

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いましょう（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でき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、業務に対しての負担が大きい。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との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
- ・がん拠点病院強化事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事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）
- ・放射線治療に関しての品質管理（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）
- ・主にご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得ない。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関係す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ト。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、都道府県ごとに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)
- ・「もう治療がない」と言われ、どうすればよいかい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応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考えられる。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考ええる。

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
- ・たばこ税の税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】

- ・特定検診と同様な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】

- ・特定健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を持って行うべき。検診についての限界や適応など、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る予算がない（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、独自検診や上乘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）
- ・検診にもお金をか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、国外での初上市后、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、ヘルスコミュニケーション、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。がんの社会学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
- ・小児がん患者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、患者家族（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）
- ・小児がん患者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者への経済的支援（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。