

・治療している期間に仕事が出来ない人もいる。窓口負担が減る、公費としての制度をお願いしたい。高額療養費制度も、短期間ならば何とか工面できても、何年も続くようであれば、患者の負担があまりにも大きすぎる（患者関係者・市民）

#### 2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・相談件数等の多い病院には、診療報酬を厚くすべきである（医療提供者）
- ・相談業務への診療報酬が必要（患者関係者・市民）
- ・診療行為と考え、専門医師には診療報酬で応えるべき（医療提供者）
- ・看護師のように、配置人数での評価（加算）制度の構築（医療提供者）

#### 2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・がん患者に対し、治療している医療機関から医療だけでなく医療費の補助制度や生活相談等の情報提供を充実させるがん対策基本法などでの制度面の規定（行政）
- ・患者、体験者を参加させるための教育訓練（ピアサポーターの育成）のためのシステム（患者関係者・市民）
- ・相談員の役割を考えると、より専門的に学んで資格のある、がん看護専門看護師の配置が望ましい（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の現況報告など、府県や国が提出を求めたものを、公開する仕組みを整備してはどうか（その他）
- ・医療機関とがん患者支援団体の連携を促進させる調整システムが必要（その他）
- ・がん長期療養者の障害者手帳の適用化、障害年金の適用、介護保険制度を40歳未満のがん患者にも適用を（患者関係者・市民）

#### 2-6-4 分野内の横断的検討（再掲）

がん患者が経済的に不安なく治療を受けられるためには、「長期の化学療法に対する助成」[A-53]と「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」[A-46]を実施して患者の経済的負担の軽減を図るとともに、「高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への拡大」[A-52]と「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」[A-51]により、患者の利便性を高める。また、「がん患者の就労・雇用支援」[C-27]により、患者の就労問題を法制度面で支援する。

患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充を図るために、「がん相談全国コールセンターの設置」[A-44]による全国規模での対応や、「地域統括相談支援センターの設置」[A-48]による既存の相談支援センターの弱点を補う県単位のセンターを設置するとともに、相談支援センターのネットワーク化も進める。診療報酬「相談支援センターの充実」[B-21]による医療機関へのインセンティブ付与を進めるとともに、「がん患者必携の製作および配

布」〔A-45〕による情報提供の充実、「がん診療医療機関必携（仮）の作成・配布」〔A-54〕によるセカンドオピニオンや患者支援体制の充実を図る。また、患者を支える医療資源としての患者支援団体と、医療機関の連携体制を整備するために、「がん患者連携協議会（仮称）の設置」〔C-28〕により、患者支援団体による支援体制を制度面で担保するとともに、予算措置では「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」〔A-49〕、診療報酬では「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕を行う。

なお、がん患者の経済的・社会的な支援の観点からは、個別分野5「医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-68〕などの施策と、密接な関連がある。

## 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、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

#### 2-7-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) 地域がん登録費用の10/10助成金化 [A-55]

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 [A-56]

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。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

#### 2-7-1-2 「診療報酬」の推奨施策

##### (1) がん登録に関わる職員の配置 [B-23]

がん診療連携拠点病院等が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がんセンターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価してはどうか。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討してはどうか。

##### (2) 地域・院内がん登録 [B-24]

地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて

段階的に診療報酬を加算してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-7-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) がん登録法（仮称）の制定〔C-29〕

がん対策基本法策定の過程においても、がん登録は議論されており、さらには欧米諸国、韓国においても、がん登録の法制化が進展している。我が国においても、院内がん登録、地域がん登録の推進により、方法論や整備体制についても議論が熟しており、がん対策基本法の改正もしくはがん登録法の制定により、包括的ながん登録の実施を原則義務化し、がん患者に関する情報を円滑に収集、提供できるよう、個人情報保護法又は住民基本台帳法に基づく情報保護規定の除外対象とする。

#### 2-7-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「地域がん登録費用の 10/10 助成金化」（10 億円）と「がん登録法制化に向けた啓発活動」（2 億円）については、地方財政措置等において対応済みとの指摘があるが、実効性のあるがん登録の推進を担保するためには、各都道府県におけるがん対策予算執行状況についての確認が必要である。

また、平成 22（2010）年度予算における新規事業として「地域がん登録促進経費」が計上されている。「地域がん登録を未だ実施していない 12 都県に対し、地域がん登録を行うよう指導するとともに、当該データの集計・分析を行い、標準化した登録様式に適応した地域がん登録の促進を図る」とされているが、国立がん研究センター運営交付金での予算措置であり、予算額や予算執行状況についての確認が必要である。

推奨施策「がん登録に関する個人情報保護体制の整備」（0.7 億）については、研究費にて対応しているとの指摘があるが、その内容は必ずしも明らかでない。アンケートやタウンミーティングでは、がん登録の法制化にむけた意見も出ており、登録制度のあり方や実現可能な制度設計とするための予算措置のみならず、全がん患者を対象とした登録制度や登録のゲートとなる医療機関の定義など、制度面での包括的な対応が必要と考えられる。

#### 2-7-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「がん登録に関わる職員の配置」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定においては、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員という明示的ではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置

に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15 対 1 補助体制加算」「20 対 1 補助体制加算」が新設されている。がん医療に従事する医師の場合、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務もさることながら、がん登録に関わる事務も負担となっている場合があり、従来から、医師事務補助者の業務として院内がん登録に係る業務は認められているところであり、「医師事務作業補助体制加算」が院内がん登録のさらなる推進に寄与することも考えられる。

また、平成 22 年度診療報酬改定では、DPC において新たに設けられた「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）においては、「地域がん登録」への参画を含めた評価がなされることとなったが、地域がん登録への参画が診療報酬上評価されたことは大きな前進であり、今後、地域がん登録の推進につながるような病院の行動変化があるか注目していく必要があると考えられる。

しかし、実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

## 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。

### 2-7-2-1 意見の要約（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
- ・ 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
- ・ 全国統一的ながん登録がない。
- ・ がん登録専門員がいないため作業負担が生じている。
- ・ がん登録に関する制度や根拠が不明確である。
- ・ 都道府県独自のがん登録が標準化されていない。
- ・ 院内がん登録様式と臨床医の必要とするデータに隔たりがある。

- ・がん登録様式が不統一である。
- ・診断の精度、分析結果が現場に還元されていない。
- ・医療機関のインセンティブがない。
- ・学会で行うがん登録との様式の不一致が見られる。
- ・電子カルテ導入不足のため、紙媒体からの吸い上げに限界がある。
- ・がん登録率が低すぎる。
- ・現状のシステムが使いづらい。
- ・国民への認知度が不足している。

## 2-7-2-2 意見の要約（改善案）

### 2-7-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・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順守体制を構築する
- ・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
- ・院内がん登録を新たに実施する医療機関に対する補助

### 2-7-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん登録行為を診療報酬加算する。
- ・がん登録実施機関の診療報酬を増額させる。

### 2-7-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん基本法を改正し、がん登録制度を盛り込む。
- ・がん登録法を制定する。
- ・がん登録様式の統一のための法制度を整備する。
- ・院内、地域がん登録を統一させる制度を創出する
- ・予後調査に必要な法制度を整備する。
- ・行政による予後調査の実施を制度化する。
- ・住民基本台帳法の改正など関連法を改正する。
- ・がん登録実施機関のDPC係数を上昇させる。

### 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。

#### 2-7-3-1 寄せられたご意見から（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は急務（患者関係者・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。（医療提供者）
- ・国民の理解が得られない（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・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）
- ・がん登録に従事する事務職員の不足（医療提供者）
- ・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）
- ・県の事業では予算も厳しくなかなか進まない（行政）
- ・国民の認知度はまだ低い（行政）
- ・がん登録が法律で明確に都道府県の役割として規定していないため、登録の実施や生存率を算定するために必要な住民基本台帳を用いた生存確認調査を実施することが困難な状況となっている。また、登録が医療機関の任意の協力により実施されている（行政）
- ・全国共通でのデータになっていない法的な縛りが無いので各都道府県の対応がばらばら（患者関係者・市民）
- ・都道府県が実施する地域がん登録のデータが、がん診療拠点病院に還元されないため、追跡調査における死因（原病死・多病死）の把握が出来ない（医療提供者）
- ・がん登録士は定数化された雇用でないと臨時雇用を続けていてもスキルの蓄積が望めない（医療提供者）
- ・まだ都道府県としてがん登録を行っていない自治体が残っている（患者関係者・市民）

#### 2-7-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

##### 2-7-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・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

トで対応して欲しい（患者関係者・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（患者関係者・市民）
- ・がん登録の法制化や、人口動態死亡個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（医療提供者）
- ・5大がんのみならず、すべてのがん登録を国のレベルで統一し、一刻も早く病院ごとの5年生存率をホームページ上に公開すべき（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・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（行政）
- ・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）（医療提供者）
- ・がん登録の実務者の教育訓練などに十分な予算を付ける（患者関係者・市民）
- ・がん登録整備事業補助金等を各拠点病院に配分する予算を新設する（医療提供者）
- ・がん登録を行っている医療機関には、電子カルテ化の補助予算をつける（医療提供者）

#### 2-7-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・がん患者数による登録士の人数を決め、診療報酬に加算できるようにする（医療提供者）
- ・がん登録を義務付けている医療機関へのホスピタルフィーはそうでない医療機関とは異なっている（医療提供者）
- ・予算が有期であるとするれば、登録士の有無により診療報酬の差をつける（医療提供者）
- ・施設基準として診療報酬に反映（医療提供者）
- ・高精度に行なっている施設に対しての報酬を（医療提供者）
- ・がん登録が法制化されれば、診療報酬で対応する必要はなくなる（医療提供者）
- ・レセプトとがん登録を照合し、その割合で診療報酬をつける（医療提供者）

#### 2-7-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・登録の必要性についての啓発（行政）
- ・「住民基本台帳の活用」をがん登録事業として法制化してほしい（行政）
- ・がん登録を医療機関として義務づける（患者関係者・市民）



- ・がん登録の法律が必要、都道府県においても同じ（患者関係者・市民）
- ・法制によるがん登録の届出の義務化の実施（行政）
- ・5年生存調査の行政が伴う制度化。都道府県の登録制度の均てん化（医療提供者）

#### 2-7-4 分野内の横断的検討（再掲）

法制面での対応の不足が、がん登録を推進するにあたっての大きな障壁となっている現状から、「がん登録法（仮称）の制定」〔C-29〕による法制度面での検討が不可欠であり、「がん登録法制化に向けた啓発活動」〔A-56〕とあわせて進めていくことが必要である。これに加え、「地域がん登録費用の10/10助成金化」〔A-55〕により、都道府県での地域がん登録の促進を図るとともに、診療報酬では「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕により、がん登録に関わる職員の医療機関への配置を促進し、「地域・院内がん登録」〔B-24〕により、がん登録を進める医療機関へのインセンティブの付与を図る。

## 2-8 分野8 がんの予防（たばこ対策）

### 2-8-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

#### 2-8-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策 [A-57]

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事業 [A-58]

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、喫煙率減少活動をする都道府県や地域 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 [A-59]

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。国及び地方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。

##### (4) 初等中等教育におけるがん教育の推進（再掲）

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ため、各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施し、教員の学校内禁煙を義務づけるとともに、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率 0%」の実現を目指す。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-8-1-2 「診療報酬」の推奨施策

#### (1) たばこ依存への治療と禁煙対策 [B-25]

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-8-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) 健康増進法の改正（受動喫煙の防止）[C-30]

受動喫煙の防止について、健康増進法において規定されているが、日本はたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の締結国であるにもかかわらず、条約で必要とされている諸施策の実施が不十分である。受動喫煙の防止について、健康増進法による規制を強化するとともに、条約にて規定されているたばこ対策を推進するために、たばこ事業法の廃止を含め、必要な法改正を行う。

#### (2) 健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）[C-31]

喫煙率の減少に伴うがん死亡率の低減と、予防医学の推進による医療費の削減を目的として、保険診療に予防医学の考えを導入し、喫煙者と非喫煙者とで保険料のインセンティブを導入する。

### 2-8-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書における推奨施策「たばこ規制枠組条約の遵守に向けた施策」（たばこ価格の値上げ）、「喫煙率減少活動への支援のモデル事業」（5 億円）、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」（5 億円）については、平成 22（2010）年度予算案では「生活習慣病対策推進費（たばこ・アルコール対策推進費）」（約 0.1 億円）や「健康的な生活習慣づくり重点化事業（たばこ対策促進事業）」（約 0.5 億円）が対応していると考えられるが、金額がきわめて少ないこともあり、推奨施策が反映されているとは言い難い。

また、禁煙対策の普及啓発に関する推奨施策「初等中等教育におけるがん教育の推進」については、文部科学省による対応と考えられるが、その対応状況は十分でなく、厚生労働省のがん対策と連携した取り組みが望まれる。なお、第 11 回がん対策推進協議会（平成

21年12月)では、協議会会長の発議により「たばこ税の引上げとその税収の有効活用に関する緊急提言」が採択された。提言は、患者関係委員の提出した「たばこ税の引上げに関する要望書」とともに厚生労働大臣に手交され、政府税制調査会は平成22(2010)年10月からの増税を決定したが、その規模は小さい。今後も予算措置のみならず制度面での対応も含めて、包括的なたばこ対策の推進が必要と考えられる。

#### 2-8-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)

診療報酬提案書の推奨施策「たばこ依存への治療と禁煙対策」について、「ニコチン依存症管理料」は、平成22(2010)年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成22年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

#### 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。

##### 2-8-2-1 意見の要約(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
- ・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
- ・国全体での禁煙推進施策がとられていない。
- ・たばこ規制に関して健康増進法の効力が充分でない。
- ・公共施設等での禁煙対策が充分取られていない。
- ・たばこ価格が廉価であり、充分なたばこ税が課されていない。
- ・未成年者喫煙防止の啓発活動が充分ではない。
- ・未成年喫煙者の禁煙指導が取られていない。
- ・たばこ事業法等、既存法制度の弊害がある。
- ・予防医療が必ずしも保険適用されていない。

##### 2-8-2-2 意見の要約(改善案)

#### 2-8-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・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
- ・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
- ・たばこ税を値上げし、がん対策予算に適用させる。
- ・子宮頸がんや喫煙によるがんなど、予防可能ながんに関して、予算措置をとる。

#### 2-8-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・禁煙外来を継続的に評価し、さらに受療しやすい環境を整備する。
- ・未成年者に対する禁煙治療を保険適用する。
- ・予防医学に対する保険適用を検討する。

#### 2-8-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・国を挙げた禁煙推進のための法整備を行う
- ・たばこ事業法を改正する
- ・国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する
- ・健康増進法第 25 条の受動喫煙防止義務を強化する

#### 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。

##### 2-8-3-1 寄せられたご意見から（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（患者関係者・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（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・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（患者関係者・市民）
- ・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（医療提供者）
  - ・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）
  - ・受動喫煙防止対策は、個々の県条例では困難（行政）
  - ・がんの原因と分かっているが、たばこ対策がされていない（患者関係者・市民）
  - ・健康増進法及びたばこ枠組条約が定められているにもかかわらず、受動喫煙防止対策が不十分（行政）
  - ・未成年に対する喫煙防止対策が不十分（行政）
  - ・公共施設におけるたばこの自販機、分煙などがいまだに多い（医療提供者）
  - ・喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない（その他）

### 2-8-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-8-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・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（医療提供者）
- ・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ところ大であるとする（行政）
- ・FCTC（たばこ規制枠組み条約）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（医療提供者）
- ・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考える（その他）
- ・初等・中等教育における「がん＝国民病」の説明、たばこ、ドラッグ、生活習慣とがんの関連などの説明（患者関係者・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（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・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（患者関係者・市民）

- ・ 値上がりした増収益をたばこ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（患者関係者・市民）
- ・ 快適職場を支援する補助として、禁煙・分煙の取組についても補助対象とする（行政）
- ・ 文部科学省における予算化・厚生労働省から公共施設の禁煙の方針の提示（行政）
- ・ 値上げ分のたばこ税の増収をがん対策に回す（患者関係者・市民）
- ・ たばこ税はがん対策、特に学生のがん教育費用に使う（患者関係者・市民）
- ・ 禁煙運動に対する補助金の増加（医療提供者）
- ・ 未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う（医療提供者）

#### 2-8-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・ 未成年者に対する、禁煙治療の保険適用化（行政府）
- ・ 禁煙外来を行っているところへの診療報酬を厚くする（医療提供者）
- ・ 禁煙治療に対する診療報酬の増加（医療提供者）
- ・ 喫煙者の自己負担金比率を上げる（医療提供者）
- ・ 禁煙治療の保険適用条件（喫煙指数等）を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる（医療提供者）
- ・ 喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する（医療提供者）
- ・ 敷地内全面禁煙病院では診療報酬の増額をする（医療提供者）
- ・ 予防医学に対する保険適用（医療提供者）
- ・ 医療機関における禁煙指導条件の緩和（医療提供者）

#### 2-8-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・ 罰則を盛り込んだ法制化等、全国統一した施策が必要（行政）
- ・ たばこ事業法を廃止し、健康政策としてたばこ対策を位置付ける（行政）
- ・ 国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する（患者関係者・市民）
- ・ 健康増進法第25条の受動喫煙防止義務を強化する（医療提供者）
- ・ 国または地方での禁煙に関する法令条例を整備する（その他）

#### 2-8-4 分野内の横断的検討（再掲）

日本は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）」の締結国であり、条約で求められている諸施策の実施にあたっては、法制面での対応が不可欠であると考えられるため、「健康増進法の改正（受動喫煙の防止）」〔C-30〕により、たばこ事業法の廃止も含めた必要な法改正を行うとともに、「健康保険法の改正（喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-31〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」〔A-57〕により、たばこ価格やたばこ生産者への対策を行うとともに、「喫煙率減少活動への支援事業」〔A-58〕、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」〔A-59〕、「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、禁煙に関する普及啓発を進める。また、「たばこ依存への治療と禁煙対策」〔B-25〕により、たばこ規制枠組条約において求められている、たばこ依存への治療機会の提供を担保する。