

## **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、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。

### **(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、当該医療機関や診療科での診断、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置している場合に対して、さらなる加算をしてはどうか。

#### **(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

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対して入院中1回の算定に限られているが、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、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

### 4-3 拠点病院提案書

がん対策推進協議会会長 垣添忠生様

がん対策推進協議会  
提案書取りまとめワーキンググループ  
平成22（2010）年3月11日

#### がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

がん対策推進協議会（以下、「協議会」）の提案書取りまとめワーキンググループ（以下、「がんWG」）においては、全国6カ所のタウンミーティングと都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート等によって、がん対策に関する提案について、「予算」、「診療報酬」、「制度」の各側面から、意見集約を行ってきた。その中で、がん診療連携拠点病院制度（以下、「拠点病院制度」）に関しては、「患者」、「医療現場」、「地域」のいずれの立場からも、現状の問題点と改善案が多数出された。

そこでがんWGにおいては、こうした意見を踏まえて、拠点病院制度の包括的見直しを提案するものである。協議会において、がん診療連携拠点病院制度見直しのための分科会を設置するなどし、新拠点病院制度を取りまとめることを提言する。

#### 1. 集まったご意見について

都道府県がん対策推進協議会等委員を対象としたアンケートにおいては、拠点病院制度など、医療連携ネットワークに関するご意見が約200人からあり、タウンミーティングで集められたご意見シートにおいては約100人からあった。

集まった意見を分析したところ、拠点病院制度に関する問題点が広く認識されており、改善の方向について具体的な意見が多数あった。

これらを元に、がんWGは制度面での対応として「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を推奨する。

##### 「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、がん対策基本法の趣旨に沿ったがん診療体制ネットワークの制度を一層充実・強化するために、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

本文書は、その方向をより詳しく記述したものである。

## 2. 新制度において留意すべき点について

がん診療連携拠点病院制度の見直しを、下記のような観点に留意して進めるべきである。

- ①均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ②医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと  
——など。

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきである。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること  
——など。

こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

.....

□現状の問題点と議論の方向について

多数の意見を踏まえ、がんWGは拠点病院制度の現状の問題点と改正の方向を、下記のように整理する。

**(1) 指定要件など**

① 拠点病院の質：

拠点病院の外形基準を満たしていても、必ずしも質の高い臨床面での対応が実践されているとは限らない。質を高めるために指定要件を厳しくすることは重要であるが、それが全国一律に課せられると、地域においてがん診療に関して重要な役割を果たしている病院が指定を受けることができず、拠点病院の空白地域が生じる。一方で、拠点病院の指定を受けても、質を確保するためには病院側に人的資源、財政的資源が不足している。

○改正の方向

- ・外形より診療、連携、相談などの質の担保に視点を移していく。
- ・拠点病院が質の確保のために資源を投入できるように人的、財政的支援を強化する。

② 質の担保：

審査の基準が主に外形的な項目となっており、拠点病院の自己申告に基づくこともあり、必ずしも質が担保されていない。アウトカム指標や質的な評価尺度による評価や、外部の専門家によるサイトビジット（施設訪問）などの考えが導入されていない。

○改正の方向

- ・実際の拠点病院の診療やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動や質を客観的な立場から審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院別の患者満足度調査を定期的に行う

③ 患者のカバー率：

拠点病院が、どの程度地域のがん患者をカバーしているかについては十分に精査されていないため、正確に把握されていないが、地域によって2割～8割といった開きがあることが予想される。拠点病院のがん医療の質を高めても、カバー率が低い地域では、地域の医療機関との連携をよほど強化しない限り、拠点病院を利用する患者だけの範囲の質の担保にしかならない。また、拠点病院が患者受け入れのキャパシティを、急速に拡大できるわけではない。現行の制度において、地域における患者の面的カバー率が考慮されていない。

## ○改正の方向

・二次医療圏や都道府県ごとに、拠点病院／拠点病院との連携医療機関が地域のがん患者をどの程度カバーしているかを示すカバー率を都道府県が公表する。また、それを拠点病院の評価の要素とする。

## ④ 拠点病院の質とカバー率の背反：

拠点病院の質を早く高めるためには、指定要件を厳しくして拠点病院の数を厳選すれば良いという考えがある一方で、患者カバー率が下がることが危惧される。カバー率を高めることに重点をおくと、現状より質が低下する懸念がある。質とカバー率の両方を向上させる仕組みが明確となっていない。

## ○改正の方向

・拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

## ⑤ 地域特性への対応：

現在、二次医療圏を基本的な指定単位としているが、二次医療圏の人口は大きな開きがある。人口の少ない二次医療圏では、拠点病院として機能するのに十分な体制を整備する資源を確保することが困難であり、人口が多い二次医療圏では、拠点病院だけでは地域の患者の一部しかカバーできない。また、大都市圏、地方都市圏、へき地・離島圏それぞれにおいて、拠点病院に期待される機能が一部異なるが、現在の指定要件は基本的に1種類だけであり、地域特性が考慮されていない。

## ○改正の方向

・拠点病院の指定の要件に、二次医療圏の人口、地理的特性、がん患者数、医療機関の施設の規模などを勘案する。

・〔再掲〕拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

## ⑥ “がん種特化型病院”への対応：

現在の拠点病院制度の指定要件においては、5大がん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）のすべてに関して、手術療法、化学療法、放射線療法のいずれもが実施可能な体制を有することを求めている。一方、消化器系がんや乳がんにはほぼ特化して大規模な診療を実施している医療機関も存在する。専門的な治療を推進していくためには、がん種ごとの集約化が必要である。一方で、診断から治療、緩和ケアまでを含む一連のがん診療に求められる包括的な機能は、そのような専門家された医療機関では整備しにくい。このような病院に関する位置づけの議論が十分に行われていない。

### ○改正の方向

- ・ “がん種特化型病院”を制度化する方向で検討をする。その際、備えておくべき機能と連携機能を明確にする。
- ・ [再掲] 拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんに特化した有床診療所）——などと多様化させる。

## (2) 評価など

### ① 現状把握：

拠点病院が果たしているがん診療に関して、その領域、内容、活動量、質などについて現状の把握できていない。拠点病院が一致して共通のフォーマットで情報を共有し、日本のがん診療の現況と推移を「見える化（可視化）」できるようになっていない。そのため、拠点病院へのさらなる資源投入を提案する際の説得材料が不十分であり、ひいては、拠点病院制度に基づくがん医療が効果を発揮しているのか、どのようながん対策が有効なのかなどが、把握できない。

### ○改正の方向

- ・ 拠点病院を対象に、第三者的な組織によるサイトビジット（施設訪問）を伴う機能評価を行い、拠点病院の指定要件、症例数、治療成績のほか、組織運営、地域連携、医療の質・安全の確保、療養環境、相談支援および情報提供などに関して、質の担保を確保する。
- ・ ベンチマーキングセンターを設置し、安定的に運営する。
- ・ 拠点病院が、院内がん登録、地域がん登録、DPCデータ、臨床指標データ、医療機能情報などの情報をベンチマーキングセンターに提供する仕組みを構築する。

### ② 制度の公平性：

拠点病院となることを希望する病院が複数ある場合、都道府県がいずれの病院を推薦するかの決定過程は必ずしも明確ではない。一方、拠点病院に指定されると、病院は一定のブランド力を得て患者がより集まる要因となりえる。また、拠点病院に対しては国の補助金や診療報酬上の評価などの優遇があるため、同じ二次医療圏でほぼ同等ながん診療を行っている病院があった場合でも、収益性が異なってくる。拠点病院への補助金の額は、病院の規模やがん患者数などによって区別がない。一方で、設置主体が独立行政法人ではない場合、都道府県が拠点病院に対して支払う補助金の2分の1が国庫補助される。そのため、拠点病院が受け取る補助額は、都道府県によって国庫補助基準額の5%程度から100%程度までの大きな格差が存在する。さらに、拠点病院に課せられた機能を十分に果たしていないところもあるが、それも優遇的な取り扱いの対象となっているのが現状である。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院の実際の活動量やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動量や質を第三者的な専門家が審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院資格の指定の認定および更新に関し、地域特性に応じた要素を拠点病院の評価に取り込む仕組みを導入する。

#### ③ 面的な連携体制へのインセンティブの不足：

がん拠点病院には当該病院を受診する入院・外来患者への診断・治療などの医療サービスおよび相談サービスを提供するだけでなく、その二次医療圏全体のがん診療サービスの質の向上（均てん化）に寄与することが期待されている。拠点病院、拠点病院と連携する病院、がんのケアをする診療所、在宅緩和ケアにかかわる医療従事者などによる連携体制の構築を、拠点病院が牽引していくことも期待されている。しかし、現状では、拠点病院はもっぱらの病院の機能強化に力点をおく場合が多い。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院による二次医療圏の面的な均てん化努力を、評価する指標を策定する。
- ・医療法に基づき、二次医療圏におけるがんの医療機関の連携と、役割分担に関する施設名を記載した計画を策定して、地域全体の均てん化に対して取り組む。

#### ④ いわゆる「がん難民」問題：

がん対策基本法の制定および、がん対策推進基本計画の策定にあたっては、いわゆる「がん難民」問題への対処を求める声に対応した側面が大きかった。すなわち、初期治療を終えたあと、進行がんや再発がんの患者で継続的な治療を受ける医療機関を見つけることが困難で、十分な治療やケアが受けられないといった状況にあるケースが多数存在していることが指摘されている。拠点病院は、病院の連携を進め、連携コーディネーターを育成す

るなど、「がん難民」問題を解消することが期待されているが、そうした動きは広まっていないのが実情である。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院が協力医療病院と連携して、がん患者の目線に立って治療・ケアを行うことを評価する仕組みを考える。
- ・地域連携クリティカルパスに基づいて、診断、治療、ケアが施されたがん患者数を公表する。

#### ⑤ 経済的インセンティブ（補助金、診療報酬）：

拠点病院へのインセンティブは主に2つある。

設置主体が独立行政法人でない場合、拠点病院に指定されると国と都道府県から「がん診療連携病院機能強化事業」への補助金が交付されるが、求められる要件・機能に比べ、補助金の額が少ないとの指摘が多い。また、平成21年度の国庫補助基準額は、1病院当たり都道府県がん診療連携拠点病院が2800万円、地域がん診療連携拠点病院が2200万円である。独立行政法人に対する補助は100%であるが、それ以外には都道府県が策定する補助額を国と都道府県が2分の1ずつ折半することになるため、都道府県によって拠点病院が受けられる補助額は異なり、基準額の100%から5%程度までのばらつきがあるのが現状である。独立行政法人以外が設置する拠点病院に対しても、2分の1補助から10分の10補助への切り替えを望む声が多い。

また、診療報酬においては、拠点病院には「がん診療連携拠点病院加算」が適用される。すでにごんと診断されている患者を入院治療する病院に、患者一人あたり一回の加算が認められる。平成22（2010）年度診療報酬改定では、評価が引き上げられた。また、国の指定する拠点病院のみならず、都道府県が指定するいわゆる“準拠点病院”に対しても、評価ができるようになった。

拠点病院への診療報酬と補助金の役割が明確に理解されていない。診療報酬と補助金の役割分担については、拠点病院としての質の高い診療をするための恒常経費については、診療報酬が負担すべきであり、拠点病院としての機能を整備するための初期投資的な資金や、相談支援、がん登録など診療行為ではないが、拠点病院として必要不可欠な領域を担う人件費などについては補助金が分担すべきである、といった整理が必要である。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院別に、受けている経済的インセンティブと指定要件を満たすために付加的に実施するのに必要なコストとを比較し、ギャップの状況を調べる。
- ・拠点病院へのインセンティブが不足している場合、補助金および診療報酬を引き上げる。
- ・都道府県によって拠点病院への経済的インセンティブが異なることにならない仕組みを

作る。

#### ⑥相談・支援業務の内容

すべての拠点病院は相談・支援センターを設置し、院内のみならず地域の患者・家族らのための相談支援業務を行うことになっている。しかし、病院によって相談件数、相談内容などに著しいばらつきが見られている。窓口担当者のスキルもまちまちである。また、真に患者の側に立った相談や中立的な対応も、十分に浸透していない。本当の患者・家族の問題解決を十分に提供するには至っていない。

#### ○改正の方向

- ・病院の立場でなく真に患者擁護の立場から相談・支援が行われるような指針づくりや研修教育を行う
- ・窓口の設置だけでなく、相談件数や患者への問題解決提供度などを評価する仕組みを検討する。
- ・相談支援窓口の後方スタッフとして、からだ、こころ、経済の支援をできる専門的スタッフを育成する

#### (3) 制度の骨格など

##### ① 役割分担（集中と分散）：

医療従事者の不足と偏在によって、医療現場では、人的な医療資源の不足を訴える声が強い。都道府県内の医療資源をすべての拠点病院に均等に配置し、すべてのがんの種類、進行期などに対応できる機能を維持するといった方向は、全体の機能の希薄化を招き、その都道府県の全体最適化にはつながらない。都道府県内の患者動態と医療資源を洗い出し、その結果に基づき、がん診療体制の最適化の視点に立ち、関係団体、関係者が集まって、中期的な医療資源の配置計画を検討し、医療機関連携・役割分担に関する包括的な協定を締結し、その達成に向けて具体的な調整を進めていくという動きがほとんどなされていない。

#### ○改正の方向

- ・都道府県、二次医療圏ごとに患者の動態と医療資源の配置を洗い出し、それに基づいて中期的な医療資源の配置計画を策定する。
- ・配置計画に基づいて貢献した医療機関に、インセンティブを加える仕組みを作る。

##### ② 準拠点病院制度：

現在、拠点病院制度を補うため、10都道府県が独自にいわゆる「準拠点病院制度」を実施しており、77病院を指定している。都道府県によってその指定基準が異なり、補助金の有

無や水準も異なる。地域特性に応じた制度という利点もある反面、患者・家族が混乱しないように一定の共通の説明なども必要である。なお、診療報酬においては「がん診療連携拠点病院加算」に関して、拠点病院のみならず準拠点病院もその対象となった。拠点病院に準拠点病院を加えることで患者カバー率が高まる利点があるが、必要な体制を備えていない病院がむやみに指定を受けることがないように注視していくことが必要である。

#### ○改正の方向

- ・全国の準拠点病院制度の現況と指定要件、準拠点病院による診療の内容などを把握する。
- ・準拠点病院も含めた現況把握、第三者的組織による評価の仕組みと、準拠点病院も含めたインセンティブ体系を作る。

#### ③ 制度の運営：

拠点病院制度の運営に関しては、5つの側面から議論が必要である。(1) 制度設計 (2) 評価・モニター (3) 指定検討会の運営および事務 (4) 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (5) 都道府県がん診療連携協議会——である。

(1) の制度設計に関しては、その分担が不明確であった。「がん診療連携拠点病院の指定にかかる検討会」(以下、指定検討会)は、主として指定要件による病院の指定の可否の判定を所掌していた。しかし、拠点病院制度そのものの基本設計や指定要件の大幅見直しに関する提言をする検討会ではなかった。この点については、厚生労働省がん対策推進室(以下、対策室)の役割であったと考えられる。対策室が制度設計をするにあたっては、協議会が設置された平成19(2007)年7月以降は、協議会の意見を尊重すべきであり、協議会は拠点病院制度の制度設計を検討する役割を負うべきである。

(2) の評価・モニターに関しては、指定検討会が指定の可否を審査し、更新についても指定検討会が審査をしてきた。指定申請の書類は広範にわたっている。指定の審査は書面で行われ、一部ヒアリングが行われる。指定要件が外形的であるが、実施している医療行為の量と質あるいはアウトカムを測る必要がある。また、実態を把握するため、サイトビジット(施設訪問)の仕組みを取り入れ、書面審査から、医療の質に関する訪問審査を取り入れた実質審査へ移行するべきである。

(3) の指定検討会の運営および事務については、拠点病院の数も増えていることもあり、体制の強化が求められる。また、今後、拠点病院制度が改正・強化されるとさらに事務量が増えることが考えられる。

(4) 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」が、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化やすべてのがん診療連携拠点病院間の連携強化について協議するため設置されている。国立がんセンター総長が議長を務め、事務局は国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課に置かれている。全都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院(以下、県拠点病院)が参加している。県拠点病院の均てん化のペースを上げるには、地域と

現場ニーズの吸い上げ、議長・事務局と県拠点病院の双方向的な対話、県拠点病院のモチベーションアップ、各地の好事例などノウハウの交換などを強化する必要がある。また、患者関係委員などを含むがん対策推進協議会委員の陪席を得るなど、多様な立場の関係者とも十分に対話を行うことが重要である。

(5) 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(以下、整備指針)において、県拠点病院が、「都道府県がん診療連携協議会」(以下、拠点病院協議会)を設置することになっている。設置はされているものの活動の活発さと成果については、都道府県ごとに異なっているのが実情である。拠点病院協議会が主体となって、地域の診療体制の役割分担、計画的な医療資源の配分なども含めて、地域のがん診療計画の策定に積極的に関与することが期待される。拠点病院協議会において、患者委員が参画しているところとそうでないところに分かれている。がん対策は医療機関の努力だけでは推進できないことから、地域の患者関係者、県協議会などとの連携も図り、公開で開催したり、マスコミへの積極的な広報なども含め、開かれた運営に努めるべきである。

#### ○改正の方向

- ・がん対策推進協議会が拠点病院制度の設計と評価に関与する。
- ・指定、更新にあたり、第三者的な組織による訪問審査を導入する。
- ・より精緻な運用のために、指定に関する検討会の事務を外部の団体に委託することも含めて、検討する。
- ・「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」の企画・運営にがん対策推進協議会が関与し、会議を広く公開し、内容を活性化する。
- ・「都道府県がん診療連携協議会」の活動内容について、毎年、活動報告集を作成するなどして、活動が活発で成果を上げている地域のノウハウが各地に広がるようにする。
- ・年に一度、現場ニーズと好事例を持ち寄る「拠点病院・全国大会」を開催するなどして、ノウハウ移転とモチベーションアップに資する。

#### ④ 機能と役割の範囲：

現在の制度は、拠点病院に関しては、診療体制の整備と、緩和ケア、患者の相談・支援、院内がん登録の3点への取り組みに補助金が出ているかたちである。また県拠点病院には、研修などの取り組みにも補助金が出されている。拠点病院に求める機能と役割の拡大の議論はありえる。たとえば、普及啓発や研究に関しても役割とし、応分の補助をする仕組みを導入することも検討課題として考えられるが、こうした機能と役割の拡大については、検討がされていない。

#### ○改正の方向

- ・がんの予防、早期発見、均てん化に関する普及啓発を実施することを拠点病院の業務に

位置付け、それを実施する拠点病院には、それに対する補助金の仕組みを作る。

・数カ所程度の拠点病院において、がんの臨床研究や社会学的研究を行い、それに対する補助金の仕組みを作る。

⑤ 「予算」「診療報酬」「制度」の間の横断的検討：

拠点病院への補助金、診療報酬上の評価、それらの前提ともなる制度改正が体系的に戦略的に検討されていない。予算、診療報酬、制度によって、担当する部局や関連する部局が異なる。このため、政策変更がタイムリーでなく、効果が最大化されていない懸念がある。

○議論の方向

・協議会が、予算、診療報酬、制度を横断的にモニターする。

・制度改正にあたっては、拠点病院制度のあるべき姿について、厚生労働省内の関係部局、関係府省が横断的に議論する。

\*参考資料

「平成23年度 がん対策に向けた提案書～みんなで作るがん政策～」(159～168 ページ)

\*\* 「平成23年度 がん対策に向けた提案書」内の関連施策(番号は施策番号)  
(太字は特に関連が強い施策)

「**がん診療連携拠点病院制度の見直し**」〔C-26〕

「がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入」〔A-4〕

「**質の評価ができる評価体制の構築**」〔A-11〕

「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」〔A-12〕

「**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**」〔A-35〕

「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕

「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕

「**がん診療連携拠点病院制度の拡充**」〔A-38〕

「**拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)**」〔A-39〕

「サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)」〔A-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**」〔A-43〕

「全国統一がん患者満足度調査」〔A-47〕

- 「がん医療の質の評価」〔B-1〕
- 「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕
- 「DPCデータや臨床指標の開示」〔B-15〕
- 「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕
- 「地域連携とその他の連携」〔B-18〕
- 「がん診療体制の充実度に応じた評価」〔B-19〕
- 「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」〔B-20〕
- 「相談支援センターの充実」〔B-21〕
- 「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕
- 「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕
- 「地域・院内がん登録」〔B-24〕

「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う第三者的な組織の設定（ベンチマーキングセンター）の設置（C-5）」

## 4-4 その他 参考書類

### 4-4-1 タウンミーティング概要

# がん対策に関するタウンミーティング 意見概要

がん対策推進協議会提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、6 か所にて「がん対策に関するタウンミーティング」（主催：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、協力：各県庁）を開催した。

会場では、都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に来場者から意見を聴取した。発言は「予算」「診療報酬」「制度面」の視点に留意して、1分程度でお願いした。

ここでは、各タウンミーティングでいただいた、会場からの意見（発言）の概要を項目別に記載した。

### 島根県

参加者数：123人 意見シート数：90

日時：平成22（2010）年1月10日（日） 13時30分～16時30分

会場：島根県立大学短期大学部出雲キャンパス（島根県出雲市西林木町151）

#### 【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・予算の仕組みとして、国が予算立てし、2、3月に予算内容が分かるため、次の年度に使いにくいのが現状。がん対策推進室の方に地方にきていただいて、実際に地方行政と意見交換していただかないと、きちんとした対策予算は作れないのではないか（行政関係者）
- ・予算増額の項目に放射線療法、化学療法はあるが、外科療法が欠けるのはよくない。見直しの際に記載をお願いしたい。アクションプランには手術に関することも入っている（行政関係者）
- ・県外の専門看護師養成機関に行くには、休職か退職しかない。各県に一つずつ整備しても良いのでは（行政関係者）

- ・県の予算はトータルとして予算化されているのではなく、細切れになっているため使い切れない。包括で予算を使えるようにして、法律に基づく裏付けを作っていただきたい（行政関係者）
- ・経済的に弱い併存疾患の高齢者向けのガイドラインがない。現場への丸投げになっているため、道筋を示してほしい（医療提供者）
- ・患者家族も厳しい状況。メンタルも含めたケアがないため、患者の前に家族がぼててしまう。家族ケアの制度が必要。相談支援と情報提供が欲しい（患者・家族）

#### [放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・薬物専門医など専門医の手当は何もない。結局ルーチンの仕事をしている。レベルアップしていかない（患者・家族）
- ・医療者が少ない。臨床試験を行わないと治療ができないこともあり、専門医が足りない。しかしながら、厚労省だけでなく文科省も、各都道府県の予算を地域差なく一律に縛って減らした。そのため、一時的に他県から若い人材を呼ぶにも、予算もポジションもない。地域の状況を勘案していただき、新たな人材を配置できるような予算立てをしていただきたい。新しく来てもらっても地域で働くポストがないのが現状（医療提供者）
- ・研修予算の弾力化が必要。研修に行けない放射線技師もいる（医療提供者）
- ・看護師の養成数を見ると、養成校のある県が突出している。養成校の設置基準では4年制大学でないといけなため、島根に多い短大や専門校が活用できない。専門職育成に関して、制度的な問題がかなり生じている（医療提供者）
- ・放射線、化学療法の医師が少ない。放射線 4~5 人、化学療法に関してはほとんどいない（患者・家族）
- ・化学療法が必要と言われても、経済的に無理ということで断った例もある。費用軽減を（患者・家族）
- ・高度医療機器を入れても使える専門医がいない。専門医の育成を（患者・家族）

#### [緩和ケア]

- ・在宅医療（緩和）に関して、医師でターミナルに関わりたい方と関わりたくない方がいる。7対1加算で空いた病床を使って、緩和ケア病床ということはできないだろうか。また、院内の患者を自宅に帰らせ、開業医が往診することも考えてはどうだろうか。現状としては、5年前から緩和ケアの体制がほとんど進んでいない（患者・家族）
- ・緩和ケアで医師研修が始まっているが、医師研修した側にも2日かけるメリットを示してほしい。研修価値を付けるためにも、修了書を専門医の要件とする制度が必要では（医療提供者）
- ・医療の質の問題で、研修にいったら緩和ケアができるというのは言い過ぎである。基本的な理念を厚労省で考えていただき、見直していただきたい（医療提供者）
- ・勤務医は厳しい状況の中で踏ん張っている。その中でも緩和医療は時間と心のゆとり