

がん対策推進基本計画の概要

1 趣旨

がん対策推進基本計画は、がん対策基本法に基づき政府が策定するものであり、具体的には、長期的視点に立ちつつ、平成19（2007）年度から平成23（2011）年度までの5年間を対象として、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。

今後は、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指すこととする。

2 基本方針

- 「がん患者を含めた国民」の視点に立ったがん対策を実施すること。
- 全体目標の達成に向け、重点的に取り組むべき課題を定め、分野別施策を総合的かつ計画的に実施すること。

3 重点的に取り組むべき課題

（1）放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成

我が国のがん医療については、手術の水準が世界の中でもトップクラスであるのに対して、相対的に放射線療法及び化学療法の提供体制等が不十分であることから、これらの推進を図り、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実現する。

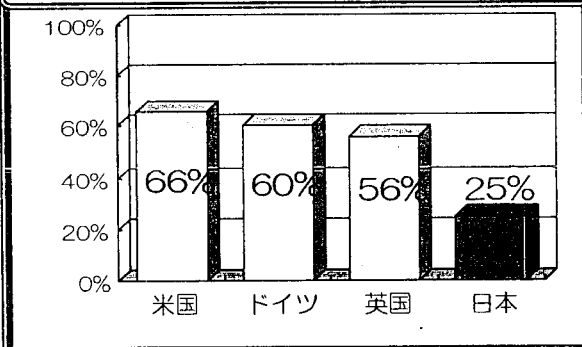
（2）治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者の多くは、がんと診断された時から身体的な苦痛や精神心理的な苦痛を抱えており、また、その家族も様々な苦痛を抱えていることから、治療の初期段階から緩和ケアが実施されるようにする。

（3）がん登録の推進

がん登録は、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するために必要不可欠なものであるが、我が国では、諸外国と比較してもその整備が遅れていることから、がん登録を円滑に行うための体制を整備する。

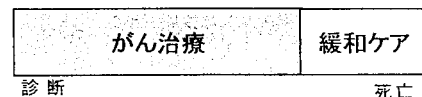
がん患者のうち放射線治療（併用も含む）を実施している患者数



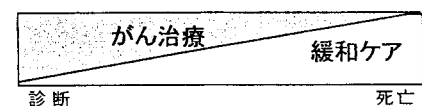
出典) 第3回がん対策推進協議会における中川恵一委員(東京大学)からの提出資料をもとに作成

治療の初期段階からの緩和ケアの実施

<現状>



<今後>



(WHO 1990)

4 全体目標【10年以内】

- がんによる死亡者の減少（75歳未満の年齢調整死亡率の20%減少）
- すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

5 分野別施策及びその成果や達成度を計るための主な個別目標

(1) がん医療

①放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

- すべての拠点病院において放射線療法及び外来化学療法を実施【5年以内】
- 少なくとも都道府県拠点病院及び特定機能病院において放射線療法部門及び化学療法部門を設置【5年以内】

②緩和ケア

- すべてのがん診療に携わる医師が研修等により基本的な知識を習得【10年以内（ただし、運用上は5年以内）】

③在宅医療

- がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加

④診療ガイドラインの作成

- 科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインの作成・更新

(2) 医療機関の整備等（※セカンドオピニオンの推進も含む）

- 原則すべての2次医療圏に概ね1箇所程度拠点病院を整備【3年以内】
- すべての拠点病院において5大がんに関する地域連携クリティカルパス（地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画）を整備【5年以内】

(3) がん医療に関する相談支援及び情報提供

- 原則すべての2次医療圏に概ね1箇所程度相談支援センターを整備【3年以内】
- すべての相談支援センターにがん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置【5年以内】

(4) がん登録

- 院内がん登録を実施している医療機関数の増加

(5) がんの予防

- すべての国民が喫煙の及ぼす健康影響について十分に認識すること【3年以内】
- 未成年者の喫煙率を0%とすること【3年以内】
- 禁煙支援プログラムのさらなる普及【3年以内】

(6) がんの早期発見

- がん検診の受診率を50%以上とすること【5年以内】

(7) がん研究

- がん対策に資する研究をより一層推進

6 がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- (1)関係者等の有機的連携・協力の更なる強化
- (2)都道府県による都道府県計画の策定
- (3)関係者等の意見の把握
- (4)がん患者を含めた国民等の努力
- (5)必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化
- (6)目標の達成状況の把握及び効果に関する評価
- (7)基本計画の見直し

平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書

～元気の出るがん対策～

がん対策推進協議会 提案書取りまとめ担当委員

(がん施策・予算提案ワーキンググループ)

2009 年 2 月 26 日

目次

◆要旨.....	5
1 提言の概要.....	5
2 推奨施策の内容.....	6
3 がん予算WGとは.....	6
◆はじめに.....	9
1 本提案書とワーキンググループについて.....	9
1-1 本提案書の位置づけ.....	9
1-2 現状に対する問題意識.....	10
2 がん予算の現況.....	12
2-1 がん予算の概況および推移.....	12
2-2 国の予算.....	12
2-2-1 国の予算の概算要求と予算案の変化.....	12
2-2-2 国の予算の項目別使用率（消化率）.....	13
2-3 都道府県の予算.....	13
2-3-1 予算額の水準.....	13
2-3-2 大きな都道府県格差.....	13
2-3-3 ハード偏重.....	14
2-3-4 国庫補助金の活用状況.....	14
2-3-5 都道府県単独事業.....	14
2-3-6 好事例と創意工夫の兆し.....	14
2-3-7 都道府県別がん検診費用.....	15
3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要.....	15
3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート.....	15
3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート.....	15
3-3 タウンミーティング.....	16
3-4 アンケート結果.....	17
3-5 タウンミーティングでの回答.....	18
3-6 考察.....	19
4 実施すべき改革（提案の骨子）.....	19
◆提案.....	21
1 がん対策の総論.....	21
1-1 全体テーマ① がん対策全般にかかる事項.....	21
1-1-1 推奨施策.....	21
1-1-2 意見の要約（問題点と改善点）.....	23
1-1-3 寄せられたご意見（コメント）から.....	26
1-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価.....	27
1-2-1 推奨施策.....	27
1-2-2 意見の要約（問題点と改善点）.....	27
1-2-3 寄せられたご意見（コメント）から.....	28
2 分野別施策.....	30
2-1 分野1 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成.....	31

2-1-1	推奨施策	31
2-1-2	意見の要約（問題点と改善点）	32
2-1-3	寄せられたご意見（コメント）から	33
2-2	分野 2 緩和ケア	34
2-2-1	推奨施策	34
2-2-2	意見の要約（問題点と改善点）	34
2-2-3	寄せられたご意見（コメント）から	35
2-3	分野 3 在宅医療（在宅緩和ケア）	37
2-3-1	推奨施策	37
2-3-2	意見の要約（問題点と改善点）	38
2-3-3	寄せられたご意見（コメント）から	38
2-4	分野 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）	40
2-4-1	推奨施策	40
2-4-2	意見の要約（問題点と改善点）	40
2-4-3	寄せられたご意見（コメント）から	41
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）	42
2-5-1	推奨施策	42
2-5-2	意見の要約（問題点と改善点）	42
2-5-3	寄せられたご意見（コメント）から	43
2-6	分野 6 がん医療に関する相談支援及び情報提供	45
2-6-1	推奨施策	45
2-6-2	意見の要約（問題点と改善点）	46
2-6-3	寄せられたご意見（コメント）から	46
2-7	分野 7 がん登録	48
2-7-1	推奨施策	48
2-7-2	意見の要約（問題点と改善点）	48
2-7-3	寄せられたご意見（コメント）から	49
2-8	分野 8 がんの予防	51
2-8-1	推奨施策	51
2-8-2	意見の要約（問題点と改善点）	51
2-8-3	寄せられたご意見（コメント）から	52
2-9	分野 9 がんの早期発見（がん検診）	54
2-9-1	推奨施策	54
2-9-2	意見の要約（問題点と改善点）	55
2-9-3	寄せられたご意見（コメント）から	55
2-10	分野 10 がん研究	58
2-10-1	推奨施策	58
2-10-2	意見の要約（問題点と改善点）	58
2-10-3	寄せられたご意見（コメント）から	59
2-11	分野 11 疾病別対策（がんの種類別対策）	61
2-11-1	推奨施策	61
2-11-2	意見の要約（問題点と改善点）	61
2-11-3	寄せられたご意見（コメント）から	62
3	推奨施策の解説	63
3-1	施策に共通的に見られた側面	63
3-2	推奨施策のタイプ分けと若干の考察	67

◆おわりに.....	71
・今後のプロセスの参考に	71
・平成 22 年度予算で確実な変化と成果を	71
・謝辞.....	71

平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書

～元気の出るがん対策～

【要旨】

がん対策推進協議会 提案書取りまとめ担当委員
(がん施策・予算提言ワーキンググループ)

2009年2月26日

◆要旨

1 提言の概要

- (1) がん対策予算を大幅に増やす必要がある
- (2) がん対策予算の策定プロセスを改善すべきである
- (3) 59本の推奨施策への取り組みを進めてほしい

今回、がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員（いわゆる、がん施策・予算提言ワーキンググループ。以下、がん予算WG）がまとめた「平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん予算～」は、上記の3点を提案する。

(1) がん対策予算を大幅に増やす必要がある

がん対策予算の大幅増額が必要と考える。

がん予算WGは、都道府県のがん対策推進計画の進捗管理に当たる都道府県がん対策推進協議会委員と県庁がん対策担当者を対象に、アンケートを実施した（回答 186 人）。その回答では、がん予算の規模が「十分」とするものが 14%、「不十分」が 86%であった。また、自由記述式の回答欄には、予算不足のため適切な対策が打てないとの意見が多数あった。都道府県財政が悪化するなか、がん対策基本法およびがん対策推進基本計画に掲げる理念と目標を達成するためには、国のがん対策予算の大幅増額が欠かせない。

(2) がん対策予算の策定プロセスを改善すべきである

アンケートでは、がん対策および予算の問題点と改善点を自由記述方式で尋ねたが、その回答からは、予算策定プロセスの改善の必要性が浮き彫りになった。なかでも、国と都道府県などの地方自治体とのコミュニケーションが不足している。国が、都道府県や地域がん診療連携拠点病院などの地域や現場のニーズをよく把握して予算案を策定し、予算案ができたときはそれが十分に活用されるよう、丁寧な情報提供と説明を行うことが重要である。地域でがん対策に取り組む人々から広く意見を聞いて、国のがん対策を立案するプロセスを導入することが求められる。

(3) 59本の推奨施策への取り組みを進めてほしい

がん予算WGは、先にふれた都道府県庁と都道府県がん対策推進協議会委員を対象としたアンケートの他に、タウンミーティングを開催し広く意見を聴取した。集まった意見を踏まえて、下表のように 59 本のがん対策予算に関する推奨施策を作成した。がん対策全般を有効にするための施策 8 本と、個別分野にかかる施策 51 本から成る。がん予算WGは、これら推奨施策

が精査のうえ、できるだけ多く採用・実施されることを望むものである。

●元氣の出るがん対策：

現在、多くの都道府県が財政難に悩んでいる。また、国と地方自治体のコミュニケーションが不十分で相互の信頼感も強くはない。がん対策を強化するためには、地域の医療関係者と患者・市民などの連携活動もまだ足りない。がん対策に若干の沈滞ムードもただよっているところである。今こそ、本提案書を実行するときだ。そうすれば、国と地域の両方のレベルで、多くの当事者が共にがん対策にさらなる力を入れ、信頼と協業に基づき、活力ある有効ながん対策が進むだろう。そういう意味で、われわれは「元氣の出るがん対策」を提示したと考える。

2 推奨施策の内容

表のように、13の分野に関し合計59本の推奨施策を作成した。

59本の中に、下記5点の重要テーマを発見した。

- ① がん難民対策（切れ目のない医療の実現）
- ② がん診療にかかる医療従事者の確保と育成
- ③ がんおよびがん対策の現況の“見える化”（可視化）
- ④ がん対策の情報提供と普及啓発
- ⑤ 地域のベストプラクティス（好事例）の育成・発掘と全国浸透

3 がん予算WGとは

がん予算WGは、2008年11月28日の第8回がん対策推進協議会において、2010年度（平成22年度）の政府がん対策予算に関する提言を行うため設置された。協議会委員18人中10人（患者関係者代表委員4人、医療従事者代表委員4人、有識者委員2人）が参加。アンケートやタウンミーティングを実施したほか、5回の会議を開催し、本提案書を取りまとめた。

本提案書は、がん対策推進協議会で承認されたのち、厚生労働省に提出されることを想定している。

施策・予算提案シート 一覧

分野 番号	分野	施策 番号	施策名	予算額	備考
1	がん対策全般 にかかる事項	1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	1億円	
2		2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	10億円	
3		3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	—	基金額1,000億円
4		4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	1億円	
5		5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	0.6億円	
6		6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	2億円	
7	がん計画の進 捗・評価	1	がん予算策定新プロセス事業	1億円	
8		2	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理	0.5億円	
9	放射線療法お よび化学療法 の推進並びに 医療従事者の 育成	1	がんに関わる医療従事者の計画的育成	5億円	
10		2	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	—	運営費交付金の増額
11		3	医学物理士の育成と制度整備	1億円	
12		4	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	2億円	
13		5	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	10億円	
14		6	専門・認定看護師への特別報酬	10億円	
15	緩和ケア	1	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	1億円	
16		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)	10億円	
17		3	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	2億円	
18		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	5億円	
19		5	緩和医療地域連携ネットワークのIT化	10億円	
20	在宅ケア	1	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	10億円	
21		2	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	1億円	
22		3	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	1億円	
23		4	大規模在宅ケア診療所エリア展開システム	10億円	
24		5	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	10億円	
25		6	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	10億円	
26	診療ガイドライ ンの作成(標 準治療の推 進)	1	ベンチマーキング(指標比較)センターによる標準治療の推進	15億円	
27		2	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	3億円	
28		3	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	1億円	

29	7	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	1	がん診療連携拠点病院制度の拡充	60億円	現状の機能強化予算と同額(倍増)
30			2	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	36億円	現状の機能強化予算の倍額(2分の1を100%化)
31			3	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	2億円	
32			4	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	23.5億円	
33			5	がん患者動態に関する地域実態調査	7億円	
34	8	がん医療に関する相談支援および情報提供	1	がん相談全国コールセンターの設置	15億円	
35			2	「がん患者必携」の制作および配布	6億円	
36			3	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	10億円	
37			4	全国統一がん患者満足度調査	15億円	
38			5	地域統括相談支援センターの設置	10億円	
39			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	2.4億円	
40			7	がん経験者支援部の設置	3億円	
41	9	がん登録	1	地域がん登録費用の10/10助成金化	10億円	
42			2	がん登録法制化に向けた啓発活動	2億円	
43			3	がん登録に関する個人情報保護体制の整備	0.7億円	
44	10	がんの予防(たばこ対策)	1	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	—	たばこ価格値上げ等
45			2	喫煙率減少活動への支援のモデル事業	5億円	
46			3	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	5億円	
47	11	がんの早期発見(がん検診)	1	保険者・事業者負担によるがん検診	—	健康保険(1,500億円)
48			2	保険者負担によるがん検診のモデル事業	30億円	
49			3	がん検診促進のための普及啓発	10億円	
50			4	がん検診の精度管理方式の統一化	20億円	
51			5	長期的な地域がん検診モデル事業	3億円	
52			6	イベント型がん検診に対する助成	25億円	
53	12	がん研究	1	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	15億円	
54			2	希少がん・難治がん特別研究費	15億円	
55			3	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	5億円	
56			4	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	4億円	
57	13	疾病別対策	1	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	10億円	
58			2	子宮頸がん撲滅事業	—	地方交付税化(220億円)
59			3	小児がんに対する包括的対策の推進	5億円	

「平成 22 年度 がん対策予算策定に向けた提案書～元気の出るがん対策と予算～」

がん対策推進協議会 提案書取りまとめ担当委員（がん施策・予算提案ワーキンググループ）

【本文】

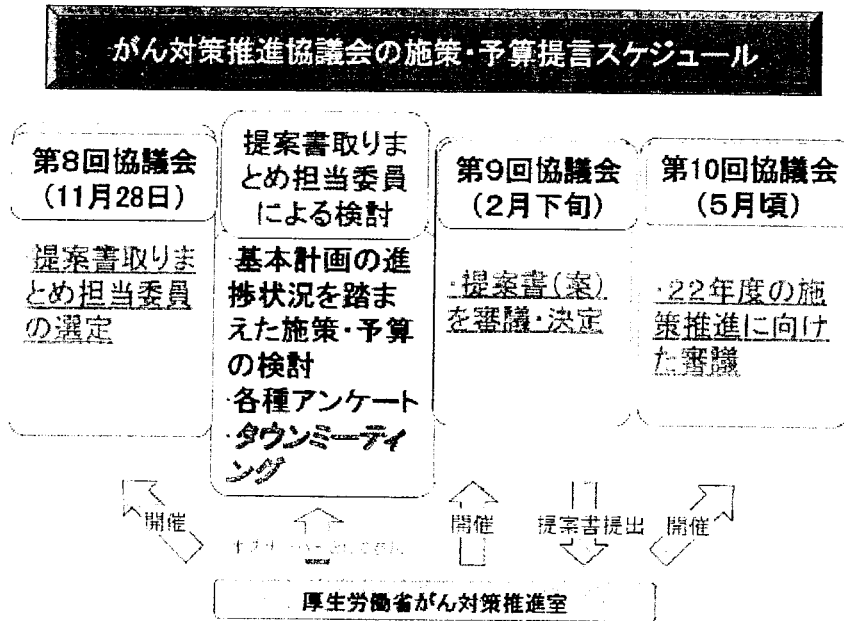
◆はじめに

1 本提案書とワーキンググループについて

1-1 本提案書の位置づけ

本提案書は、2010 年度(平成 22 年度)の政府がん対策予算への提案を行うものである。2008 年 11 月 28 日に開催された第 8 回がん対策推進協議会において、2010 年度の政府がん対策予算への提案を行うため「提案書取りまとめ担当委員（いわゆる、がん施策・予算提案書ワーキンググループ（以下、がん予算 WG）」が置かれた。

●厚生労働省作成の進行イメージ図



出典：がん対策に関するタウンミーティング、厚生労働省担当者スライドより

がん予算 WG は、がん対策推進基本計画に記載されている内容を基本とし、その早期実現のために有効と考えられる施策と予算対応を考えた。なお、がん対策推進基本計画策定時に想定しえなかったことについても、がん対策推進基本計画の目標の早期達成とがん対策の推進に資すると考えられる場合には、議論の範囲とした。

がん予算 WG には、がん対策推進協議会委員 18 人のうち 10 人が参加した。構成は、患者代表委員 4 人、医療関係者の立場の委員 4 人、有識者委員 2 人であった（表参照）。今回の提案書案の策定の過程に関しては、事務局機能もがん予算 WG が務め、厚生労働省は会議

に陪席するのみでオブザーバーに徹した。

●がん対策推進協議会提案書 取りまとめ担当委員

内田 健夫	社団法人日本医師会常任理事
海辺 陽子	癌と共に生きる会副会長
江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
金子 明美	フォーエバー代表
関原 健夫	財団法人日本対がん協会常務理事
富樫 美佐子	あけぼの会副会長
中川 恵一	東京大学医学部附属病院放射線科准教授
◎ 埴岡 健一	日本医療政策機構理事
本田 麻由美	読売新聞編集局社会保障部記者
門田 守人	大阪大学大学院医学系研究科教授

※ ◎は責任者、50音順、敬称略

がん予算 WG では、できるだけオープンな議論を行うよう努めた。メーリングリストで意見や情報が交換できるようにした。また、施策提案などに関して意見提出シートを作成し、全員がそれに内容を記載して提出するように努めた。提出された意見を、提案書に記載できる施策案に“育てる”ため、委員が一体となって意見を寄せた。

なお、2008年11月28日の第8回がん対策推進協議会で決められたように、がん予算WGの開催運営に関しては、厚生労働省がん研究助成金「がん医療政策提案に向けた研究」班（いわゆる、祖父江班）を活用した。また、がん予算WG事務局機能を、がん予算WGの責任者である埴岡が所属する特定非営利活動法人 日本医療政策機構の市民医療協議会チームが担った。

がん予算WGはがん対策推進協議会に本提案書を提出する。がん対策推進協議会が本提案書を、協議会事務局がある厚生労働省に提出し、厚生労働省が文部科学省、経済産業省など関係各省に本提案書を連絡するものとする。がん予算WGは、厚生労働省および関係各省が、本提案書の趣旨と内容および具体的施策と予算の提案を最大限尊重し、今後のがん対策と予算の策定と推進を進めるよう、強く望むものである。

1-2 現状に対する問題意識

がん予算は不足している。だが、がん予算は余っている。こんな不思議な現象が起こっていることが、現在のがん予算の問題点を象徴している。

がん予算WGが、都道府県がん対策担当者や都道府県がん対策推進協議会委員を対象に行ったアンケートでは、「がん予算が不足している」という声が圧倒的だった（17ページ参照）。しかし、国が作ったがん対策の補助金は、都道府県から申請されずに使われずに残ることもある（13ページ参照）。

これは、がん対策予算のうち、都道府県向けの予算に関する問題だが、がん対策の前線である地方自治体への資金配分のパイプが詰まっているともいえる。

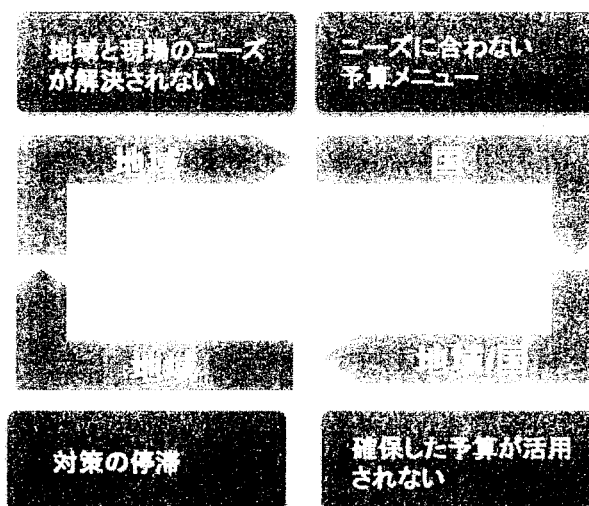
この原因は、予算を策定・執行するにあたり、国と県とのコミュニケーションをもう少し密にするなど、がん予算をもう少し使いやすくするための工夫が足りなかったことが考えられる。

一方、がん対策予算のうち、がん研究に関する予算など、地方自治体以外の関係団体や研究者に配分されている予算について、がん予算WGが十分に検討できなかったのも、がん対策予算全体の問題点については、今後、さらに検討が必要であろう。

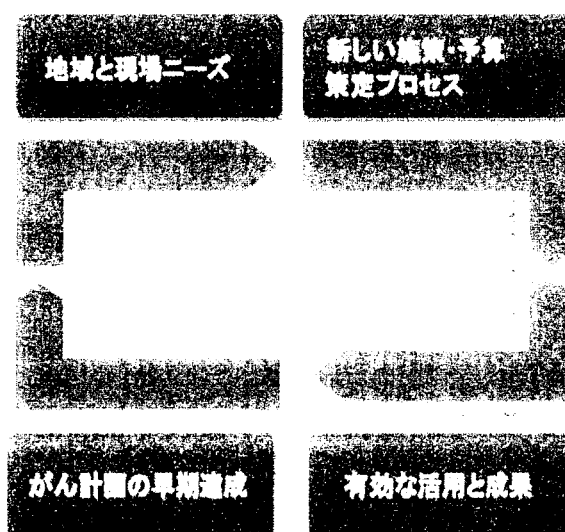
がん対策には費用がかかる。予算のない計画は、「絵に描いた餅」になってしまう。その資

金源は多様であるべきだが、がん対策基本法に「(国は) がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する」とあるように、やはり、柱は国の税金を使った予算であるべきだ。がん対策基本計画を策定した際には、財政的裏付けを十分に記載できなかったが、今回、がん対策推進協議会が行った幅広い情報収集からがん対策の現場の苦境が明確になったため、今後は、がん対策に関する予算強化に大きく一歩踏み込む段階であると考えます。

●国と地域の悪循環



●国と地域の好循環



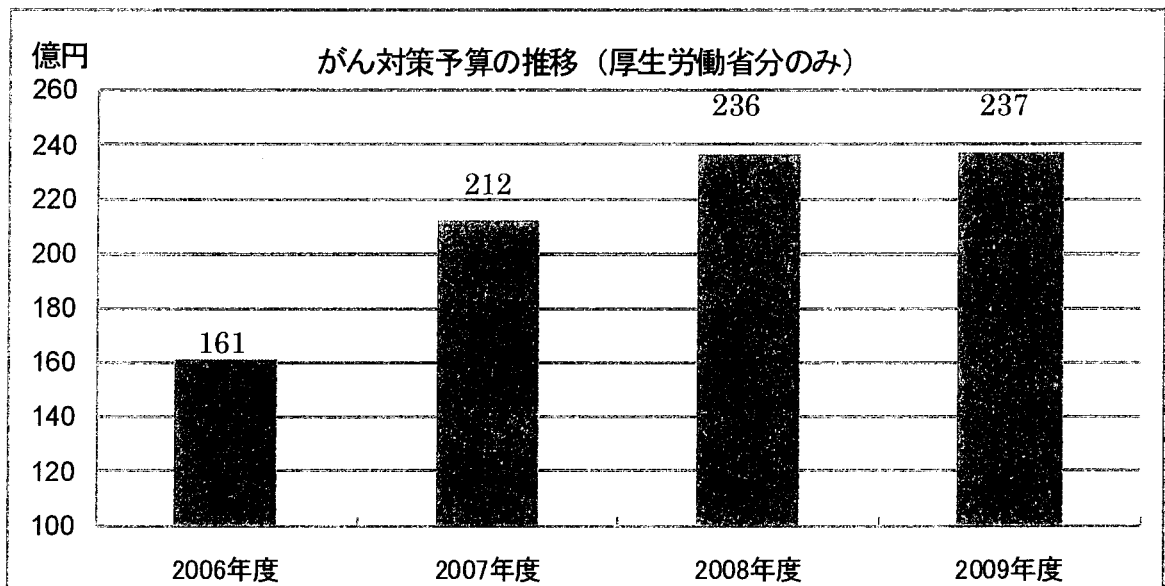
2 がん予算の現況

提案をする前に、まず、がん予算の現況を概観する。

2-1 がん予算の概況および推移

平成20年度の国のがん予算は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の三省で約550億円(?)、厚生労働省のみで約236億円であった。都道府県のがん予算の合計は、平成19年度で約150億円であった。平成19年度の全国市町村のがん検診費用は合計約1100億円で、うち約1000億円が市町村の予算であった。三省ベースのがん予算の推移は下図のとおりである。かつて大きな伸びを示したものの、ここにきて頭打ちになっている。

●伸びが止まったがん対策予算



出典：がん対策推進協議会資料より

2-2 国の予算

2-2-1 国の予算の概算要求と予算案の変化

厚生労働省のがん予算において、8月の財務省への概算要求段階でのがん予算と12月のがん予算案の間には、金額の大きな乖離がみられる(下図)。このような変化が、都道府県が政府のがん予算となった対象項目に積極的に対応できない一因となっている。

●がん対策関連予算(厚生労働省)の推移

(億円)	概算要求	予算案	概算削減率	予算増加率
2006年度	202	161	20.3%	11.8%
2007年度	303	212	30.0%	31.7%
2008年度	282	236	16.3%	11.3%
2009年度	262	237	9.5%	0.4%

出典：がん対策推進協議会資料より

2-2-2 国の予算の項目別使用率（消化率）

国のがん対策予算の項目別の使用率をみると、使用率が低い項目が見られる。下図は 2007 年度（平成 19 年度）のがん予算の項目別の使用率であるが、都道府県を対象としたがん検診モデル事業（国と県が半分ずつ負担する 1/2 事業）は使用率 1.0%だった。特別事業（がん対策推進特別事業、1/2 事業と国が全額負担する 10/10 事業あり）の使用率は 4.4%であった。

政府の「行政支出総点検会議」において、2008 年（平成 20 年）12 月 1 日に「指摘事項～ムダ・ゼロ政府を目指して～」が取りまとめられた。この中で、「がん対策推進特別事業」は「多額の不用が発生した事業」として例示され、「精査の上で、事業の廃止・予算額の縮減等をするべきである」と指摘された。ただし、このような不用が発生したのは、本提案書 23 ページのがん予算の構造問題で指摘するようなことが存在するからで、がん予算のニーズや必要性が低いわけではけっしてない。

●国の用意したメニュー予算の消化率（平成 19 年度）

事業	対象	予算	決定	使用率(%)
女性のがん検診	都道府県(1/2)	98,465	25,993	26.4
がん検診モデル	都道府県(1/2)	55,000	534	1.0
マンモグラフィー研修	都道府県(1/2)	93,930	11,546	12.3
がんネットワーク事業	都道府県(1/2)	111,753	7,712	6.9
機能強化(がん拠点病院)	都道府県(1/2)	1,114,500	823,048	73.8
特別事業	都道府県(1/2、10/10)	1,485,000	64,957	4.4
マンモグラフィー研修	独立行政法人(10/10)	62,610	996	1.6
がんネットワーク事業	独立行政法人(10/10)	111,754	144,372	129.2
機能強化(がん拠点病院)	独立行政法人(10/10)	555,000	615,888	111.0
リニアック	独立行政法人(10/10)	3,360,000	4,620,842	137.5
合計	合計	7,048,012	6,315,888	89.6

出典：がん対策推進協議会資料より

2-3 都道府県の予算

2-3-1 予算額の水準

第 8 回がん対策推進協議会に提出された資料「平成 19 年度都道府県がん対策予算」によると、2007 年度（平成 19 年度）の都道府県のがん対策予算の合計は 154 億円である。うち、がん拠点病院対象の国庫補助事業が 110 億円、都道府県対象の国庫補助事業が 19 億円、都道府県の単独事業が 19 億円である。がん対策に関する都道府県の関与は極めて低水準にあるといえる。

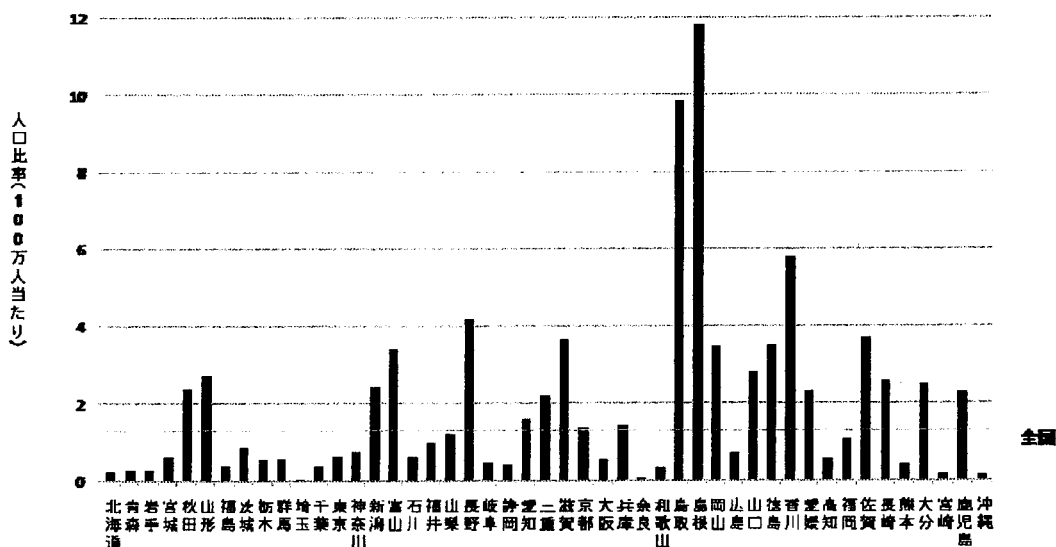
2-3-2 大きな都道府県格差

同資料によると、都道府県がん対策予算合計（都道府県、がん拠点病院、その他対象の国庫補助および都道府県独自事業）、都道府県対象国庫補助事業（の都道府県負担金額）、都道府県独自事業のいずれにおいても、都道府県によってきわめて大きい水準格差がある。人口数で調整しても同様である。下図は、都道府県がん対策予算合計（人口調整済）の都道府県別の値であるが、都道府県の間で 200 倍以上の格差がある。もっとも、この値は年度による変動も大きく単年度では評価しがたいが、複数年度低い水準が続くところに関しては留意が必要である。こうした数値を地域住民が簡単に知ることができる「見える化（可視化）」が欠かせない。

●平成19年度都道府県別予算（人口補正前、人口補正後、元データ表）

億円

平成19年度都道府県がん対策予算(実績)



出典：厚生労働省 第8回がん対策推進協議会にて厚生労働省が公表した資料を元に
がん予算WGにて作成

2-3-3 ハード偏重

「平成19年度国庫補助事業活用状況」（第8回がん対策推進協議会資料）によると、補助事業の予算の使用率（前ページ表参照）は、ハードウェアの整備であるリニアック（放射線治療に使う装置）の整備事業の140%弱がもっとも高かった。一方で、研修など“ソフト”な事業の使用率は低かった。都道府県がん対策予算は、全体として機器整備や施設整備のハードの比重が高いのが現状である。もちろんハード整備は必要なことであるが、現在のがん対策では、患者相談などサービスの開発、地域における協力ネットワークの拡大、各種の人材確保や育成など、ソフト面の充実が重要になっており、ソフトが拡大できる仕組みを構築することが必要である。

2-3-4 国庫補助金の活用状況

積極的に活用しているところからあまり利用できていないところまで、都道府県によって大きなばらつきが観察される。

2-3-5 都道府県単独事業

「平成19年度都道府県別がん対策予算執行状況」（第8回がん対策推進協議会資料）によると、都道府県単独事業の件数が0件のところから10数件のところまで、大きな差がある。ここにも都道府県の財政事情を背景とした姿勢に大きな格差が存在する。

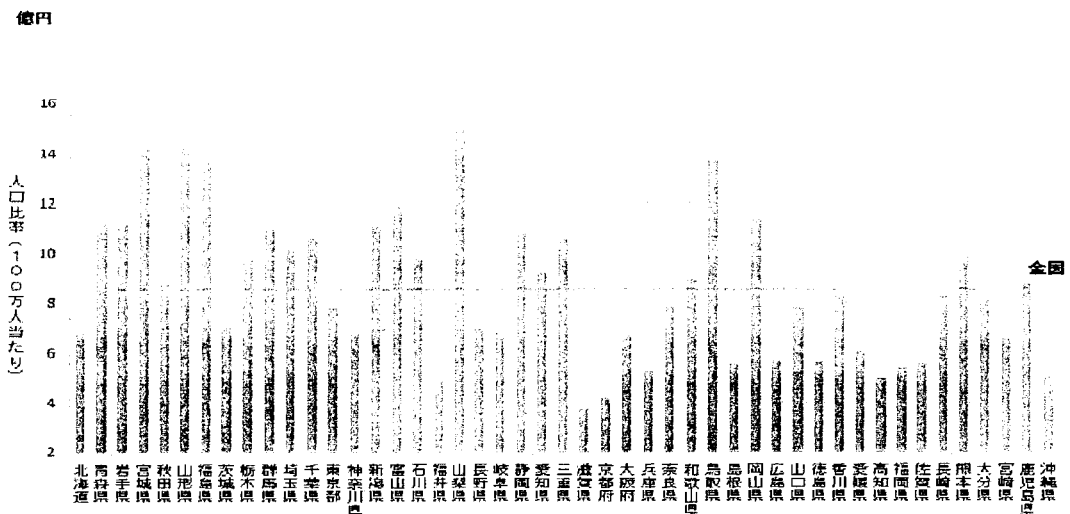
2-3-6 好事例と創意工夫の兆し

そうした中で、一部、モデル的な県が出てきている。都道府県がん対策予算合計、都道府県対象国庫補助事業、都道府県独自事業のいずれもの水準が比較的高い県である。国の補助項目も積極的に活用し、独自事業もソフト面を中心に創意工夫して実施している。こうした地域から各地が学ぶ必要があり、情報提供や交流の仕組み作りが求められる。

2-3-7 都道府県別がん検診費用

厚生労働省が2008年12月26日に発表した「市区町村におけるがん検診の実施状況等調査結果」によると、市区町村のがん検診費用を都道府県別に集計した値において、人口比率で金額に4倍の開きがある。今後、検診費用と検診率、検診費用とがん発見数などの関係について、都道府県別に分析を行っていく必要があり、そのためにも情報の定期収集と公表が欠かせない。

平成19年度都道府県がん検診費用(実績)



出典：厚生労働省公表資料を元にがん予算WGにて作成

3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要

がん予算WGにおいては、担当委員の知見は限定されていると考え、幅広く意見を聴取するため、下記のようなアンケートやタウンミーティングなどを実施した。また、職能団体、がん関連学会にも意見を聴取した。そこから寄せられた多数の意見を、本提案書の資料編に掲載した。現場と地域の声を広く集めたという意味で、がん対策と予算を考えるにあたって、これまでにない画期的なプロセスであると考えられる。

3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート

まず、都道府県庁担当者アンケートを実施した。47都道府県に依頼をした。この結果、25人の回答があった。

3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート

また、都道府県がん対策推進協議会等を対象としたアンケートを実施した。47都道府県に各県のがん対策推進協議会委員へのアンケート転送を依頼した。これにより、委員156人から回答があった。

3-3 タウンミーティング

公開の席で幅広い意見を聴取することを目的に、タウンミーティングを実施した。「がん対策に関するタウンミーティング～みんなでがんの施策と予算を考えよう～」とのタイトルで、東京と宮城の2カ所で開催した。プログラムの構成は、厚生労働省がん対策推進室からの「がん対策の概要」、ワーキンググループによる「がん対策と予算の現況」の解説の後、来場者に「ご意見シート」にがん対策と予算に関する問題点と実施してほしい措置を記入していただいた。その後、来場者から都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に意見を聴取した。閉会時に記入されたご意見シートを回収し、集計・分析した（参考資料参照）。

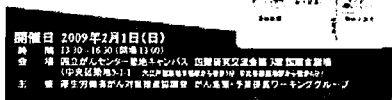
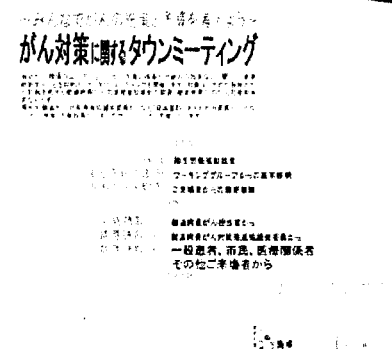
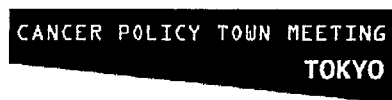
・東京都

2月1日（日）に開催した。約60人の来場者があった。44枚のご意見シートを回収した。全国放送のテレビ局、全国紙、地方紙などで当日の会場の様子などについての報道があった。

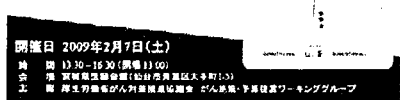
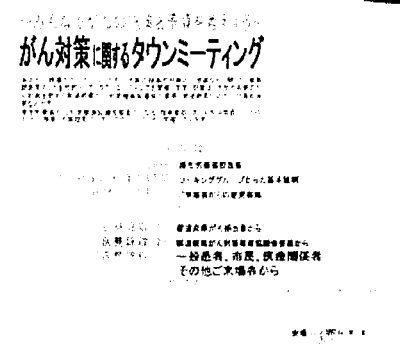
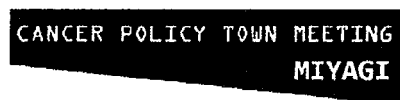
・宮城県（仙台市）

2月7日（土）に開催した。約80人の来場者があった。65枚のご意見シートを回収した。地元のテレビ局、全国紙地方版、地方紙などで報道があった。

●タウンミーティング(東京)チラシ



●タウンミーティング(仙台)チラシ



●タウンミーティング(東京)会場風景



●タウンミーティング(仙台)会場風景



3-4 アンケート結果

都道府県庁がん対策担当者アンケート、都道府県がん対策推進協議会委員アンケート、およびタウンミーティングご意見シートにおいて、がん予算に関する選択式の質問を行った。その結果は以下のとおり。

「都道府県庁がん対策担当者アンケート」と「都道府県がん対策推進協議会委員アンケート」（質問票は同じ）の回答から。

(1) 予算不足：

「がん予算は充実していますか？」との問いへの回答は、下図のように、「充実している14%」、「充実していない86%」であった。

(2) 予算プロセス改善が必要：

「がん予算決定プロセスの改善は重要か？」との問いへの回答は、下図のように、「改善が必要95%」、「改善は必要ない5%」となった。

(3) 予算決定プロセスに不満足：

「がん予算決定プロセスに満足ですか？」との問いへの回答は、下図のように、「満足16%」、「不満足84%」となった。

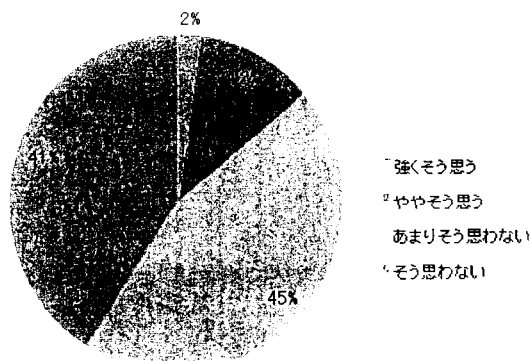
(4) がん予算は現場ニーズに合致していない：

「がん予算は現場ニーズに合致していますか？」との問いへの回答は、下図のように、「ニーズに合致11%」、「合致していない89%」となった。

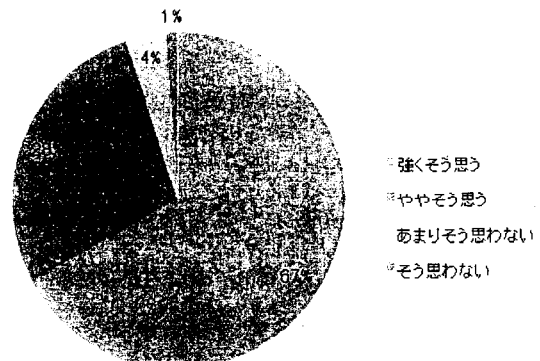
(5) 予算は現場で使いにくい：

「がん予算を現場が使いやすいか？」との問いへの回答は、下図のように、「使いやすい9%」、「使いにくい91%」となった。

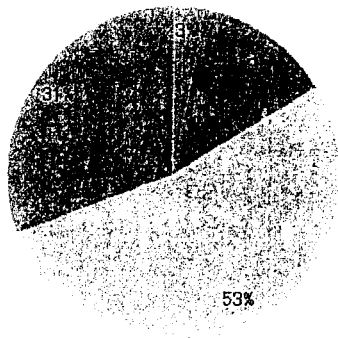
●都道府県庁がん対策担当者アンケートより



●がん予算は充実？(回答数180)

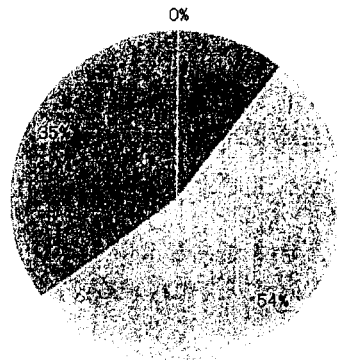


●予算決定プロセス改善は重要？(回答数179)



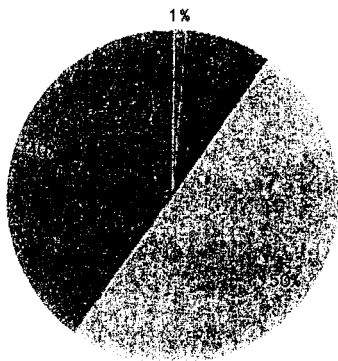
●予算決定プロセスに満足?(回答数179)

- ① 強く思う
- ② やや思う
- ③ あまりそう思わない
- ④ そう思わない



●がん予算は現場ニーズに合致(回答数180)

- ① 強く思う
- ② やや思う
- ③ あまりそう思わない
- ④ そう思わない



●予算を現場が使いやすい?(回答数179)

- ① 強く思う
- ② やや思う
- ③ あまりそう思わない
- ④ そう思わない

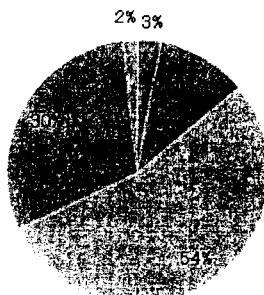
3-5 タウンミーティングでの回答

①「現在のがん対策に満足ですか?」との問いへの回答は、下図のように、「満足 13%」、「不満足 84%」となった。

②「現在のがん対策のための予算は十分ですか?」との問いへの回答は、下図のように、「十分 9%」、「不十分 86%」となった。

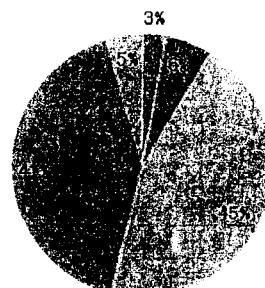
●タウンミーティングご意見シートから

●現在の「がん対策」に満足されていますか(回答数109)



- ① 強く思う
- ② 少し思う
- ③ あまりそう思わない
- ④ そう思わない
- ⑤ 無回答

●現在の「がん対策のための予算」は十分だと思いますか(回答数109)



- ① 強く思う
- ② 少し思う
- ③ あまりそう思わない
- ④ そう思わない
- ⑤ 無回答

3-6 考察

上記の結果から、がん対策にかかわる関係者には、がん予算は不足していると認識されている。がん予算が不足しているのは明らかである。

一方、現在のがん予算は現場ニーズに合わず、現場で使いにくいと受け止められている。さらに、予算決定プロセスに不満があり、改善が必要と考えられている。

先にみた、国の予算が利用されない、都道府県の予算活用状況にばらつきがあるといった原因には、こうしたミスマッチが存在していることが関連していると考えられる。

4 実施すべき改革（提案の骨子）

上記では、アンケートの選択式の設問の回答のみ紹介したが、アンケートの自由記述式設問に寄せられた多数の意見やコメントを読むと、提案のがん対策の総論（21 ページ）で指摘するように、がん予算の策定および利用に関して、構造的な問題が横たわっていることが明らかだった。

現状では、地域の創意工夫を伸ばす仕組みにはなっていない。また、地域間の格差を助長する可能性もある。現在の仕組みでは、都道府県で財政と人員に余裕があるところの方が国の予算を使い易いという側面があるからだ。

また、国と都道府県などががん対策に取り組む当事者間に、大きな縦割りの壁があり、同じ目標に共に取り組むものとしての共感が乏しく、相互の信頼感が少ないことも浮き彫りになった。

また、努力して先進例を作った際にも特に称揚されることもなく、一方で、がん対策に消極的で全国平均より大きく遅れていても特にとがめを受けることもない。

こうした悪しき循環を抜本的に変革し、よき循環に転換することが必要だ。すなわち、①明確な目標設定と役割分担②壁を越えた協働作業③創意工夫④切磋琢磨——が生じるシステムへの移行である。

がん予算 WG は、大胆なプロセスと手法の変革が必要であると考えます。

・プロセスの透明性：

がん対策は多方面の当事者が参加し、国民的に高めていかなければならない。そのためには、対策および予算の決定プロセスに多くの人に参加し、その決定プロセスが見え、多くの人々が納得できる形でなければならず、そのための努力が必要である。

・リーダーシップ：

国レベルの行政と政治が率先して新しいがん対策と予算の仕組みを構築するとのメッセージを発信し、リーダーシップを示すことが不可欠である。

・地域と現場重視：

がん対策の前線は地域とそれぞれの現場にある。多くの場合、有効な対策はそこで生まれる。地域と現場を重視し、そこでの声を傾聴することを重視し、それを尊重して対策と予算を考える。

・斬新な新施策群：

がんは多くの国民の命と生活を脅かしているにもかかわらず、まだがん対策に関して、確実に有効な施策や普及策がまだ十分に見つかっていない。その課題の大きさを鑑みて、当面はかなりの試行錯誤を許容し、創意工夫を生みだしながら、確実に有効な施策を見出していく作業が不可欠である。

・壁を破る、つなぐ：

いたるところに縦割りの障壁、連携不足の弊害が見られる。壁を破り、関係者をつなぐということを多くの施策の共通の基盤として実施する。

・六位一体のがん対策：

がん対策は多くの関係当事者が一致団結しなければ成果を上げられない。手ごわい相手である。患者関係者、政治家（立法府）、行政（県庁など）、医療従事者、マスメディア、民間などがいわば六位一体となって取り組むことが必要である。それを実現、補強するための施策と予算措置が重要である。

・元気の出るがん対策：

これからのがん対策は、「がんになってもがんと向き合い生きていける社会」を、多くの当事者が一体となって取り組むことから進展していく。その際、キャッチフレーズとなるのは、「元気の出るがん対策」である。「情報共有をしながら、力を合わせていくこと」を、多くの当事者・関係者が意識し念頭におくことが大切と考える。

・がんから改革を：

本提案書が指摘する多くの構造問題は、なにもがん領域だけに見られるものではない。しかし、がん対策という大きな領域で解決しなければ他の領域でも解決は困難である。がん領域を変えることによって、他の領域にモデルを示すという発想も大切である。また、がん領域が他の領域にある好事例（ベストプラクティス）を導入し、それを普及させる役割も果たすべきである。

◆提案

今回の提案書作成のための意見集約においては、がん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とし、それに「がん対策全般にかかる事項」「目標管理と進捗」「疾病別対策」を加えた13分野に分類して意見を集め、整理した。

このうち、「がん対策全般にかかる事項」と「計画の進捗・評価」の2分野については、がん対策全体の基盤的な位置づけにあるので、まず、この2分野を全体テーマとして取り上げる。その後、分野別の各論である11分野を30ページからひとつずつ検討する。

がん対策の総論

- 1 がん対策全般にかかる事項
- 2 がん計画の進捗・評価

分野別施策

- 1 放射療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅ケア
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別対策

1 がん対策の総論

1-1 全体テーマ① がん対策全般にかかる事項

1-1-1 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6点の推奨施策を導き出した。

(1) がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト

国と地方自治体の予算編成期のズレや、相互連絡の不足、国からの助成が申請しづらいなど、国と地方自治体の予算編成上の問題により、がん対策予算に盛り込まれた施策が100パーセント活用できない問題の解消を目指す。がん対策のアドバイザー2～3名を組織し、実地調査・ヒアリングを実施。国から示されたがん対策事業を、自治体が使いやすいようにするための仕組み作りに焦点をあて、対応策を検討する。

(2) がん対策ノウハウ普及プロジェクト

地域のニーズを聞くと、予算はもとより、人、経験、アイデア、けん引役、調整役もなく、

資金・人・ノウハウをセットで欲しいという希望が多い。そこで、先行県のノウハウを全都道府県に浸透させるために、20人程度のコンサルティングチームを結成し、県のがん対策の企画、進捗管理、地域のステークホルダーとの調整の支援を行い、都道府県のがん対策の均てん化を行う。

(3) 都道府県がん対策実施計画推進基金の設置

障害者支援分野で設置された地域対策基金を参考にして、都道府県による予算措置がなくとも柔軟に活用できる「都道府県がん対策実施計画推進ファンド」を設置。都道府県がん対策推進計画のアクションプランに基づく事業に関して、都道府県からの応募申請を都道府県がん対策推進協議会が審査して選定し、10/10の助成を行い、都道府県の創意工夫を引き出す。必要に応じて全国レベルの専門家が審査などの技術的支援を行う。

(4) がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入

がんの治療やその対策について、科学的根拠に関する各種エビデンスが十分ではないまま、がん対策が行われている現状があり、いわゆるPDCAサイクルに基づくがん対策の評価と改善も十分ではない。がんの予防や検診、初期から終末期における治療、緩和ケア、支持療法などについて、地域連携度調査や患者満足度調査など、様々な角度から可視化を行い、そのデータをもとに必要な施策の実施を行っていく。

(5) 医療従事者と患者・市民が共同で実施するがんの普及啓発活動支援

国が、公益法人、医療機関、患者団体等が実施する公開フォーラム、シンポジウム等、がんの病態、がん検診、緩和ケア、がん登録等、がんに関する理解を深めることを目的とした事業について、募集要項発表による応募事案を審査し、費用を補助する。医療従事者と患者・市民が共同して実施するがんの普及啓発活動を支援することで、地域が一体となってがんと向き合い、がんと闘う力を醸成することを目的とする。

(6) がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン

がんに関する普及啓発は未だ十分でなく、がん体験者による語りはがんに対する理解の促進において、大きな役割を果たし得る。そこで、都道府県からモデル地区を選び、都道府県は患者団体等と協力、または事業を委託し、患者や患者団体が、地区内の公民館、集会場や学校において患者の語りによる講演会や合唱、シンポジウムなどを開催することで、がんに関する普及啓発を進める。

<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>

本分野の6施策（予算対策）に関しては、がん対策全般にかかる基礎的な事項であるため、優先度はとりわけ高い。

1-1-2 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。

【がん予算の問題点】

i 予算の不足

- ・国のがん対策予算の財源が不足している
- ・国のがん予算の規模がまだまだ足りない
- ・都道府県の予算がひっ迫している

ii 補助の仕組みの問題

- ・補助事業の費用を国が 100%負担しているわけではない
- ・補助金の使用が義務ではなく県の選択に任されている
- ・補助率の問題（1/2 を都道府県が負担するケースが多いが、都道府県にその財源がない）
- ・国は単年度予算なので、都道府県は複数年度の計画で進めたい場合は、国に頼らずにやろうとする

iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・県と国の年間スケジュールがミスマッチを起こしている。
- ・国の予算が変化する（8月の概算要求の段階と12月の予算案で内容が変わるので、県は急ぎ対応しなければならない）
- ・地方や現場のニーズを吸い上げずに予算案が作られる。対話の仕組みがない
- ・政府予算案で決まった事項について情報提供が不十分なので都道府県が対応しにくい

iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策関係部署の人員が少ない
- ・都道府県などの地方自治体に、がん対策を進めた経験のある人材が不足している
- ・知識移転の問題（成功事例を十分に共有する仕組みがない）
- ・助成金事業実施要綱などが現場ニーズと合わない制限条項を付けている

v その他

- ・独立行政法人系以外の拠点病院の整備費の県負担が 1/2
- ・院内がん登録実務者の補助金が非常勤のみ対象になっている
- ・専門研修の経費が補助対象になっていない
- ・合同の拠点病院による市民公開講座で予算を合算できない
- ・研修会講師に対する時間外手当等がなされない
- ・国立がんセンターや学会等参加費用のための旅費、参加費の病院負担、研修会の時間外勤務手当が病院負担になっている
- ・文部科学省、厚生労働省それぞれの予算を他の事業では使えない

【がん予算の改善案】

i 予算の不足

- ・国のがん対策予算を大幅に増額する
- ・都道府県の予算がひっ迫していても予算が補助される仕組みにする

ii 補助の仕組みの問題

- ・都道府県のがん対策予算のうち・補助率 10/10（国の全額補助）の項目を増やす

- ・がん対策の実施と予算の執行が義務的となっておらず、必ず対策が実施されるとは限らない
- ・国が3年度程度の実施計画を示しその対象となる予算に関しては3年度継続して実施することを原則とする

iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・都道府県にニーズを聞いてから予算編成をする。都道府県などと十分な意見交換をしながら予算編成を進める
- ・国が8月の概算要求段階の予算項目の内容を都道府県によく説明するようにする
- ・政府予算案で決まった事項について都道府県などに説明会を実施して詳しい情報提供を行う

iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策管轄部署を支援する共同チームを作る
- ・都道府県、地方自治体を対象に、がん対策に関する取り組みを教育する研修制度を作る
- ・がん対策の成功事例を十分に共有する研修会などを開催する
- ・助成金事業実施要綱などを柔軟化し、現場ニーズに合わせる

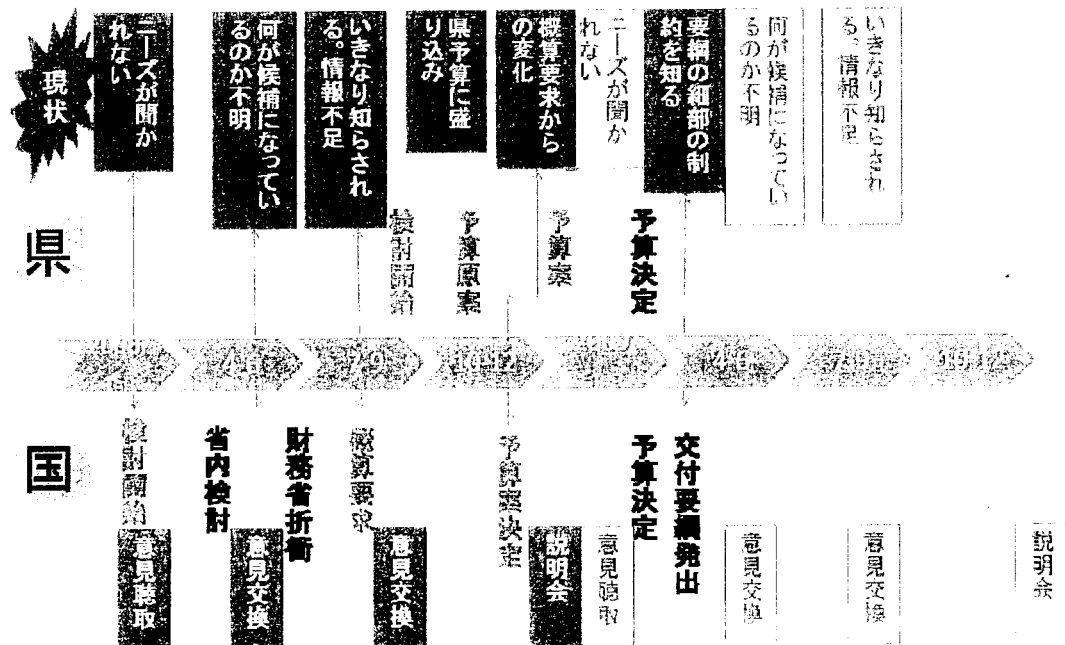
v その他

- ・事業内容を決めるのではなく、補助先の計画に応じた補助を行い、結果を審査する
- ・介護福祉分野との予算の連携
- ・在宅緩和ケア関連にかかる健康局と医政局のがん関連予算の一本化
- ・診療報酬改定時ながん診療に関する報酬に対する十分な手当てを考慮することも重要である
- ・地域毎に解決すべき課題・優性順位を示した上で国での有効な予算措置を
- ・各都道府県の申請分は経費節減ができた部分は繰り越しできる仕組みを
- ・文部科学省、厚生労働省の間の予算の流動的、合理的な運用を可能にする

●地方自治体からの声（見えてきた課題と解決策）



●予算編成における 県と国の年間スケジュールのミスマッチ



1-1-3 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】

- ・年を越えての執行も可能にしてほしい。国 1/2、県 1/2 を国 10/10 にしてほしい。（医療従事者）
- ・複数年度の予算確保が必須です。人件費の場合、特に大切なことと考えます（有識者）
- ・がんは子どもから老人まで罹患するのに、かけられている費用は少ない（患者・市民）
- ・PDCA（計画、実行、評価、改善）のサイクルが回っていない。目標設定プロセス、評価を明確にしていない。厚生労働省が数値を出したがない（患者・市民）
- ・人材不足で事業の執行が不十分な状況です（行政）
- ・国の予算、施策について、事前の情報提供が少なく、都道府県の予算が組みにくい（行政）

【がん対策・予算の改善案】

- ・国から地方へ事業構想段階で情報提供を行い、要望調査を行うべき。（行政）
- ・夢のある施策立案。施策案をカタログ化して人気投票する（有識者）
- ・地方自治体における政策立案能力の向上。複数の地方自治体の集合体によるがんネットワークの形成と政策立案の予算を確保（有識者）
- ・都道府県レベル、市町村レベルでのタウンミーティングの頻回の開催（患者・市民）
- ・拠点病院、他の医療機関、医師会、行政、患者（会）などが、予算について話し合う場を作り、もっと一般の人への報道を告知することで、理解と支援をしていただき、予算の必要性を訴える（患者・市民）
- ・がん対策に日本がどの程度の予算を組んで取り組んでいるのか、一般国民には見えにくい。そのため意識改革につながっていない。年齢層に合わせた情報提供のあり方を（医療従事者）
- ・国の予算化プロセスの「見える化」と都道府県の担当者のコミュニケーション強化——連絡協議会／説明会の設置（患者・市民）
- ・本当にみんなで考える予算作りを行きましょう（その他）
- ・行政職員幹部での人材の育成、がん対策の理解促進（行政）

1-2 全体テーマ② がん計画の進捗・評価

1-2-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、がん予算 WG では、下記の 2 点の推奨施策を導き出した。

(1) がん予算策定新プロセス事業

現状のがん対策では地域や現場のニーズが吸い上げられておらず、地域では予算はもとより、人材もノウハウも不足している。がん対策推進協議会ががん予算 WG を常設とし、都道府県がん対策推進協議会委員、学会、職能団体、当事者団体等への意見聴取、各地でのタウンミーティング、都道府県がん対策担当者を対象とする予算獲得・政策立案に関する実践講座研修などを行う。

(2) 都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理

都道府県がん対策推進協議会などにおいて、都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行う時間を十分に確保し、事務局および委員が計画策定・目標管理手法を理解したうえで、都道府県がん対策推進計画の実施計画や評価の作成にあたるよう、外部のコンサルティング企業等に事務局を設置し、専任職員が協議会にかかる連絡・調整、調査を行うための運営経費を補助する。

<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>

本項目の 2 施策（予算対策）に関しては、がん対策全般にかかる基礎的な事項であるため、優先度はとりわけ高い。

1-2-2 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・予算の問題点】

- ・都道府県がん対策推進計画のアクションプランが策定されていない
- ・都道府県がん対策推進計画の工程表が作成されていない
- ・都道府県がん対策推進計画の評価組織が明確になっていない
- ・都道府県がん対策推進計画の進捗管理をすべき、都道府県がん対策協議会が開催されていない
- ・都道府県がん対策推進計画を誰が評価するのかはっきりしていない
- ・都道府県がん対策推進計画を評価できる人材が少ない
- ・都道府県がん対策推進計画の進捗を評価する指標が決まっていない（開発されていない）
- ・患者満足度調査がされていない

【がん対策の改善案】

- ・都道府県がん対策推進計画のアクションプランを策定する
- ・都道府県がん対策推進計画の評価組織を作る
- ・都道府県がん対策推進計画の評価尺度を明確にする
- ・都道府県がん対策推進計画の評価者を育成する

- ・患者満足度調査を実施する

【がん予算の改善案】

- ・幅広い関係者が集まって都道府県がん対策推進計画のアクションプランを考える会を設け、その開催費用を予算化する
- ・都道府県がん対策推進計画の評価尺度を開発する費用を予算化する
- ・都道府県がん対策推進計画などの進捗状況に応じ、国庫補助金をスライドさせる仕組みを導入する
- ・がん診療連携拠点病院が実施計画を作成し、それに対して助成金を出し、達成度に見合った分だけを支給する
- ・都道府県がん対策推進計画の評価者を育成するための予算を確保する
- ・患者満足度調査を実施する予算を確保する

1-2-3 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・予算の問題点】

- ・計画策定時点で、具体的な工程表を作成していない県が多い。進捗管理ができるか疑問（患者・市民）
- ・計画策定後、県のがん対策推進協議会が開催されていない（患者・市民）
- ・評価組織を整備すべき（医療従事者）
- ・計画の評価機関が明確でない（患者・市民）
- ・具体的で測定可能な中間目標の諸数値が示されていない（医療従事者）
- ・明確で誤解のない方針を出し、評価には各分野から委員を選出して、偏りのない評価を行うことが大切である（医療従事者）
- ・計画の評価は患者がすべきで、がん対策満足度調査を、患者や遺族から行うべきだが、医療機関からの協力が得られない（患者・市民）

【がん対策の改善案】

- ・計画の進捗状況を県民に伝える必要がある。情報の公開がなければ、県民の計画への関心、またがん対策そのものへの関心が低下してしまう（患者・市民）
- ・地域ごとに、県境を越えて患者・行政・医療関係者による「がん対策アクションプラン交流会」を開催し、評価と改善を行う（患者・市民）
- ・国立がんセンターがん対策情報センターを強化し、がん対策の進捗状況を客観的な諸数値をがん対策推進協議会に報告できるようにする（医療従事者）
- ・「療養生活の質の向上」を評価する方法を開発する必要がある（医療従事者）
- ・全国の計画がどこまで来ているのか公表すること（患者・市民）
- ・計画の進捗評価は速やかに行い現場にフィードバックすべき（医療従事者）
- ・各委員に目標管理手法を徹底教育する（患者・市民）
- ・進捗状況を評価検討する機会を国、都道府県ごとに開催する仕組みが必要（患者・市民）

【がん予算の改善案】

- ・各都道府県に進捗状況を同じ時期に公表させ、次年度に反映させる仕組みを作る。良い計画には10/10国庫助成金を出す（患者・市民）
- ・計画の達成度の評価をして、応分のメリットを与える（医療従事者）

- ・拠点病院に対して、基準達成に向けた計画を達成させ、計画に見合った予算だけを支給して実施状況はしっかり監督する（医療従事者）
- ・県内のがん診療連携拠点病院、がん相談支援、情報提供などのレベルを客観的に評価する指標を明らかにする。一般市民・がん患者に、どの程度の予算をもらい、何を進めるかを、各病院が明確にする（有識者）
- ・行政、民間諸団体、医療・保健・介護・福祉施設（機関）、県民からなるがん対策県民会議を立ち上げるべき。がん対策県民会議の予算措置をする（医療従事者）
- ・県としてプランの進捗状況を検証するための予算（医療従事者）
- ・一般市民や多数の患者さんに「がんの施策と予算を考える」ことの重要性を知ってもらうための啓発をしてほしい（患者・市民）

2 分野別施策

がん対策の個別 11 分野について、下記に順次、提案と集まった意見の要約について述べていく。分野は次の 11 点である。

- 1 放射療法および化学療法の推進並びに医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅ケア
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別対策

2-1 分野1 放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成

2-1-1 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6点の推奨施策を導き出した。

(1) がんに関わる医療従事者の計画的育成

現状では国・県・2次医療圏別に必要とされる医療従事者数は明らかでなく、計画的に医療者を育成することが困難である。これを国・県・2次医療圏別に算定し、インターネット等を通じてわかりやすく一般に公開するとともに、一定期間で達成するための年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算などを企画・立案するための情報収集・分析とその公開を行う。

(2) 放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離

放射線治療医の不足が指摘されているにもかかわらず、全国80の医学部において、放射線治療学講座のある大学や、講座はないものの放射線治療学専任教授が在職する大学は限られている。医学部における放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離について、文部科学省より必要な組織定員措置や財政措置を講じるとともに、がんプロフェッショナル養成プランも活用し、放射線治療学の専任教員数を増員する。

(3) 医学物理士の育成と制度整備

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされる。そこで、放射線治療医をサポートする技術系人材の採用を促進し、このギャップを解消することを目的として、医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う放射線物理の専門家である、医学物理士の国家資格化に関する検討・調整を進めるとともに、診療放射線技師資格との関係の明確化を図る。

(4) がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム

がんの薬物療法（化学療法）に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師にとって、専門分野や資格更新の学習・試験について、講習会等に出席するための時間を確保することは、業務に対する負担が大きい。全国各地から自分の時間の都合に合わせてアクセスできるe-learningシステムを構築するために、厚生労働省より関係団体に委託を行い、資格更新のためのe-learningによる試験を実施する。

(5) 専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設

がんに関連する専門資格を取得しようとする医療従事者で、それによって無収入（減収）期間が生じる者より希望者を募集し、審査の上、奨学金を貸与する。資格取得後の勤務によって、返済金の減額や免除も行う。医療従事者に経済的支援を行うことで、無収入となる期間が解消され、専門資格を有する医療者の養成を促進し、有資格者へのニーズを満たすことを目的とする。

(6) 専門・認定看護師への特別報酬

がんの治療およびケアにおいて、専門・認定看護師の果たす役割は大きいにもかかわらず、その専門職に対する報酬は十分ではない。また、医師等の不足による限られた医療資源の中で、専門・認定看護師を含むチーム医療が促進されることで、職種ごとの負担が軽減される必要がある。専門・認定看護師に対して、特別報酬を支払う施設に対して助成を行うとともに

に、診療報酬を加点する。

<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>

放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成は、がん対策推進基本計画の重点項目とされている。医療従事者の育成はがん診療のみならず医療界全般で課題となっているが、上記の施策を実行することで、がん領域から成功事例を発信することもできるようになると考えられる。

2-1-2 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】

- ・ 医師不足で治療の順番待ちが発生している
- ・ 専門的な医療ができる医療従事者が不足している
- ・ 放射線治療、抗がん剤治療の専門的な医師が不足しているため、安全管理への懸念が高まっている
- ・ 外来化学療法スタッフも不足している
- ・ 教育体制（特に大学）の不足
- ・ がん対策推進計画とがん拠点病院連絡協議会、がんプロフェッショナル育成プログラム間の連携が不足している
- ・ 都市部に医療従事者が集中する

【がん予算の問題点】

- ・ 医療従事者の育成のための予算が不足している
- ・ 研修医の生活保証がない
- ・ 技師などの育成が予算の対象外となっている
- ・ 予算面から医療従事者の定数が固定化しており増やせない
- ・ がん拠点病院強化学業の補助金の対象事項が限定されている
- ・ 専門医資格を取得するための研修に参加した場合に補助がない

【がん対策の改善案】

- ・ 地域や県ごとに現在の医療従事者の数を算定する
- ・ 地域や県ごとに医療従事者の必要数を算定する
- ・ 県ごとに医療従事者の必要数を決めて配置する
- ・ 施設の成績を公表する
- ・ 大学に講座を設置する
- ・ 専門性のある開業医との連携と活用を実施する

【がん予算の改善案】

- ・ 地域の計画に基づき予算を配分する
- ・ 患者数に比例した予算配分とする
- ・ 研修費の助成の対象を拡大する
- ・ 専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度（生活の保証が目的）を設置する
- ・ がん診療連携拠点病院強化学業補助金の対象項目を拡大する

2-1-3 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】

- ・地方では、指導者が限られており、なおかつ、医師不足のため、指導者も受講者も研修に参加できない状況をまず解消する必要がある。（行政）
- ・放射線治療に関する品質管理（QC）が不十分である。（医療従事者）
- ・在宅化学療法は家族および周囲環境に対する影響が情報として提示されないまま行われている。抗癌剤の有害事象に対する教育も徹底するべきである。（医療従事者）

【がん対策の改善案】

- ・放射線診断医に対して、ある程度の放射線治療・管理に対する研修を受けさせて治療医の資格をあたえていくようにする（短期的解決策）。（医療従事者）
- ・待遇、設備、研究、教育等の整備と平行して、この分野の治療成績と評価の国民レベルでの公表が必要である。（医療従事者）
- ・高度な放射線療法や化学療法を維持するためには、継続的な従事者の育成が必要である。十分な育成に対する講習や実習や交換留学や評価のシステムが求められる。（医療従事者）
- ・大学病院が地域の病院から医師を引き揚げさせてしまわないよう、府全体で、適切な医師数の配置と育成を考える検討会の設置が必要。また、その検討内容をチェックする地域の市民団体募る。（患者・市民）
- ・拠点、基幹病院の化学療法のレジメン（投与計画書）をHPなどで一般に公開。その施設においてある全ての抗がん剤治療薬、副作用制止薬の開示。（患者・市民）
- ・医療従事者の学生（在学中）の授業の中で、患者の気持ちを患者から直接聞いたり、患者とのより良いコミュニケーションを学ぶ教育内容を入れたり、がん専門看護師やがん医療者の集まりなど機会を設けてほしい。（患者・市民）

【がん予算の改善案】

- ・国立がんセンターに研修医を集めるのではなく、地方の病院に派遣して指導する。（行政）
- ・各地域の実情に応じた放射線治療医、専門医、技師の増員、治療機器の整備などに必要な予算処置をおこなう。必要な地域はまず予算請求を含めた具体的な計画書を作成して提出し、これを国と県が十分に協議して決定する。（医療従事者）
- ・治療装置の更新についての国の補助枠をさらに増やして頂きたい。（医療従事者）
- ・関連する学術諸団体の意見などを聴取した上で、文部科学省と厚生労働省とが協力して、数値目標を設定した上で医療従事者の育成に予算を使うべきである。（市民・患者）
- ・育成に予算をつけていただきたい。また予算内容を公表していただきたい。（患者・市民）
- ・専門スタッフ養成のための教育予算の増額。（患者・市民）

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HIV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う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
- ・たばこ税の収収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）

- ・生活習慣病センターとがんセンター等が連携し、食事や運動習慣を是正できるよう指導体制を構築する（医療従事者）

【がん予算の改善案】

- ・禁煙治療の質の維持向上と普及のための予算の確保と、健診の場における禁煙支援の実施のための予算の確保（医療従事者）
- ・たばこ税をがん予防の予算に回してほしい。たばこ対策の授業を、文部科学省の学校保健の範囲に入れる（患者・市民）
- ・値上がりした増収益をタバコ葉農家の支援対策費に充てる（その他）
- ・啓蒙活動としてピンクリボンだけではなく、他のがんのキャンペーンにも予算を組むべき（患者・市民）

2-9 分野9 がんの早期発見（がん検診）

2-9-1 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6点の推奨施策を導き出した。

(1) 保険者・事業者負担によるがん検診

がん検診率50%を達成するには、毎年少なくともあと1,500億円の検診費用が必要である。その費用の負担は、市町村財源や受診者負担では不可能であり、かつてのような交付金に戻すことも困難である。トータルな疾病管理の観点からも、がん検診機会を増やすためにも、メタボ健診と同様に、保険者負担・事業者負担によるインセンティブ・ペナルティシステムを採用する。

(2) 保険者負担によるがん検診のモデル事業

がん検診受診率の目標は50パーセント以上とされているが、現状ではその上昇はあまりみられず、保険者負担による受診勧奨など、抜本的な見直しを伴う施策が考慮される必要がある。がん検診において一定の受診率が見込める実績のある自治体や地域を対象に、国民健康保険加入者を対象にして、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、子宮がんについて、保険者負担によるがん検診を進める。

(3) がん検診促進のための普及啓発

がん検診の受診勧奨だけでは限界があり、がんに関する正しい理解の促進を通じて、がん検診を受診する意識を喚起することが重要である。がん検診に関する企業の取り組みを政府が主導することで、国民への明快なメッセージを提示する。例えば、がんの普及啓発を目的とした分かりやすい冊子を、企業とのタイアップをもとに作成、配布するとともに、学校におけるがん教育との連携も図る。

(4) がん検診の精度管理方式の統一化

がん検診の精度管理は地域間でほとんど統一されておらず、がん種間でも精度管理の質的な差異がみられることが、がん検診普及を阻害する要因の一つとして挙げられる。厚生労働省などにおいて関係学会との連携により、がん検診の精度管理に関する中央管理を行い、都道府県は解析スタッフ養成のため、精度管理に関する研修や、指導管理協議会の運営、市町村のがん検診の結果の登録を実施する。

(5) 長期的な地域がん検診モデル事業

国内において極めて貴重な情報が得られつつある、循環器疾患における久山町地域の事業を参考に、がん検診に関する地域連携や協力が得られることが期待できるなど、モデル地区として一定の要件を満たす人口10万人までの市町村を対象に、がん検診の有効性や、がんのリスク因子解析などの情報を分析するために、「同一集団に対する繰り返しがん検診モデル」を、10年単位で長期にわたり追跡調査する。

(6) イベント型がん検診に対する助成

アンケート調査によると、がん検診を知っていても、検診を受けられる機会がない、あるいは便利でないことから、実際に検診を受けない人が多い。移動検診車による検診の機会の提供、休日・夜間の駅前、デパート、繁華街等の住民が集まりやすい場所でのがん検診イベント開催などを対象に助成する。また、居住地以外でのがん検診を円滑に進めるための市町村間の連携体制を強化する。

<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>

2-9-2 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】

- ・がん検診の実施者が保険者と市町村とに分かれている
- ・がん検診の受診率算出や精度管理の方法が統一されていない
- ・がん検診に関わる医療機関や自治体のマンパワーが不足している

【がん予算の問題点】

- ・がん検診の一般財源化により受診者が増えると市町村の負担が増える
- ・がん検診に関する普及啓発に対する予算が十分でない
- ・社会保険加入者ではがん検診受診の負担が大きい

【がん対策の改善案】

- ・がん検診の受診率や精度管理の全国統一化
- ・土日や夜間受診など受診しやすい環境の整備
- ・学校教育やマスメディアを通じたがん検診に関する普及啓発

【がん予算の改善案】

- ・特定検診と同様にごがん検診を保険者負担とする
- ・がん検診受診者へのインセンティブを導入する
 - ・がん検診にかかるマンパワーや検診車、民間団体等への予算措置を図る集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-9-3 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】

- ・特定検診や特定保健指導などの実施主体は保険者だが、がん検診の実施主体は市町村であり、現場は大いに混乱している（医療従事者）
 - ・労働者へのがん検診は一部の健康保険組合のオプションの位置づけにあり、社会保険の被扶養者が検診を受診しづらい（医療従事者）
 - ・通常の検診実施義務者が、保険者と市町村に別れることにより、がん検診の受診率の把握がより困難になった（行政）
 - ・がん検診受診率の算出方法の、統一した算出法がない（行政）
 - ・早期発見のために検診は必要だが、例えば乳がんに関して、若い世代の意識がない。検診といっても触診だけでははっきりいって無意味（患者・市民）
 - ・市町村におけるがん検診において、老人保健法で国の補助があった頃とは違い、入札により毎年業者が変わることがあり、精度管理しにくい状況（医療従事者）
 - ・受診者数が増えると、要精検者をフォローする2次医療機関のキャパが不足する。精検結果把握に協力しない医療機関もある（行政）
 - ・いまの医師数では検診率アップは不可能（医療従事者）

- ・自治体のがん検診はほんの 1~2 名の職員で実施していると言っても過言ではなく、検診団体との調整や苦情対応、受診勧奨、追跡調査など多忙をきわめ、マンパワー不足はかなり深刻であり、職員の頑張りややる気以前の問題である（行政）
- ・がんについての正しい知識・姿勢を啓発するのは、メディアまかせではなく国が責任持つて行うべき。検診ついでにの限界や適応など、得られる結果に対して見合う対象を明示して施行するよう、もっと細かな科学的な配慮が必要（医療従事者）

【がん予算の問題点】

- ・がん検診の費用は一般財源化されており、検診の受診率が向上すれば、それだけ市町村の財政負担も増大することが懸念されている（行政）
- ・市町村はがん受診率向上のノウハウ（個別通知、セット健診）を知っているが、受診率が上がると市町村負担が増えることが受診率向上のネックとなっている（行政）
- ・がん検診の実施主体である市町村は、財政事情が厳しく財政的な支援が必要であり、検診費用については地方財政措置がなされているとはいえ、予算の範囲内でしか事業展開ができず、積極的な受診勧奨活動ができないジレンマがある（行政）
- ・働き盛りの年代ががん検診を受診するためには、企業においてはその受診の機会が設けられない予算がない（その他）

【がん対策の改善案】

- ・社会保険のがん検診の実施の義務化（特定検診に準じて）。これができないなら、被扶養者がどこで受診できるかを国民に明示すべき（医療従事者）
- ・市町村事業におけるがん検診受診率算定式の全国統一化を図り、地域・職域を含めた正確ながん検診受診率の把握方法等について早急に検討・公表する（行政）
- ・人口動態統計なみのがん受診実態調査、その後の徹底した追跡調査をやるべき（行政）
- ・受診しやすい土日・夜間受診や、育児中の母親が受診できることよう、保育託児つきにするなど、がん検診の工夫を積極的に行う（患者・市民）
- ・行政ががん検診 100 パーセント受診の宣言をし、量販店のポイント制度やがん募金の活用などを行うなど、もっと知恵を絞るべき（患者・市民）
- ・小学生の学校教育に健康教育を取り入れ、成人に達した年齢者を対象に、検診受診を制度化して検診意識を高め、職場内検診を制度化する（医療従事者）
- ・ゴールデンタイムなどに、公共広告機構などからのテレビ広告を流す。国民ひとり一人に危機感を持ってもらい検診受診を促す（行政）
- ・がん検診の啓発にマスメディアの利用も大きな影響が得られるのではないか。乳がんのマスメディアを通じた啓発があったときに受診者が増えた（医療従事者）

【がん予算の改善案】

- ・がん検診も保険者の責任として行わせる（医療従事者）
- ・がん検診の事業実施主体である市町村が、主体的に普及啓発活動やがん検診事業を展開できるような補助事業を創設する（行政）
- ・職場検診にがん検診を義務化し、毎年検診している人ががんに罹患した場合の優遇措置を設ける（初期検査無料など）とともに、がん検診受診をすべての生命保険加入の条件とする（患者・市民）
- ・全検診受診者の国保税等の一部軽減分の負担など、検診受診者に対するインセンティブの助成（行政）
- ・がん検診への補助金が交付税との関係でできないので、独自検診や上乗せ検診等の補助が必

要。精度管理や事業評価に対する助成も必要（行政）

- ・国際的に標準となりつつある、対象者名簿に基づいた非受診者への受診勧奨を行うマンパワーと予算が必要（医療従事者）
- ・検診にもお金をつけないと検診を受けない。特にマンモグラフィー、子宮癌検診のように検診車でまわるようにすると、もう少し受診率が増える（有識者）
- ・がん検診で民間団体を活用し、民間団体へ助成金を交付する（患者・市民）

2-10 分野 10 がん研究

2-10-1 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4点の推奨施策を導き出した。

(1) 抗がん剤の審査プロセスの迅速化

未承認薬使用問題検討会議にて早期に治験を開始すべきとされた治療薬の中に、5年近く経過しても治験に着手出来ていないものもあり、審査プロセスの迅速化に対する要望はきわめて強い。医薬品審査業務を行う医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど実効性のある施策を検討し、国外での初上市後、1年以上開発に着手されない治療薬ゼロを目指し、一元的な管理と助成金の増額を講じる。

(2) 希少がん・難治がん特別研究費

罹患者数の少ない希少がんや、有効な治療法の確立されていない難治がん（進行・再発がんを含む）を対象として、病態解明、予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナルリサーチ等、特別研究費に係る予算措置を行う。対象となるがんの選定については、患者や家族、有識者などを含む専門家から構成される委員会により1年ごとに検討を行い、がんの治療に関する動向や研究の成果をふまえた柔軟な対応を行う。

(3) がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設

現在の第3次対がん総合戦略研究において、がんの社会学的研究は一部行われているものの、基礎研究や臨床研究が主体であり、心理学、介護学、社会学、情報工学、ヘルスマニケーション、顧客満足度研究、政策提案などを含むがんの社会学的研究分野が不足している。がんの社会的戦略研究センターを公募によって選定し、内部研究と外部研究助成支援を行う。

(4) がん患者のQOL向上に向けた研究の促進

患者のQOL向上に向けた研究のための臨床試験は、企業等のインセンティブが働かずほとんど存在しない。また、近年承認された新薬は作用機序が従来と異なり、新たな副作用対策が求められる。臨床試験のデザインを公募し、専門家および患者・家族の視点から審査できる人員を配した委員会によって審査する。研究期間は1年から5年とし、結果の報告と公表を義務付ける。

<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>

2-10-2 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】

- ・国内未承認薬や新薬の研究・開発から承認までの期間が長い
- ・基礎研究と臨床研究の相互応用が十分ではない
- ・研究成果が広く一般に伝わっていない

【がん予算の問題点】

- ・がん研究にかかる予算が十分ではない

- ・臨床研究と比べ基礎研究への予算が減りつつある
- ・大規模な研究に重点配分され小規模かつ自由な研究への予算が十分ではない

【がん対策の改善案】

- ・がん研究に社会学的研究分野を含めた幅広い視点からのアプローチを行う
- ・研究成果を広く一般に伝えることのできる体制を整える
- ・様々な研究機関や医療職による横断的な研究体制を構築する

【がん予算の改善案】

- ・臨床研究と基礎研究それぞれにバランスよく予算を配分する
- ・文部科学省のがん研究予算を復活し、厚生労働省研究予算も増額する
- ・がん研究予算への民間からの寄付を集めやすくする仕組みを整える

2-10-3 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】

- ・海外では承認され効果がみられる薬剤も、日本ではなかなか承認されず苦しんでいる患者がいるので、もっと早急に承認できるようにしてほしい（患者・市民）
- ・基礎研究と臨床研究が全く独立していて、成果を相互に応用する機会が乏しい。実際の臨床が多忙で研究する時間が十分にとれない（医療従事者）
- ・海外で研究している日本の研究者が戻ってきても、研究を続ける施設がないため研究を断念せざるを得ない現実がある（その他）
- ・どのような形で、効果が出ているのか、データを出してほしい。作成されたものが、広く一般に普及されていない（患者・市民）
- ・一定の決まった施設に集中している（医療従事者）
- ・有名大学、有名センター以外にも人材はいる（医療従事者）
- ・疫学研究の遅れが問題（その他）

【がん予算の問題点】

- ・それなりの予算ではあるが、必ずしも十分ではない（医療従事者）
- ・目の前の対策が重視され、研究が軽視されつつある（医療従事者）
- ・小さな、自由な研究にも予算をつけてほしい（医療従事者）

【がん対策の改善案】

- ・世界との共同研究等で効率よい研究をするとともに、定期的に研究内容や結果を公表し、地域の住民と情報交換する（患者・市民）
- ・臨床に役立つ研究の重点化（医療従事者）
- ・がん研究をがんのメカニズム研究に限定するのではなく、がん看護、がん社会学、がん経済学、がん政治学などと直結した研究も実施（行政）
- ・健康生成論やソーシャルキャピタルとがんの関係は、新規がん患者やがんサバイバーの支援につながることを確認すべき（その他）
- ・研究はそれを行う大学・研究機関を限定して人材を集め、そこで得られた成果を発信するというシステムにする（患者・市民）
- ・特定のがん研究者ではなく、もっと幅広い医療職種が取り組める研究助成を（患者・市民）
- ・施設間の情報等の連携強化（医療従事者）

【がん予算の改善案】

- ・がんの基礎的研究が臨床に反映されていないとの批判があり、がん対策は主にがん医療に向けられている。短期的な視点に立てばこれは大変結構なことであるが、中、長期的な観点から、がん研究予算、特にがんの基礎研究予算を減じるべきでない（その他）
- ・文部科学省における科研費にがん予算を復活させるとともに、厚生労働省のがんの臨床研究予算も増額する（その他）
- ・研究予算は削減してはいけない（医療従事者）
- ・国がきちっと予算をつけて、公募制でテーマ登録すべき（患者・市民）
- ・臨床研究に予算を十分に配分する（医療従事者）
- ・がん研究助成に関する寄付金は税金控除とし、研究施策の戦略決定の「見える化」「透明化」を確保するとともに、研究助成決定機関へのがん患者団体の参加を進める（その他）

2-11 分野 11 疾病別対策（がんの種類別対策）

2-11-1 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) 疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト

2次医療圏や県全域などで、疾病別に予防から検診、検査、診断、治療、緩和ケア、在宅ケアまで一貫して地域医療資源を再構築することで、疾病ごとの早期発見と治療の質の向上を達成し、がん難民を生まない状態を作り上げる。有識者や関係団体、行政からなるプロジェクト委員会を設置し、疾病ごとの医療資源と患者動向を調べ、地域での責任分担体制を構築するとともに、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。

(2) 子宮頸部がん撲滅事業

子宮頸がんはワクチン接種と早期発見のための検診の普及により封じ込めることができる可能性があり、国際対がん連合（UICC）の国際ガイドライン等でもワクチン接種が推奨されているにもかかわらず、海外と比較して日本での対策の立ち遅れが目立つ。ワクチン接種を予防接種法に位置づけ、麻疹・風疹ワクチンと同時に接種が行える環境を整備するとともに、検診率の向上により子宮頸がんの撲滅を目指す。

(3) 小児がんに対する包括的対策の推進

肉体的・精神的・社会的に大きな負担を強いられる小児がん患者や家族、長期生存者に対する支援と研究は必ずしも十分でなく、難治性とされる一部の小児がんについては、その治療法の研究が大きな課題である。小児がんに対して包括的な対策を推進するためのセンター的機能を有する拠点施設を整備するとともに、ファンディングエージェンシー（研究費配分機関）機能を伴う小児がん研究事業などを推進する。

<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>

2-11-2 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】

- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルスに関する対策が十分でない
- ・小児がん専門医や患児・家族・長期生存者への精神的・経済的支援が不足している

【がん予算の問題点】

- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策の予算措置が十分でない
- ・小児がんについて小児慢性特定疾患の公費負担などが十分でない

【がん対策の改善案】

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の推進
- ・小児がんに対する包括的な対策と患児・家族への支援

【がん予算の改善案】

- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策のための予算措置
- ・小児がん患児や家族の経済的支援のための公費負担制度の拡充

2-11-3 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】

- ・市町村が実施する5部位の検診については、胃であれば内視鏡、肺であればCT、子宮であればHPV検査の実施など、現在国指針にない方法を行うべきとの意見もある（行政）
- ・予防できるがん（子宮頸がん）とそうでないものとを分けた理解が、市民に不足している（患者・市民）
- ・がん検診や肝炎ウイルス検査（肝がん高リスク者の発見・受診勧奨）などは、市町村や都道府県事業となっており、医療機関委託での無料ウイルス検査は、人口の多い都市部でも実施されていないところがある（患者・市民）
- ・がんは大人も子供もかかるのに、大人だけしか話が出てこないのはおかしい。小児がん全般のがん対策をしてほしい（患者・市民）
- ・小児がん専門医が不足しているため、拠点病院が確立されていない。適切な治療をできる医師が不足しているために初期治療が迅速にされない（患者・市民）
- ・子どもががんになった時、患児家族（兄弟を含む）の経済的、心理的支援が地域、病院により格差が大きい（患者・市民）
- ・一般的なかぜや虫歯でも、小児がん経験者であることが地域の医師にわかると治療を受けられないことがある（患者・市民）

【がん予算の問題点】

- ・小児慢性特定疾患医療公費負担制度の見直し（患者・市民）

【がん対策の改善案】

- ・パピローマウイルスのワクチン事業の開始を検討すべき（患者・市民）
- ・小児がん患児を対象とする必要な補助教育制度、家庭訪問教師の配置。病弱児教育に関する制度化（患者・市民）
- ・希少疾患である小児がん全般の情報をデータセンターで集めて、各病院で情報をとれるようにする（患者・市民）

【がん予算の改善案】

- ・小児慢性特定疾患についての見直しによる小児がん患児への経済的支援（患者・市民）
- ・小児がん経験者の社会復帰が難しい。源泉徴収税を払えるような社会人になるための助成が必要（患者・市民）
- ・小児科医（小児がん）育成の予算や、小児がん拠点病院確立のための予算（患者・市民）
- ・小児がんの長期フォローアップのための専門外来の予算や、医師、患者、家族の勉強会の予算。大人のがんと同じように予算を付けてくれないと何もできない（患者・市民）

3 推奨施策の解説

3-1 施策に共通的に見られた側面

がん予算 WG が推奨する施策 59 本は 13 の分野に分かれているが、いわば縦割りのこれら 13 分野とは別に、分野横断的な共通的なテーマがいくつか見られた。ここではその代表的な 5 つの視点を提示する。下表に、59 本の施策とそれら 5 つの視点との対応関係を表示した。

- 共通テーマ① 「がん難民対策（切れ目のない医療の実現）」
- 共通テーマ② 「がん診療にかかる医療従事者の確保と育成」
- 共通テーマ③ 「がんおよびがん対策の現況の“見える化”（可視化）」
- 共通テーマ④ 「がん対策の情報提供と普及啓発」
- 共通テーマ⑤ 「地域のベストプラクティス（好事例）の育成・発掘と全国浸透」

下図は、59 本の施策に関して、共通テーマとの関連性を示したものである。

●卒業期所科と共通テーマのおおよその該当関係

該当する1、強く該当する2

No.	卒業期所科	卒業期	卒業科目	授業名	テーマ1	テーマ2	テーマ3	テーマ4	テーマ5
					地区	人員	可変性	情報-IT	行事例
1	1	1	1	1 21世紀型教育(100) 1-1-1 卒業生としての役割			1		
2				2 21世紀型教育(100) 1-1-2 卒業生としての役割					1
3				3 21世紀型教育(100) 1-1-3 卒業生としての役割					1
4				4 21世紀型教育(100) 1-1-4 卒業生としての役割			1		
5				5 21世紀型教育(100) 1-1-5 卒業生としての役割				1	
6				6 21世紀型教育(100) 1-1-6 卒業生としての役割				1	
7	1	1	1	7 21世紀型教育(100) 1-1-7 卒業生としての役割			1		
8				8 21世紀型教育(100) 1-1-8 卒業生としての役割			1		
9	1	1	1	9 21世紀型教育(100) 1-1-9 卒業生としての役割			1		
10				10 21世紀型教育(100) 1-1-10 卒業生としての役割			1		
11				11 21世紀型教育(100) 1-1-11 卒業生としての役割			1		
12				12 21世紀型教育(100) 1-1-12 卒業生としての役割			1		
13				13 21世紀型教育(100) 1-1-13 卒業生としての役割			1		
14				14 21世紀型教育(100) 1-1-14 卒業生としての役割			1		
15	1	1	1	15 21世紀型教育(100) 1-1-15 卒業生としての役割			1		
16				16 21世紀型教育(100) 1-1-16 卒業生としての役割					1
17				17 21世紀型教育(100) 1-1-17 卒業生としての役割			1		
18				18 21世紀型教育(100) 1-1-18 卒業生としての役割			1		
19				19 21世紀型教育(100) 1-1-19 卒業生としての役割			1		1
20	1	1	1	20 21世紀型教育(100) 1-1-20 卒業生としての役割					1
21				21 21世紀型教育(100) 1-1-21 卒業生としての役割			1		
22				22 21世紀型教育(100) 1-1-22 卒業生としての役割			1		
23				23 21世紀型教育(100) 1-1-23 卒業生としての役割					1
24				24 21世紀型教育(100) 1-1-24 卒業生としての役割					1
25				25 21世紀型教育(100) 1-1-25 卒業生としての役割					1
26	1	1	1	26 21世紀型教育(100) 1-1-26 卒業生としての役割			1		1
27				27 21世紀型教育(100) 1-1-27 卒業生としての役割					1
28				28 21世紀型教育(100) 1-1-28 卒業生としての役割					1

32	1	科學研究	科學研究	1. 科學研究經費的申請與分配						
33				2. 科學研究經費的分配與使用(包括100%或50%)						
34				3. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)	2					
35				4. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)			1		1	
36				5. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)	13		1			
37	2	科學研究	科學研究	1. 科學研究經費的申請與分配	13			1		
38				2. 科學研究經費的分配與使用(包括100%或50%)	1					
39				3. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)						
40				4. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)			1			
41				5. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)	2					
42				6. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)						
43				7. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)	1			1	1	
44	3	科學研究	科學研究	1. 科學研究經費的申請與分配			2			
45				2. 科學研究經費的分配與使用(包括100%或50%)			1		2	
46				3. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)			1			
47	4	科學研究	科學研究	1. 科學研究經費的申請與分配				2		
48				2. 科學研究經費的分配與使用(包括100%或50%)					2	
49				3. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)						
50				4. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)						
51				5. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)						2
52				6. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)					1	2
53	5	科學研究	科學研究	1. 科學研究經費的申請與分配						
54				2. 科學研究經費的分配與使用(包括100%或50%)						
55				3. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)					1	1
56				4. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)	2					
57	6	科學研究	科學研究	1. 科學研究經費的申請與分配			1			
58				2. 科學研究經費的分配與使用(包括100%或50%)						
59				3. 科學研究經費的分配與使用(包括50%或100%)	1				1	

共通テーマ①は、「がん難民対策（切れ目のない医療の実現）」である。

これに該当すると考えられる施策は施策 21 番、30 番、33 番、34 番 38 番、59 番などである。

“がん難民”とは初発治療、再発治療、延命治療、終末期ケアなどの流れの間で、医療機関などから医療やケアの提供者を紹介してもらえず、自分でそれを探すなど、適切な治療をタイムリーに受けられない患者のことである。

“がん難民を生まないで”という患者関係者からの強い声も受けて、がん対策基本法が成立し、それによってがん対策推進基本計画および都道府県がん対策推進計画が策定された。しかし、患者関係者、医療関係者からはがん難民問題はいっこうに軽減されたとは感じられていない。むしろ、増えているのではないかと指摘する人も少なくない。

がん難民の解消は喫緊の課題の一つと考えられる。また、単独の施策ではこの重大問題は解決できない。これに該当する一連の施策を、セットとして推進する必要があると考えられる。

共通テーマ②は、「がん診療にかかる医療従事者の確保と育成」である。

これに該当すると考えられる施策は、施策 10 番、11 番、12 番、13 番、14 番、16 番、17 番、20 番などである。

がん医療従事者の不足、地域偏在の指摘の声は多かった。医療資源の不足感のはが領域に限らないが、がん領域において、不足感の強い専門医療従事者の早期育成や、教育研修制度の強化は喫緊の課題だと考えられた。また、並行して、既存の医療従事者の連携や研修によって、できるだけ早い即戦力を育成する工夫も大切である。

共通テーマ③は「がんおよびがん対策の現況の“見える化”（可視化）」である。

これに該当すると考えられる施策は施策 4 番、7 番、8 番、9 番、14 番、25 番、33 番、37 番などである。

がん対策においては、「海図も羅針盤もなしにがん対策という大海を航海している」といったことがしばしば指摘される。提供されているがん医療の質、がん対策の進捗度に関する指標、地域がん登録による罹患率、治療成績、死亡率の把握などのデータの整備が重要である。見える化によって、がん対策の促進を加速する、患者・住民の意識を高める、がん対策の進捗に関する評価と管理を行う——などの効果が期待できる。

がん対策基本計画の目標達成に向けていわゆる PDCA サイクルが回っていないという指摘は多かったが、これらの施策群は、PDCA サイクルの基盤となるものである。これまでの日本のがん対策はがんの現況を把握する仕組みというがん対策の 1 階部分を抜かして、2 階部分ともいえる治療、早期発見、予防などの具体的対処に取り組んできたが、1 階部分を抜かしたために、打った対策が奏功しているのかどうか分からない状況である。

5 年間の第 1 期がん対策推進基本計画の 4 年目となる平成 22 年度が、いま、がん対策のインフラを作っておくラストチャンスであるともいえる。

共通テーマ④は、「がん対策の情報提供と普及啓発」である。

これに該当すると考えられる施策は、施策 5 番、6 番、44 番、46 番、49 番などである。

がん対策の多くが普及啓発の側面を持つ。予防、がん検診、緩和ケアなど、地域住民の

意識と行動の変容をもたらすための活動が極めて重要である。そのためには、がんの現況に関するデータなどの提供を行い、理解を深めるための情報が潤沢に存在することも欠かせない。また、医療従事者と地域住民が協働で活動をするなどの側面も重要になってくる。

共通テーマ⑤は、「地域のベストプラクティス（好事例）の育成・発掘と全国浸透」である。

これに該当すると考えられる施策は施策 3 番、15 番、19 番、22 番、24 番、45 番、51 番、52 番などであった。

がん対策においては、まだ何が結果をもたらす施策であるか十分に解明できていないのが現状である。一方で、各地で数多くのアイデアが生まれ、創意工夫がなされ、試行的な取り組みが開始されている。いま大切なのは、アイデアに実行のチャンスを与えること、生まれた好事例を全国に速やかに広げることである。がんの均てん化をもたらすには、まさに、がん対策の均てん化が必要であり、共通テーマ③に該当する施策群の推進が重要である。

3-2 推奨施策のタイプ分けと若干の考察

○施策・予算提言リストについて

今回の検討で、がん予算 WG が推奨する施策は、次表のとおり、合計 59 本となった。内訳は、8 本が「がん対策全般にかかる事項」もしくは「計画の進捗・管理」に関するものである。また、51 本が、11 の分野別施策に関するものである。

59 本の推奨施策の合計想定予算の総額は、487 億円である（ただし、基金の設置の基本積立金部分や保険者負担への切り替えなど、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の財源以外となるものについては除外した）。なお、個別推奨施策の想定予算は概算であり、実施に当たっては、より詳細な検討が必要である。

次表では 59 本の施策を、予算規模で下記の 7 つに分類した。

- 1、>500 億円
 - 2、～≤500 億円
 - 3、～≤100 億円
 - 4、～≤50 億円
 - 5、～≤10 億円
 - 6、～≤5 億円
 - 7、 ≤1 億円
- 、その他あるいは不明
——で分類した。

36	1	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	20	1	1	2017年12月31日以前
37			2. 2017年12月31日以前	1	0	1	
38			3. 2017年12月31日以前	20	1	1	2017年12月31日以前
39			4. 2017年12月31日以前	1	0	1	
40			5. 2017年12月31日以前	12	1	1	
41			6. 2017年12月31日以前	1	1	1	
42			7. 2017年12月31日以前	1	1	1	
43	2	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	1	1	1	
44			2. 2017年12月31日以前	0	0	1	
45			3. 2017年12月31日以前	0	0	1	
46			4. 2017年12月31日以前	0	0	1	
47			5. 2017年12月31日以前	0	0	1	
48			6. 2017年12月31日以前	0	0	1	
49			7. 2017年12月31日以前	0	0	1	
50	3	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	0	0	1	
51			2. 2017年12月31日以前	1	0	1	
52			3. 2017年12月31日以前	1	0	1	
53	4	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	1	1	1	
54			2. 2017年12月31日以前	1	1	1	
55			3. 2017年12月31日以前	1	1	1	
56			4. 2017年12月31日以前	1	1	1	
57			5. 2017年12月31日以前	1	1	1	
58			6. 2017年12月31日以前	1	1	1	
59			7. 2017年12月31日以前	1	1	1	
60	5	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	1	1	1	
61			2. 2017年12月31日以前	1	1	1	
62			3. 2017年12月31日以前	1	1	1	
63			4. 2017年12月31日以前	1	1	1	
64	6	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	1	1	1	
65			2. 2017年12月31日以前	1	1	1	
66			3. 2017年12月31日以前	1	1	1	
67			4. 2017年12月31日以前	1	1	1	
68	7	1. 2017年12月31日以前	1. 2017年12月31日以前	1	1	1	
69			2. 2017年12月31日以前	1	1	1	

10億円以下の施策が59本中43となる。こうした施策は比較的すぐに取り組める施策と考えられる。施策28番は70億円であるが、既存の施策でニーズも高い。施策3番は基金積み立ての原資が1000億円であるが、基金であり、毎年の執行は利子部分の10億円程度である。少子化対策、高齢者支援などで同様の基金がすでに設置されている。がん検診予算の1500億円に関しては、財源の国庫交付金から保険者負担への切り替えである。こうした抜本改革にも取り組むべきである。

われわれは、がん対策予算を大幅に拡大することが必要と考える。そして、列挙した有効と思われる一連の施策を実行すべきである。

一方、各施策について、法制上必要とされることの大きさによって、前表にて下記のように分類した。

必要な制度上の対応

- 1、法律の改正レベル
- 2、政省令の発出レベル
- 3、課長通知の発出レベル
- 4、既存の枠組み内で対応可能

4に関しては制度上の困難はなく、この観点からの壁は存在しない。3についても、比較的容易と考えられる。2の政令、省令に関しては、所管省庁の努力に期待される。1の法律の改正に関しては、所管省庁の努力に期待すると同時に、がん対策基本法が議員立法であったことから、新たな議員立法が望まれるところである。そのためには、患者関係者をはじめとし、がん対策に取り組む多くの当事者が一体となって世論形成を進めることが必要と考えられる。

◆おわりに

・今後のプロセスの参考に

がん予算 WG は、今回のがん予算に関する検討において、新たな取り組みに挑戦した。時間など制約条件も多かったが、今後につながる新しい芽生えを含んでいるものとメンバー一同は自負する。これで終わりにせず、この延長線上で進めていただきたい。

広く集めた意見はできるだけそのまま公表することとした。国および都道府県あるいは市区町村のがん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会委員、都道府県の地域がん拠点病院連絡協議会委員、地方議会議員、政策研究者、調査研究者、患者・家族および国民一般などがこの資料を活用し、それぞれがあるべきがん医療を考えることが、医療政策を考えるリテラシー（考える力）を高めていくものとする。

・平成 22 年度予算で確実な変化と成果を

中期的な変革を望むと同時に、短期的な変化も望むものである。将来に先延ばしするのではなく、平成 22 年度予算で可能な限りの大きさかつ多さの新しい対策を導入していただきたい。がん対策推進基本計画は 5 年計画であるが、平成 22 年度はもう第 4 年度であり終盤である。本来開始時の平成 19 年度ないしは 18 年度に打っておきたかった施策も多い。危機感をもって遅れを挽回する気概が関係者一同に求められている。

・謝辞

本提案書の作成のためには多くの方々の協力を得た。アンケート調査にご協力をくださった 47 都道府県庁、各都道府県のがん対策推進協議会委員の方々。東京と宮城県でのタウンミーティングに参加してくださった人々。その他、多くの方面からのご意見をいただいた。

提案書まとめの機会を与えてくださった厚生労働省には、その新しい考え方に賛同したく、感謝申し上げます。

本提案書作成にご協力をいただいたすべてのみなさまに、この場を借りて感謝申し上げます。