

## 2-2 分野2 緩和ケア

### 2-2-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の5点の推奨施策を導き出した。

(1) 切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン

いわゆる終末期医療において、医療機関や在宅医療の連携不足や診療報酬上の問題などから、必要とされる緩和医療や在宅医療を十分に受けられない空白期間が生じてしまう場合がある。2次医療圏ごとに緩和・在宅医療に関わる医療従事者数や病床数、がん罹患者数を調査し、2次医療圏ごとに必要な医療資源を算定するとともに、「在宅医療マップ」を作成・公開し、アクションプランを策定する。

(2) 長期療養病床のがん専門療養病床への活用（モデル事業）

長期療養病床において、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設を確保するため、一定の審査基準を作り、第三者による委員会による審査を行い、運営費の補助を行うモデル事業を行う。長期療養病床におけるがん専門療養病床を確保することで、不足している緩和ケア病床を比較的短期間で増やす効果を得ることを目的とする。

(3) がん診療に携わる医療者への緩和医療研修

がん診療に携わる医療者は、緩和医療の適切な知識を得ることが求められている一方で、その講習会等に出席するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。そこで、現行の指導者を対象とした医師の研修カリキュラムに加え、看護師、薬剤師等対象とした研修について、e-learning システムなども活用してカリキュラムを充実し、5年間で10万人に対して研修を実施する。

(4) 緩和医療研修のベッドサイドラーニング（臨床実習）の推進

現状の緩和医療研修では、教育研修施設の人材雇用や運営費が全く欠落しているために、座学やロールプレイのみの研修となり、その効果に限界がある。そこで、緩和医療研修を座学やロールプレイのみではなく、教育研修認定施設にて緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療についての実地研修を行うことで、実践的な「ベッドサイドラーニング」を促進することを目的とする。

(5) 緩和医療地域連携ネットワークのIT化

地域連携による在宅緩和医療を効率的に進めるには、情報共有を推進することが大きな助けとなる。薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署に対しては、情報共有インフラとしてIT網の整備を進めるとともに、地域連携在宅療養ネットワークでは、セキュリティに配慮したサーバ管理による診療情報共有システムを構築することで、地域特性に応じた連携ネットワークを全ての都道府県において整備する。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

### 2-2-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

### 【がん対策の問題点】

- ・すぐに受け入れるホスピス病棟が不足している
- ・緩和ケアを受けるまでに待ち時間が存在する
- ・緩和ケアを実施する医療機関の連携が不足している
- ・緩和ケア研修で現場が忙しい
- ・緩和ケア研修の参加者にメリットがない
- ・患者のこころの専門家が不足している

### 【がん予算の問題点】

- ・“がん難民”の受け皿を確保するための予算が不足している
- ・ホスピス病棟を増やすための予算の確保が困難である
- ・がん治療への診療報酬が包括払い（DPC）となった際に、高額な疼痛管理薬（麻薬）の使用が控えられてしまう
- ・緩和ケア支援センターのための予算が不足している

### 【がん対策の改善案】

- ・告知時に全患者に緩和ケアに関する解説冊子を配布する
- ・医療従事者と患者会が共同で啓発イベントを開催する
- ・長期療養病床を、がん専門療養病床として活用する
- ・介護や福祉と連動したシステムにする
- ・どこにどれだけのニーズがあるか調査をする

### 【がん予算の改善案】

- ・ホスピスの受け入れ能力を拡大するための予算を確保する
- ・緩和ケア外来のための予算を増やす
- ・成功モデル（在宅医 TV 会議ネットなど）が普及するための予算措置をする
- ・がん患者に介護保険が使いやすいように連動を強化する
- ・診療報酬の包括払い（DPC）から疼痛管理の麻薬を除外する

## 2-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

### 【がん対策の問題点】

- ・再発・転移がん医療に携わる医師の絶対数が少ない。がん専門病院や大学病院の医師が、抗がん剤が効かなくなった患者さんを最後まで診療しない、入院させない。（行政）
- ・がん難民対策が不明である。緩和ケア病棟への入院に関しては包括点数となっており、その中では緩和ケアを行いながらの化学療法の実施や分子標的薬の使用ができて、病院の大きな持ち出しとなってしまう。（行政）
- ・主にがん末期の痛み苦しみに対し、まだまだ不十分なシフトが敷かれているとは言いがたい。腫瘍専門医、がん看護専門看護師の育成が急がれる。（患者・市民）
- ・ホスピスの数、充足数に国内で差があること。緩和ケア専門医の要請を。外科等との兼務では患者は安心して診てもらえない。（患者・市民）

### 【がん予算の問題点】

- ・在宅緩和ケア対策推進事業にかかる『在宅緩和ケア支援センター事業』の補助基準額は8,692千円であるが、基準額の増額をお願いしたい。（行政）

- ・終末期患者が一般病棟で他の入院患者と同室で治療やケアを受けている状況がある。QOLの高いケアを受ける権利差がでている。(医療従事者)  
「国の予算が6億円程度では十分な支援ができない。病院内に外来の緩和ケア科がない。「がん難民」といわれる患者の受け皿になっていない。(患者・市民)

### 【がん対策の改善案】

- ・心理療法士を教育して、がん或いはH I V患者に対応できるようにする。がん患者さんの悩みを受け止め、自ら解決に向かわせることができるのは、精神科医師より卓越した心理療法士のほうが良い。(医療従事者)
- ・麻酔処方支援ホットラインを設置する。このホットラインには専門家が常駐し、24時間開業医師の麻薬使用の問い合わせに応じる。その業務内容は、患者情報を得た上での処方設計案まで行う。(医療従事者)
- ・院内緩和ケアチームの必須化を推進する。機能していないチームに対しては、診療報酬を認めない。院長に対する、啓蒙。(医療従事者)
- ・がん対策により新たにがん専門療養型病床を作れないか？(医療従事者)
- ・基本研修会のテキストで触れられている緩和ケアに使用される薬剤の多くが保険適応外であり、それが、がん診療上保険で認められるかどうか、地域や保険者による格差もあります。これは人的資源と異なり、すぐにできる事のはずです。早急な対策を望みます。(医療従事者)
- ・がん治療医に緩和医療研修を課するのも良いが、むしろ先に一般病院や療養型病院の医療者に緩和ケアの研修を受けてもらってはどうか。(患者・市民)
- ・緩和ケアの正しい知識を知らせるリーフレット(紙一枚で簡単に読めるもの)を作成。拠点病院では主治医が病名告知時に全ての患者に配布する。医師、患者双方の緩和ケアへの関心の高まりを期待。(患者・市民)
- ・緩和ケア(特に疼痛緩和)については、その改善評価ポイントが設定されていませんが、医療用麻薬の処方量の推移(海外の数分の一程度の使用料)などを評価することも必要。(患者・市民)

### 【がん予算の改善案】

- ・地域連携緩和ケア加算などに対して予算化する。(行政)
- ・在宅医療と緩和ケアについては、推進していくための推進協議会等を設置し、詳細を検討していくことが必要。(医療従事者)
- ・介護保険のサービスに緩和ケアサポートを盛り込み、更に介護型緩和ケアサービスの検討予算を講ずべきと思われる。(医療従事者)
- ・研修や実習をポイント制にして、成果を数値化したらよい。それを予算に反映していく方法が良い。(患者・市民)
- ・今困っている患者のために積極的に緩和ケア病棟に予算を割く。(患者・市民)

## 2-3 分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

### 2-3-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の5点の推奨施策を導き出した。

#### (1) 在宅ケア・ドクターネット全国展開事業

在宅ケアを行う診療所が不足する中、ドクターネット型のモデルが出現しつつあるが、の全国への広がりが遅い。2次医療圏ごとに地域診療所が連携し、共同診療システム、主治医・副主治医分担システム、担当医師マッチングシステム、知識ノウハウ共有システム、テレビ会議システム、パソコンネットワークシステムなどの在宅ケア・ドクターネットを組む際に、その事業費を補助する。

#### (2) 在宅医療関係者に対するがんの教育研修

介護担当者・ケアマネージャー・福祉関係者は、がんの病態、がん患者に対する介護・緩和ケアについての一定の知識を有することが重要であるが、現状ではこれらの職種を対象とした体系的な研修は行われていない。がん専門医療スタッフがこれらの関係者に対して、都道府県単位で定期的に、がんについての知識を得るための教育研修会を開催する場合、その運営に対して補助を行う。

#### (3) 在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保

がんの在宅緩和医療が十分進まない理由の一つに、在宅で療養する患者や家族が、患者の病状が悪化した際のサポートに対して、不安をもっていることが挙げられる。がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化し、患者・家族および在宅診療医の要請があった場合に、患者が緊急かつ短期の入院として利用できる病床を、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟に確保する。

#### (4) 大規模在宅ケア診療所エリア展開システム

在宅医療を希望する患者や家族が多いにも関わらず、現状では十分にその需要を満たせていない。年間に100例以上の多数の看取りを行う在宅療養支援診療所が、隣接した2次医療圏のがん診療連携拠点病院等の医療機関など、医療計画又はがん対策推進計画に規定している区域を越えて広域的に事業を展開する場合に、必要な医師の確保や施設・設備等のリソース等、業務の拡大に必要な資金を補助する。

#### (5) 介護施設に看取りチームを派遣する際の助成

在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等にて、介護施設からの要請に基づき、介護施設において看取りを行う在宅緩和ケアチームが派遣されて、対象となる患者に対する看取りを行うことに対して助成を行う。介護施設での看取りの選択肢を提供し、介護施設での看取り数を増やすことで、介護施設における質の高い看取りができる仕組みを作ることを目的とする。

#### (6) 合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク

積極的治療後に自宅や緩和ケア病棟に移るための期間が長くかかり、いわゆる終末期の患者が必要とするケアや医療が、十分受けられていない現状がある。切れ目なく質の高い在宅医療を実施するために、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の在宅療養支援診療所が合同カンファレンスを開催している場合、拠点病院への補助金を増額するとともに、診療報酬において評価する。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

### 2-3-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

#### 【がん対策の問題点】

- ・医療資源・担い手が不足している
- ・医療機関の連携に不備がある
- ・施設リストや利用法などに関する情報が不足している
- ・地域別の在宅看取り率が不明である
- ・在宅看取りの際の家族負担が大である

#### 【がん予算の問題点】

- ・診療報酬が不十分
- ・介護保険とつながっていない
- ・訪問看護報酬が低い
- ・開業医ネットワークへの補助がない
- ・頑張る医療者にメリットが少ない

#### 【がん対策の改善案】

- ・介護施設に看取りチームが派遣されるシステムを構築する
- ・有床診療所を活用する
- ・好事例を共有する仕組みを作る
- ・地域別の在宅看取り率を公表する

#### 【がん予算の改善案】

- ・診療報酬を増やす
- ・介護保険の適用とする
- ・外来の場合も高額医療費患者立替を不要にする
- ・地域連携クリティカルパスに診療報酬を付ける
- ・看取りヘルパーに介護保険を適用する
- ・各都道府県 1 モデル地区を作るための予算を確保

### 2-3-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 【がん対策・予算の問題点】

- ・在宅で療養するための安全弁・バックアップが乏しいことが、在宅療養を希望しつつも踏み切れない一因となっています。家族も今まで以上に介護休暇を取りづらい職場の状況となってきました。（医療従事者）
- ・外来の通院費が非常に高額（立替払い分が）支払い困難となり、治療中断せざるを得ない方もいる。介護保険利用可能な場合でも 40 代・50 代の方が 80 代の方と共に利用するデイケア、デイサービスは利用しにくい。（医療従事者）
- ・在宅緩和ケア医師が絶対的に不足している。また、地域格差（県内でも）がある。24 時間対応の訪問看護師（ステーション）が不足している。病院との打合せなど事前準備に対

して報酬がつかない制度欠陥がある。(患者・市民)

- ・一次医療圏ごとに在宅医療に係る医療機関リストの公表をすべての地域で公開すべき。(患者・市民)
- ・がん患者を診る在宅医や、訪問看護ステーションなど地域の医療資源に関する情報の一元管理がない。在宅医療で何ができるのか、具体的な情報提供が不足。(患者・市民)
- ・在宅医や在宅医療の充実がないまま病院から追い出される現実がある。(患者・市民)
- ・麻薬の管理、調剤薬局の取り扱いが弊害となっている。(医療従事者)

#### 【がん対策の改善案】

- ・介護施設職員に対する看取り、緩和医療の啓発教育が今後必要になるものと考えます。(医療従事者)
- ・在宅緩和ケアチームが介入できる、急性期対応型介護施設を構築する。夜間看取りをサポートするヘルパーの夜間看取り介護を介護保険枠内で施行可能にする。(医療従事者)
- ・オピオイドローテーションだけの研修を新たに設けて、すべての医師の研修を義務付ける。また、国立がんセンターでメールによりQ&Aが行える専門医の設置。(患者・市民)
- ・看病する家族のケアやコーディネーター。ボランティアの育成。ピア・カウンセリングの必要性。(患者・市民)
- ・癌の遺族でボランティア組織をつくり、同じように支援を必要としている患者・家族に支援をするシステムを作る。医師が本人に告知する時に、他者(ボランティア)の支援を受けたいか確認する。(医療従事者)

#### 【がん予算の改善案】

- ・長崎のドクターネットのような地域に根ざした在宅医療活動に対しては、その継続のためにも個々の医療機関に対する診療報酬アップのみならず、その組織に対する経済的支援も考慮してほしい。(医療従事者)
- ・パソコン使用のネットワーク作りの予算化をお願いします」(医療従事者)
- ・グループホームやデイサービスで、がん患者を対象とする場合の補助率を大幅に引き上げる。(医療従事者)
- ・手厚い診療報酬と基幹病院のバックアップが必要ではないかと思われる。(その他)

## 2-4 分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

### 2-4-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の3点の推奨施策を導き出した。

#### (1) ベンチマーキングセンターによる標準治療の推進

医療の内容と質に関して、その評価と公開は十分でなく、標準治療の推進に資するデータも明らかでない。がん診療連携拠点病院において、がん治療のプロセス指標・アウトカム指標を比較するベンチマーキングセンターを設置し、都道府県内のその他の拠点病院や自主参加病院において、生存率、臨床指標、DPCデータなどを収集・共有し、そのレポートを発行・公開することで、標準治療を推進する。

#### (2) 診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト

各学会が診療ガイドラインを作成する際に、補助金形式で助成を行うとともに、診療ガイドライン普及を目的とした第三者委員会の設立、診療ガイドライン研修会の実施、診療ガイドライン研修会参加機関へのインセンティブ（補助金）の交付などにより、診療ガイドライン作成時の予算補助および実施評価プロセスの確立と、診療ガイドラインによるがん医療の均てん化を図る。

#### (3) 副作用に対する支持療法のガイドライン策定

治療を受ける患者に対する支持療法については、医療機関によって大きな差異が存在する。効果的な支持療法に関わるガイドラインの策定と公開は、患者のQOL向上には不可欠である。厚生労働科学研究費における重点事業として、標準的ながん治療に伴う副作用や支持療法の実態調査を行い、支持療法のガイドラインを策定・公開するとともに、治療薬の開発などを進める。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

### 2-4-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

#### 【がん対策の問題点】

- ・全国的で学会横断的な診療ガイドラインの作成がなされていない
- ・診療ガイドラインの発信、改訂体制がない
- ・標準治療の実施状況に地域格差がある
- ・患者にもわかりやすい診療ガイドライン作成がなされていない

#### 【がん予算の問題点】

- ・全般的に予算が不足している
- ・診療ガイドラインの普及啓発にかかる予算がついていない
- ・診療ガイドラインの実施状況の評価にかかる予算がついていない
- ・拠点病院間の連携など連携体制にかかる予算がついてない

#### 【がん対策の改善案】

- ・診療ガイドライン作成時における連携体制の強化
- ・診療ガイドラインの発信体制の強化
- ・診療ガイドラインの啓発体制の強化
- ・がん治療のプロセス指標、アウトカム指標などを比較する

#### 【がん予算の改善案】

- ・診療ガイドライン作成にかかる補助金制度の設立
- ・診療ガイドライン普及を目的とした第三者委員会設立にかかる予算化
- ・診療ガイドライン啓発を目的とした研修会費用の予算化
- ・上記研修会参加機関へのインセンティブとしての補助金交付にかかる予算化
- ・拠点病院間の連携など地域における診療ガイドラインにかかる連携体制強化のための交付金制度の設立
- ・診療ガイドラインの遵守評価を目的とした報告会実施にかかる予算化

#### 2-4-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

- ・各病院施設でクリティカルパスを活用できるように整備し普及する（医療従事者）
- ・拠点病院の連携が必要なのにこれできていない。系列がちがうと最悪な関係。拠点病院の連携を義務付ける。拠点病院からの情報を第2病院に流すことが必要。どこの病院でも標準治療をできるようにガイドラインを流すこと、義務付けること（患者・市民）
- ・全国レベルで標準的なガイドラインがすぐさま発信される、あるいは受け入れるシステムができていない。病院機能評価対策のために、各病院が別個にガイドラインを作成しなければならない（患者・市民）
- ・僻地の医師が研修に行く間の医師の確保についての保証が欲しい。医師派遣機関では無く、医師個人に報酬が与えられる制度の構築（行政）
- ・ただガイドラインを作成し、医療機関に配布するだけであれば何も改善されない。ガイドラインの内容を医療者が全員理解した上で治療に当たるために、ガイドラインについての研修を開催するとか、患者自身にもガイドラインについて勉強できる体制を作って欲しい（患者・市民）
- ・がん治療を行う全ての病院について、診療ガイドラインに沿った治療を行っているかチェックする機関の創設（各都道府県ごと）（患者・市民）
- ・診療ガイドラインの作成、普及、評価の流れが機能していない。診療ガイドラインの作成で予算処置がとまっている。診療ガイドライン普及と評価のプログラムを作成する（医療従事者）

## 2-5 分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

### 2-5-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の5点の推奨施策を導き出した。

#### (1) がん診療連携拠点病院制度の拡充

地域がん診療連携拠点病院において、地域特性に応じて、タイプ分けの考えを取り入れられる。①地域の役割分担の取りまとめ、②質の高い医療の実践、③臨床指標の計測・公表、④医療従事者の育成・派遣——、などを行っている施設について、機能強化事業費を増額する。それによって、がん診療連携拠点病院の全体の質の向上を図ることで、がん治療の均てん化を促進する。

#### (2) 拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）

がん治療にあたる拠点病院を対象に、拠点病院機能強化予算を交付金化し、広く各都道府県が実施体制を構築できるようにする。都道府県負担部分を支出できないことによる地域格差が顕在化している中で、拠点病院機能強化予算の2分の1都道府県負担を改め、国の予算化を図ることで、拠点病院間の地域格差をなくし、がん対策の均てん化を進めることを目的とする。

#### (3) サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）

患者が地域で切れ目のない医療を受けられ、いったん治療を完了した患者も後遺障害や晩期障害、あるいは心や経済の悩みに対処するサポートを得られるようにするために、がん診療連携拠点病院やその他の病院、診療所などが連携した、治療の計画と経過、フォローアップの計画と経過を記したサバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）を作成することとし、その場合、1回当たり定額の補助を行う。

#### (4) 医療機関間の電子化情報共有システムの整備

都道府県ごとのがん診療体制ネットワークに係る統一的な電子化情報共有システムを整備し、医療機関同士の情報共有体制を確立する。また連携強化を主務としたサポートスタッフ（医療ソーシャルワーカー等）の新規雇用のための予算を策定することで、がん診療体制ネットワークを強化し、医療機関相互のコミュニケーションを円滑化することを目的とする。

#### (5) がん患者動態に関する地域実態調査

地域がん登録のスキームを活用し、都道府県ごとのがん患者動態の地域実態調査を実施して解析し、適切な診療体制ネットワーク策定に際する提言書を作成するとともに、提言書に基づく診療体制再構築委員会の設立および将来的な診療体制再構築を実施する。地域のがん患者が、どのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのかを把握し、実態調査を実施し、「がん難民」の発生を未然に防止する。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

### 2-5-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

#### 【がん対策の問題点】

- ・ 2次医療圏にひとつという拠点病院体制が地域の実情に一致しない
- ・ がん診療体制ネットワークの現状が地域住民に周知されていない
- ・ 地域医療計画との連携体制が充分でない
- ・ 地域連携を実施するうえでの情報共有システムなどのインフラ整備が充分でない

#### 【がん予算の問題点】

- ・ 拠点病院機能強化にかかる2分の1の都道府県予算負担が過大であり対応できない
- ・ 拠点病院機能強化にかかる予算が全般的に少ない
- ・ 各医療機関の整備のみならず、各医療機関を横断的に連携させるための予算が少ない

#### 【がん対策の改善案】

- ・ 2次医療圏ごとという枠に規制されない地域の実情に沿った拠点病院体制の再構築
- ・ がん診療体制ネットワークに関する地域住民への情報提供体制の整備
- ・ 地域医療計画との連携体制の強化
- ・ 医療機関間の情報共有システムの電子化にかかるインフラ整備
- ・ 連携体制強化を主務としたスタッフの新規雇用など人的サポート体制の整備

#### 【がん予算の改善案】

- ・ 拠点病院機能強化予算の100%国予算化
- ・ がん診療体制ネットワークの広報、啓発にかかる予算化
- ・ がん患者動態に関する地域実情調査の実施にかかる予算化
- ・ 上記調査に基づくがん診療体制ネットワーク構築にかかる研究の予算化
- ・ 地域医療計画との相互補完体制構築のための協議会設立にかかる予算化
- ・ 医療機関間の情報共有システムの電子化インフラ整備にかかる予算化
- ・ 連携体制強化を主務としたサポートスタッフ雇用にかかる予算化

### 2-5-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

- ・ 国はがん診療拠点病院として、2次医療圏に1つということにこだわり、現在がん診療に関わっている2次医療圏の幾つかの病院を階層化し、推薦に漏れた病院のモチベーションを下げようとしている（行政）
- ・ ネットワーク作りに関与する人が雇えない（医師が行うのには無理がある）（医療従事者）
- ・ 専門機関と地域医療機関の役割分担、支援体制（地域医療機関のバックアップ体制）を県民に分かるように提示。（医療従事者）
- ・ がん診療連携拠点病院の指定は、原則、1医療圏に1拠点病院であるが、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮しない画一的な拠点病院の指定では、圏域によってがん診療連携体制構築の進捗にばらつきが生じ、がん医療の均てん化が図れないこと。（行政）
- ・ 都道府県の整備意向を踏まえ、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮した2次医療圏に複数拠点病院の指定がなされるよう、さらなる制度の運用改善を図る必要がある。（行政）
- ・ がん診療連携拠点病院加算なるものが診療点数上あるが、この点数を請求できるものは、「他施設でがんと診断されて入院してきたもののみ」との縛りがあるため、がん診療体制が構築されて集学的医療を行っても全く加算が出来ない。即ちがんに関しては早期発見・早期治療の考えがあり少しでも「がん疑い」があれば送られてくるため、当院で確定診断から治療となり算定できない。この縛りは取り払ってほしい。（医療従事者）

- ・拠点病院への補助金の少なさ。当県では、地域拠点病院への補助金は 300 万円にとどまり、国の補助金と併せても満額の半分以下（患者・市民）
- ・拠点病院の機能強化事業は、1/2 の県負担が大きく、国の予算増に対応できない状況です。そのため、国立の拠点病院とそれ以外の機能強化事業費に格差がついています。離島地域の病院に対するがん診療の強化事業を 20 年度は、10/10 の補助事業を活用し実施しましたが、来年度は 1/2 事業しかないため県費負担が発生し、他のがん対策事業を縮小しました（行政）
- ・電子媒体を通して情報共有できるシステム構築を更に進めるべきと思われる。緩和ケアと連動するためには、介護まで含めて情報共有できるシステム構築が必要である。介護系の情報が ICF 等の標準マスターと連動していない問題点も整備すべきと思われる（医療従事者）
- ・地域医療計画でがん医療の連携が図られているのでそれらを利用してがん登録の義務化と予算などをつけると連携がうまくいくように思う。拠点病院の整備のみでは片手落ちではないか（医療従事者）
- ・地域連携クリティカルパスなどの活用による医療機関の連携が上手く機能していないことが多い（医療従事者）
- ・2次医療圏に一つという拠点病院の指定数の枠は、過疎地域においては適当と考えられるが、都市部においては全く不足している。医療機関の少ない地域においては、指定要件を満たさない病院も多いのかもしれないが、都市部では2次医療圏に要件を満たす医療機関が複数存在する。しかし現状の枠の場合、拠点病院の指定の制限のために、都市部でのがん患者の大半は非拠点病院での診療を受けざるを得ない状況にある（医療従事者）
- ・拠点病院の枠を2次医療圏ではなく、がん患者数毎に変更すべきである。候補の選択は都道府県が行うものであり、都道府県の実情に応じた選択が行われているのであって、国が予算の制限のために、都道府県の要求をのまないのであれば、ひいては都市部のがん患者の不利益につながる（医療従事者）
- ・都道府県として考えるがん拠点病院の適正数と国の定める「2次医療圏に一つ」という指定基準が一致せず、実態に即した拠点病院の整備ができていない。また、拠点病院の指定基準などが医療資源に比較的恵まれた東京を基準に設定されており、基準を厳格に適用すると、郡部の拠点病院の指定が取り消されるなど、かえってがん医療の均てん化に反する事態になりかねない状況である（行政）

## 2-6 分野 6 がん医療に関する相談支援及び情報提供

### 2-6-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の7点の推奨施策を導き出した。

#### (1) がん相談全国コールセンターの設置

「全てのがん患者の悩みを軽減する」ことを目標に、いつでも、どこからでも、だれでもがんの相談ができるように、海外でも多く設置されている全国コールセンターを設置することで、患者や家族の不安や悩み、療養上の相談に対応することを目的とする。がんに関する相談支援の訓練を受けた支援員を1箇所配置し、20回線の電話を設置し、24時間対応の全国コールセンターを設置する。

#### (2) 「がん患者必携」の制作および印刷

「全てのがん患者の悩みを軽減する」ために、比較的容易で一定の効果が確実な方法として、全てのがん患者と家族が手にする患者必携を作成・配布することになっている。十分な情報提供をすることで、“がん難民”を減らす効果も目指す。国立がんセンターがん対策情報センターと患者・市民パネルが現在作成中の患者必携は、平成22年度は60万部配布する。さまざまな活用法も開発し、普及させることが期待される。

#### (3) 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。特定疾病患者の医療費助成をモデルに、一定の要件を満たす患者の世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

#### (4) 全国統一がん患者満足度調査

がん患者の多くが、がん診療に関する疑問や不安、不満足を覚えており、その全体を把握し、動向を継続してモニターすることは、がん医療の向上に欠かせない。がん診療連携拠点病院など、がん診療を行う医療機関を通じて全国統一フォームによる調査票を、がんと診断された患者や経過観察を受けている患者に渡し、患者は回答を集計センターに送ることで、センターにおいて結果が集計される。

#### (5) 地域統括相談支援センターの設置

がん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターの連携は十分でなく、その医療機関を受診する患者以外の、地域の患者への対応も十分ではない。都道府県ごとに一定の要件を満たす医療機関に地域統括相談支援センターを設置し、必要な経験を有する常勤かつ専任の看護師やMSW（ソーシャルワーカー）などを配置するとともに、医療・介護・福祉・ケアマネージャー・行政関係者による連絡会を運営する。

#### (6) 相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート

都道府県がん診療連携拠点病院の相談支援センターが、地域の患者や家族、患者支援団体と共同でピアカウンセリング事業や患者サロンなどを運営・開催することを補助するとともに、患者や家族をピアカウンセリング相談員として雇用した場合の助成や、相談員の資質向上を目的とした講習会、ピアカウンセリング事業を行う患者支援団体への助成金交付を進め

る。

#### (7) がん患者支援部の設置

患者や家族の治療時、あるいは治療後の肉体的・精神的・経済的問題や、小児がんを含むがんの長期生存者における晩期障害の問題など、がん患者や家族への支援とそれに関する研究助成を行う組織を設置する。NCI(米国立がん研究所)がもつ Office of Cancer Survivorship に該当する部門。競争的なコンペを経て選定された医療機関に設置するとともに、患者・市民も参加する事業運営評価パネルを併設する。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

### 2-6-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

#### 【がん対策の問題点】

- ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターが広く知られていない
- ・相談支援センターの相談時間やスタッフの体制が十分でない
- ・5年生存率や未承認薬、臨床試験など、患者の知りたい医療情報が十分でない
- ・患者の望む親身なサポートや、いわゆる終末期でのサポートが十分でない

#### 【がん予算の問題点】

- ・相談支援センターの相談員が国庫補助事業に依存していて、確保しづらい
- ・拠点病院に対する助成金の使途が制限されている
- ・患者団体や支援団体への予算措置が十分でない

#### 【がん対策の改善案】

- ・24時間365日、誰でもどこからでもアクセス可能な全国コールセンターの設置
- ・ネットにアクセスできない患者や家族を含めた、全ての患者と家族への情報提供
- ・相談支援センターと患者・家族が連携した患者支援体制の構築
- ・地域や広域をカバーする相談支援センターの設置

#### 【がん予算の改善案】

- ・相談支援センターの専従・専任の相談員などにかかる人件費の適正な確保
- ・相談支援センターの相談員の教育・研修体制の充実に向けた予算措置
- ・ピアサポーター(患者経験者の相談員)の養成や患者サロン運営に対する予算の計上
- ・相談支援センターの質を担保する外部評価委員会の設置

### 2-6-3 寄せられたご意見(コメント)から

下記に一部を紹介する。

#### 【がん対策の問題点】

- ・がん相談支援センターの周知。相談員として働いているが、まだまだ県民に広く知れ渡っていない。(医療従事者)
- ・がん拠点病院の相談支援センターは、月～金の9時～16時(または17時)など、平日働く者には利用しにくい。(患者・市民)

- ・5年生存率の算出あるいは情報提供方法等が医療機関により異なり、患者が必要とする情報が得られない。(行政)
- ・「もう治療法がない」と言われ、どうすればよいか分からず困っている患者が多くいる。納得のいく医療情報(未承認薬や治験)まで提供すべき。(患者・市民)
- ・経済面や医療面での情報提供は概ね充実しているが、患者・家族が望む「共感」や「寄り添い」は不十分。スタッフの配置も十分でない。(患者・市民)
- ・市町村の行う相談は、「話を聞いてほしい」「詳しいがん闘病の実際を知りたい」など、患者の切羽詰った問いには答えきれていないケースが多い。(患者・市民)

### 【がん予算の問題点】

- ・がん拠点病院の相談員配置は、国庫補助事業である拠点病院機能強化事業に依存し、特に公立病院では相談員確保が難しい。(行政)
- ・拠点病院の助成金使用範囲の縛りがあり、活動が制限される。(医療従事者)
- ・ピアカウンセリング(がん経験者による相談)を受託しているNPOの意見として、圧倒的に予算が少ない。(患者・市民)

### 【がん対策の改善案】

- ・24時間365日対応のコールセンターの利用により、がん難民の削減、QOLの向上を目指す。(患者・市民)
- ・がんと診断された時点で全ての患者に同じ情報が手渡される体制作り。ネットにアクセスできない人への対応。(その他)
- ・県レベルでの情報センターの設置が必要。(医療従事者)
- ・がん患者サロンを病院内外に設置されるように、行政・がん診療連携拠点病院が、患者・家族を支援する。(患者・市民)
- ・患者や家族、遺族、一般を対象とする「がんの看取り・傾聴ボランティア養成講座」により、がんサポーターを各地に養成する。(患者・市民)
- ・相談員の資格を作るべき。会の研修終了では、十分な相談に対応できない。(行政)

### 【がん予算の改善案】

- ・予算はハード面だけでなく、特にマンパワーにもしっかり予算をつける。(患者・市民)
- ・相談支援センターでの人件費だけでなく、図書など資料収集費の予算も必要。(患者・市民)
- ・今後MSWの更に十分な人員配置が求められる。職員のための実践的なケースワークやグループワークの開催頻度を増やす。(患者・市民)
- ・がん体験者は、体験と知識をもった社会資源であり、体験者による教育への予算計上は、医療者や医療費の負担軽減に寄与する。(患者・市民)
- ・患者相談支援センターへのがん体験者によるピアサポーターの配置や、患者サロンの運営リーダー養成の予算計上。(患者・市民)
- ・相談支援・情報提供にも評価委員会を設け、サーベランス(定期審査)とランク評価を行い、配布予算を変更する。(有識者)

## 2-7 分野7 がん登録

### 2-7-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の2点の推奨施策を導き出した。

#### (1) 地域がん登録費用の10/10助成金化

地域がん登録が進まないのは、都道府県が費用負担しないことも大きな要因であるが、すでに単独事業として費用負担をしている県では地域がん登録が実施されており、国の100%補助があれば、ほとんどの県が地域がん登録を実施するようになると思われる。がん登録を管理・集計・分析・公表までの一貫業務として位置づけ、都道府県に必要な研修を受けた実務者を配置するとともに、必要な予算措置を講じる。

#### (2) がん登録法制化に向けた啓発活動

がん登録はがん対策上必要不可欠であり、地域がん登録の法制化には、がん登録の意義などに関する啓発活動を通じて、国民および立法府の理解が必要である。がん登録の法制化に向けた啓発活動を展開するとともに、地域がん登録が個人情報保護法の対象外であることを法制上明確化する。地域がん登録の未実施都道府県を無くすために、地域がん登録に関する地方交付税措置の拡充を図る。

#### (3) がん登録に関する個人情報保護体制の整備

国が、個人情報保護体制に係る統一基準の策定や、順守体制確立のための研修会および報告会を開催するとともに、都道府県が、がん登録についてどのような個人情報保護対策を講じているかの報告書の策定を行うことで、がん登録に際する個人情報保護についての不安を軽減し、がん登録を推進するための個人情報保護体制整備と遵守体制の確立を目的とする。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

がん対策推進基本計画において、がん登録は「重点的に取り組むべき課題」3つのうちの1つとされており、がん予算WGは重点的に取り組むべき課題であるとする。

### 2-7-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

#### 【がん対策の問題点】

- ・ 統一的ながん登録制度がなく、全国データベースとして機能していない
- ・ 個人情報保護体制の確立が急がれている
- ・ がん登録に関する告知や広報体制が機能していない

#### 【がん予算の問題点】

- ・ 全般的ながん登録予算が不足している
- ・ 都道府県ごとの予算化であるため統一的ながん登録体制整備につながっていない
- ・ がん登録制度を円滑に実施するための予算がついていない

#### 【がん対策の改善案】

- ・全国統一基準のがん登録制度を確立する
- ・個人情報保護体制にかかる統一基準を設置し遵守体制を構築する
- ・がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制を構築する

#### 【がん予算の改善案】

- ・がん登録予算の補助金化にかかる予算化
- ・がん登録に際する全国統一基準策定にかかる予算化
- ・個人情報保護体制にかかる統一基準の策定にかかる予算化
- ・上記統一基準の遵守を推進する報告会や研修会実施にかかる予算化
- ・がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制構築にかかる予算化
- ・がん登録の円滑実施のための専門スタッフや専門部署設置にかかる予算化

### 2-7-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 【がん対策の問題点】

- ・がん登録の体制が不十分で、集計までに時間がかかりすぎている。がん登録の体制の充実が急務。(患者・市民)
- ・院内がん登録が不十分であり、地域がん登録の精度も十分とは言えない。(行政)
- ・地域がん登録が都道府県の任意で実施されているため、全国統一のデータベースとして使用できず、法的な裏付けもない。(行政)
- ・個人情報保護法関連で、がん登録患者の予後調査が非常に困難である。(医療従事者)
- ・国民の理解が得られない。(医療従事者)
- ・診療情報管理士（特に各種がん関係法令等の習熟）が問われる。(医療従事者)
- ・院内がん登録や地域がん登録のデータベースにおいて、紙ベースでの提出が推奨されているため、システムを入れても効率化が図れない。(行政)
- ・「地域がん登録」(罹患統計)と「院内がん登録」(診療実績把握)と「臓器がん登録」(医療水準検証)は連携が必要だが、ひとくくりに考えることが問題。(行政)

#### 【がん予算の問題点】

- ・がん登録に従事する事務職員の不足。(医療従事者)
- ・地域がん登録については、個人情報保護の安全な管理のための登録室、データベース、情報の移送の整備環境にかかる予算が不足している。(行政)

#### 【がん対策の改善案】

- ・がん登録のデータはがん対策の基本となるので、都道府県単位ではなく国家プロジェクトで対応して欲しい。(患者・市民)
- ・モデル地域を決めて、診断から治療までの臨床的な情報も含んだがん登録を整備し、正確に評価するインフラを整備すべき。(患者・市民)
- ・がん登録の法制化や、人口動態死亡小票にかかる行政から拠点病院への情報提供を可能にするなど、制度の円滑な実施にかかる法的な整理。(行政)
- ・地域がん登録について、レセプト、人口動態統計や住民基本台帳との連動を図り、精度を高める。(行政)
- ・正確ながん登録のためには、各組織、団体の協力と国民の理解を得るための努力が必要。(医療従事者)

- ・ 5大がんのみならず、全てのがん登録を国のレベルで統一し、一刻も早く病院毎の5年生存率をホームページ上に公開すべき。(医療従事者)
- ・ がん登録に緩和ケア領域の項目が含まれれば、どのような緩和ケアが有効か検証可能になる。(医療従事者)

#### **【がん予算の改善案】**

- ・ がん登録の法制化による個人情報保護の仕組みの確立のための予算措置。
- ・ 地域がん登録には交付税措置がされているが、県では一般財源のため削減の恐れがあり、特定財源とすべく補助金制度等に変更する。(行政)
- ・ 予後調査の役場照会の際の行政からの支援（病院からの問い合わせへの回答、住民票交付等手数料の無料化、外国登録に対する照会など）。(医療従事者)

## 2-8 分野 8 がんの予防

### 2-8-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、当ワーキンググループでは、下記の3点の推奨施策を導き出した。

#### (1) たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策

日本はたばこ規制枠組み条約など、複数のたばこに関する国際条約を締結し、がん対策推進協議会においても、全会一致でたばこ対策の必要性が強調されてきたにもかかわらず、がん死亡率の低下に必要なたばこ対策が先進国の中では遅れている。国際条約において求められている、たばこ価格やたばこ生産者への対策などの施策を順守・実行することで、喫煙率減少を目指す。

#### (2) 喫煙率減少活動への支援のモデル事業

喫煙率減少にはたばこ値上げが有効な手段であるが、これと並行して、喫煙率減少活動をした都道府県や地域 NPO などを対象に、喫煙率減少効果スコアにおいて世界的エビデンスが示されているメニューを中心に、地域に可能な手法による喫煙率減少活動（普及啓発、禁煙支援、分煙対策、禁煙教育など）を支援することで、喫煙率の大幅な減少とがんの罹患の減少を達成することを目的とする。

#### (3) 学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発

学校教員の喫煙率は15%前後と依然高く、このことが児童・生徒の喫煙にもつながっているとの指摘が多い。また、学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要がある。国及び自治体が教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施するとともに、学校内の完全禁煙を定める政令、条例を制定し、同時に教員の禁煙支援を行う。

<詳細は添付の施策・予算提案シート個別票をご覧ください>

### 2-8-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

#### 【がん対策の問題点】

- ・禁煙推進や受動喫煙防止の取り組みが不十分
- ・条例などによる地域のみ、または医療者のみによる禁煙対策には限界がある
- ・がんの予防につながる生活習慣改善の取り組みや研究が十分でない

#### 【がん予算の問題点】

- ・喫煙対策を行うための十分な予算を確保することができない
- ・がんの予防に関する普及・啓発の予算化に対する理解が得られない
- ・国からの補助事業の活用がしづらい

#### 【がん対策の改善案】

- ・たばこ価格値上げを含む禁煙推進のための各種施策や法制化の実施
- ・がんの予防や病態などに関する学校教育の充実

- ・生活習慣や食事の改善に関する国からの支援を含む研究や普及啓発の促進

#### 【がん予算の改善案】

- ・たばこ対策の推進にあたって必要かつ十分な予算を確保する
- ・たばこ税の収税をがんの予防や対策へ充当する
- ・学校におけるがんや禁煙に関する教育について文部科学省より予算措置を図る

### 2-8-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 【がん対策の問題点】

- ・「禁煙目標」「受動喫煙防止対策」とともに目標が低く、公共施設や限られた路上での禁煙が少しずつ進んでいる状態で、成果が出ているとは言い難い（患者・市民）
  - ・神奈川県が受動喫煙防止条例を検討しているが、県境を超え顧客が他県に流れる懸念から反対の意見もあり、地域的な規制には限界がある（行政）
  - ・たばこ対策は、医療関係者のみでは解決できない。禁煙指導的発想から、社会全体の種々の影響を考慮に入れた政策的な対応を考えるべき（医療従事者）
  - ・食生活の指導と生活習慣の改善を浸透させにくい。禁煙と受動喫煙のない環境が整備されにくい（医療従事者）
- ・食生活の西洋化が特定のがんの増加につながっているとされる中、「食生活」の具体的な指導やがん予防へのエビデンスの情報収集が不十分（患者・市民）

#### 【がん予算の問題点】

- ・喫煙対策が展開できる予算が十分でない（行政）
- ・医師、教育、行政と連携して行うための予算（学校、地域公会所等での講習会）が不足している（医療従事者）
- ・効果が明確でない普及・啓発のための費用は、厳しい財政状況の中、認められにくい。1/2補助事業では、新規となると要望は困難な状況にあるが、10/10の補助事業では現時点の補助基準から活用が難しい（行政）
- ・財政難のため、知識の普及に必要な経費の確保ができない（行政）

#### 【がん対策の改善案】

- ・がんの予防は、禁煙対策に尽きる。健康増進法を一步進め、公共の施設のみならず職場、飲食店の施設内禁煙を義務化すべき（医療優自社）
- ・禁煙について効果が大きいとされているのが、たばこの価格をかなり高額にするということであり、国税収入不足対策ではなく生活習慣病も減るとされ、医療費の低減につながるどころ大であると考え（行政）
- ・FCTC（タバコ規制枠組み条約）に示されている各条項の履行は、批准国としての責務であることを厚生労働省はもっとアピールすべき（医療従事者）
- ・小中学校及び高等学校における学校教育においてがん予防教育を行うことで、比較的低予算で効果的な教育ができるのではないかと（その他）
- ・初等・中等教育における「がん＝国民病」の説明、タバコ、ドラッグ、生活習慣とがんの関連などの説明（患者・市民）
- ・効果的・効率的な普及啓発事業を展開することが重要。地方自治体の財政事情が厳しい中、国から提供される普及啓発資料を効果的に活用する必要がある（行政）