) 放射線治療

- 1-1) 放射線件数の増加（がん患者の25%を50%へ、10年）
- 1-2) 医学部における放射線治療担当教授の倍増（3年）
- 1-3) 医学部における放射線治療と放射線診断の組織上の分離（3年）
- 1-4) 拠点病院における放射線治療と放射線診断の組織上の分離（放射線治療部の設置義務、5年）
- 1-5) 放射線治療に関する診療報酬上の見直し（2年）
- 1-6) 放射線治療の精度管理に対する診療報酬上の優遇（2年）
- 1-7) 外来放射線治療加算の新設（2年）
- 1-8) 医学物理士、放射線治療品質管理士の雇用促進（拠点病院の半数、10年）
- 1-9) 医学物理士、放射線治療品質管理士を国家資格化へ（5年）
- 1-10) 医学物理士業務のガイドラインの作成（1年）
- 1-11) 放射線治療専門技師の倍増（10年）
- 1-12) 放射線治療認定看護師制度の創設（3年）
- 1-13) 放射線治療に関する医療機器の承認体制の検討（2年）

### 2) 緩和ケア

- 2-1) がん専門医に対する緩和ケア研修の必修化（5年）  
(研修の一部は、医学部教育でも代行化とする)
- 2-2) 拠点病院での、有痛率の半減（5年）
- 2-3) 医療用麻薬の呼称変更（2年）
- 2-4) 医療用麻薬に関する規制緩和（2年）
- 2-5) 医学部における緩和医療学講座の新設（10講座、5年）
- 2-6) 地域特性を考慮した終末期医療のありかたの検討（5年）
- 2-7) 在宅療養支援診療所に対する緩和ケア研修の必修化（5年後）
- 2-8) 緩和ケアチームの見直しとチーム数の倍増（5年）

3) がん登録および関連事項

- 3-1) がん登録を個人情報保護法の例外と規定する法律の制定の議論 (2年)
- 3-3) がん登録のPR活動 (公共広告機構 2年)
- 3-4) 地域がん登録の標準フォーマット化 (2年)
- 3-5) 全都道府県で大阪府レベルの地域がん登録 (5年)
- 3-6) 全国患者追跡システムの導入 (5年)
- 3-7) 電子カルテとのリンク (5年)
- 3-8) 臓器がん登録とのリンク (5年)
- 3-9) 治療法の評価につながるがん登録システムとすべき点 (5年)
- 3-10) 特定機能病院におけるがん登録の義務化

4) がん医療に関する情報収集・提供体制の整備

- 4-1) がん診療についてのナショナル・ガイドラインの作成と更新 (医療者向け/市民向け) (3年、毎年更新)
- 4-2) 初等教育段階での「がん教育」 (10年)
- 4-3) わかりやすいがん解説書の整備 (総論、2年)
- 4-4) わかりやすいがん解説書の整備 (臓器ごと、5年)
- 4-5) 電話相談 (全国共通フリーダイヤル) や対面相談の充実 (5年)

5) セカンドオピニオン

- 5-1) セカンドオピニオンに応ずる側への義務化とインセンティブ (2年)
- 5-2) 院内でのセカンドオピニオン制度 (患者の意向に従い、自由に診療科を選択できるようにする、3年)
- 5-3) セカンドオピニオンのPR活動 (公共広告機構 2年)
- 5-4) キャンサーボードでの議論をすべての治療対象がん患者に広げる点 (拠点病院・特定機能病院、3年)

6) がん検診

- 6-1) 子宮頸がん、大腸癌、乳がんにおける検診受診率の倍増 (10年)
- 6-2) 保険医療機関における、がん検診プログラムの普及 (5年)
- 6-3) がん検診の有効性と無効性に関する情報の公開 (公共広告機構 2年)
- 6-4) がん検診のQAについてのガイドラインの作成 (2年)



6-5) 検診受診者へのインセンティブの導入 (5年)

7) 化学療法

7-1) 医学部における腫瘍内科学講座の新設 (10講座、5年)

7-2) がん診療連携拠点病院における腫瘍内科の設置 (全体の半数、10年)

7-3) 新規治療薬におけるグローバルスタディーへの参加促進 (2年、新規年数件)

7-4) 稀少がんに対する抗がん剤の適用外使用における制度確立 (3年)

コストが極めてかかる治験による承認以外の制度を確立する。

参考: Reimbursement for Cancer Treatment: Coverage of Off-label Drug Indications.

<http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/24/19/3206>

8) その他

8-1) 特定条件でのがん混合診療 (5年)

8-2) がん拠点病院に対する「後方病院」の認定と優遇 (各拠点病院に対して数施設ずつ、5年) (中規模病院は、がん患者受入に消極的)

8-3) がん診療に関する保険審査上のナショナルガイドラインの作成 (3年、保険条件と実態の乖離があるなど、最低年1回改訂)

8-4) 標準治療毎のがん標準クリニカルパスの策定 (5年)

#### 第4 分野別施策

# 8頁、「一方で、放射線療法や化学療法は、専門家の不足等もあり、欧米に比べて実施件数も少なく、質も担保されていないのではないかという指摘がある。」は、放射線療法や化学療法の質について検証をする術がないため、「一方で、放射線療法や化学療法は、専門家の不足や実施件数の少なさ等の問題も指摘されている。」などの記述に変更すべきである。

# 9頁、「とくに、放射線療法については、、、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要であるとの意見もあることに留意する。」は、「とくに、放射線療法については、、、線量計算や、物理的な精度管理を専門的に支援したりする人材が必要である。」に変更すべきである。

# 9頁、上記の記載のあと、「化学療法のみならず、放射線治療においても、外来通院による治療を促進し、診療報酬上の優遇を考慮する。」を挿入すべきである。

# その他、放射線療法、化学療法の推進及び医療従事者の育成に関して取り組むべき施策として、医学部における放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進、拠点病院における放射線治療部と腫瘍内科の設置、放射線治療の精度管理の重要性についての記載を盛り込むべきである。

# 10頁、拠点病院における「緩和ケアチーム」の活動に施設差が大きい。拠点病院における「緩和ケアチーム」の活動ガイドラインが必要である。

# 10頁、緩和ケアに関して取り組むべき施策として、がん専門医と在宅療養支援診療所に対する緩和ケア研修の必修化、医療用麻薬の呼称変更、医療用麻薬に関する規制緩和、医学部における緩和医療学講座の新設を盛り込むべきである。

# 在宅医療に関して取り組むべき施策として、地域特性を考慮した終末期医療のありかたの検討を盛り込むべきである。これは、地域コミュニティの機能が在宅医療を支えるからであり、全国一律の枠組み設定は困難である。また、

在宅がん患者に対する抗がん治療は重要であり、「外来化学療法を提供していくための体制について検討する。」(11頁)は、「外来放射線治療および化学療法を提供していくための体制について検討する。」に変更すべきである。

# 診療ガイドラインに関して取り組むべき施策として、医療者向けと市民向けにわけた診療ガイドライン作成と更新、標準治療毎のがん標準クリニカルパスの策定、がん診療に関する保険審査上のナショナルガイドラインの作成と更新、を盛り込むべきである。

# 医療機関の整備に関して取り組むべき施策として、がん拠点病院に対する「後方病院」の認定と優遇を盛り込むべきである。

# がんの情報提供に関して取り組むべき施策として、初等教育段階での「がん教育」を盛り込むべきである。

# がん登録に関して取り組むべき施策として、がん登録を個人情報保護法の例外と規定する法律の制定についての検討、国民へのPR活動、地域がん登録の標準フォーマット化、特定機能病院におけるがん登録の義務化、を盛り込むべきである。

# がん研究に関して取り組むべき施策として、がんに関する研究費の配分方法などにつき、透明性を高めるべきである、を盛り込むべきである。

## 第5 その他

# 21頁、「効率的・重点的な財政措置」:「基本計画のうち重点的に取り組む課題については、診療報酬などにおける配慮も必要であろう。」などの記述の追加が望ましい。

以上