

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。

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、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。

2-9-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 保険者・事業者負担によるがん検診 [A-60]

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システムを採用する。

(2) 保険者負担によるがん検診事業 [A-61]

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地方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 [A-62]

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 [A-63]

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事業 [A-64]

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 [A-65]

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。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-9-1-2 「診療報酬」の推奨施策

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

2-9-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律の改正 [C-32]

平成 20 (2008) 年度以降、がん検診は市町が実施する検診を、メタボ検診などの健康診断（特定検診）は健康保険が実施する検診を受けることとなり、がん検診と健康診断を住民健診で受診していた健康保険加入者の被扶養者などが減り、各地でがん検診受診率が大きく減少している。受診率向上のために、高齢者の医療の確保に関する法律の改正を行う。

(2) 健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い）[C-33]

がん検診受診率の向上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、がん検診受診者と未受診者とで保険料のインセンティブを導入することを検討する。

＜詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください＞

2-9-1-4 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である「保険者負担によるがん検診のモデル事業」（30 億円）、「がん検診促進のための普及啓発」（10 億円）、「イベント型がん検診に対する助成」（25

億円)については、平成22(2010)年度予算案では「がん検診受診促進企業連携委託事業」(約2.7億円)や「がん検診受診率向上企業連携推進事業」(約1.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、金額がきわめて少ない。特に、保険者負担によるがん検診の推進に関する推奨施策については、抜本的な見直しが図られていないのが実情である。

また、予算案では「女性特有のがん検診推進事業」(約75.7億円)が計上されているが、平成21年度予算よりも減額されており、検診実施体制の確保や市町村の負担の軽減に課題があり、今後他のがん検診に拡大されるか否かも不明確である。推奨施策「がん検診の精度管理方式の統一化」(20億円)や「長期的な地域がん検診事業」(3億円)については、研究費で対応しているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん対策推進基本計画に規定された「受診率50%」との目標には現状では程遠く、予算措置のみならず制度面での対応も含めて、検診受診率向上策が求められている。

2-9-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成23年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

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。

2-9-2-1 意見の要約（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地方自治体のマンパワーが不足している
- ・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

2-9-2-2 意見の要約（改善案）

2-9-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・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
- ・特定検診と同様に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

2-9-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

2-9-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん検診の法制化
- ・がん検診の受診によるインセンティブまたはペナルティー制度の導入
- ・がん検診の受診に伴う労働法制上の対応

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。

2-9-3-1 寄せられたご意見から（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（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・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（患者関係者・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（医療提供者）
- ・受診者数が増えると、要精検者をフォローする二次医療機関のキャパシティが不足する。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（医療提供者）
- ・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

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（医療提供者）

- ・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）
- ・市町村がん検診事業について、今年度から地方交付税が2倍になったとはいえ、市町村ごとの増額された措置額が明示されず、用途が限定されないのでは、がん検診事業費の拡大はあまり期待できない。もっと効果的な予算措置が必要（行政）
- ・総務省は、がん検診受診率向上のため昨年交付税を倍増したと発表した。その時期が遅かったこともあり、市町村の予算措置はほとんど前年同額である（医療提供者）
- ・女性特有のがん検診について、H22年度予算において補助率が2分の1であるが、年齢設定や検診手帳などの制約が多く、補助金の使い勝手がよくない。がん検診の受診率アップに伴い精密検査受診者も増加するが、受け入れる専門病院の不足が懸念される（医療提供者）
- ・がん検診の有用性がはっきりしない。費用対効果がわからない。精度管理が不安。がん検診が自由に受けられる施設がない（患者関係者・市民）
- ・国民健康保険、職域、被扶養者と、加入している医療保険者による検診できる内容の相違・職域・自己受診の数字が把握できる体制がないため、実際の受診状況が不明（行政）
- ・自覚症状がなく、お金や時間を使って、わざわざ自分から出向いて行く事は難しい。小さな頃から予防医学、検診について学び、なぜ検診が大切なのかを勉強すべき（患者関係者・市民）

2-9-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-9-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・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（医療提供者）
- ・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（患者関係者・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（患者関係者・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（医療提供者）
- ・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（医療提供者）
- ・がん検診も保険者の責任として行わせる（医療提供者）
- ・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（患者関係者・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（医療提供者）
- ・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、子宮がん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（患者関係者・市民）
- ・市町村の検診費用を一般財源でなく、特定補助に戻した方がいいのではないかと（県庁担当者）
- ・実施主体である各市町はほとんどが財政難であり、地方交付税措置の増額等が「がん検診実施費用」に反映されていない。以前のような負担金としての交付が必要（行政）
- ・国が目標値を掲げている以上、目に見える形で（地方交付税ではなく、国負担金・補助金の形で）支援をしてほしい。また女性特有のがん検診推進事業など、国が主導して実施する事業については、全額国の負担で実施するようにしてほしい（行政）
- ・県単位などで新しい検診方式の実施を「特区」として認め、3-5年単位でその評価を行う制度が必要（医療提供者）
- ・費用対効果がはっきりしているがん検診に対してだけ予算をかける（患者関係者・市民）

2-9-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・高齢者のがん検診に診療報酬を設定する。早期発見のための公費負担がん検診は働き盛りの年齢層に対して行うべき（医療提供者）
- ・検診で要精査となって受診する初診患者に対して、一定の加算が算定できるしくみが望まれる。増加する検診に対して病院側の態勢を整えるのに必要な処置（医療提供者）
- ・検診を受けて、異常が発見された症例に対する患者自己負担の減額（医療提供者）
- ・検診を受けないで、がんになった場合は診療点数が高くなるようにする（医療提供者）

2-9-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・地域住民のがん検診の受診を法制度化し、すべての検診を含めたデータベースを構築する（医療提供者）
- ・保険者と市町村に別れ、受診率の把握が出来ないため一元化をはかることが必要（精度管理の面から、統計上も）（医療提供者）
- ・がん検診を受けると何か益になることを制度上取り入れるべき。例えばがんが発見された場合、保険者から診療費が補助されるとか（医療提供者）
- ・検診を受けないと国民健康保険税などの金額が上がる仕組みを導入（患者関係者・市民）
- ・自治体が行なう検診を定期的に受診した患者に対する減税制度の創設（医療提供者）
- ・小、中学校のカリキュラムに組み入れて、年齢に合った教育をする。教科書の改善（患者関係者・市民）
- ・休日検診を推進するよりも、企業か事業主が検診のための有給休暇を義務づける制度を考慮すべき（医療提供者）
- ・労働安全衛生法にがん検診の義務づけ（行政）
- ・検診率が高い県には、地方交付税を上乗せする（患者関係者・市民）

2-9-4 分野内の横断的検討（再掲）

「高齢者の医療の確保に関する法律の改正」〔C-32〕により、がん検診と特定検診との整合性を図るとともに、「健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-33〕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、「保険者・事業者負担によるがん検診」〔A-60〕や「保険者負担によるがん検診事業」〔A-61〕により、保険者負担・事業者負担による受診勧奨を進めるとともに、「がん検診促進のための普及啓発」〔A-62〕による普及啓発や、「イベント型がん検診に対

する助成」〔A-65〕による受診機会の拡大を進める。また、「がん検診の精度管理方式の統一化」〔A-63〕や「長期的な地域がん検診事業」〔A-64〕により、がん検診の精度管理や、がん検診の有効性の調査を進める。

なお、がんに対する国民の理解と普及啓発が必要であるため、全体分野1「がん対策全般」の「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕などの施策と、密接な関係がある。

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、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。

2-10-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 希少がん・難治がん特別研究費 [A-66]

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、あるいは5大がんの中にあっても極めて治療成績の悪いがんについて、有効な新規治療薬や治療法を研究・開発し、治療成績の向上を図ることを目的として、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。対象となるがんや研究の選定については第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(2) がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設 [A-67]

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、医療経済学、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。第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(3) がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進 [A-68]

患者やキャンサーサバイバーのQOL(生活の質)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、新たな観点での有効性の評価や副作用対策が求められる。臨床試験のデザインを公募し、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(4) 各がん腫ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援 [A-69]

手術療法、化学療法、放射線療法などの治療法を効果的に組み合わせる、集学的治療法の標準治療を確立するには、質の高い大規模比較臨床試験が必要とされるにもかかわらず、現状では研究費も不足しており、細分化された小規模な臨床試験が乱立している。がん腫や病期の対象を絞った集学的治療法の標準治療の確立を目指し、5年単位の戦略的な大規模臨床試験を促進するため、研究費を支援する。

(5) がん予防、検診など大規模長期研究を必要とする重点課題に対する支援 [A-70]

がんの予防や検診などの介入・方法論の有効性を検証するには、10年単位の長期、同一集団に対する追跡研究が必要であり、今後のがん予防対策にきわめて有用な知見をもたらす可能性がある。欧州ではすでに大規模研究が進行しており、アジア人を対象とする多国間臨床試験についても、世界的に関心が高いにもかかわらず、国内では公的研究費が皆無である。がんリスクの解明や、がんの予防、早期発見などのテーラーメイドのがん対策の実現を目指し、重点課題に対する支援を行う。

(6) ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進 [A-71]

国内における、がん新規治療薬の効率的な開発と、安全かつ速やかな標準医療化を促進するため、患者ゲノム情報に基づく副作用発現予測システム確立の研究事業を推進する。具体的には、企業、PMDA および臨床研究者が参画し、治験の段階から市販後まで、一貫して、患者の副作用情報とゲノム試料を収集する研究ネットワークと、そのゲノム情報解析により副作用予測を行う研究拠点の整備を推進する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-10-1-2 「診療報酬」の推奨施策

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるが、アンケートやタウンミーティングより診療報酬での対応を求める意見があったため、診療報酬での推奨施策を提案する。

(1) 高度医療への対応 [B-26]

がん研究の審査にて承認された研究においては、原則として高度医療にて未承認の薬剤を使用し、その他の診療は保険適用とする形で、高度医療との併存を原則として認める。ただし、この診療は、承認されたがん研究を行う施設実施医療機関の適用基準をクリアした施設に限定して臨床試験を実施し、高度医療以外の診療は保険で認める形とする。また、こうした研究については、可能な限り公開で研究を進め、研究の現状を「見える化（可視化）」する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-10-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価 [C-34]

科学性、有効性、有用性などの観点から、がん研究費が適正に配分されることを目的に、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を

創設するとともに、結果を公表する。あわせて、独立行政法人医療品医療機器総合機構法を改正し、がん研究成果を有効に評価できる仕組みを検討する。

2-10-1-4 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である「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」（15 億円）と「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」（15 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において新規事業として「未承認・適応外医療品解消検討事業」（約 0.6 億円）にて、いわゆるドラッグラグの解消に向けた検討が始まったことにより、一定の反映がされていると考えられる。同事業に伴い設置された「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の議論を注視するとともに、「治験実施状況調査事業費」（約 0.1 億円）や「ファーマコゲノミクス等利用医薬品臨床法化推進費」（約 0.05 億円）などの予算案に計上されている施策と併せて、PMDA（医薬品医療機器総合機構）などの審査プロセスのみならず、新薬に関わる臨床試験から申請、承認、承認後までの一連のプロセスにおいて、制度的な対応も含めた包括的な対応が必要と考えられる。

推奨施策「希少がん・難治がん特別研究費」（15 億円）、「がんの社会学的研究分野戦略研究の創設」（5 億円）、「がん患者の QOL（生活の質）向上に向けた研究の推進」（4 億円）に関しては、研究費での対応が考えられるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん研究の推進は将来のがん医療向上に向けた基盤整備に不可欠であり、制度面での対応も含めた手厚い予算措置が必要である。

2-10-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

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。

2-10-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 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

2-10-2-2 意見の要約（改善案）

2-10-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・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
- ・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

2-10-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

2-10-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・研究報告のみならず、成果や業績を評価する仕組みをつくる
- ・患者関係者も交えた外部業績評価に基づく研究費の適正な配分
- ・研究者の所属組織を超えた研究ネットワークの形成

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。

2-10-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・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（医療提供者）
- ・海外で研究している日本の研究者が戻ってきて、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（患者関係者・市民）
- ・一定の決まった施設に集中している（医療提供者）
- ・有名大学、有名センター以外にも人材はいる（医療提供者）
- ・疫学研究の遅れが問題（その他）
- ・それなりの予算ではあるが、必ずしも十分ではない（医療提供者）
- ・目の前の対策が重視され、研究が軽視されつつある（医療提供者）
- ・小さな、自由な研究にも予算をつけてほしい（医療提供者）
- ・国立大学は総定員法にて、研究者や研究助手がすでに雇えない状況（医療提供者）

- ・小児がんに対する研究が不足。晩期障害についても対策が不十分（患者関係者・市民）

2-10-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-10-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・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（患者関係者・市民）
- ・臨床に役立つ研究の重点化（医療提供者）
- ・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（社会資本）とがんの関係は、新規がん患者やキャンサーサバイバー（がん経験者）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（患者関係者・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（患者関係者・市民）
- ・施設間の情報等の連携強化（医療提供者）
- ・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、特になんか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（医療提供者）
- ・国がきちっと予算をつけて、公募制でテーマ登録すべき（患者関係者・市民）
- ・臨床研究に予算を十分に配分する（医療提供者）
- ・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）
- ・文部科学省のがん研究に係わる特定領域研究にかかわる研究費の創出（医療提供者）
- ・がん研究予算の適正な配分と業績評価の必要性（医療提供者）
- ・基礎的な研究や希少がんへの研究など予算的な措置が大切（患者関係者・市民）
- ・予算が少なすぎる。新たな技術や薬剤に対する審査期間の大幅短縮、テーラーメイド治療の充実が必要（医療提供者）
- ・がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発（phase I 試験）ができるようにする（医療提供者）
- ・新薬や適応拡大の抗がん剤、新規の分子診断（遺伝子診断や遺伝子発現解析）の導入をより一層加速するために、医薬品医療機器総合機構（PMDA）での申請、審査、相談などの

体制を変えていく必要がある（その他）

2-10-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・ 臨床試験を充実させるために、適応外抗がん剤に対する診療報酬を認める（医療提供者）
- ・ 臨床治験はインフォームドコンセントに通常の患者より多大な時間を費やす。現状これに対する対価が診療報酬上算定できない。これが算定できるようになれば臨床治験がより円滑に進むと考える（医療提供者）
- ・ がん研究（学会発表・論文など）を一定のレベル行なっている施設に対しての報酬アップを（医療提供者）

2-10-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・ 有用性が確認された新薬が承認販売されるまでの可及的処置として、高度先進医療制度を拡大解釈し、ある程度簡便化して推進させる（医療提供者）
- ・ 研究体制の整った臨床試験グループが作成した計画研究に基づいた新しい薬物の研究は、なんらかの研究費で薬剤を手に入れ、混合診療での実施を可能とすべき（医療提供者）
- ・ 海外で認可されている薬について、もっと早く日本でも認可できるような制度をお願いしたい。がんが転移した場合、生存率が急激に下がり、待つ時間が大変惜しい（患者関係者・市民）
- ・ 研究予算の配分に関しては患者団体の代表も含めた外部評価を実施すべきで、真に成果の上がっている研究計画に適正に予算を配分するシステムをつくり、科学研究費など国税を投資するものに関しては、広く国民の理解を得る努力をするべき（医療提供者）
- ・ 特区として、研究者の所属機関の縛りを越えたネットワーク形成（バーチャルがん研究センターなど）を認め、競争的研究資金を従来の大学や研究所の単位ではなく、ネットワーク組織に大型予算化できるような制度を設けてはどうか（その他）

2-10-4 分野内の横断的検討（再掲）

「研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価」〔C-34〕により、科学性、有効性、有用性の観点から、がん研究費が適正に配分される基盤整備を行う。これと並行して、「各がん腫ごとの集学的治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援」〔A-69〕、「がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援」〔A-70〕、「ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進」など、がんの予防や治療に関する大規模な研究プロジェクトに対する支援を行う。また、「希少がん・難治がん特別

研究費」〔A-66〕、「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〕により、がんに関わる周辺分野に対する研究についても、重点的に支援を進める。加えて、診療報酬に関して「高度医療への対応」〔B-26〕を行い、高度医療評価制度に関わる研究の促進を図る。

なお、本分野は研究の促進のみならず、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点から、個別分野 1「放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成」の、「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕や「コンパッショネート・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕などの施策と密接な関係があると考えられる。また、希少がん・難治がん研究の観点からは、個別分野 11「疾病別（がんの種類別）の対策」の「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕と、密接な関連がある。

2-11 分野11 疾病別（がんの種類別）の対策

2-11-1 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。

2-11-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト [A-72]

二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) 子宮頸がん撲滅事業 [A-73]

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) 小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進 [A-74]

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、有効な新規治療薬や治療法を開発するのみならず、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、長期生存者に対しては、社会的な支援（家族支援、院内学級、就労支援、保険加入）を行う。小児がんや希少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し、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。第三者的な組織が研究の選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を創設するとともに、結果を公表する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-11-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 小児がんと希少がん [B-27]

小児がん専門施設・診療科や都道府県がん診療連携拠点病院などにおいては、小児がん