

がん対策推進基本計画中間報告骨子（案）のための整理表

※ 指標のベースラインについては、基本計画の対象期間が平成19年度からであることから、原則として①「平成19年4月1日現在」又は②「それ以前」の数値とする。ただし、①及び②の数値以外で、ベースラインとして適当な数値がある場合は、当該数値を用いるものとする。以上の方針に従ってベースラインが把握できない場合は、「0」又は「データなし」とする。

分野別施策	個別目標	ベースライン	進捗状況	予 算 額（単位：千円）			評価	対応
				平成19年度	平成20年度	平成21年度		
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	がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、まずはその先導役として、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できる体制を整備すること（5年以内）	①放射線療法の実施体制を整備している拠点病院の割合（リニアックの有無） 93.2%（249/267） 【平成19年8月現在】 （平成19年8月「がん診療連携拠点病院の現況把握について」） ②外来化学療法の実施体制を整備している拠点病院の割合（外来化学療法室の有無） 94.4%（252/267） 【平成19年8月現在】	①放射線療法の実施体制を整備している拠点病院の割合（リニアックの有無） 95.7%（359/375） 【平成20年9月現在】 （現況報告書（平成20年3月1日0301004号厚生労働省健康局長通知第V2（2）） ②外来化学療法の実施体制を整備している拠点病院の割合（外来化学療法室の有無） 95.2%（357/375） 【平成20年9月現在】	（厚労省） 5,423,496 がん診療連携拠点病院機能強化事業 1,669,500 がんに係る放射線治療機器緊急整備事業 3,360,000	（厚労省） 5,413,786 がん診療連携拠点病院機能強化事業 3,055,000 がんに係る放射線治療機器緊急整備事業 1,960,000	（厚労省） 6,143,971 がん診療連携拠点病院機能強化事業 5,406,000 —	拠点病院新指針施行に伴い、平成21年度末には目標到達見込み	今後の課題検討（拠点病院において実施される放射線療法及び外来化学療法の医療の質の評価等）
	拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携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すること（5年以内）	①放射線療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 59.2%（29/59） 【平成19年8月現在】 （平成19年8月「がん診療連携拠点病院の現況把握について」） ②化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 59.2%（29/59） 【平成19年8月現在】	①放射線療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 92.3%（84/91） 【平成20年9月現在】 （現況報告書） ②化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合 92.3%（84/91） 【平成20年9月現在】	がん医療指導者養成研修事業 64,557 がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策 161,806 —	がん医療指導者養成研修事業 61,326 がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策 138,113 —	がん医療指導者養成研修事業 59,511 がん医療水準均てん化の推進に向けた看護職員資質向上対策 137,686 がん専門医臨床研修モデル事業 383,520		
	抗がん剤等の医薬品について、新薬の上市までの期間を2.5年短縮す	①新医薬品の欧米での承認申請日から日本での承認申請日までの期間	現在、製薬企業に対して海外での承認申請状況などの調査を行っているところであり、来年早々に取りまとめることがで	専門薬剤師研修事業 114,730	専門薬剤師研修事業 114,825	専門薬剤師研修事業 114,835		

	<p>ること（5年以内）</p>	<p>②新医薬品の総審査期間</p>	<p>きるよう、作業を進めている。</p>	<p>治験実施調査 対策事業費 42,551 ファーマコゲノミクス 等利用医薬品 臨床評価推進 費 6,723 医薬品等審査 情報収集調査 費（国内未承 認薬海外承認 情報収集調査 費） 3,629 — — —</p>	<p>治験実施調査 対策事業費 21,562 ファーマコゲノミクス 等利用医薬品 臨床評価推進 費 6,819 医薬品等審査 情報収集調査 費（国内未承 認薬海外承認 情報収集調査 費） 2,495 日米欧三極治 験相談推進事 業費 11,431 日中韓治験調 査対策事業費 32,588 コンパニオン・ド ス検討費 9,627 —</p>	<p>治験実施状況 調査事業費 11,399 ファーマコゲノミクス 等利用医薬品 臨床評価推進 費 6,900 医薬品等審査 情報収集調査 費（国内未承 認薬海外承認 情報収集調査 費） 2,485 日米欧三極治 験相談推進事 業費 12,018 — — コンパニオン・ド ス検討費 9,617 (一次補正) がんの未承認 薬等の審査迅 速化 4,199,046 の内数</p>		
<p>なお、放射線療法及び外 来化学療法の実施件数 を集学的治療の実施状 況を評価するための参 考指標として用いるこ ととする。</p>	<p>①-1（参考値）放射線療法 の実施件数（一拠点病院あた りの5大がんの外來・入院放 射線療法の平均実施件数（2 ヶ月間） 50.2人（267拠点病院の2 ヶ月間の5大がんの平均治 療人数） 548.4回（267拠点病院の2 ヶ月間の5大がんの平均治</p>	<p>①-1（参考値）放射線療法の実施件数 （一拠点病院あたりの5大がんの外來・ 入院放射線療法の平均実施件数（2ヶ月 間） 28.1人（375拠点病院の2ヶ月間の5大 がんの平均治療人数） 500.8回（375拠点病院の2ヶ月間の5 大がんの平均治療回数） 【平成20年6月～7月】</p>	<p>(文科省) 1,400,000 がんプロフェ ッショナル養 成プラン 1,400,000 —</p>	<p>(文科省) 1,900,000 がんプロフェ ッショナル養 成プラン 1,900,000 —</p>	<p>(文科省) 2,000,000 がんプロフェ ッショナル養 成プラン 2,000,000 (一次補正) 15,201,000 国立大学附属 病院の設備の</p>			

		<p>療回数) 【平成19年4月～5月】 ①-2 (参考値) 全国の放射線治療の実施施設及び治療件数 ・放射線治療専任加算 438施設【平成19年7月現在】 9017件【平成19年6月】 ・直線加速器による定位放射線治療 159施設【平成19年7月現在】 1361件【平成19年6月】 ・強度変調放射線治療(IMRT) 0施設【平成19年7月現在】 0件【平成19年6月】 (平成20年度より保険導入) ②-1 (参考値) 外来化学療法の実施件数(一拠点病院あたりの外来化学療法加算の平均算定件数(2ヶ月間)) 321.2件(267拠点病院の2ヶ月間の平均算定件数) 【平成19年4月～5月】 ②-2 (参考値) 全国の外来化学療法の実施施設及び治療件数 ・外来化学療法加算 1722施設【平成19年7月現在】 91164件【平成19年6月】 (平成19年8月「がん診療連携拠点病院の現況把握について」)</p>	<p>①-2 (参考値) 全国の放射線治療の実施施設及び治療件数 ・放射線治療専任加算 452施設【平成20年7月現在】 11138件【平成20年6月】 ・直線加速器による定位放射線治療 195施設【平成20年7月現在】 319件【平成20年6月】 ・強度変調放射線治療(IMRT) 47施設【平成20年7月現在】 4075件【平成20年6月現在】 ②-1 (参考値) 外来化学療法の実施件数(一拠点病院あたりの外来化学療法加算の平均算定件数(2ヶ月間)) 410.4件(375拠点病院の2ヶ月間の平均算定件数) 【平成20年6月～7月】 ②-2 (参考値) 全国の外来化学療法の実施施設及び治療件数 ・外来化学療法加算1 1146施設【平成20年7月現在】 95801件【平成20年6月】 ・外来化学療法加算2 899施設【平成20年7月現在】 18319件【平成20年6月】 (平成20年社会医療診療行為別調査) (平成21年中医協資料)</p>		<p>整備(がんに係る治療機器の導入) 15,201,000</p>	
--	--	---	--	--	--	--

	(平成19年社会医療診療行為別調査)								
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、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること(10年以内)	○開催指針に準拠した緩和ケア研修会の修了者数 0人(厚生労働省発行修了証書数) 【平成19年3月末現在】	○国(がん室)において発行した修了証書数にて把握 9260人(厚生労働省発行修了証書数) 【平成21年10月末現在】	270,635	454,614	561,457	緩和ケアについての基本的な知識を習得した医師は寿長に増加している	施策の推進	
	原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させること(5年以内)	○国立がんセンター及び日本緩和医療学会が主催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数 0人(厚生労働省発行修了証書数) 【平成19年3月末現在】	○「緩和ケア指導者研修会」修了者数 428人 「精神腫瘍学指導者研修会」修了者数 250人 【平成21年3月末現在】	205,717	141,250	147,700			
	原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備すること(5年以内)	○緩和ケアチームを設置している医療機関数 326病院(参考値) 【平成19年5月】 ※[緩和ケアチームを設置している拠点病院数(平成19年5月)] + [緩和ケア診療加算を算定している病院数(平成19年7月)] - [加算を算定している拠点病院数]	○緩和ケアチームを設置している医療機関数 612病院 (平成20年度医療施設調査)	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業 25,781 がん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業 16,198 医療水準調査事業 7,299	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業 32,048 がん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業 15,123 インターネットを活用した専門医の育成等事業 101,346 がん対策推進特別事業(緩和ケア研修部分) 141,235	がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修等事業 31,192 がん患者に対するリハビリテーションに関する研修事業 14,670 インターネットを活用した専門医の育成等事業 101,330 都道府県がん対策重点推進事業(緩和ケア研修部分) 249,077	緩和ケアチームを設置している医療機関数は平均して2次医療圏あたり複数箇所整備されている	今後の課題検討	
なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとす	○(参考値)医療用麻薬の消費量 3835kg(日本のモルヒネ換算消費量) 【平成19年】	○(参考値)医療用麻薬の消費量 4152kg(日本のモルヒネ換算消費量) 【平成20年】	医療用麻薬適正使用推進事業 15,640	医療用麻薬適正使用推進事業 23,612	医療用麻薬適正使用推進事業 17,488	医療用麻薬の消費量は増加している			

	る。								
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を増加させること	○(参考値)がん患者の在宅での死亡割合 5.7%(自宅) 0.5%(老人ホーム) 0.1%(介護老人保健施設) (平成17年人口動態統計)	○(参考値)がん患者の在宅での死亡割合 7.3%(自宅) 0.8%(老人ホーム) 0.2%(介護老人保健施設) (平成20年人口動態統計)	213,580 在宅ターミナルケア研修等経費 84,777 在宅緩和ケア対策推進事業 128,803	197,037 在宅ターミナルケア研修等経費 84,651 在宅緩和ケア対策推進事業 112,386	134,504 在宅ターミナルケア研修等経費 55,810 在宅緩和ケア対策推進事業 78,694	がん患者の在宅での死亡割合は増加している		
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を作成するとともに、必要に応じて更新していくこと	○作成されているガイドライン数15(がん対策情報センター調べ) 【平成19年3月末】	○作成されているガイドライン数19(がん対策情報センター調べ) 【平成21年10月】	【再掲】 第3次対がん総合戦略研究経費 6,177,790 の内数	【再掲】 第3次対がん総合戦略研究経費 6,486,679 の内数	【再掲】 第3次対がん総合戦略研究経費 5,834,769 の内数			
-189-	原則として全国すべての2次医療圏において、概ね1箇所程度拠点病院を整備すること(3年以内)	○2次医療圏に対する拠点病院の整備率 79.9%(286病院/358医療圏) 【平成19年5月現在】	○2次医療圏に対する拠点病院の整備率 104.7%(375病院/358医療圏) 【平成21年4月現在】	1,825,457 がん診療施設情報ネットワーク事業 312,392 国立がんセンター東病院通院治療部経費 26,751 全国がん診療連携拠点病院連絡協議会等経費 1,314 がん対策推進特別事業(緩和ケア研修除く) 1,485,000	2,224,158 がん診療施設情報ネットワーク事業 312,392 国立がんセンター東病院通院治療部経費 62,603 全国がん診療連携拠点病院連絡協議会等経費 1,398 がん対策推進特別事業(緩和ケア研修除く) 1,343,765 がん診療連携拠点病院遠隔画像診断支援事業	1,067,063 がん診療施設情報ネットワーク事業 312,392 国立がんセンター東病院通院治療部経費 62,595 全国がん診療連携拠点病院連絡協議会等経費 1,153 都道府県がん対策重点推進事業(緩和ケア研修除く) 690,923	目標達成	今後の課題検討(今後は拠点病院の質を評価すべきではないか等)	
医療機関の整備等	すべての拠点病院において、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備すること(5年以内)	○地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合 2.1%(6/286)(5大がんすべて) 13.6%(39/286)(5大がんのうち一部のみ) 【平成19年5月現在】 「がん診療連携拠点病院の現況把握について」	○地域連携クリティカルパスを策定している拠点病院の割合 2.1%(8/375)(5大がんすべて) 11.7%(44/375)(5大がんのうち一部のみ) 【平成20年9月現在】						

					504,000				
がん医療に関する相談支援及び情報提供 190-	原則として全国すべての2次医療圏において、相談支援センターを概ね1箇所程度整備すること（3年以内）	○2次医療圏に対する相談支援センターの整備率 78.5%（281病院/358医療圏） 【平成19年5月現在】	○2次医療圏に対する相談支援センターの整備率 104.7%（375病院/358医療圏） 【平成20年9月現在】	1,746,739 がん対策情報センター経費 1,698,486 がん相談支援推進事業 11,902 がん総合相談事業 36,351	1,750,733 がん対策情報センター経費 1,698,986 がん相談支援推進事業 15,396 がん総合相談事業 36,351	1,872,606 がん対策情報センター経費 1,821,117 がん相談支援推進事業 15,138 がん総合相談事業 36,351	目標達成	今後の課題検討（今後は相談支援センターの質を評価すべきではないか等）	
	すべての相談支援センターにおいて、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すること（5年以内）	○がん対策情報センターによる研修を修了した（一部を含む）相談員を配置している拠点病院の割合 0% 【平成19年4月現在】	○がん対策情報センターによる研修を修了した（一部を含む）相談員を配置している拠点病院の割合 94.7%（355/375） 【平成20年9月現在】					拠点病院新指針施行に伴い、平成21年度末には目標到達見込み	今後の課題検討
	がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させること。加えて、当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすること	①がん対策情報センターのパンフレットの種類 4種類 【平成19年4月1日】 ②（HPに掲載したなどの定性的な説明とする） 平成19年4月2日に4種類のパンフレットをHPに掲載。	①がん対策情報センターのパンフレットの種類 39種類 【平成21年2月】 ②平成20年9月19日に39種類のパンフレットをHPに掲載。						
	拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させること。	○がん対策情報センターにおいて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目 130項目 【平成19年度】	○がん対策情報センターにおいて情報提供している拠点病院の診療実績等の項目 130項目 【平成20年度】						
がん登録	①院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状	①院内がん登録を実施している医療機関数 【データなし】	※いずれも標準登録様式による院内がん登録の実施をもって「院内がん登録を実施している」とする。 ①305施設【平成19年12月】（がん診療連携拠点病院院内がん登録 2007	22,293 院内がん登録促進事業 11,440 がん登録調査・精度管理	31,564 院内がん登録促進事業 14,791 がん登録調査・精度管理	30,654 院内がん登録促進事業 14,806 がん登録調査・精度管理	院内がん登録を実施している医療機関数は増加している。	今後の課題検討	

	況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善すること	② 予後調査の実施率 4.9% (13/267) 【平成19年8月】	年全国集計報告書) ② 予後調査の実施状況を把握するための体制を構築した	指導事業 10,853	指導事業 16,773	指導事業 15,848	予後調査の実施状況を把握するための体制を構築。	
	すべての拠点病院において、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講すること（5年以内）	○がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録実務者を配置している拠点病院の割合 55.4%(148/267) 【平成20年3月】	○がん対策情報センターによる研修を受講したがん登録実務者を配置している拠点病院の割合 65.3%(245/375) 【平成21年3月】				拠点病院新 指針施行に 伴い、平成21 年度末には 目標達成見 込み	今後の課題 検討
	がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめること	①（参考値）がん登録の認知度 13.4%（「よく知っている」、「言葉だけは知っている」と答えた者の割合） （平成19年9月世論調査） 助成金政策提言班でも認知度調査を実施。「今までに、地域がん登録（制度）を聞いたことがありますか。」に「はい」と答えた者の割合は4%（平成19年11-12月実施）。 ② がん登録の課題・対応策の取りまとめ（3次がん・がん臨床・助成金の研究班のがん登録に関連する研究班(13班)の連絡会議）	③（参考値）がん登録の認知度 13.6%（「よく知っている」、「言葉だけは知っている」と答えた者の割合） （平成21年9月世論調査）				がん登録の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策をとりまとめているところ	
がんの予防	発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策に	○喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及	○喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及（知っている人の割合）	323,971 がんに関する	2,523,615 がんに関する	3,170,280 がん総合推進	喫煙の及ぼす健康影響	今後の課題 検討

<p>ついて、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、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を0%とすること(3年以内)、さらに、禁煙支援プログラムのさらなる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくこと</p>	<p>(知っている人の割合) ・肺がん 87.5% (平成 15 年国民健康・栄養調査) ○未成年者の喫煙率(喫煙している人の割合) ・男性(中学1年) 3.2% ・男性(高校3年) 21.7% ・女性(中学1年) 2.4% ・女性(高校3年) 9.7% (平成 16 年度未成年者の喫煙および飲酒行動に関する全国調査(平成 16 年度厚生労働科学研究))</p>	<p>・肺がん 87.5% (平成 20 年国民健康・栄養調査) ○未成年者の喫煙率(喫煙している人の割合) ・男性(中学1年) 1.5% ・男性(高校3年) 12.8% ・女性(中学1年) 1.1% ・女性(高校3年) 5.3% (平成 20 年度未成年者の喫煙・飲酒状況に関する全国実態調査結果(平成 20 年度厚生労働科学研究))</p>	<p>普及啓発推進事業 113,123 栄養・食生活改善支援対策費 8,646 たばこ・アルコール対策推進費 13,340 たばこ対策促進事業 45,540</p>	<p>普及啓発推進事業 169,261 栄養・食生活改善支援対策費 5,989 たばこ・アルコール対策推進費 11,199 たばこ対策促進事業 45,540</p>	<p>事業 168,288 栄養・食生活改善支援対策費 5,044 たばこ・アルコール対策推進費 9,680 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) 53,510 健康増進総合支援システム事業費 109,023 国立がんセンターがん予防・検診研究センター経費 618,003 肝炎等克服緊急対策研究費 1,839,375 肝炎対策費・肝炎ウイルスに関する相談事業等委託費 21,037 女性の健康支援対策事業委託費 346,320 (一次補正) 808,080 女性の健康支</p>	<p>についての国民の認識は進んでいない。未成年者の喫煙率は0%に達していない。</p>	
<p>健康日本21に掲げられている「野菜の摂取量の増加」、「1日の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」</p>	<p>○野菜の摂取量の増加(1日あたりの平均摂取量)成人 267g (平成 16 年国民健康・栄養調査) ○1日の食事において、果物類を摂取している者の増加(摂取している人の割合)成人 63.5% (平成 16 年国民健康・栄養調査) ○脂肪エネルギー比率の減少(1日あたりの平均摂取比率) ・20~40歳代 26.7% (平成 16 年国民健康・栄養調査)</p>	<p>○野菜の摂取量の増加(1日あたりの平均摂取量)成人 295g (平成 20 年国民健康・栄養調査) ○1日の食事において、果物類を摂取している者の増加(摂取している人の割合)成人 60.0% (平成 18 年国民健康・栄養調査) ○脂肪エネルギー比率の減少(1日あたりの平均摂取比率) ・20~40歳代 27.1% (平成 18 年国民健康・栄養調査)</p>	<p>健康増進総合支援システム開発等経費 174,703 国立がんセンターがん予防・検診研究センター経費 516,985 肝炎等克服緊急対策研究費 1,425,534 肝炎対策費・肝炎ウイルスに関する相談事業等委託費 26,100</p>	<p>健康増進総合支援システム事業費 115,550 国立がんセンターがん予防・検診研究センター経費 549,661 肝炎等克服緊急対策研究費 1,602,314 肝炎対策費・肝炎ウイルスに関する相談事業等委託費 24,101</p>	<p>健康増進総合支援システム事業費 109,023 国立がんセンターがん予防・検診研究センター経費 618,003 肝炎等克服緊急対策研究費 1,839,375 肝炎対策費・肝炎ウイルスに関する相談事業等委託費 21,037 女性の健康支援対策事業委託費 346,320 (一次補正) 808,080 女性の健康支</p>	<p>野菜の摂取量は増加しているが、果物類を摂取している者の増加及び脂肪エネルギー比率の減少は見られない</p>	<p>今後の課題検討</p>

		【平成18年1月1日】		—	—	促進企業連携 委託事業 278,660 がん検診受診 率向上企業連 携推進事業 90,825 (一次補正) 21,611,143 女性特有のが ん検診推進事 業 21,611,143		
がん研究	がんによる死亡者数の 減少、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 向上を実現するための がん対策に資する研究 をより一層推進してい くこと	○研究関連予算額 (参考値) 83億円(厚労省) 151億円(文科省) 98億円(経産省) 【平成18年度】	○研究関連予算額 (参考値) 99億円(厚労省) 186億円(文科省) 102億円(経産省) 【平成21年度】	(厚労省) 8,689,597 第3次対がん 総合戦略研究 経費 6,177,790 第3次対がん 総合戦略企画 運営会議経費 711 がん研究助成 金 1,803,750 国立がんセン ター腫瘍ゲノ ム解析・情報 研究部経費 57,355 国立がんセン ター臨床開発 センター経費 593,679 研究費配分機 能移管関係事 務費 3,421	(厚労省) 9,137,093 第3次対がん 総合戦略研究 経費 6,486,679 第3次対がん 総合戦略企画 運営会議経費 843 がん研究助成 金 1,803,750 国立がんセン ター腫瘍ゲノ ム解析・情報 研究部経費 57,653 国立がんセン ター臨床開発 センター経費 729,067 研究費配分機 能移管関係事 務費 3,421	(厚労省) 8,623,331 第3次対がん 総合戦略研究 経費 5,834,769 — がん研究助成 金 1,903,750 国立がんセン ター腫瘍ゲノ ム解析・情報 研究部経費 57,614 国立がんセン ター臨床開発 センター経費 492,845 研究費配分機 能移管関係事 務費 3,421		

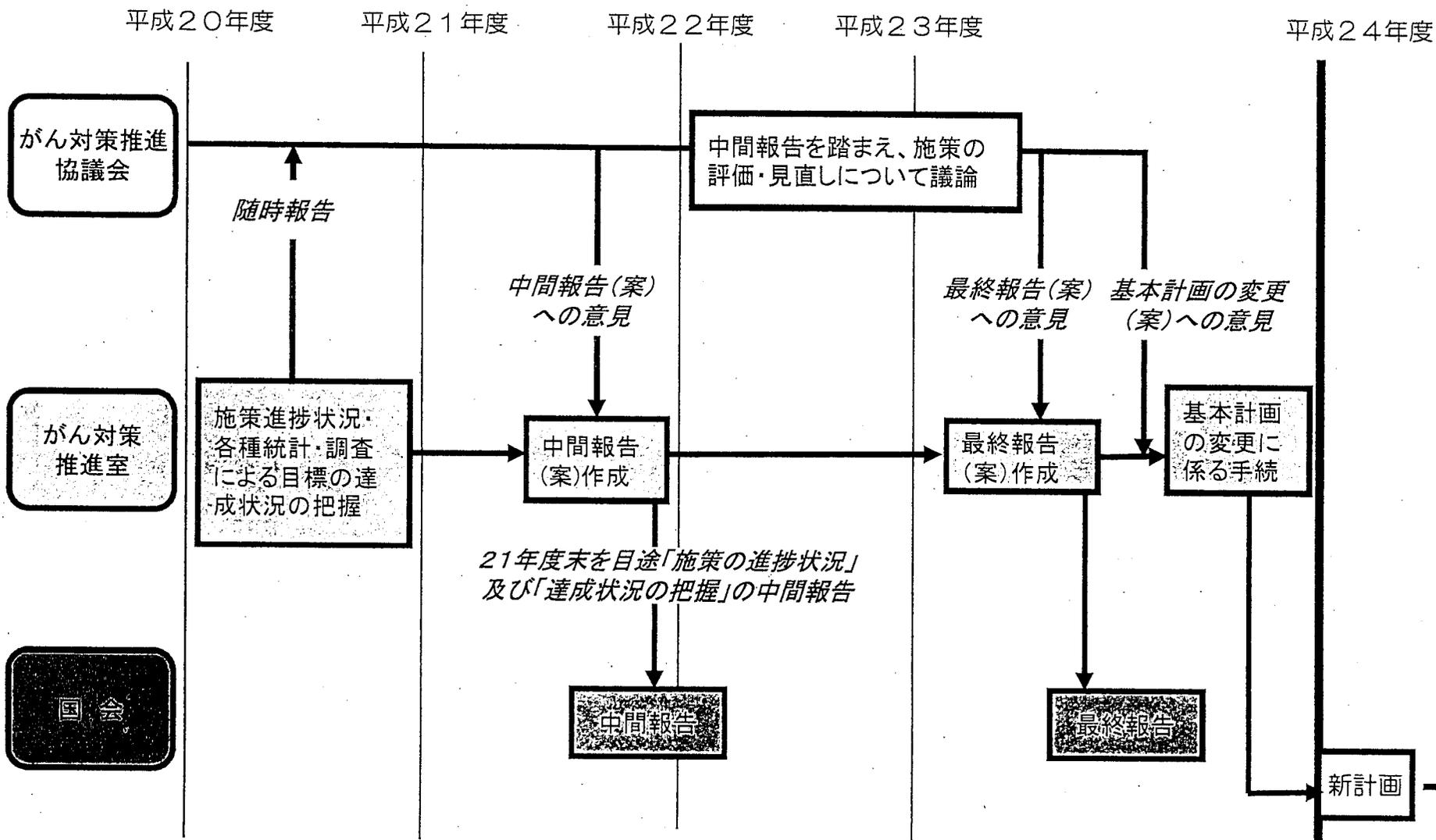
—194—

				培養生物資源 保存管理基盤 整備費・疾患 遺伝子解析用 DNAバンク 事業費 52,891 — — — (文科省) 18,791,037 科学研究費補 助金 4,500,000 革新的ながん 治療法の開発 に向けた研究 の推進 675,000 橋渡し研究支 援推進プログラム 1,500,000 分子イメージン 研究プログラム 1,355,000 粒子線がん治 療に係る人材 育成プログラム 40,000	培養生物資源 保存管理基盤 整備費・疾患 遺伝子解析用 DNAバンク 事業費 55,680 — — — (文科省) 18,426,207 科学研究費補 助金 4,500,000 革新的ながん 治療法の開発 に向けた研究 の推進 600,000 橋渡し研究支 援推進プログラム 1,750,000 分子イメージン 研究プログラム 1,200,000 粒子線がん治 療に係る人材 育成プログラム 80,000	培養生物資源 保存管理基盤 整備費・疾患 遺伝子解析用 DNAバンク 事業費 55,112 肝炎研究基盤 整備事業 46,034 地球規模保健 課題推進研究 経費 229,786 (一次補正) 1,239,904 国立がんセン ター臨床開発 センター経費 1,239,904 (文科省) 16,579,112 科学研究費補 助金 4,500,000 — 橋渡し研究支 援推進プログラム 2,400,000 分子イメージン 研究プログラム 1,085,000 粒子線がん治 療に係る人材 育成プログラム 80,000		
--	--	--	--	---	---	--	--	--

				放射線医学総合研究所におけるがん治療研究等 7,236,450 国立大学法人運営費交付金等の確保 3,422,344 その他独立行政法人におけるがん治療研究の推進 62,243	放射線医学総合研究所におけるがん治療研究等 7,427,766 国立大学法人運営費交付金等の確保 2,814,787 その他独立行政法人におけるがん治療研究の推進 53,654	放射線医学総合研究所におけるがん治療研究等 6,845,817 国立大学法人運営費交付金等の確保 1,614,171 その他独立行政法人におけるがん治療研究の推進 54,124 (一次補正) 2,296,878 橋渡し研究支援推進プログラム 2,296,878 独立行政法人放射線医学総合研究所施設整備費補助金 1,099,928 (経産省) 10,154,907 インテリジェント手術機器研究開発プロジェクト 600,000 分子イメージング機器研究開発プロジェクト 884,907 次世代 DDS 型悪性腫瘍治療システムの		
				(経産省) 12,000,143 インテリジェント手術機器研究開発プロジェクト 700,123 分子イメージング機器研究開発プロジェクト 1,200,000 次世代 DDS 型悪性腫瘍治療システムの	(経産省) 10,646,018 インテリジェント手術機器研究開発プロジェクト 600,000 分子イメージング機器研究開発プロジェクト 960,000 次世代 DDS 型悪性腫瘍治療システムの	(経産省) 10,154,907 インテリジェント手術機器研究開発プロジェクト 600,000 分子イメージング機器研究開発プロジェクト 884,907 次世代 DDS 型悪性腫瘍治療システムの		

				研究開発事業 1,060,000 基礎研究から 臨床研究への 橋渡し促進技 術開発 1,900,000 ゲノム創薬加 速化支援バイ オ基盤技術開 発 4,360,020 糖鎖機能活用 技術開発 1,190,000 新機能抗体創 製技術開発 1,190,000 個別化医療の ための技術融 合バイオ診断 技術開発 400,000 — —	研究開発事業 460,000 基礎研究から 臨床研究への 橋渡し促進技 術開発 2,600,000 ゲノム創薬加 速化支援バイ オ基盤技術開 発 3,686,018 糖鎖機能活用 技術開発 1,000,000 新機能抗体創 製技術開発 1,000,000 個別化医療の ための技術融 合バイオ診断 技術開発 340,000 — —	研究開発事業 430,000 基礎研究から 臨床研究への 橋渡し促進技 術開発 3,300,000 ゲノム創薬加 速化支援バイ オ基盤技術開 発 2,800,000 糖鎖機能活用 技術開発 950,000 新機能抗体創 製技術開発 900,000 個別化医療の ための技術融 合バイオ診断 技術開発 340,000 産業革新機構 への出資 40,000,000 千円の内数 (一次補正) 59,076,000 の内数 基礎研究から 臨床研究への 橋渡し促進技 術開発 2,004,000 の内数 産業革新機構 への出資枠拡 充 42,000,000 の内数		
--	--	--	--	---	---	--	--	--

がん対策推進基本計画の中間報告・見直しスケジュール



資料6-2

日本国 国立がんセンター と
中華人民共和国 国立がんセンター 間の
がん研究協力に関する覚書

日本国 国立がんセンター (National Cancer Center, Japan 以下「NCC, Japan」と称する) と中華人民共和国 国立がんセンター (National Cancer Center, Peoples Republic of China 以下「NCC, P.R. China」と称する) は、2008年11月2日に署名された日本国厚生労働省と中華人民共和国衛生部と衛生及び医学科学に関する協力覚書に基づき、両国国民、ひいては人類全体の健康と福祉を増進させるために両機関の緊密な協力体制を築き上げることが極めて有意義であるとの認識にたち、以下の内容の協力を行うことを決定した。

第1：目的

この覚書は人的・技術的資源の交流を含む NCC, Japan と NCC, P.R. China 間の協力に関する事項を規定することを目的とする。

第2：協力事項

NCC, Japan と NCC, P.R. China は次の活動について相互に支援・協力する。

- (1) がんに関する共同研究
- (2) 共同学会議の開催
- (3) 人材の開発と交流
- (4) がんに関する情報の共有
- (5) がん予防・克服プログラムの開発

第3：方法

NCC, Japan と NCC, P.R. China は必要に応じて、以下の基本的事項の具体化に向けて取り組む。

- (1) がんに関する共同研究の課題、実施方法
- (2) 共同学会議・ワークショップ・シンポジウム等の開催方法
- (3) 研修コースや科学者の相互訪問を含む人材開発の方法
- (4) がんに関する情報の共有及び交換の方法と具体的な対象等
- (5) これらの取組を総括するために定期的に開催される評価会議
- (6) 協力の遂行のための費用の調達について努力する

第4：条件

NCC, Japan と NCC, P.R. China は、平等、互惠、成果共有、知的財産保護、そして国際規則遵守に基づき協力し、それぞれの国における法規に従う。

第5：協力期間

この協力関係は NCC, Japan と NCC, P.R. China がこの覚書に署名した日から5年間継続する。その後はどちらか一方の機関が期間の満了6か月前までに書面で終了の意図を通告しない限り3年ずつ自動的に延長される。

第6：変更と終了

この覚書に関して、両者の同意により協力関係の変更をすることができる。NCC, Japan と NCC, P.R. China は協力関係を維持できない特別な事情が発生した時には、書面で相手方に通知することにより協力関係を終了できる。

この覚書は、NCC, Japan と NCC, P.R. China の代表者により署名され、英語、日本語、中国語によりそれぞれ2通作成した。

英文との間で齟齬がある場合、英文を優先する。

中華人民共和国 北京にて

2009年10月25日

日本国
国立がんセンター
総長 廣橋 説雄

中華人民共和国
国立がんセンター
総長 趙 平

がん対策推進基本計画

この計画は、がん対策基本法（平成18年法律第98号）第9条第5項の規定に基づき、国会に報告するものである。

平成19年6月

目 次

はじめに	1
1 これまでの取組	1
2 がんをめぐる現状	1
3 今後の展開	3
第1 基本方針	5
1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施	5
2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施	5
第2 重点的に取り組むべき課題	7
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	7
2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施	7
3 がん登録の推進	8
第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計る ための個別目標	10
1 目標及びその達成時期の考え方	10
2 全体目標	10
(1) がんによる死亡者の減少	11
(2) 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	11
3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標	12
(1) がん医療	12
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	12
② 緩和ケア	15
③ 在宅医療	17
④ 診療ガイドラインの作成	20
⑤ その他	21
(2) 医療機関の整備等	22
(3) がん医療に関する相談支援及び情報提供	24

(4) がん登録	27
(5) がんの予防	30
(6) がんの早期発見	32
(7) がん研究	34

第4 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	37
1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化	37
2 都道府県による都道府県計画の策定	37
3 関係者等の意見の把握	38
4 がん患者を含めた国民等の努力	39
5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化	40
6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価	40
7 基本計画の見直し	41

がん対策推進基本計画

はじめに

1 これまでの取組

政府におけるがん対策については、昭和59（1984）年度から開始された「対がん10カ年総合戦略」及びこれに引き続き平成6（1994）年度から開始された「がん克服新10か年戦略」により、がんのメカニズムの一端を解明するとともに、各種がんの早期発見技術や標準的治療法の確立など、その診断・治療技術も一定の進歩を遂げてきた。

さらに、政府においては、平成16（2004）年度より、がん罹患率と死亡率の激減を目指して、「がん研究の推進」に加え、質の高いがん医療を全国に普及することを目的に、「がん予防の推進」及び「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を柱とする「第3次対がん10か年総合戦略」に基づき、がん対策に取り組んできた。

また、厚生労働省においては、平成17（2005）年5月、厚生労働大臣を本部長とする「がん対策推進本部」を設置し、がんの病態に応じた部局横断的な連携を推進するとともに、8月に「がん対策推進アクションプラン2005」を策定し、第3次対がん10か年総合戦略の更なる推進を図ってきた。

2 がんをめぐる現状

がんは、我が国において昭和56（1981）年より死因の第1位であり、「人口動態統計」によれば、現在では年間30万人以上の国民が亡くなっている。

また、厚生労働省研究班の推計によれば、生涯のうちにがんに罹る可能性は男性の2人に1人、女性の3人に1人とされている。

さらに、がんは加齢により発症リスクが高まるが、今後ますます高齢化が進行することを踏まえると、その死亡者数は今後とも増加していくと推測される。一方で、小児の死因を見れば、依然としてがんが上位を占めている。

こうしたことから、がんは、「国民病」であると呼んでも過言ではなく、国民全体が、がんを他人事ではない身近なものとして捉える必要性がより一層高まっている。

一方で、胃がん及び子宮がん等については、最近10年間で死亡率及び罹患率が横ばいとなっているのに対して、食生活の欧米化等により、肺がん、大腸がん、乳がん及び前立腺がん等については増加傾向にあるなど、がんの種類に変化が見られる。

また、「平成17年患者調査」によれば、継続的に医療を受けているがん患者数は140万人以上と推計されるとともに、厚生労働省研究班の推計によれば、1年間に新たにがんにかかるとは現在50万人以上とされている。その一方で、初期治療の終わったがん経験者が社会で活躍しているという現状もある。

こうした中、がん患者を含めた国民は、がんに関する様々な情報に触れ、がん医療に対して期待や希望を寄せ、また、がん医療に参加したいという希望を高める一方で、がん医療の水準に地域間格差や施設間格差が見られ、標準的治療や進行・再発といった様々ながんの病態に応じたがん医療を受けられないなど、実際に提供されるサービスに必ずしも満足できず、がん患者を含めた国民の立場に立って、こうした現状を改善していくことを強く求めている。

一方で、長時間勤務といった医師を取り巻く厳しい勤務状況など、医療従事者をめぐる問題点にも目を向け、その改善を図りつつ、がん医療の充実等を図っていくべきであるとの指摘がある。

しかしながら、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、胃がん等主に手術に適したがんが多かったこともあり、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とともに、緩和ケアが必ずしも治療の初期段階から積極的な治療と並行して実施されていないという状況である。

また、がん患者を含めた国民に対して安心・納得できるがん医療を提供するなど、がん対策のより一層の充実を図っていくためには、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が必要であるが、当該データを系統的に蓄積していく仕組みであるがん登録の整備が、我が国においては諸外国と比較しても遅れているという状況にある。

3 今後の展開

このように、厚生労働省をはじめ政府においては、がん対策を着実に実施し成果を収めてきたものの、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状にかんがみ、がん対策のより一層の推進を図るため、平成19（2007）年4月1日、がん対策基本法（以下「基本法」という。）が施行された。

この「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）は、基本法第9条第1項に基づき策定するものであり、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（以下「都道府県計画」という。）の基本となるものである。

今後は、基本計画に基づき、国及び地方公共団体、また、がん患者を含めた国民、医療従事者、医療保険者、学会、患者団体を含めた関係団体及びマスメディア等（以下「関係者等」という。）が一体となってがん対策に取り組む、がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにするなど、「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。

第1 基本方針

基本方針は、国、地方公共団体及び関係者等が、がん対策を総合的かつ計画的に推進していくに当たって必要不可欠な視点及び考え方を示したものである。

1 がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策の実施

基本法は、がんが国民の生命及び健康にとって重大な問題となっているとの現状認識の下、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として成立したものであり、基本法第2条第3号においては、「がん患者の意向を尊重したがん医療の提供体制の整備」について規定され、がん対策の基本理念として、がん患者の立場に立ったがん対策の必要性が謳われている。

もとより、がん対策の恩恵を享受すべきは、がん患者を含めた国民であることは言うまでもない。

したがって、国、地方公共団体及び関係者等は、がん患者を含めた国民が、がん対策の中心であるとの認識の下、「がん患者を含めた国民の視点」に立って、がん対策を実施していく必要がある。

2 重点的に取り組むべき課題を定めた総合的かつ計画的ながん対策の実施

がんから国民の生命及び健康を守るためには、多岐にわたる分野における取組を総合的かつ計画的に実施していく必要がある。

また、がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくためには、実現可能な目標を掲げるとともに、がん対策の中でも特に不十分な分野における取組に重点を置いて実施していくことが有効である。

「はじめに」の「2 がんをめぐる現状」で示したとおり、高齢化に伴いがんによる死亡者数が今後とも増加していくことが推測される一方で、食生活の欧米化等により、がんの種類に変化が見られる中、がん患者を含めた国民は、がん医療を中心としたがん対策のより一層の推進を求めている。

こうしたことから、今後のがん対策については、「がんによる死亡者の減少」及び「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」を全体目標として、「がん医療」を中心としつつ、「医療機関の整備等」、「がん医療に関する相談支援及び情報提供」、「がん登録」、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん研究」という分野別施策を総合的かつ計画的に実施していくこととする。

特に、がん医療について、がんの種類の変化に対応し、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施していくため、手術と比較して相対的に遅れている放射線療法及び化学療法を推進していくこととする。

同時に、がん患者及びその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、治療の初期段階からの緩和ケアの実施を推進していくこととする。

また、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するとともに、がん患者を含めた国民に対する科学的知見に基づく適切ながん医療の提供に資するよう、がん登録を推進していくこととする。

第2 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

がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法、全身療法として行われる化学療法がある。

我が国においては、胃がんなど、主として手術に適したがんが多かったこともあり、手術を行う医師が、化学療法も実施するなど、がん治療の中心を担ってきた。

しかしながら、現在は、がんの種類によっては、放射線療法が手術と同様の治療効果を発揮できるようになるとともに、新たな抗がん剤が多く登場し、化学療法の知見が蓄積してきたことから、進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、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が各々を専門的に行う医師により実施されていくことが求められている。

このため、放射線療法及び化学療法を専門的に行う医師を養成するとともに、当該医師と協力してがん治療を支えることができるがん治療に関する基盤的な知識や技能を有した医師を養成していくほか、こうしたがん診療を専門的に行う医師が、専門性を発揮できる環境整備を行う必要がある。

また、専門的ながん医療を推進するため、専門的にがん治療を行う医師のみならず、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者が協力して治療に当たる体制を構築していく必要がある。

さらに、こうした取組を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じていく必要がある。

2 治療の初期段階からの緩和ケアの実施

がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするた

めには、緩和ケアが、治療の初期段階から行われるとともに、診断、治療、在宅医療など様々な場面において切れ目なく実施される必要がある。

しかしながら、欧米先進諸国に比べると、我が国のがん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量はまだ数分の一程度にとどまっていることや、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であること等から、緩和ケアをより一層推進していくことが求められている。

このため、がん診療に携わる医師の研修等により、がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整備するとともに、より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師等の医療従事者を育成していく必要がある。

また、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も選択できるよう、在宅医療の充実を図ることが求められており、がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るため、在宅医療と介護を適切に提供していく体制を整備していく必要がある。

3 がん登録の推進

がん登録はがん患者のがんの罹患、転帰その他の状況を把握し、分析する仕組みであり、がんの罹患率及び生存率など、がん対策の企画立案と評価に際しての基礎となるデータを把握・提供するとともに、がん患者を含めた国民に対して科学的知見に基づく適切ながん医療を提供するために必要なものである。

しかしながら、我が国においては、登録様式が標準化されておらず、また、一部の地域及び医療機関においてのみ行われていること等から、がん登録を更に推進していくことが求められている。

このため、個人情報の保護を徹底しつつ、がん登録を円滑に推進するための体制整備を行っていく必要がある。

第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を

計るための個別目標

1 目標及びその達成時期の考え方

基本法第9条第2項においては、「がん対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする」とされている。

がん対策を実効あるものとしてより一層推進していくためには、関係者等の理解の下、共通の目標を設定することが有効である。

また、より効果的で実効性のあるがん対策を展開していくためには、その成果や達成度を客観的指標により計ることが重要である。

こうしたことから、基本計画においては、これまでの政府におけるがん対策に関する目標との整合性を図りつつ、基本計画に定める分野別施策の総合的かつ計画的な推進により達成すべき全体目標を設定するとともに、分野別施策の成果や達成度を計るための指標として個別目標を設定する。

また、これまでの取組による成果及び基本計画による取組を十分に踏まえた上で、必要に応じて全体目標及び個別目標を達成するために要する期間を設定することとする。

2 全体目標

がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「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」を今後10年間の全体目標として設定することとする。

(1) がんによる死亡者の減少

がんは、我が国において昭和56（1981）年より死因の第1位であり、がんによる死亡者数は今後とも増加していくと推測される。

このため、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などを内容とする「がん医療」を中心としつつ、「がんの予防」及び「がんの早期発見」など、基本計画に定める分野別施策を総合的かつ計画的に推進することにより、がんによる死亡者を減少させることを目標とする。

ただし、目標値については、高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」とする。

なお、「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」という全体目標を達成するためには、進行・再発がん患者に対するがん医療の更なる充実等を図る必要があるが、これは「5年生存率の改善」にもつながるものと考えられる。

(2) 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

がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えている。また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えている。

さらに、がん患者及びその家族は、療養生活において、こうした苦痛に加えて、安心・納得できるがん医療を受けられないなど、様々な困難に直面している。

こうしたことから、治療の初期段階からの緩和ケアの実施はもとより、がん医療の更なる充実、がん医療に関する相談支援や情報提供等により、「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」を実現することを目標とする。

3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標

(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

(現状)

がんに対する主な治療法としては、局所療法として行われる手術及び放射線療法、全身療法として行われる化学療法がある。治療に当たっては、がんの病態に応じ、これら各種療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施する必要がある。

我が国においては、胃がんなどのように、早期発見が可能となり、また、手術や内視鏡的治療等の技術が高いとされる部位のがんについては、欧米より生存率が明らかに優れているという評価がある。一方で、放射線療法及び化学療法は、専門的に行う医師の不足や実施件数の少なさ、国民における情報量の不足等の問題が指摘されている。

国においては、国立がんセンター等における研修を実施するとともに、がん診療連携拠点病院（「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に定める都道府県がん診療連携拠点病院及び地域がん診療連携拠点病院をいう。以下「拠点病院」という。）の指定要件として集学的治療の実施を義務づけ、その推進を図っている。

がんの専門医認定に関しては、関係学会において、各学会独自の基準（勤務した施設や期間、経験した症例数、セミナーへの参加など）が定められ、自主的に専門医が養成されている。

また、関係学会等が協力して、がん治療全般の基盤的な知識や技能を有する医師の認定制度も新たに創設されている。

看護師、薬剤師等については、国や学会、関係団体において、各種研修を実施している。また、学会や関係団体においては、専門的ながん診療に携わる看護師、薬剤師等の認定を行っている。

医師の養成段階では、各大学において、がんに関する教育内容の充実に努めているが、がん診療に関する教育を専門的に行う教育組織（講座等）を設置していくことが必要との指摘がある。

抗がん剤等がん医療に係る新薬等については、国内既承認薬の効能追加に関しては、適用外の使用について医学薬学上公知であると認められる場合には、それらを基に効能追加等の承認申請を行えるようにするとともに、欧米諸国で承認されているが国内では未承認である医薬品に関しては、医療上必要が高いと認められる場合には、関係企業に早期に治験開始等を要請するなどの取組を進めている。

（取り組むべき施策）

現状は手術を担当する医師が外来診療から化学療法までほぼ全てを行っているとともに、手術のみが標準的治療となっているがんの種類も少なくないことから、その重要性は言うまでもないが、医師それぞれの専門性について国民の理解を得るように努めつつ、手術、放射線療法、化学療法の各々を専門的に行う医師が協力して治療に当たる体制を構築していく。

手術や内視鏡的治療等我が国が欧米より明らかに優れている技術については、学会等との連携を通じて、その水準を引き続き維持していくとともに、がん患者の意向を十分尊重した治療が適切に行われるよう、がんに関する主な治療法（手術、放射線療法、化学療法）の知識を持った医師に加えて、がん治療全般を理解しつつ、最適な手術を提供しうる知識と技能を有する医師を養成していく。

大学において、放射線腫瘍学や腫瘍内科学など、がん診療に関する教育を専門的に行う教育組織（講座等）を設置し、また、拠点病院において、がん治療を専門的に行う部門を設置するなど、手術、放射線療法、化学療法の各々を専門的に行う医師が意欲を持ってその専門性を発揮できる環境整備に努める。

特に、文部科学省では平成19（2007）年度から、専門的にがん診療を行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等を養成することを目的とした、大学病院との有機的かつ円滑な連携のもとに行われる大学院のプログラムとして、「がんプロフェッショナル養成プラン」を実施しているが、各大学における、実施体制の充実も含めた人材養成の取組の更なる推進を図ることが必要である。

専門的ながん医療を推進していくため、専門的にがん診療を行う医師や看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者の卒後研修を更に充実させるとともに、これらの医療従事者が協力して診療に当たる体制を整備していく。

特に、放射線療法については、近年の放射線療法の高度化等に対応するため、放射線治療計画を立てたり、物理的な精度管理を支援したりする人材の確保が望ましい。

進行・再発がん患者が安心して医療を受けられる仕組みが確保できているかどうかの検証を行う。

抗がん剤等がん医療に係る新薬、新医療機器等については、優れた製品を迅速に医療の現場に提供できるよう、有効性や安全性に関する審査体制の充実強化等を図るなど承認審査の迅速化や質の向上に向けた取組を推進していく。

（個別目標）

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施で

きるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備するとともに、拠点病院のうち、少なくとも都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院において、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置することを目標とする。

抗がん剤等の医薬品については、「革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略」に基づき、5年以内に、新薬の上市までの期間を2.5年短縮することを目標とする。

なお、放射線療法及び外来化学療法の実施件数を集学的治療の実施状況を評価するための参考指標として用いることとする。

② 緩和ケア

（現状）

緩和ケアについては、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められており、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対して心のケアを行う医療従事者の育成を行う必要がある。

がん性疼痛の緩和等に医療用麻薬が用いられているが、欧米先進諸国に比べると我が国の消費量はまだ数分の一程度にとどまっている。

国においては、平成18（2006）年12月、適切な管理を図りつつも、医療用麻薬を使用しやすいようにするため、医療用麻薬の管理マニュアルの改訂を行い、患者及びその家族が麻薬を受領することが困難な場合、患者等の意を受けた患者の看護に当たる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等が麻薬を受領することができること等の周知を図った。

国においては、「緩和ケアチームの設置」を拠点病院の指定要件としている。

また、従来、緩和ケア診療加算を算定している緩和ケアチームの専従である医師は外来診療を行うことができなかったが、入院中に診療した患者については、退院後も外来で診療を行っても差し支えないこととし、継続的な緩和ケアを提供しやすい体制の整備に努めている。

（取り組むべき施策）

緩和ケアについては、治療の初期段階から充実させ、診断、治療、在宅医療など、様々な場面において切れ目なく実施される必要があることから、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく。

その際には、一般病棟や在宅医療との間に垣根を作らないホスピス・緩和ケア病棟や、在宅における緩和ケアの在り方について検討していく必要があり、緩和ケア病棟には、一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援及び終末期のケア等の機能をバランスよく持つことが期待される。

身体的な苦痛に対する緩和ケアだけではなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の療養場所を問わず提供できる体制を整えていく。

全国どこでも緩和ケアをがん診療の早期から適切に提供していくためには、がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアの重要性を認識し、その知識や技術を習得する必要があることから、緩和ケアに関する大学の卒前教育の充実に努めるとともに、医師を対象とした普及啓発を行い、緩和ケアの研修を推進していく。

より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成し

ていくための研修を行うとともに、地域における緩和ケアの教育や普及啓発を行っていくことができる体制を整備していく。

また、拠点病院において、緩和ケアの専門的な知識及び技能を有する医師や看護師が専従的に緩和ケアに携わることができる体制の整備について検討していく。

在宅においても適切な緩和ケアを受けることができるよう、専門的な緩和ケアを提供できる外来を拠点病院に設置していく。

また、地域における在宅療養患者等に対する支援を行うことを目的に在宅緩和ケア支援センターを設置し、必要に応じて介護サービスとも連携していく。

拠点病院における緩和ケアの実施状況を評価するための指標を作成し、当該指標を用いつつ、緩和ケアを適切に提供する体制を整備していく。

(個別目標)

10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする。

原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させるとともに、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備することを目標とする。

なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。

③ 在宅医療

(現状)

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ように、在宅医療の充実を図ることが求められている。

国においては、平成16(2004)年度より、訪問看護推進事業を実施し、在宅ホスピスケアに関する看護師の資質向上を図っている。

また、平成18(2006)年度より、がんを含めた専門分野における質の高い看護師育成事業として、症状緩和も含めた臨床実践能力の向上に向けた実務研修を実施しているほか、がん患者の在宅での療養にも資する在宅療養支援診療所について診療報酬上の加算を行っている。

平成18(2006)年度より、介護保険において、がん末期の40歳から64歳までの者に対して介護保険の保険給付を可能とするとともに、療養通所介護サービスの創設など、がん末期患者を含めた在宅中重度者へのサービスの充実を図っている。しかしながら、要介護認定の手続きに時間を要し、利用を希望しているがん末期患者の利用に支障をきたすケースがあるとの指摘がある。

(取り組むべき施策)

がん治療を継続する患者の退院時の調整を円滑に行うため、病院の医療従事者が、情報提供、相談支援、服薬管理、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション・薬局との連携など、在宅医療を踏まえた療養支援を適切に行っていくために必要な体制を整備していく。

地域連携クリティカルパスの活用等や在宅医療のモデルの紹介等により、各地域の特性を踏まえ、在宅医療が実施できる体制を計画的に整備していく。

また、国においては、今後の我が国が目指す在宅医療の提供体制の

在り方についてのモデルを示していくよう努めていくことが望まれる。

がん患者の在宅での療養生活の質の維持向上を図るためには、十分なケアを提供しながら放射線療法や外来化学療法を実施する必要があることから、これらを提供していくための体制について検討する。

在宅医療においては、訪問看護の果たすべき役割が大きいことから、訪問看護に従事する看護師の確保を推進するとともに、在宅で療養するがん患者の疼痛緩和及び看取りまでを含めた終末期ケアを24時間安定的に提供できる訪問看護に従事する看護師を活用した在宅療養モデルの紹介等により、訪問看護の24時間連絡体制の整備や事業所の充実等を一層推進する。

また、訪問看護に従事する看護師の専門性を十分に発揮できるような体制を整備していく。

がん性疼痛管理や医療用麻薬に詳しい専門職等の育成や確保を図るため、在宅における緩和ケアの関係者（医師、看護師、薬剤師、介護関係者等）に対して、それぞれの業務内容に応じた専門的な研修を実施する。

在宅医療に必要な医薬品等の供給体制を確保するため、医薬品等の供給拠点となる薬局の機能強化など、より一層の充実を図っていく。

また、在宅医療に必要な医療機器の供給体制のより一層の整備を図っていく。

在宅緩和ケアを行っている医師にも最新のがん医療全般について、その知識を得ていくことが望まれる。

介護保険制度において、要介護・要支援認定の効力は申請日に遡ることとしており、申請日から認定日までの間も介護保険サービスの利

用が可能となっている。そのため、さらに本制度運用の周知徹底を図るとともに、認定の手続きに要する期間が長い原因を究明し、短縮に向けた必要な対応策について検討する。

（個別目標）

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を目標とする。なお、目標については、がん患者の在宅での死亡割合を参考指標として用いることとする。

④ 診療ガイドラインの作成

（現状）

国は、医療安全・医療技術評価総合研究事業（厚生労働科学研究費補助金）等において、学会等が行うEBM（科学的根拠に基づく医療）の手法による診療ガイドラインの作成等に対して支援を行っている。がんに関してはこれまでに、乳がん、肺がん、肝がん、胃がん、前立腺がん、食道がん、膵臓がん、胆道がん、大腸がん、腎がん、卵巣がん及び皮膚がんについてのガイドラインが完成している。

財団法人日本医療機能評価機構の医療情報サービス事業（Minds）において、診療ガイドライン等をデータベース化し、インターネットを介して広く情報提供を行っている。また、米国国立がん研究所の大規模がん情報ページの日本語版も財団法人先端医療振興財団が毎月更新・配信している。

（取り組むべき施策）

国においては、引き続き、学会等の医師に対する診療ガイドラインの作成に対して支援を行っていく。

なお、診療ガイドラインの作成に当たっては、患者がどのようなことを望んでいるのかという視点を考慮することも検討する。

診療ガイドラインも含めたがん医療について、新薬等の最新情報を収集し、国立がんセンターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という。）のホームページ等に掲載することにより、医療従事者及び一般国民に向けた周知を可能な限り迅速に図っていく。

全国の拠点病院が連携し、化学療法のレジメン等治療に関する情報を共有するとともに、それらを広く公開していく。

（個別目標）

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を作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とする。

⑤ その他

（取り組むべき施策）

がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める。

また、告知を受けた患者の精神心理的サポートを行う人材の育成など、体制の整備に向けた研究を進めていく。

がん患者は病状の進行により、日常生活動作に次第に障害を来し、著しく生活の質が悪化するということがしばしば見られることから、療養生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がん患者に対するリハビリテーション等について積極的に取り組んでいく。

働き盛りや子育て世代のがん患者やがん経験者、小児がんの子供を持つ家族を支援する体制の在り方について研究を進めていく。

小児がんについて、長期予後のフォローアップ体制を含め今後より一層の研究を行っていく。

（2） 医療機関の整備等

（現状）

がん医療においては、拠点病院が、地域におけるがん医療の連携の拠点となり、自ら専門的な医療を行うとともに、連携体制の構築や医療従事者への研修を行うこととなっている。

また、地域のがん患者等に対する情報提供や相談支援を実施することとなっている。

平成18（2006）年度の医療制度改革においても、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することが打ち出されており、特に、がんをはじめとして法令で定められた4疾病及び5事業等について、連携体制の早急な構築が求められている。このため、がん等に係る地域ごとの医療連携体制について都道府県は、平成20（2008）年度からの新たな医療計画に記載し、連携を推進することとされている。

（取り組むべき施策）

標準的治療や先進的な医療の提供、術後の経過観察、在宅医療の実施、クリティカルパスの作成及び集学的な臨床研究の実施などを通じて、医療機能の分化・連携を推進していく。

がん診療を行っている医療機関には、地域連携クリティカルパスの活

用等により、医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現することが望まれる。その際には、診療に関する学識経験者の団体など関係団体等と協力していくことが望まれる。

患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関において、治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を受けられる体制を整備していく。

地域における連携体制の状況や各医療機関の専門分野等を情報提供することにより、がん患者の不安や悩みを解消していく。

拠点病院については、そのがん医療水準を向上させるため、専門分野の異なるがん診療を行う医師が定期的にカンファレンスを開催し、提供しているがん医療の評価を行う体制を整備していく。

拠点病院については、「がん患者の視点も加えた評価の仕組みの導入」や「放射線治療が実施できること」を指定要件とするなど、更なる機能強化に向けた検討を進めていく。なお、実施している手術件数等が少ない拠点病院が存在するという現状を踏まえ、拠点病院の役割を整理し、その見直しを引き続き行っていく。

拠点病院については、活動状況を適宜把握し、必要に応じて指導を行う。なお、指導により改善できない場合や都道府県内に拠点病院としてより適切な医療機関がある場合は、その指定について取り消しを含めた検討を行う。

拠点病院を中心として、緩和ケア病棟、緩和ケア外来、緩和ケアチーム、在宅療養支援診療所等が連携すること等により、地域ごとの連携強化を図っていく。

また、がんの種類等によっては、がん患者がその居住する県では必要

とする治療を受けられない場合もあることから、県を超えた医療機関の連携を図ることについて検討する。

国立がんセンターは、我が国のがん対策の中核的機関であり、拠点病院への技術支援や情報発信を行うなど、我が国全体のがん医療の向上を牽引していく。

また、拠点病院は、地域のがん診療を行っている医療機関に対する診療支援や、地域のがん診療に携わる医療従事者に対する研修等を通じて、地域全体のがん医療水準の向上に努めていく。

医療機関の連携の下、適切な診断が行われるようにするために、遠隔病理診断支援等による医療機関の連携を推進していく。

医師は、より専門的な診療が求められるがん患者が受診した場合には、必要に応じ、医療機関を紹介するなど、がん患者が適切ながん医療を受けられるように、日頃より注意を払うことが望まれる。

(個別目標)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、概ね1箇所程度拠点病院を整備するとともに、すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする。

(3) がん医療に関する相談支援及び情報提供

(現状)

拠点病院においては、患者及びその家族のがんに対する不安や疑問に適切に対応するための相談窓口として、相談支援センターを設置し、電話やファックス、面接による相談に対応している。

がん対策情報センターにおいては、様々ながん対策に関連する情報の効果的・効率的な収集、分析、発信等に不可欠な中核的組織として、相談支援センターとの「情報提供ネットワーク」により、情報提供体制の整備に努めている。また、相談支援センターにおける相談を支援するためのがん医療に関する一般的な情報を提供するとともに、相談支援センターの相談員に対する研修を行っている。

がん対策情報センターにおいては、国及び都道府県が実施するがん対策に関する国民の理解を促進するため、各都道府県と協力し、がん情報サービス向上に向けた地域懇話会（以下「地域懇話会」という。）を開催している。

学会、関係団体等において、一般国民向けのがんに関する普及啓発、がん患者や家族からの相談への対応といった活動が行われている。

(取り組むべき施策)

国民が、がんをより身近なものとして捉えるとともに、がん患者となった場合でも適切に対処することができるようにする必要がある。

また、進行・再発がん患者に対する誤解を払拭することも重要である。このため、がん対策情報センターにおいて、がんに関する正しい情報の提供を一層強化するとともに、引き続き地域懇話会を開催する。加えて、地方公共団体や企業等とも協力しつつ、がん年齢に達する前の早い段階からがんに関する知識を国民が得られるようにすることに努める。

また、拠点病院においては、がん患者及びその家族に支援を行っているボランティア等の受け入れを行うとともに、国民に対して緩和ケアをはじめとするがん医療を身近なものとして感じてもらえるように努める。

がんに関する情報は、がん患者の立場に立って、様々な手段を通じて提供される必要がある。

このため、がん対策情報センター「がん情報サービス」の内容を充実

するとともに、相談支援センターにおける電話やファックス、面接による相談等を着実に実施していく。

また、インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があることから、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携を作成し、拠点病院等ががん診療を行っている医療機関に提供していく。

がん対策情報センターにおいて、引き続き相談支援センターの相談員に対して研修を行う。

相談支援センターには相談員が専任で配置されているが、がん患者の生活には療養上様々な困難が生じることから、適切な指導助言を行うため、相談員を複数人以上専任で配置すること等が望まれる。

その際には、相談支援に関し十分な経験を有する看護師等の医療従事者や患者団体等との連携について検討する。

また、がん患者本人はもとより家族に対する心のケア（精神的支援）が行われる相談支援体制を構築していく。

がん患者や家族等が、心の悩みや体験等を語り合うことにより、不安が解消された、安心感につながったという例もあることから、こうした場を自主的に提供している活動を促進していくための検討を行う。

がん対策情報センターにおいては、拠点病院等との連携強化など、情報収集が円滑に実施できる体制整備を推進する。

その上で、がんに関する一般的な情報のほか、拠点病院における手術件数や放射線治療件数等については、総合的に提供していく。

一方で、今般の医療制度改革を踏まえ創設した医療機能情報の提供制度においては、がんに関する事項を含め、各都道府県における医療機能情報をわかりやすく提供していく。

がん対策情報センターについては、専門家及びがん患者の意見を聞き

つつ、企画立案、医療情報提供、がんサーベイランス、臨床試験支援、診療支援、研究企画の業務を実施し、その機能を更に充実させることが望まれる。

生存率等の情報を積極的に公開していくことは重要である。ただし、がん患者及びその家族の心理面等に配慮し、がんに関する情報提供の在り方を工夫していくことが望まれる。また、必要に応じて、抗がん剤に関する安全性情報の提供等を行っていく。

「いわゆる健康食品」については、正しい知識の普及、健康被害の未然防止や拡大防止のため、科学的根拠のある情報を継続的に収集・蓄積などし、幅広く情報提供していく。

(個別目標)

原則として全国すべての2次医療圏において、3年以内に、相談支援センターを概ね1箇所程度整備するとともに、すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、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することを目標とする。

また、がんに関する情報を掲載したパンフレットの種類を増加させるとともに、当該パンフレットを配布する医療機関等の数を増加させることを目標とする。加えて、当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とする。

さらに、拠点病院における診療実績、専門的にがん診療を行う医師及び臨床試験の実施状況に関する情報等を更に充実させることを目標とする。

(4) がん登録

(現状)

がん登録には、各医療機関内のがんに関するデータを把握する「院内がん登録」と、こうした院内がん登録のデータを基に各都道府県内のがんの罹患、転帰その他の状況を把握する「地域がん登録」がある。また、学会等が主体となって臓器別のがんに関するデータを収集する「臓器がん登録」がある。

「院内がん登録」については、「標準登録様式に基づく実施」を拠点病院の指定要件としている。

「地域がん登録」については、「都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること」を拠点病院の指定要件としていたともに、厚生労働省研究班において標準登録項目・標準の手順を検討し、報告書として取りまとめ、がん対策情報センターのホームページ等を通じて地方公共団体に対し周知を行っている。

「院内がん登録」については、我が国においては一部の医療機関で行われているのみである。また、「地域がん登録」については、諸外国では、法律に基づき、全国で実施している国も少なくないが、我が国においては現在35道府県1市に限られており、特に罹患数については全国推計値が厚生労働省研究班により、一部地域のデータに基づき推計されているのみである。

なお、健康増進法に基づく地域がん登録事業において、民間の医療機関等が都道府県へがん患者の個人情報を提供することは、個人情報の保護に関する法律等の適用除外の事例に該当すると整理されている。

(取り組むべき施策)

がん登録の実施に当たってはまず、がん患者を含めた国民の理解が必要であることから、その意義と内容について、広く周知を図る。

さらに、個人情報の保護に関する取組をより一層推進するとともに、

その取組を国民に広く周知し、がん登録に関する国民の更なる理解を促進していく。

がん登録の実施に当たっては、医師の協力も必要であるが、その負担軽減を図りつつ、効率的に行っていくためには、がん登録の実務を担う者の育成・確保が必要であることから、こうした者に対する研修を着実に実施していく。

がん対策情報センターは、拠点病院等に対して、知識・技術に関するアドバイス、データの共有・活用及びその前提となる個人情報の保護に関する取組など、がん登録に関する技術的支援を行う。

また、拠点病院は、他の拠点病院に対して各取組例を情報提供するなど、お互いにこうした技術的支援を個別具体的にを行うことにより、がん登録を着実に実施していく。

がん対策情報センターは拠点病院等との協力の下、がん登録の情報を収集し、全国的な傾向や課題などを分析する。

拠点病院以外のがん診療を行っている医療機関についても、院内がん登録を実施していくことが望まれる。

がんに関する情報を正確に把握するため、引き続き、実施体制の標準化について検討を進めていく。

また、予後調査に当たっては、住民基本台帳等の閲覧が有効であるものの、民間の医療機関がその閲覧を行うには、多くの労力を必要とすることから、その方策を検討していくほか、臓器がん登録との連携や小児がん登録の整備など、がん登録の在り方について更なる検討を行っていく。

地域がん登録は、統一的な基準により、国民の合意を得て全国で実施することが望ましいが、個人情報を適切に保護することが必要であり、登録対象の範囲や予後調査の方法を含め、諸外国では法律に基づき実施

されていることも参考としつつ、地域がん登録の実施手法について更なる検討を行う。

(個別目標)

院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況（診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など）を把握し、その状況を改善することを目標とする。

また、すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講することを目標とする。

さらに、がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめることを目標とする。

(5) がんの予防

(現状)

がんの原因は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣や肝炎ウイルス等の感染症など様々なものがある。がんの予防に関しては、こうした様々な原因に関する大規模コホート研究等が推進され、その成果を踏まえて「21世紀における国民健康づくり運動（以下「健康日本21」という。）」に基づく普及啓発など、予防対策が行われている。

(取り組むべき施策)

がんの予防においては、たばこ対策を進めることが重要であることから、従来より健康日本21や健康増進法に基づく対策を行ってきたが、平成17（2005）年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約」が発効したことから、我が国においても、受動喫煙防止対策、広告

規制及び普及啓発など、同条約の批准国として、我が国の実情を十分に踏まえ、同条約に規定されている各種の方策を必要に応じて適切に行っていく。

発がんリスクの低減を目指して、喫煙の及ぼす健康影響についての普及啓発を進め、禁煙支援プログラムの更なる普及を図り、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行うための体制を整備していく。

肝炎に関する普及啓発や肝炎ウイルス検査体制の充実を通じて、肝炎患者を早期発見し、早期に治療に結びつけることにより、肝がんの発症予防に努めていく。

大規模コホート研究など、国の施策として位置づけて実施すべき研究の体制整備を推進するとともに、こうした研究のデータを分析することによって得られる科学的根拠に基づくがんの予防対策について、既に得られている知見も含め、がん対策情報センター等を通じて、医療機関はもとより広く国民へ普及啓発し、周知していく。

関係機関及び関係団体の協力の下、学校現場や地域における健康教育を充実させ、子どもの発達段階を踏まえつつ、できる限り早い時期から、健康のために望ましい生活習慣やがんに関する知識を身につけられるようにしていく。

(個別目標)

発がんリスクの低減を図るため、たばこ対策について、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、適切な受動喫煙防止対策を実施すること、未成年者の喫煙率を3年以内に0%とすること、さらに、禁煙支援プログラムの更なる普及を図りつつ、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援を行っていくことを目標とする。

また、健康日本21に掲げられている「野菜の摂取量の増加」、「1日

の食事において、果物類を摂取している者の増加」及び「脂肪エネルギー比率の減少」等を目標とする。

(6) がんの早期発見

(現状)

がん検診については、昭和57(1982)年度に老人保健法に基づく市町村の事業として、胃がん検診、子宮頸部がん検診が開始された。その後、子宮体部がん検診、肺がん検診、乳がん検診、大腸がん検診が追加・拡充されてきたところ、平成10(1998)年度に一般財源化され、現在は法律に基づかない市町村事業として整理されている。

企業における福利厚生や健康保険組合等における独自の保健事業の中で、がん検診を実施している場合やがん検診受診の補助を行っている場合がある。また、任意で受診する人間ドック等の中で、がん検診を受けている場合もある。

がん検診の受診率は、「平成16年国民生活基礎調査」によれば、あらゆる実施主体によるものを含め、男女別がん種別で見た場合、13.5%~27.6%となっている。

国においては、がん検診について、対象年齢、受診間隔、検診項目、精度管理等に関する指針を示している。また、国においては「がん検診に関する検討会」を設置し、平成15(2003)年12月からがん検診の在り方について見直しを図っており、現在まで「乳がん」、「子宮がん」、「大腸がん」及び「胃がん」に関しての検討結果を指針に反映させている。

平成20(2008)年度以降、がん検診等については健康増進法に基づく事業(努力義務)として引き続き市町村が行い、糖尿病等の生活

習慣病に着目した健康診査（義務）については医療保険者が行うこととなる。

（取り組むべき施策）

受診率の抜本的な向上を図るため、国民に対しがん予防行動の必要性の理解及びがん検診についての普及啓発を図った上で総合的な対策を推進する。

特に、受診対象者を正確に把握した上で、未受診者に対する普及啓発や受診勧奨を行うなど、未受診者を無くすことに重点を置いたより効果的ながん検診の推進を図る。また、企業やマスメディア等も巻き込んだ普及啓発に関する取組など、都市部や町村部といった地域の特性に合わせたモデル的な取組を評価・普及していく。

市町村によるもののほか、人間ドックや職域での受診を含め、実質的な受診率を把握できるような手法の検討を行うなど、正確な受診率を把握することに努める。

有効性の確認されたがん検診を実施するため、科学的根拠に基づくがん検診の手法の評価を、定期的に行う体制を今後とも維持する。また、精度管理・事業評価についても十分検討する。

これまでの研究成果を応用に結びつけるため、がんの早期発見の手法の改良や開発に関する研究についてより一層の推進を図る。

がん検診の受診につながるインセンティブ等について検討を進めていく。

市町村におけるがん検診と老人保健法における基本健康診査等については、市町村において同じ会場で実施されている場合もあるが、平成20（2008）年度以降も、受診日、受診場所、費用負担などについては、

受診者の利便性が損なわれないよう配慮することが望まれる。

（個別目標）

がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とする。

また、すべての市町村において、精度管理・事業評価が実施されるとともに、科学的根拠に基づくがん検診が実施されることを目標とする。なお、これらの目標については、精度管理・事業評価を実施している市町村数及び科学的根拠に基づくがん検診を実施している市町村数を参考指標として用いることとする。

（7）がん研究

（現状）

がんに関する研究については、「第3期科学技術基本計画」において推進することとされているが、厚生労働省、文部科学省、経済産業省が連携し、基礎研究、予防法の開発、診断薬・診断機器の開発、治療薬・治療機器の開発、標準的治療の確立など、様々な側面から推進している。

厚生労働省及び文部科学省においては、臨床研究コーディネーター（CRC）の養成研修を平成10（1998）年度から実施している。

厚生労働省及び文部科学省は、がんを含む治験・臨床研究の活性化のため、共同で「新たな治験活性化5カ年計画」を策定し、平成19（2007）年4月から実施している。

臨床研究の基盤整備については、がん対策情報センターが、多施設が

共同して臨床研究を実施する際のデータセンターとして機能し、新しい治療法の確立を支援しているが、更なる機能強化が必要である。

医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令（以下「GCP省令」という。）においては、治験を実施する医師は、当該治験が試験を目的とするものである旨を記載した説明文書を治験参加者に交付し説明を行い、同意を得なければならないと規定されている。

（取り組むべき施策）

がんに関する研究については、難治がんに関する研究、長期的な療養の状況の把握も含む患者のQOL（生活の質）の向上に資する研究など臨床的に重要性の高い研究やがん医療の均てん化など行政的に必要性の高い研究を実施していく。

併せて、基礎研究とともに、重粒子線等を用いた新しい放射線療法、分子標的療法などの新しい治療法及び有用な早期診断技術についての研究開発を推進していくとともに、その普及に当たっては既存の診療との比較による有効性及び費用対効果等の評価を行っていく必要がある。

なお、研究を企画・実施する際には国民の意見をより一層反映するように取り組んでいくことに努める。

期待された結果が得られなかった場合も含め研究成果が国民に対しわかりやすく伝わるように努めるとともに、臨床研究の意義を広く国民に周知し、比較対照研究が、がん患者からの協力などを得て実施されるよう努める。

治験及び臨床研究については、情報の提供や公開を積極的に行うことにより、国民の理解を得られるよう努めていく。

がんに関する研究の実施機関や予算規模について透明性を確保するとともに、効率的な研究の実施体制を構築していく。

治験・臨床研究を円滑かつ積極的に実施するために、国立がんセンターを含む医療機関のネットワークに対して、臨床研究コーディネーター（CRC）やデータマネージャーの充実など、治験・臨床研究の実施基盤の整備・強化を図る。

国立がんセンターにおいては、がん患者に対して、科学的根拠に基づく最善の医療を提供するために積極的に臨床研究に取り組むとともに、多施設が共同して実施する臨床研究に対して、必要な技術的支援を行っていく。

（個別目標）

がんによる死亡者の減少、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を実現するためのがん対策に資する研究をより一層推進していくことを目標とする。

第4 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

国、地方公共団体及び関係者等が、「がん患者を含めた国民の視点」に立って、がん対策を総合的かつ計画的に推進していくに当たっては、以下のような事項が更に必要である。

1 関係者等の有機的連携・協力の更なる強化

がん対策を実効あるものとして総合的かつ計画的に展開していくためには、国及び地方公共団体をはじめ、関係者等が一体となって取り組む必要がある。

このため、関係者等には、有機的連携・協力の更なる強化を図ることが求められるが、その取組例としては以下のようなものが考えられる。

ア がんの専門医の養成については、がんの専門医認定に関係する学会等が協力すること。

イ 緩和ケアに関する目標値等を立てるための調査活動について、国がサポートしつつ、学会及び関係団体が協力しながら実施していくこと。

ウ 学会及び診療に関する学識経験者の団体は、一般医療に携わっている医師も、緩和ケアを体系化して勉強する必要があることから、お互いに協力することにより、こうした観点も取り入れた教育・研修のカリキュラムを組むこと。

エ 学会は、患者団体や関係団体との協力により、解説資料の作成等を通じて、がん患者やその家族における診療ガイドラインへの理解を助けることができるように努めること。

2 都道府県による都道府県計画の策定

基本法第11条第1項においては、「都道府県は、国が策定するがん対策推進基本計画を基本とするとともに、当該都道府県におけるがん患者に対するがん医療の提供の状況等を踏まえ、都道府県がん対策推進計画を策定しなければならない」とされている。

また、基本法第11条第2項においては、「都道府県がん対策推進計画は、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項に規定する医療計画、健康増進法（平成14年法律第103号）第8条第1項に規定する都道府県健康増進計画、介護保険法第118条第1項に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない」とされている。

「第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の「3 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標」の「（2）医療機関の整備等」のとおり、都道府県は、医療法に基づく平成20（2008）年度からの新たな医療計画において、がん等に係る地域ごとの医療連携体制について記載し、連携を推進することとされている。

このため、都道府県には、平成20（2008）年度からの新たな医療計画等との調和を図りつつ、がん対策を実施していくため、平成19（2007）年度中に都道府県計画を策定することが望まれる。

なお、策定に当たっては、がん患者及びその家族又は遺族の視点も踏まえることが重要である。

3 関係者等の意見の把握

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、関係者等の意見を集約し、これらのがん対策に反映させていくことが極めて重要である。

このため、国及び地方公共団体は、関係者等の意見の把握に努めるものと

する。

4 がん患者を含めた国民等の努力

がん対策は、がん患者を含めた国民を中心として展開されるものであるが、がん患者を含めた国民は、その恩恵を享受するだけでなく、主体的かつ積極的に活動する必要がある。また、企業等には、国民のがん予防行動を推進するための積極的な支援・協力が望まれる。

基本法第6条においては、「国民は、喫煙、食生活、運動その他の生活習慣が健康に及ぼす影響等がんに関する正しい知識を持ち、がんの予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、必要に応じ、がん検診を受けるよう努めなければならない」とされている。

このため、国民は、喫煙、食生活及び運動等の生活習慣とがんとの関係についての知識を得ることに努めるとともに、がん検診を受診するように努めるものとする。

また、がん患者を含めた国民等には、少なくとも以下の努力が望まれる。

ア がん患者及びその家族は、がん医療が医療従事者とのより良い人間関係を基盤として成り立っていることを踏まえ、相互に信頼関係を構築することができるように努めること。

イ がん患者及びその家族は、医療従事者と協力して治療を進め、治療内容について、医療従事者と共有できるようにすること。

なお、そのためには、がん医療に関する相談支援及び情報提供を行うための体制が整備されている必要がある。

ウ がん患者及び患者団体等は、がん対策において担うべき役割として、医療政策決定の場に参加し、行政機関や医療従事者と協力しつつ、がん医療を変えよとの責任や自覚を持って活動していくこと。

また、患者団体は必要に応じて議論を重ね、より良い医療体制を実現するために連携して行動すること。なお、そのためには、行政機関をはじめ社会全体で患者団体の支援を行っていく必要がある。

エ がん患者を含めた国民は、がんに関する治験及び臨床研究の意義を理解し、積極的に参加すること。

なお、同時にGCP省令を周知することが必要である。

5 必要な財政措置の実施及び予算の効率化・重点化

基本計画による取組を総合的かつ計画的に推進し、全体目標を達成するためには、がん医療を推進する体制を適切に評価するようなきめ細やかな措置を講じるなど、各取組の着実な実施に向け必要な財政措置を行っていくことが重要である。

一方で、近年の厳しい財政事情の下では、限られた予算を最大限有効に活用することにより、がん対策による成果を収めていくという視点が必要となる。

このため、より効率的に予算の活用を図る観点から、選択と集中の強化、各施策の重複排除及び関係府省間の連携強化を図るとともに、官民の役割及び費用負担の分担を図ることとする。

6 目標の達成状況の把握及び効果に関する評価

基本法第9条第7項においては、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときは、これを変更しなければならない」とされている。

がん対策を実効あるものとして総合的に展開していくためには、その進捗

管理を行うことが極めて重要である。このため、政府は、目標の達成状況を把握するとともに、国民の意見等を踏まえつつ、がん対策の効果を検証し、施策の見直しを図ることとする。なお、基本計画を変更するときは、当該見直しの結果を反映させる必要がある。

がん対策推進協議会は、がん対策の進捗状況を適宜把握するよう努めるとともに、施策の推進に資するよう必要な提言を行う。

7 基本計画の見直し

基本法第9条第7項においては、「政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」とされている。

この基本計画は、がんをめぐる現状を踏まえ、がん対策の基本的方向について定めたものである。今後は、基本計画に定める取組を進めていくこととなるが、がんをめぐる状況変化を的確に捉えた上で、目標の達成状況の把握と効果に関する評価を行い、必要があるときは、計画期間が終了する前であっても、これを変更することとする。

なお、基本法第11条第4項においては、「都道府県は、当該都道府県におけるがん医療に関する状況の変化を勘案し、及び当該都道府県におけるがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも5年ごとに、都道府県がん対策推進計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない」とされているが、都道府県計画の見直しも、基本計画に合わせて適宜評価・検討の上行われることが望まれる。

平成 21 年 12 月 2 日

内閣府特命担当大臣（行政刷新） 仙谷 由人 様
財務大臣・税制調査会長 藤井 裕久 様
厚生労働大臣 長妻 昭 様
厚生労働副大臣 長浜 博行 様
厚生労働副大臣 細川 律夫 様
厚生労働大臣政務官 足立 信也 様
厚生労働大臣政務官 山井 和則 様

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員有志一同
都道府県がん対策推進協議会等患者関係委員有志一同

たばこ税の引上げに関する要望書

平素より医療の向上にご尽力いただき、がん患者および家族として御礼を申し上げます。

喫煙は、がん、呼吸器疾患、循環器疾患、消化器疾患、歯周疾患などの様々な疾病や健康障害の原因となっており、受動喫煙は、肺がんや呼吸器疾患、虚血性心疾患などの発症リスクを高めていることが明らかとなっています。

がんの死亡率の低下には、たばこ対策は欠くことのできない施策であり、平成 17 年に発効した「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）では、たばこ税やたばこ価格の引上げ、たばこ農家などの転作や関係者の撤退に対する補償など、たばこ対策に関する一連の措置が求められているにもかかわらず、わが国は先進国の中では依然としてたばこ対策がかなり遅れているのが実情です。

厚生労働省がん対策推進協議会においては、全会一致でたばこ対策の必要性が強調され、第 8 回協議会にて採択された意見書では、「国民の喫煙率の低下、特に未成年者の喫煙防止に向けて、たばこ価格の引き上げの実現を強く要望する」とされています。また同省受動喫煙防止対策のあり方に関する検討会においても、その報告書にて「受動喫煙の健康への悪影響について、国民や関係者が十分理解し、自ら問題意識をもって、共同体の一員として問題解決に臨む必要がある」「たばこ価格・たばこ税の引上げによって喫煙率の低下を図ることは重要であり、その実現に向けて引き続き努力する必要がある」とされています。

平成 20 年に医療関係団体・患者団体合計 39 団体（延べ会員約 200 万人）により提出された「たばこ税の引上げに関する意見書」にみられるように、たばこ税については国民の健康保護の観点から抜きには考えられないことは、以前より関係学会等の提言などで再三指摘されています。わが国の喫煙率が先進国と比べて高い水準となっている中、国民の喫煙率の低減、特に未成年者の喫煙防止に向けて、たばこ税やたばこ価格の引上げを強く要望するとともに、たばこ規制枠組条約に定められた一連の措置が、速やかに実行されること

を要望します。

また、わが国においてはたばこによる税収が重要な財源とされているところ、たばこ税の引上げにより得られた貴重な財源は、がんをはじめとする生活習慣病対策など、医療・社会保障予算に充当されることを要望します。民主党はその「INDEX2009 医療政策詳細版」にて、「禁煙対策の徹底化等を通じてがんの予防対策をより一層強固なものにします」としていますが、政府の主導により国民の健康保護の施策を強く推進されますよう、ここに要望書を提出いたします。

以上

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員有志一同

天野 慎介 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
郷内 淳子 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
前川 育 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
三好 綾 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
安岡 佑莉子 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
海辺 陽子 (前厚生労働省がん対策推進協議会委員)
金子 明美 (前厚生労働省がん対策推進協議会委員)
富樫 美佐子 (前厚生労働省がん対策推進協議会委員)

都道府県がん対策推進協議会等患者関係委員有志一同

田口 良実 (前秋田県がん対策推進計画検討委員会委員)
海野 志ん子 (福島県がん診療連携協議会委員)
齋藤 とし子 (千葉県がん対策推進部会委員)
藤田 敦子 (千葉県がん対策推進部会委員)
内田 絵子 (前東京都がん対策推進協議会委員)
窪川 ゆかり (山梨県がん対策推進協議会委員)
若尾 直子 (山梨県がん対策推進協議会委員)
橋渡 智美 (岐阜県がん対策推進協議会委員)
片山 環 (大阪府がん対策推進計画協議会がん医療部会委員)
濱本 満紀 (大阪府がん対策推進計画協議会委員)
馬詰 真一郎 (奈良県がん対策推進協議会委員)
吉岡 敏子 (奈良県がん対策推進協議会委員)
納賀 良一 (島根県がん対策推進協議会委員)
中川 久美子 (前広島県がん対策推進協議会がん情報提供部会委員)
松本 陽子 (愛媛県がん対策推進協議会委員)
高橋 和子 (福岡県がん対策推進協議会委員)
三木 雅貴 (沖縄県がん診療連携協議会緩和ケア部会委員)

平成 21 年 12 月 2 日

内閣府特命担当大臣（行政刷新） 仙谷 由人 様
厚生労働大臣 長妻 昭 様
厚生労働副大臣 長浜 博行 様
厚生労働副大臣 細川 律夫 様
厚生労働大臣政務官 足立 信也 様
厚生労働大臣政務官 山井 和則 様

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員有志一同
都道府県がん対策推進協議会等患者関係委員有志一同

がん対策の推進に関する要望書

平素より医療の向上にご尽力いただき、がん患者および家族として御礼を申し上げます。

日本人にとって死因の第 1 位である「国民病」とされるがんの対策については、民主党、自由民主党・公明党の共同提案により成立したがん対策基本法が施行されてから 3 年目を迎える中、特に再発・終末期に適切な医療機関にて治療を受けられない、いわゆる「がん難民問題」対策など、遅々として進んでいないのが実情です。加えて、がん医療を含む各地の医療現場の疲弊は著しく、医療者は大きな負担の中で日々がん診療に従事しています。

これに対し、厚生労働省がん対策推進協議会では平成 21 年 3 月、アンケートやタウンミーティングにより論点整理を進め、がん医療に関わる医療者や患者、市民、地方行政など、現場の声を集約する形で 70 本の推奨施策から成る「平成 22 年度がん対策予算に関する提案書」をとりまとめ、その実現を求めてきました。しかし、6 月に開催された第 10 回がん対策推進協議会において、厚生労働省より「推奨施策の検討状況」が提示され、「既存の事業（あるいは診療報酬・研究事業費）の枠組みで対応を検討」との説明があったものの、8 月に提示された概算要求ではほとんど推奨施策が反映されていなかったと考えられます。

民主党はそのマニフェストや「INDEX2009 医療政策詳細版」にてがん対策の推進を明記し、「民主党は『がん対策基本法』を成立させましたが、がん患者や家族も加わった『がん対策推進協議会』の運営や『がん対策推進基本計画』が着実に推進されるよう取り組みます」としています。我々は、民主党がこのマニフェスト等に明記された事項や、医療現場の声をとりまとめた「平成 22 年度がん対策予算提案書」に提示された 70 本の推奨施策の完全実施について強く要望いたします。

なお、10 月 22 日～24 日に開催された第 47 回日本癌治療学会学術集会においても、国に向けて「がん対策基本法下の、わが国のがん対策に向けての提言」「がん医療改革に向け、学会が患者と共にできること」の両提言が示されました。我々は、がん医療に日々尽力される医療者が患者も交えて策定したこの提言を支持し、医療者とともに医療を守り、育て

るために、我々の要望と併せて実現されることを要望いたします。

記

厚生労働省がん対策推進協議会「平成 22 年度がん対策予算に向けた提案書」推奨施策

- 1) がん対策予算の 100%活用プロジェクト
- 2) がん対策ノウハウ普及プロジェクト
- 3) 都道府県がん対策実施計画推進基金の設置
- 4) がん対策への PDCA (計画、実行、評価、改善) サイクルの導入
- 5) 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援
- 6) がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン
- 7) 小学生向けの資料の全国民への配布
- 8) 初等中等教育におけるがん教育の推進
- 9) がん予算策定新プロセス事業
- 10) 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
- 11) 質の評価ができる評価体制の構築
- 12) 分野別施策の進捗管理に利用できる質の評価のための指標の開発
- 13) がんに関わる医療従事者の計画的育成
- 14) 放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離
- 15) 医学物理士の育成と制度整備
- 16) がん薬物療法専門家のための e ラーニングシステム
- 17) 専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設
- 18) 専門・認定看護師への特別報酬
- 19) 切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン
- 20) 長期療養病床のがん専門療養病床への活用 (モデル事業)
- 21) がん診療に携わる医療者への緩和医療研修
- 22) 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
- 23) 緩和医療地域連携ネットワークの IT (情報技術) 化
- 24) 緩和ケアの質を評価する仕組みの検討
- 25) 大学における緩和ケア講座の拡大
- 26) 在宅ケア・ドクターネット全国展開事業
- 27) 在宅医療関係者に対するがんの教育研修
- 28) 在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保
- 29) 大規模在宅ケア診療所エリア展開システム
- 30) 介護施設に看取りチームを派遣する際の助成
- 31) 合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク
- 32) 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
- 33) 診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト
- 34) 副作用に対する支持療法のガイドライン策定
- 35) がん診療連携拠点病院制度の拡充

- 36) 拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）
- 37) ハイパーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）
- 38) 医療機関間の電子化情報共有システムの整備
- 39) がん患者動態に関する地域実態調査
- 40) がん診療連携拠点病院の地域連携機能の評価手法の開発
- 41) がん相談全国コールセンターの設置
- 42) 「がん患者必携」の制作および配布
- 43) 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成
- 44) 全国統一がん患者満足度調査
- 45) 地域統括相談支援センターの設置
- 46) 相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート
- 47) がん経験者支援部の設置
- 48) 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長
- 49) 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
- 50) 長期の化学療法に対する助成
- 51) 地域がん登録費用の10/10助成金化
- 52) がん登録法制化に向けた啓発活動
- 53) がん登録に関する個人情報保護体制の整備
- 54) たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策
- 55) 喫煙率減少活動への支援のモデル事業
- 56) 学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発
- 57) 保険者・事業者負担によるがん検診
- 58) 保険者負担によるがん検診のモデル事業
- 59) がん検診促進のための普及啓発
- 60) がん検診の精度管理方式の統一化
- 61) 長期的な地域がん検診モデル事業
- 62) イベント型がん検診に対する助成
- 63) 抗がん剤の審査プロセスの迅速化
- 64) 希少がん・難治がん特別研究費
- 65) がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設
- 66) がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進
- 67) 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し
- 68) 疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト
- 69) 子宮頸がん撲滅事業
- 70) 小児がんに対する包括的対策の推進

以上

厚生労働省がん対策推進協議会患者関係委員有志一同

天野 慎介 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
郷内 淳子 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
前川 育 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
三好 綾 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
安岡 佑莉子 (厚生労働省がん対策推進協議会委員)
海辺 陽子 (前厚生労働省がん対策推進協議会委員)
金子 明美 (前厚生労働省がん対策推進協議会委員)
富樫 美佐子 (前厚生労働省がん対策推進協議会委員)

都道府県がん対策推進協議会等患者関係委員有志一同

田口 良実 (前秋田県がん対策推進計画検討委員会委員)
海野 志ん子 (福島県がん診療連携協議会委員)
藤田 敦子 (千葉県がん対策推進部会委員)
齋藤 とし子 (千葉県がん対策推進部会委員)
内田 絵子 (前東京都がん対策推進協議会委員)
若尾 直子 (山梨県がん対策推進協議会委員)
窪川 ゆかり (山梨県がん対策推進協議会委員)
橋渡 智美 (岐阜県がん対策推進協議会委員)
片山 環 (大阪府がん対策推進計画協議会がん医療部会委員)
馬詰 真一郎 (奈良県がん対策推進協議会委員)
吉岡 敏子 (奈良県がん対策推進協議会委員)
納賀 良一 (島根県がん対策推進協議会委員)
中川 久美子 (前広島県がん対策推進協議会がん情報提供部会委員)
松本 陽子 (愛媛県がん対策推進協議会委員)
高橋 和子 (福岡県がん対策推進協議会委員)

H21. 12. 2

委員 郷内 淳子

委員 三好 綾

委員 安岡佑莉子

がん対策における地方公共団体の取組みの進展について

1. がん対策への取組みの都道府県格差について（別紙参照）

- 地域がん登録を未実施の自治体が 13 都県ある（2008 年時点）
- 「がん対策推進計画を推進するための都道府県の主な取組み」（アクションプラン）について報告期限（10 月末日）までに報告があった自治体が 19 府県にとどまり、策定と報告が遅れている。
東京都は回答なしの状態となっている。
- がん診療連携拠点病院への補助金が自治体によって最大 2.3 倍の格差がある。（最大 2,200 万円、最小 95 万円）

以上のような事象ががん対策の推進において地域の格差拡大の原因となることが懸念されます。

このことは居住地によって患者が享受しうる医療、サービスに大きな差異をもたらし、結果的に不利益を蒙ることに直結します。

患者が求めるのは「どこに住んでも等しく十分に納得できるがん医療を受ける環境」であり、がん対策基本法および付帯決議にはそのための「国と地方公共団体」の責務が明記されております。

がん対策推進協議会において、このような現状を看過せず、がん対策の取組みに熱意の弱い自治体に対しては、是正勧告を出すなど積極的な影響力の行使を求めます。

2. 地域医療再生臨時特例交付金のがん対策への活用について

- 「地域医療再生臨時特例交付金」は各都道府県に 2 つの医療圏ごとに 25 億円ずつの交付が予定されている。同交付金は地域が定める「地域医療再生計画」に定める事業を対象とされるところ、4 疾病 5 事業としてがんは重点課題とされている。
同交付金の活用の際にはがん対策にも応分の配分をされるよう地方自治体にがん対策推進協議会より要請をしてはどうか。

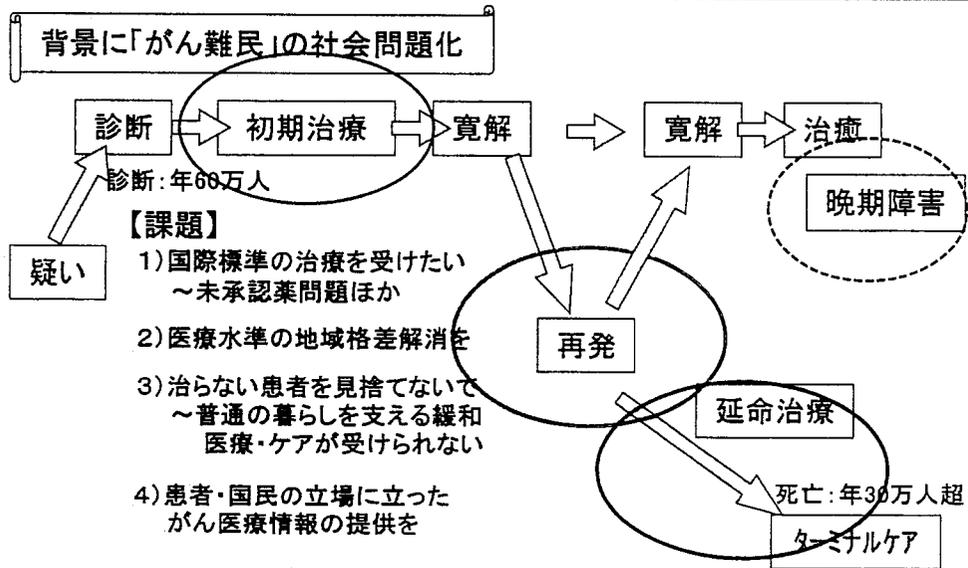
以上

都道府県 がん対策の取り組みの状況について

地域がん登録 / 未実施 アクションプラン / 報告済み がん診療拠点病院 補助金(万円)

順位	都道府県	地域がん登録 / 未実施	アクションプラン / 報告済み	がん診療拠点病院 補助金(万円)
1	北海道			700
2	青森県			900
3	岩手県			1,050
4	宮城県			1,300
5	秋田県			900
6	山形県		報告済み	500
7	福島県	未実施		1,480
8	茨城県		報告済み	2,200
9	栃木県		報告済み	2,200
10	群馬県			1,300
11	埼玉県	未実施		95
12	千葉県		報告済み	1,400
13	東京都	未実施		2,200
14	神奈川県			1,000
15	新潟県			943
16	富山県			900
17	石川県			2,200
18	福井県		報告済み	689
19	山梨県		報告済み	2,200
20	長野県	未実施		1,600
21	岐阜県			600
22	静岡県	未実施	報告済み	2,200
23	愛知県			1,700
24	三重県	未実施	報告済み	1,200
25	滋賀県		報告済み	1,300
26	京都府			2,200
27	大阪府		報告済み	1,440
28	兵庫県	未実施		800
29	奈良県		報告済み	1,250
30	和歌山県	未実施		1,095
31	鳥取県			2,200
32	島根県		報告済み	1,100
33	岡山県		報告済み	900
34	広島県		報告済み	1,300
35	山口県			1,300
36	徳島県	未実施	報告済み	540
37	香川県		報告済み	400
38	愛媛県	未実施	報告済み	600
39	高知県		報告済み	1,062
40	福岡県	未実施	報告済み	426
41	佐賀県			1,427
42	長崎県			900
43	熊本県			530
44	大分県	未実施		700
45	宮崎県	未実施		546
46	鹿児島県	未実施		400
47	沖縄県			480

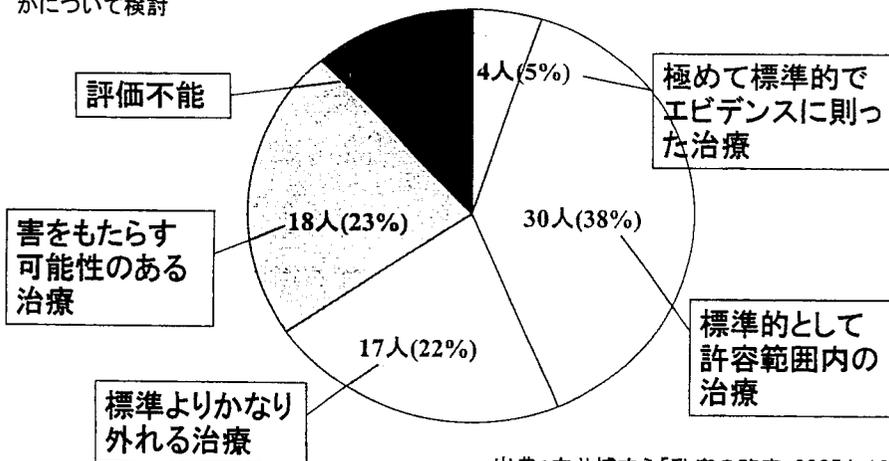
患者の声でできた「がん対策基本法」



課題1 適切な治療を受けたい

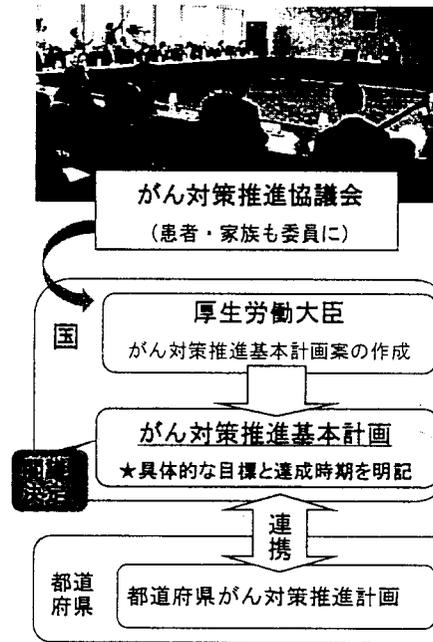
＜国立がんセンター東病院化学療法科の報告＞

国立がんセンター東病院を受診した「乳がん遠隔転移・遠隔再発例」の78例(2003年2月からの2年間)を対象に、初期治療で標準治療が的確に実施されたか、実施された治療法が妥当であるかについて検討



出典:向井博文ら「乳癌の臨床」2005年10月号

がん対策推進基本計画



【基本方針】

- ① 国民・患者の視点に立ったがん対策
- ② 総合的かつ計画的ながん対策

【重点的に取り組む課題】

- ① 放射線療法・化学療法の推進とその専門医等の育成
- ② 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
- ③ がん登録の推進

【全体目標】(10年以内)

- ① がん死亡率(※)を20%減少
※75歳未満年齢調整死亡率
- ② すべてのがん患者・家族の苦痛の軽減、療養生活の質向上

【分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標】

基本計画の個別目標と評価手法(案)

—がん対策推進協議会の資料から—

【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】①

がん診療を行っている医療機関が放射線療法及び化学療法を実施できるようにするため、まずはその先導役として、すべての拠点病院において、5年以内に、放射線療法及び外来化学療法を実施できる体制を整備すること

評価指標 (ベースライン※)	評価方法
① 放射線療法の実施体制を整備している拠点病院の割合(リニアックの有無)	① がん診療連携拠点病院の現況報告書(平成20年3月1日0301004号厚生労働省健康局長通知第V2(2))
② 外来化学療法の実施体制を整備している拠点病院の割合(外来化学療法室の有無)	② 同上

【放射線療法及び「リニアックがある」「外来化学療法室がある」と、しっかりした治療拠点病院のうち、**が行われていることは、結びつかないのではないかと**、5年以内に、放射線療法部門及び化学療法部門を設置すること

評価指標 (ベースライン※)	評価方法
① 放射線療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合	① 現況報告書
② 化学療法部門を設置している都道府県がん診療連携拠点病院及び特定機能病院の割合	② 同上

※ベースラインは「がん診療連携拠点病院の現状把握について」(平成19年8月)で把握

本委員提出資料

課題2 見捨てないがん医療を

《緩和医療・ケアの考え方(WHO2002の定義から)》

これまで:がん治療ができなくなったら移行



薬物治療発展による治療期間の長期化
QOLの重要性が増す

これから:がん治療のスムーズな継続、生活の質向上のために



がん対策基本法16条に「疼痛等の緩和を目的とする医療が
早期から適切に行われるように」と明記された

基本計画の個別目標と評価手法(案)

—がん対策推進協議会の資料から—

【緩和ケア】①

すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること

評価指標 (ベースライン)

- ① 開催指針に準拠した緩和ケア研修会の修了者数

評価方法

- ① 厚労省がん対策推進室発行した修了証書数で把握(毎年度3月末頃集計)

【緩和ケア】②

原則として全国すべての2次医療圏において、5年以内に、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させる

評価指標

- ① 国立がんセンター及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数

評価方法

- ① 厚労省がん対策推進室発行した修了証書数で把握

研修修了者数と、患者・家族の療養生活の質向上に向けて治療の初期から適切に緩和ケアが提供されているかは、違う話では？

基本計画の中間報告・見直しに対する要望①

◆中間評価指標案では質的評価ができない

- 測定して達成度合いを確認できる指標が設定されていない
- 測定できる指標であっても構造評価ばかりで質的評価指標がない
- 法理念としての大目標に、指標が設定されていない

⇒協議会委員としての自己反省

- 2か月で作成した基本計画→目標設定の議論が十分できていない
- 目標数値を具体的に盛り込んだアクションプランが作成できなかった

◆ステップとしての中間評価に

- 第一段階として、体制整備の状況把握のための構造評価は意味がある
- 第二期の新計画策定の際には、質的評価ができる目標設定が必要

基本計画の中間報告・見直しに対する要望②

◆具体的な新計画策定に向けて

- 次期計画では構造から質の評価へ
- 事例として: キャンサーボードで検討している症例割合、除痛率、患者・家族満足度、医療従事者満足度、ガイドライン遵守率など(がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当WGの議論から)

➤有効な指標の開発

- 拠点病院の現況報告の精査→次期に向け報告内容の見直しも
- 研究班等の成果を活用 →例: Quality Indicator研究、緩和の評価等
⇒将来は、がん対策の各項目でQI設定、米Quality Forum のような機関で患者・市民の視点もいかして

➤データ収集・分析体制の確立

- 人手(予算)、IT利用、既存データ利用のための法整備

平成 21 年 12 月 2 日

厚生労働省がん対策推進協議会
垣添 忠生 会長

厚生労働省がん対策推進協議会
提案書取りまとめ担当ワーキンググループ

平成 22 年度診療報酬改定における がん領域に関する提案について

平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中央社会保険医療協議会（中医協）などにおいて取りまとめられる内容を踏まえて行われることとなる。第 10 回厚生労働省がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）においては、がんに関わる診療報酬についての提言の必要性について指摘があった。また、第 10 回厚生労働省社会保障審議会医療部会（平成 21 年 11 月）においては、「がん医療の推進」を来年度診療報酬改定の基本方針の「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に加え、がん対策推進協議会での議論との整合性を図るべきとの指摘があった。中医協においても、平成 22 年度改定における 22 項目の「今後の主な検討項目例」に、がん領域があげられている。

がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当ワーキンググループは、「平成 22 年度がん予算提案書～元気の出るがん対策～（案）」を平成 21 年 2 月に開催された第 9 回がん対策推進協議会に提出した。同提案書は同協議会において承認され、3 月に厚生労働大臣に提出されたが、この提案書において指摘されたがん対策・がん診療における問題点は、がん予算だけによって対処できるものだけでなく、診療報酬改定によってこそ解決が見出されるものが多い。

これらをふまえ、がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当ワーキンググループでは、がん医療の推進に関する診療報酬での対応についての意見をとりまとめ、平成 22 年度診療報酬改定に向けたがん対策を推進するための評価の検討について、がん対策推進協議会会長に提出するものである。

平成 22 年度診療報酬改定に向けた がん対策を推進するための評価の検討について

国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、平成 19 年のがん対策基本法の施行を契機として、様々な施策が推進されてきたものの、がん医療を提供する医療資源は脆弱であり、いわゆる「がん難民」問題等の解決には程遠いのが実情である。

長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民の議論とコンセンサスを経たうえで明確化するとともに、診療報酬を含む医療費や医療の効率化が不可欠である。また、がん医療においても均てん化と標準治療の推進によって無駄の削減にも努めなければならない。しかし一方で、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画を遂行するためには、がん医療に関する診療報酬による評価を充実させることが不可欠である。

がん医療の推進については、社会保障審議会等でも「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療の充実も重要である。平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中医協などの場において行われることとなるが、こうした視点をふまえてがん対策の充実が図られるために、平成 22 年度診療報酬改定において適切に評価されるよう配慮を求めるものである。

(※) なお、社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成 22 年度診療報酬改定の視点等について」では、診療報酬改定にあたっての方向性として、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」の「2つの重点課題」と、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」の「4つの視点」が示されている。

以下、国のがん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とした各分野において、がん対策の推進にあたって診療報酬にて評価を検討すべき具体的な項目を、参考として例示するとともに、それらの項目が上記「2つの重点課題」「4つの視点」とどのように関連しているのかについても提示する。

がん領域における平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例

(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

「平成22年度診療報酬改定の『視点等』と『方向』について」(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にかかる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別1	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	ア	放射線療法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する相談支援および情報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ対策)	ア	禁煙指導と禁煙対策			○			○
25	個別9	がんの早期発見(がん検診)	ア	がんの早期発見に貢献している医療機関の評価			○			○
—	個別10	がん研究	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
26	個別11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
27			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
28			ウ	リンパ浮腫			○	○		

各事項の内容については、5ページ以降を参照

平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成22年度診療報酬改定の視点等について」の内容

重点課題 関係	重点課題1	救急・産科・小児・外科等の医療の再建 【含まれる内容の例】 ①有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進 ②小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ③新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ④急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 ⑤手術の適正評価
	重点課題2	病院勤務医への負担の軽減 【含まれる内容の例】 ①看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ②看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価 ③医療クレークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
4つの視点 関係	視点関係1	充実が求められる領域を適切に評価していく視点 【含まれる内容の例】 ①質の高い精神科入院医療の推進 ②歯科医療の充実 ③インノベーションの評価 *がん医療の推進 *認知症医療の推進 *新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進 *肝炎対策の推進
	視点関係2	患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①医療の透明化・分かりやすさの推進 ②医療安全対策の推進 ③心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ④重症化の予防
	視点関係3	医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点 【含まれる内容の例】 ①質が高く効率的な急性期入院医療の推進 ②回復期リハビリテーション等の機能強化 ③在宅医療・在宅歯科医療の推進 ④医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進
	視点関係4	効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点 【含まれる内容の例】 ①後発医薬品の使用促進 ②医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映

がん対策の推進にあたって、診療報酬において評価を検討すべき具体的な項目を、以下に概説する。

全体分野 がん対策全般にかかる事項

(1) 現状と課題

(ア) がん医療の質の“見える化”

がん医療の質のいわゆる「見える化」（可視化）が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。

(イ) がん医療の質の評価

がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。

(2) 論点

(ア) がん医療の質の“見える化”

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行うベンチマーキングセンターをがん診療連携拠点病院等に設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) がん医療の質の評価

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野1 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) 現状と課題

(ア) 放射線療法の推進

放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医（例：放射線腫瘍学会認定医）、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置の必要性がかねてより指摘されている。また放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理についても、適切な評価がされていない。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医（例；臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医）、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。

(ウ) 入院および外来化学療法の推進

外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていないとともに、また外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している。

(エ) がんにおける診療項目の評価

手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、がんセンターボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。

(2) 論点

(ア) 放射線療法の推進

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT、アイソトープ内用療法、放射性物質の適切な管理についても、評価を加算してはどうか。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、新たに評価を行ってはどうか。また、レジメン委員会に

における化学療法のプロトコル管理や危険製剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

(ウ) 入院および外来化学療法の推進

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の配置について、新たに評価を検討してはどうか。

(エ) がんにおける診療項目の評価

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点から新たに評価してはどうか。

個別分野 2 緩和ケア

(1) 現状と課題

(ア) 緩和ケア診療加算

緩和ケアは入院患者のみならず、外来患者にも必要とされているにもかかわらず、緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている。また、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、点数が低い。

(イ) 緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、がん診療連携拠点病院の義務としての研修が不十分になっているとの指摘もあり、研修修了者の配置に対する医療機関のインセンティブもないため、研修の受講や修了者の配置が促進されない。

(2) 論点

(ア) 緩和ケア診療加算

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

(イ) 緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にて新たに評価することを検討してはどうか。

個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

(1) 現状と課題

(ア) 在宅医療の充実

がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、24時間ケア体制、病状急変時の緊急入院病床の整備など、がん在宅医療全般にわたって診療報酬の評価が低い。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅医療支援診療所との連携や、病院（医師）と訪問看護機関（看護職）との連携、在宅医療病診連携パスの策定を通じた連携が不足しているために、在宅医療の効率的なネットワーク構築が進んでいない。

(ウ) 医療と介護の連携

がんの在宅緩和ケアの推進にあたっては、病院や在宅医療支援診療所など医療提供者のみならず、介護提供者と医療提供者との連携が必要であるが、現状ではその連携が不十分であるために、介護資源による効果的なサポートが得られていない。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し得る大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価の不足により、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。また、医療従事者が実地にて在宅緩和医療を学べる施設が少なく、医療従事者の育成が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 在宅医療の充実

24時間ケア体制を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数を引き上げてはどうか。また、がん終末期の緊急入院のために、空床を確保する医療機関への診

療報酬を追加してはどうか。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護機関との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(ウ) 医療と介護の連携

病院や在宅療養支援診療所などの「医療資源」と、「介護資源」の連携を進めるために、亜急性期入院医療管理料のがんへの適用拡大を図るなど、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

個別分野 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

(1) 現状と課題

(ア) DPC データや臨床指標の開示

標準治療の推進と医療費の適正化において、DPC の果たす役割は重要であるが、DPC による評価見直しを適時かつ適正に進めるための、DPC データや臨床指標の開示が十分でなく、がん医療の質の向上を阻害する一因となっている。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインが、全てのがんにおいて策定されておらず、策定されているがんについても更新が十分でないために標準治療の推進が遅れ、不適切な治療が行われる一因となっている。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンを提供する医療機関の負担が大きいかかわらず、現状では紹介する医療機関のみに診療報酬上の評価がされており、セカンドオピニオンの推進を妨げている。

(2) 論点

(ア) DPC データや臨床指標の開示

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にて評価するという新しい考え方を取り入れてはどうか。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

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）

(1) 現状と課題

(ア) 地域連携とその他の連携

国のがん対策推進基本計画にて、地域連携クリティカルパスの推進が定められているが、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。また、いわゆる病病連携や薬薬連携についても、十分な評価がされていない。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

都道府県がん診療連携拠点病院制度と地域がん診療連携拠点病院が整備、指定されているが、拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。

(ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、病診連携の充実に努めている医療機関が

評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。

(2) 論点

(ア) 地域連携とその他の連携

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

(イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

(ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果としてがん難民を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

個別分野 6 がん医療に関する相談支援および情報提供

(1) 現状と課題

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。

(2) 論点

(ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターへの専従相談員の配置に対する、がん診療連携拠点病院加算の点数を上げることや、国立がんセンターで研修を受けた看護師や MSW 等の相談員が相談支援センターで受ける相談について、常勤の相談員数又は相談実績に応じて、段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方はどうか。

(イ) 相談支援センターと患者団体の連携

一定の質が担保された研修を修了した、患者・家族などのピアサポーターが、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて、看護師や MSW と連携して患者相談を行う場合や、患者・家族の交流の場を提供している医療機関、患者団体の運営や活動に対する技術的な支援を行っている医療機関を、その実績に応じて段階的に診療報酬にて新たに評価する考え方を検討してはどうか。

個別分野 7 がん登録

(1) 現状と課題

(ア) がん登録に関わる職員の配置

がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者にがん登録に係る負担が及んでいる。

(イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握するデータが不正確であり、がん登録全体の正確さに影響を与えている。

(2) 論点

(ア) がん登録に関わる職員の配置

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。

(イ) 地域・院内がん登録

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。

個別分野 8 がんの予防（たばこ対策）

(1) 現状と課題

(ア) 禁煙指導と禁煙対策

ニコチン依存症の治療の効果に関しては、指導の回数が多いほど禁煙継続率が高い傾向があるとされているにもかかわらず、受診回数が制限されている。また、日本は「たばこ規制枠組条約」の批准国であるが、禁煙対策が不十分である。

(2) 論点

(ア) 禁煙指導と禁煙対策

ニコチン依存症管理料について、規定の受診回数を見直しを行ってはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、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。

個別分野 9 がんの早期発見（がん検診）

(1) 現状と課題

(ア) がんの早期発見に貢献している医療機関の評価

平成 19 年に策定されたがん対策推進基本計画において、がん検診受診率を 5 年以内に 50%以上とする目標値が掲げられているが、現状では目標値に程遠く、診療報酬における対応も含めた積極的な受診勧奨策が必要である。

(2) 論点

(ア) がんの早期発見に貢献している医療機関の評価

市町村または企業の実施するがん検診に積極的に協力し、外部及び内部精度管理を定期的に実施している医療機関について、精密検査の実施件数、陽性反応的中率に応じて段階的に評価してはどうか。または、5つのがんについて検診体制が整っているのがん検診を受託しない医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

個別分野 10 がん研究

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。

個別分野 11 疾病別対策

(1) 現状と課題

(ア) 小児がんと希少がん

小児がんや希少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍や放射線治療によって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、現実的ではない。

(2) 論点

(ア) 小児がんと希少がん

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人 T 細胞白血病）の診断・治療に対する加算、当該医療機関や診療科での診断、調剤の手間に対する加算、子どものための遊戯スペースや看病する親のための宿泊施設を設置している医療機関に対する加算など、

診療報酬での新しい考え方を取り入れてはどうか。

(イ) 長期生存者のフォローアップ

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っていることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、評価の対象範囲を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

厚生労働大臣
長 妻 昭 殿

全国がん（成人病）センター
会 長 廣 橋 説 雄



がん登録の推進に関する提言

がんは、「国民病」と呼んでも過言ではなく、国及び地方公共団体や国民及び医療従事者などの関係者等は、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんに向き合い、がんを負けることのない社会」の実現を目指すこととしている。

その実現のためには、国が、国民や医療従事者などの関係者に対して、がん対策及びその評価に関して、科学的根拠に基づき、分かりやすく情報提供することが不可欠である。なかでも、がんの種類、進行度等に応じた治療成績（5年生存率）を正確に収集・分析・公表することは、最も基本的かつ重要な情報の一つである。そのためには精度が高く内容の充実したがん登録が広く実施されることが必要であり、がん登録の推進は「がん対策推進基本計画」にも明記されている。

当協議会においては、加盟施設の院内がん登録の実績を踏まえて生存率協同調査を実施し、その結果を公表している。この取組は今後とも重要なものと認識しているが、更なる推進を図るためには、当協議会及び加盟施設の個別の努力には限界がある。

そこで、当協議会が一体となって、それぞれの加盟施設による働きかけが必要との観点から、当協議会の全会一致により、下記の提言を行うこととしたものである。

国においては、がんの生存率調査及びがん登録を一層推進することにより、国民及び医療従事者などの関係者に広く情報を提供し、国と国民等が一体となってがんに対策に取り組むことができるよう、以下の対策を講じられたい。

記

1. がん医療の向上のためには、がん登録が必要であるとの国民の認識を深めてもらうことができるよう、がん登録の意義や仕組みについて十分に周知を図ること。
2. 個人情報保護法及び統計法との整合性を図った上で、がん登録の実施についてがん対策基本法に位置づけること。
3. 現在、研究等で行われているがん登録の取組について、法に基づく全国的かつ継続的な事業とするとともに、精度の一層の向上を図るための措置を講ずること。具体的には、がん登録を実施する各医療機関および登録情報を収集・分析する機関等に対して十分な人員配置および予算上の措置を講ずること。
4. 最新の治療技術を反映した生存率を算定するために、毎年の生存確認調査が可能な体制の確立に努めること。

(以上)

平成 21 年 11 月 27 日

厚生労働大臣
長 妻 昭 殿

全国がん(成人)センター協議会
会長 廣橋 説雄



平成 22 年度診療報酬改訂に関する緊急提言

近年のがん診療の発展は目覚ましく、多くの新しい治療薬が臨床に導入されてきた。しかし、これらの多くが極めて高価であり包括払いの入院治療費ではとても賄えない状態となっている。また、新しい治療法の開発はがん医療の高度化を来し、医療現場に負担の増加を強いている。また、がん診療連携拠点病院は、専門的ながん医療の提供に加え、地域におけるがん医療の連携推進や均てん化の役割を担っているが、これらの機能に対する診療報酬上の評価は現状では十分とは言えない。がん対策基本法の趣旨を踏まえ、がん診療連携拠点病院に対する格別の評価が必要である。さらに、緩和ケア病棟は、かつてはいわゆる終末期の医療として、“看取り”を中心に行ってきた。しかし緩和医療をがん診療の早期から取り入れる事はがん対策基本法にも明記されており、がん治療中の患者、激しい症状を伴う患者の緩和ケア病棟への入院が増加している。

これらのがん診療の大きな変化により、従来の考え方で決められた包括払制度は現実に即しておらず、現場への大きな負担となっている。

全国がん(成人)センター協議会は平成 21 年 11 月 13 日の総会で、下記の 3 点に関し緊急に改善を要するとして緊急提言することを、全会一致で決定した。

これらの諸事情を勘案され適切な対応をされることを願います。

記

1. 抗がん剤治療(放射性医薬品を含む)に関しては包括評価制の中で、出来高評価とする。
2. 入院基本料を、がん診療に関し加算する。具体的には「がん診療連携拠点病院加算」の増額と算定期間の設定をする。包括払制度においても、がん診療連携拠点病院への特段の評価を行う。
3. 緩和ケア病棟入院基本料を増額し、緩和医療がより普及するように措置する。

以上