

○埴岡委員 ありがとうございます。では次に参ります。個別分野 4 から個別分野 6 についてお願いします。

○三好委員 個別分野 6 の (1) についてなんですが、就労問題のところに「退職や転職を余議なくされ」という文言があるのですが、先日長崎県の TM で、私もはったのですが、小児がんの患者さんが、治られた後の最初の就職がとても大変というご意見がありましたので、こういったご意見も考慮したほうがよいと思いました。

○内田委員 「公的第三者機関」という言葉がたくさん出てきますが、これはもう少し検討したほうがよいと思います。どこが公と認めるのか、第三者とは何かという、その辺りの位置づけをきちんとなしと、そこに丸投げされて、内容を検証できないなどの危険性もあると思います。

○安岡委員 患者が病院へ行っても説明が分からない、セカンドオピニオンを取りにくいといった不満を言うところがない。第三者機関のようなものが必要。病院にも県にも言うてはいけないということがストレスとなって表れている。どこかに置いて、そこから注意がいくということをししないと患者さんのストレスになります。

○埴岡委員 予算、診療報酬、制度をどこで解決するのか考えていく必要がありますので、またご意見いただければと思います。

○郷内委員 分野 6 の (3)、がん患者連携協議会の設置について趣旨は素晴らしいのですが、現状でのがん患者団体というのは財務基盤が脆弱ですし、ボランティアの市民団体の手作りだというものがたくさんある状態です。この協議会の視点に、地域のがん患者団体を育てる、支援するというような位置づけを盛り込んでほしい。肝炎対策では患者サロンの国家予算が出ました。患者を支援する組織を強化するという事は趣旨として重要だと思いますので、設置にあたっては厚労省局長通知レベルでよいのかどうかも含め検討していく必要があります。

○埴岡委員 これもそれこそ、がん対策基本法やがん対策推進基本計画に明示すべきかといった議論もございますので、議論を考えていきたいと思います。それから、予算面では似たものとしては、がん相談全国コールセンターの設置、地域総括相談支援センター設置などの提案、診療報酬では相談支援センターと患者団体の協働への加算という提案もありますので、この辺りをパッケージとして考えることもあるかと思いますが、我々の見解をまとめていく必要があると思います。

○天野委員 分野 5 のがん診療連携拠点病院の見直しについては、TM でも繰り返しご意見を頂いているので、是非ここはやっていきたいと思います。ただし拠点病院の見直しといっても、医師法の改正などの大きな制度改正については国のほうでは身動きのとれない部分でもあると思うので、我々のほうでは是非キックオフという形でやっていければと思います。

○埴岡委員 これについては前回の WG 会議でも出ているご意見で、新提案を我々でやろうということになっています。ちなみに現状の指定要件によって拠点病院を指定する委員

会には内田委員も入っておられますけれども、そちらのほうで指定要件の見直しの必要性についての意見は出ていませんか？

○内田委員 必要性については意見が出ていますが、現時点では具体的な指定要件の内容の議論には至っていないという状況です。

○埴岡委員 ありがとうございます。この WG 経由で本協議会から新しいビジョンを出すということもあると思います。3月1日には素案を審議して、本協議会に提出することを予定しております。それでは分野7~9までお願いします。がん登録と予防、早期発見、がん検診です。

○三好委員 分野8のがん予防・たばこ対策のところですが、TMのアンケートでもかなり色んな建設的なご意見が出ていたところで、極端にいうと自動販売機の撤去とか広告の禁止という率直な意見もたくさん出ていました。患者委員一同でもたばこの価格値上げの要望書なども協議会でも出しているのですが、なかなかいきなり千円にはならないということもありましたので、これを引き続き強く押して行って、健康増進法改正や保険法の改正などは難しいと思いますが、声をあげていくことが大事だと思いますので、引き続き言っていきたいと思います。

○内田委員 分野8(2)と分野9(2)に、「保険診療に予防医学の考えを導入し、喫煙者・非喫煙者とで保険料にインセンティブとペナルティーを設定する」とありますが、予防医学の考えを導入していくのには賛成なのですが、それを保険診療に入れるということについてはものすごくハードルが高いと思います。疾病予防共済のような事業を始めて、検診を受ける人はそれによるメリットを享受するけれども、受けない人は他の方の検診費用だけ負担するという形になる。そういうものを疾病予防対策ということで一括して新しいシステムとして提供するというのもひとつの方法かと思います。

○埴岡委員 かなりハードルの高い第1希望を述べつつ、落とし所としての第2希望を述べるのか、どういう形で提案していくか文案の吟味が必要ですね。

○檜山委員 ペナルティーという言葉には抵抗がある。早期検診を受けないことに対してペナルティーを課されるというのはかなり異論がある可能性があります。検診を受けないでいる、知らないでいるということの権利も主張されれば、それを認めざるを得ない。

○埴岡委員 現在は生の声のコメントをモザイクで組み立てているので、まだ粗削りのため文章の吟味をしていきましょう。

○江口委員 検診のところで、高齢者の医療の確保に関する法律の改正とあるが、前段で書いてある文章と、後段の受診率向上のための高齢者医療の確保へどうつながるかが分かりにくい。また高齢者の定義が明確でない。これだけだと誤解を招く表現。

○川越委員 がん登録について、8ページの一番上で、「方法論や整備体制についても議論が熟している」と書かれているが、私 TMに参加していても、ここはまだ議論が尽くされていないと感じています。がん登録の目的がしっかりしないと、どういうものができるかという絵を描いていけないと思うので、登録法制定というよりもその前のイデオロムのほ

うが大事だと思っています。時期尚早。

○埴岡委員 がん登録については、医療提供者の方からは非常に重要性が強いという意見が多かったです。患者関係者でもかなり勉強されている方では優先度高いということでしたが、一般に知られているかどうかは課題だと思いました。

○郷内委員 がん登録の議論はかなり前から出ていて、重要性はすでに認識されていると思っています。ただネックになっているのが、やはり法律で強制的なものがないため、日本では進んでいない。議論をして煮詰めていく段階は終わっているのではないかと思います。

○埴岡委員 ここで一つデータを示したいのですが、資料 6 の最後のページをご覧ください。これが今回 520 通の回答から出たデータです。主に都道府県のがん対策推進協議会の委員です。おそらく全国で 900 人くらいの委員がいると思うのですが、そのうちの数百名から回答頂いたものです。昨年出した 70 本の施策のうち重要だと思う 10 本を挙げてもらったので、ある意味で言うと重要度ランキングみたいな形になるかと思っています。この三番目にある「地域がん登録費用の 10/10 助成金化」とありますが、これは予算面のことを書いてありますが、それだけががん対策に関わっていらっしゃる方においては、がん登録の重要性が認識されていると思います。

○内田委員 分野 7 の (2) に個人情報保護法の改正とあるが、これは恐らくがん登録法を制定すれば、それで解決する課題と思います。制定に向けての動きのなかで、(1) も盛り込んでいけばよいと思います。

○江口委員 少し戻りますが、診療ガイドラインの策定について趣旨はよいのですが、実際には学会などが協力して公的第三者機関というのが、これはどういう目的で作るか、運営するかというのには問題がある。恐らくイギリスなどは、バックグラウンドの医療の状況によって、こういうことをしていかにざるを得ないということがあると思いますが、日本でこれをそのまま運営してもうまくいかないと思います。これを残すかどうかをもう一度吟味したいと思います。

○埴岡委員 そうすると診療ガイドライン策定の推進は良いのだけれども、それを誰がどのような形で実施していくかを再検討する必要があるということですね。

○郷内委員 たばこ対策についてですが、厚生労働省の検討会におきまして、職場における受動喫煙の防止ということで、踏み込んだ発言・議論がありまして、最終的には近い国会などに労働安全衛生法改正を要請するようです。これは労働基準法に近い、非常に大きい法律なのかと理解していますが、これは全国の職場の喫煙を全面的に禁止するという議論ですので、私たちも医療面だけではなく、労働法も視野に入れたほうがよいと思いました。

○埴岡委員 それはそれで一本立てたほうがよいということも含めてですか？ちょっと研究してみましょう。

○天野委員 たばこ対策の (1) 健康増進法の改正の中で、「たばこ事業法の廃止を含める

ような法改正を」ということですが、これも大きい玉だと思うので、別立てに取り組むべきだと思いました。

○埴岡委員 それでは次に進みます。がん研究と疾病別対策です。

○本田委員 私はここの担当でしたが、このようには書いていないのですが、未承認薬や適用外の薬を早く使えるようにするのは、がん研究なのでしょうか？これは分野 1 の化学療法への推進に該当するのではないかと思います。もしがん研究分野に入れるのであればまた別の立て方があるのではないかとというのが一点。それから、「ドラッグラグの問題はかねてより指摘されているにも関わらず、その対策が十分進んでいない」という、このパターン的な文言は時代遅れかと思いました。今は結構変わってきていますので、文章の練り直しが必要でしょう。もう一点は、本協議会の野田委員もおっしゃっていましたが、私も意見提示をしたのですが、多くのアンケート回答を読ませて頂いても、どういう分野のがん研究が、どういう理由で選ばれていて、その研究がなされた結果どういう結果が出ているのか、それを今後どういう分野でその研究を進めていくべきか、これはもう十分ではないのか、という評価をする、そのプロセスの透明化が重要なのではないかと思います。アンケート回答にもあったのですが、評価機関の設置をして、研究が終わった段階では必ずその評価を受けて行動すべきではないか、その評価機関の中には患者委員も入れるべきではないかという意見が何本も出ているので、是非追加して頂きたいと思います。野田委員が協議会本会でおっしゃっていたのは、今どの分野のがん研究にどれくらいのお金が使われているのか、漏れはないのか、学会として明らかにしていきたいとおっしゃっていたので、そういうことも応援するという文言があってもよいと思います。

○埴岡委員 ご指摘頂いた追加・書き直しは是非やっていきたいと思いますので、よろしくお願いします。それからドラッグラグ解消については分野 1 に移しましょうか。

○檜山委員 A63、67 も一緒に分野 1 に移してよいのではないかと思います。

○埴岡委員 整合性をどうとるかという問題はありますけれども、変える方向で考えていきたいと思います。

○天野委員 本田さんから頂いたご意見に関連するのですが、制度に詳しい方は新薬承認については解消されてきていると理解される方もあるとは思うのですが、TM 会場での意見を聞いていて患者の立場からすると、早期承認は解決されているように思えません。何かしらの対応は考えていかなければならないと思います。

○本田委員 私もそれは分かります。しかし審査プロセスの迅速化とありますが、どちらかという問題は治験に入れなかったことのほうが大きかったりしますよね。ですから、そういったことを書かないと、この提案書のレベルが問われてしまうのではないかと思います。

○天野委員 それは私も同意見で、包括的に制度を見直すという趣旨です。

○埴岡委員 トータルで見ると、ボトルネックがいくつかあるので、ボトルネックを一つしか言わないと、他のボトルネックで引っかかってしまうということですね。

○檜山委員 保険に通らないと薬を使えないのかということに立ち返るのだと思うのです。

患者さんからは「今効くかもしれない薬があったら使ってほしい」という要望は TM でも沢山ありました。今ある制度で使うとしたら高度医療になるのですが、高度医療のハードルはかなり高い。一方で混合診療にすると保険は全部削られてしまうので、それをどうすればブレークスルーできるかという制度を入れてほしいと思います。

○埴岡委員 どういう形で入れましょうか。

○本田委員 檜山先生がおっしゃった通りで、審査プロセスの問題ではなくて、まだ治験中だけど治験に参加できない人だとか、適応外だったりとか、それを指摘している医療者がアンケートでも非常に多かったんですね。高度医療のハードルは高い、それをどう解消していくかを研究のところで書いていくのは一つの手だと思う。

○檜山委員 どこまでが研究で、どこまでが治療なのかを切り分けるのは難しいのですが、ここに書いてあることに関しては、ここにあるべきではないような気がします。高度医療を研究で位置づけてここに書いたほうがいいのかとも思います。少し時間を頂ければと思います。

○埴岡委員 お二人で合作して頂けると助かります。では以上でこのパートを終えまして、次のパートに進みたいと思います。「施策の分野横断的な検討について」「素案の分野毎の検討について」の 2 つはまとめていきたいと思います。お手元には資料 5 と資料 8 を併せてご用意ください。素案についてはこの席上で言えることは言って頂いて、あとは FAX や ML 等でご意見をお寄せ頂き、最終的に集約したものを皆さんにご確認頂きたいと思います。最初にまず資料 5 の前半に関して、構造的な問題、スタンス的な問題を主に言って頂きたいと思います。おさらいですが、前回会議でスタンス確認という紙を、予算・診療報酬・制度について皆様にお渡ししています。これは、その回答に基づいて昨年度の案に加筆訂正をしたものでございまして、半分くらいは今年のバージョンで、そこに今年のを足しています。制度は新規に書いています。あとは、作成予定で灰色の箱が入っておりまして、これは随時作っていききたいと思います。

まずは 4～16 ページまでお願いします。8～9 ページの現状の診療報酬や制度に対する問題意識などは新規に加えられています。12～13 ページなのですが、予算消化表は本年の状況は分からないので、昨年ものを再掲しています。17～20 のブランクは、昨年の 70 本の提案がどれだけ進んだかの、施策実行度のプログレスレポートを掲載する予定です。17 ページは、70 本の予算施策について何が進んで何が進んでいなくてという全体の進捗状況がどうかということが入ります。18 ページには、26 本の診療報酬施策の進捗状況、19 ページには制度提案、20 ページには資料 8 の部分が入ってきます。

それでは 21～32 ページまで何かあればお願いします。この場では出ないようですので、後からご連絡をお願いします。続いて、資料 5 の後半を見てください。1～14 ページまでお願いします。資料 8 で一覧を見て頂いて、施策を縦割で列挙するだけでなくパッケージとしてのストーリーを描いておく必要があると思います。横断的な検討というのは、前回の協議会でも、がん登録分野と拠点病院制度で実施したのですが、例えばがん登録でいうと、

がん登録法を作って、その実施の費用としてはこれくらいのお金をつけましょう、という横櫛のシナリオを考える必要があるわけですが、その続きでございます。

○檜山委員 予算についてですが、どこを見ても予算が足りないという文言が出てくるのですが、どこの予算を一番重要視してほしいのかということをお我々としても見解を明確にするべき。どこをお我慢して、どこに持ってくるべきなのか、今一番必要なのはどこかというところまで踏み込めるとよいと思う。

○埴岡委員 メリハリをつけるとか、あるいは事業仕分け的にスクラップアンドビルドという考え方も必要かと思えます。アンケートに基づいて特別推奨施策 10 本は並行して進めていますので、メリハリという意味では付けられるかと思えます。これはメリットデメリットあるかと思えますが、アンケートで 70 本の単純人気というものも伺いまして、かつ委員の方にも伺っているというのが一つ新しい側面です。

○郷内委員 全体分野 1 と全体分野 2 は個別に入る前の重要なところなので、吟味すべきだと思います。これまでも協議会委員になって予算策定のプロセスを見させてもらいましたが、結局なかなか入り込めなかったという反省もあります。23 年度は是非反映していきたいと思っていますので、9 ページの分野内の横断的検討というところに、がん対策へのプロセスの PDCA サイクルの導入の重要性は強く打ち出すべきだと思います。

○埴岡委員 おっしゃる通り一言でまとめれば、そこに尽きるかと思えます。対策を進めるためにも、予算と診療報酬と制度をセットで考えることは必要です。それでは一旦個別論にいきましょうか。分野 1 ですが、薬の使える環境整備のことはこちらにセットで持ってくるということはありませんでしたが、予算・診療報酬・制度のトータルで考えたときに、どのようなビジョンを提示しますか。

○郷内委員 今は並列的になっていますが、これは工程表というかステップが出てくるかと思えます。例えば A17 のようなものはまず真っ先に手をつけて頂かないといけません。この中でストーリーを立てるとするならば、ステップとしてはまず奨学金制度を作って、受講生を集めて、教育をして出すというような、工程表を踏まえた書きぶりにしていかないとはいけません。

○檜山委員 それでは奨学金はどこから出すのかということになってしまう。やはり患者さんが何を求めているかに戻ることが重要。例えば使えないお薬を使えるようにすれば、専門医でないと出来ない高度医療というのを制度として考えれば、病院は専門医が必要となるので、そうすると病院は専門医を育てようというインセンティブが出てくるんじゃないかと思えます。そういう横櫛の考え方もあると思えます。

○江口委員 全体的にあって、どのレベルで、どれくらいの人が必要なのか、全体計画がある程度定まっていけない。医療者育成では、がんプロのようなものもあるので、そこの整理もつけていけない。既存の専門教育とあてはめて、そこに抜けているものは何か、この人たちはどういうことをやろうとしているのか、という絵を描かないといけません。

- 埴岡委員 既存の取り組みとの整理も書いていく必要があるかと思います。
- 郷内委員 がんプロは教育プログラムは良く出来ているが、肝心の受講者が集まらないというジレンマがあります。宣伝も勧誘もしているが、受講生を集められないというのは、日々の業務に追われていて病院が出してくれないという実態があるのです。養成プランのプロジェクトが終わらないうちに受講生を集めて頂かないといけません。
- 埴岡委員 やっただけで自己満足で終わらないように、いつぐらいに、どのぐらいのレベルで仕上がっていくかを見ていくべきですね。
- 本田委員 私のがんプロの評価委員をやっている、いくつかのチームを見せて頂いているのですが、受講生が集まらないというのはがんプロの仕組みそのものにも問題があります。大学で研究もやりながら専門医も取るということをしていて、そんなことをしなくても専門医資格は取れます。医師については果たして奨学金なのかなと疑問を感じています。逆に看護師については、病院を離れられないような現状があるので、病院が行かせやすいインセンティブがあったらいいのかなと思っています。医師のほうで問題なのは、専門医の配置の問題でして、一部の地域にはたくさんいるけれど、全然いない地域もある。これはお金だけで解決できる問題ではないのかなと思います。
- 江口委員 ここで奨学金制度は非常に具体的ですよ。それに対して、がんの専門資格というと漠然としている。医師に関していうと、認定医まで含むのか、学会が認める専門医のみを使用するのかということ、いろんなところが複雑に絡みあっているので、定義がなかなかできないと思う。厚労省が集中的なコースを作って、それを受講したら専門資格と称するのか、それを決めないうちに奨学金制度を敷くと混乱を招くと思う。
- 檜山委員 医療側はお金の問題ではない。医師不足が非常に切迫していて、そのなかでがんプロ行って、この状況で現場を離れて専門医としてこいといっても恐らく無理だと思います。いくらお金を積んでも、患者さんを目の前にして診療しないといけないという現状において、がんプロに行くというのが現実的でないので、打開しないといけないと思います。
- 埴岡委員 活発な議論が出ていますが、次に進みます。緩和ケア、在宅医療でお願いします。
- 川越委員 大規模緩和ケア診療所という言葉をやはりもっと吟味すべきだと思います。ここで言っているのはがん患者さんを対象として緩和ケアをしている診療所ということだと思いますので、そのあたりのニュアンスを出して頂きたいと思います。
- 江口委員 緩和医療とか在宅医療の横断的な考え方というのは、シームレスな療養生活の支援ということになるので、いくつか推奨施策が出ていますが、これを横糸でつながるものは、いろんな分野の施策が横につながるといって、切れ目のないということをごどこかに盛り込むべきだと思います。
- 本田委員 緩和ケア分野の一番始めに「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」と掲げられていると、緩和ケアは終末期医療かという誤解を招いてしまう。また一

般の方が緩和ケアは・・・と考えていることを助長したくないと思います。

○埴岡委員 これは本田委員と去年一緒に作ったものですが、この機会に改訂しましょうか。それでは次、診療ガイドラインの作成、標準治療の推進の分野です。

○江口委員 先ほどの高度医療や適応外の話と、この標準治療の話は若干矛盾します。そういうところは整合性を持たせないとまずい。ここでは標準治療の均てん化というのがキーワードでしょうか。

○檜山委員 5大がんを中心にいえばもう恐らく治療ガイドラインは出来ていて、それに対して診療報酬を出してきちんと評価できるという仕組みを進めるべきだと思います。そうでないがんに関して、そこまでガイドラインがきちんと到達できていないがんに関しては、先生のおっしゃるように矛盾が出てくるので、今の施策としては5大がんについては横櫛を通すべきだし、そうでないがんは高度医療のようなシステムを取り入れて、患者さんのニーズに答えていくべきだと思います。

○郷内委員 患者の中では、標準治療や診療ガイドラインの認識が浸透していませんし、自分の受けている治療が果たしてどのレベルか知ることが出来ない。診療ガイドラインの普及啓発にかなり力を入れて頂きたいと思います。やはり医療者だけのコンセンサスだけにとどまらないで、受ける側の患者に理解してもらう努力はして頂きたいと思います。

○檜山委員 診療ガイドラインが出来ているかどうか第3者機関が見ないといけなと思いますし、それをきちんと診療としてやっているかというのも見えないといけなと思います。

○埴岡委員 分野5については以前に話し合っているので、次はがん医療に関する相談支援および情報提供をお願いします。

○三好委員 この分野が患者さんに直接的なところになってくるとと思います。内容を見ると経済的負担の要素が多いので、項目名を修正することが可能なら反映してほしい。

○埴岡委員 この分野名はがん対策推進基本計画の柱書きに則っているため、そのまま変えてしまうと混乱を招くので、括弧書きで入れましょうか。

○安岡委員 今、高知では医療関係者の説明委員不足が問題になっています。それは時間がないというのが理由です。医療者が増えるのも何年も先になってしまう。その場合にそこをどうやって補っていくかが問題です。説明は医療者ではなくて、第三者が出来るようなシステムを作らないと、ますます医療関係者が時間がないのに、患者は患者でわからないで不安を抱いているそういう状態だと思うので。今どうするかを考えなければいけないと思います。

○郷内委員 1人10個で選ぶ優先重要施策のアンケートですが、回答者は大多数が医療者で患者の声はあまり多くはなかったのですが、それにも関わらず上位のほうに、43番、50番、49番など、いずれも患者の経済的負担の軽減を求めるという声が上位に上がっています。また、この場では出ておりませんが、日本医療政策機構さんが実施した患者中心のアンケートでも、患者の要望としては上位に上がっています。経済的負担軽減の問題は、が

ん対策推進対策協議会の前の患者関係委員であった金子さんが一貫して訴えてきた問題であって、患者としては経済的な助成や支援制度を積極的に訴えていかないといけないと強く感じています。ここは本数が枝分かれしてばらけておりますが、何本かの施策をまとめてパッケージという形でお願いしたいと思っています。

○埴岡委員 郷内さんがご指摘くださったアンケートですが、がん WG が都道府県がん対策推進協議会等委員に行ったものでは、患者関係者はもともと委員として人数が少ないので回答者の 5%くらいで、たぶん 3 分の 2 くらいが医療従事者になっていると思います。一方で、未発表なのですが、私が属している組織で 1600 人くらいの患者さんアンケートをしていまして、これも同じ方法で 70 本の重要施策のランクアップをしています。両側の情報を見て、医療者が求めているもの、患者が求めているものなどの傾向も総合的に見ております。

○本田委員 長期抗がん剤治療の経済負担はとても声が多いので重要と思っています。これには新しい助成というものも書いておくべきですが、それ以外にも例えば高額療養費制度などの現制度の仕組みを上手に生かすと、こういうこともできるんじゃないかということも提案しておくとういと思えました。そのほうがとっつきやすいのかなというふうに感じます。

○天野委員 今治療を受けている患者さんの支援も重要ですが、一方で長期のサバイバーと言われる方の支援も重要で、その施策が分野ごとに分散しているのでこれもパッケージとして考えていかなければならないと思えました。

○埴岡委員 全体像を確認して新たに分かったことは適宜修正していきましょう。では 7 番のがん登録は前回議論したので、8 番～11 番を見ていきましょう。まず 8 番のたばこでお願いします。

○郷内委員 A56 ですが、学校の全面禁煙化と学校だけで限定しているのは時代遅れだと思いますので、別の書き方をしたほうがよいと思います。

○天野委員 がん対策推進基本計画でも未成年者の喫煙率をゼロ%にするとありますが、その具体的な施策をどこかで誘導するべきだと思えました。

○埴岡委員 次はがん検診でお願いします。

○三好委員 がんの早期発見については、TM でも沢山意見が出ましたが、皆さんおっしゃるのは意識の低さというのがあります。その中で意識を上げるには色んなことが限界に来てるんじゃないかという声もありましたので、普及啓発を推進していくことも大事なのですが、一方で行政の方々から受け皿がないのに無料クーポンを配られてどうしたらいいんだろうかという声もありましたので、ここは同時進行でやっていかなければならないとと思っています。

○埴岡委員 トータルプランの考え方は大事ですね。ではがん研究です。

○本田委員 私が書いたものが反映されていないのが残念だなと思います。私が一番言いたいのは、どんな分野にどういうがん研究が行われていて、どういう分野の研究が足りな

いのか、例えば社会学的なものをもっと必要だとか、基礎と臨床とをつなぐものがないとか、色々言われますが、どういう配分になっているかを明確に示されているものがない。そしてそれがどういう成果を得たのか、意味がなかったというのもある意味社会にとっては有益な情報になる場合もありますよね。ホームページ上で公表しているとおっしゃいますけど、なかなか分からない。そういうものを評価する機関をもう少し透明化していけばいい、そこに患者代表のような人も入れる枠組みを考えたらとよいと医療者の方から提案があったので、その部分は是非入れてください。

○檜山委員 今の本田さんの意見は、僕なりに解釈すると、研究しないといけない稀少がん、難治がんに関して、小児がんも含めて、それをきちんと研究費をつけて、それがついた施設に関しては、高度医療という制度を取り入れて、患者さんもその恩恵を被るような仕組みを診療報酬のところに持ってきて、制度では第三者機関が研究を評価してそれをオープンにすると、そのプロセスもすべて皆さんに公開できるようにするのが形としてよいと思います。

○本田委員 診療報酬の部分について言うと、適応外の薬とかそういうものを、臨床試験にする際にはおカネが出なかつたりするので、そういうものを診療報酬上で認めてほしいという声が医療者から大変たくさん出ていたのですが、どの辺をどう考えるべきか。

○埴岡委員 今おっしゃったのはがん研究分野の診療報酬のところに1本立てればよいということですかね。

○本田委員 そうですね。高度医療の壁を下げる……。

○檜山委員 すべてどこの施設でも下げてしまうとどういうことが起こるか想像できないので、研究費をとれるようなきちんとした施設で研究していますよということを皆さんにオープンにできるようなところであればできるような形にしてあげるのがよいのかなと思います。

○江口委員 制度面というのはそういうことを書きこむものだと思う。つまり今までのがん研究資金がどのような形でやられていて、それについてアウトカム評価がどこまで出来ているか、それが現在の状況としてあって、そういうことから今後は制度をどう変えていくという、そういうような形になると思います。

○埴岡委員 ありがとうございます。先ほど本田さんがおっしゃったマッピングと患者参加のお話については、論点整理の記述まではされているのですが、施策化できるかということですね。では、疾病別対策ですがいかがでしょうか。

○郷内委員 子宮頸がん撲滅事業というのは、予算と制度に挙げて頂いていますが、現在明らかに予防が可能ながん種と言われておりまして、既に諸外国では子宮頸がんによる死亡者はどんどん減っているという状況なので、我が国でがん対策基本法の大目標のがん死亡者の減少に最も手短かに貢献できる施策なので、これは最優先というか迅速に進めるべきだと思います。

○檜山委員 女性特有のがん検診費を削ってでも、これに回しなさいという意見も出てい

るので、是非我々としても打ち出すべきか討論すべきだと思います。

○郷内委員 検診で早期発見するよりも予防のほうがよほど効果があります。プライオリティーを私たちもきちんと言うべきだと思います。

○安岡委員 このワクチンは高知でも非常に関心が高いのですが、この一年様子を見てみようということしております。けれども国が全面的に協力してくれるならやるよという話も出ていましたので、なるべく国がやると他の都道府県も続くはずなので、まずは打ち出してみるべきだと思います。

○川越委員 大規模在宅ケア診療所の A29 と B12 は、これは制度面での確立をやるべきじゃないかなと考えております。医師法を改正して緩和ケア診療所を制度化しないと高度な満足度の高い緩和ケアを在宅で提供できないことと、育成ということも関係してきますし、是非制度化するなかで議論して頂きたいと思います。

○埴岡委員 名称の再考も含め、制度化も考えていきましょう。

ありがとうございました。通して審議をしてきまして活発な意見が出ました。素案に今の意見を出来るだけ反映しまして段階的に完成に進めていきたいと思います。この WG のカルチャーを見て頂いたのですが、一つは自分の意見を述べるというよりはアンテナに引っかかってきた多くの意見を受けたもの、その編集者としてふるまうということ、それから自分の専門領域には知見を提供するけれども、あまり詳しくないところでもどんどん意見を言うこと、それから「どうせだめじゃない？壁が高いんじゃない」というところに臆せずどんどん意見を言うということをやっております。同じ目線で対立軸じゃなく、闊達な意見交換を行っています。今日はあえて生のディスカッションを傍聴の方にも見て頂いたので、若干頼りなく思った方もいるかと思いますが、こういったことを 2 重 3 重に何度もやりながら、悩みながら苦しみながら、ブラッシュアップしておりまして、昨年度の提案書はあれくらいのレベルまで持っていきましたし、診療報酬でも既に提案書を出しております。今回は制度面も含めているので、さらに難題ではあるんですが、完成度は 100% いかないかもしれませんが、問題提起も含めてやっていきたいと思います。次回は 3 月 1 日 14 時から 17 時を予定しています。次回も公開で行いますのでどれくらい進んだかを見て頂けると思います。委員の方々は日程が詰まってきましたので、引き続き頑張ってください。お疲れ様でした。

---

平成 22 (2010) 年 3 月 1 日 (月)

第 7 回「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会議」議事録

◎出席委員

天野委員、内田委員、川越委員、郷内委員、野田委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、三好委員、安岡委員

○埴岡委員 皆さん、こんにちは。それではこれから厚生労働省がん対策推進協議会・第7回提案書取りまとめ担当ワーキンググループ(以下、WG)の会議を開催したいと思います。本日はたくさんの傍聴の方にお集り頂きまして、まことにありがとうございます。それでは事務局から本日の資料についてのご説明をさせていただきます。

○事務局 お手元にお配りしてある資料について簡単な確認をさせていただきます。資料は全部で7点あります。資料①は本日の議事次第です。資料②は「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」です。資料③、こちらは「がん領域における平成22年度診療報酬改定に係る検討事項例」で、参考資料としてございます。続いてこの後に、内田委員と本田委員からの資料がでございます。資料番号は付してありません。最後に「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(案)」があります。

本日の出席者を50音順にご紹介します。天野委員、川越委員、郷内委員、埴岡委員、三好委員、安岡委員。また、遅れてのご出席の予定になっているのが、内田委員、本田委員、檜山委員と伺っております。

○埴岡委員 それでは傍聴席には初めての方もいらっしゃいますので、経緯のご説明をさせていただきます。

○事務局 続いてこれまでの経緯をご説明させていただきます。資料としては先ほどご紹介した「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(案)」をご参照ください。こちらにつきましては、かねてよりWGでメーリングリスト(以下、ML)や本会(がん対策推進協議会)の会議を経て、提案書の内容をまとめてきたものでございます。最終的には5点セットという形になりまして、今お示ししているのが、1番:要約版、2番:本編のセットになります。この他に、前回の会議でもお示しした「アンケート意見集」「タウンミーティング(TM)意見集」というものがございます。こちらはウェブ上や紙でのアンケートを通して広く地域や現場の意見を集めた意見集、及びTMを全国6カ所で行ってまいりましたが、各地で集めた現場の生の声が入っているものがございます。こちらをまとめたものが意見集として提示されています。5点セットのもう一つとして、「施策シート集」というものがあります。こちらは本編の提案の内容を施策シートの形に書き直したものでございます。

本編の内容を追っていきますと、12ページには要旨があり、提案の位置づけやこれまでの経緯が記載してあります。こちらは未定稿となりますので、今回の会議を経て成案となります。その後19ページから29ページまでは推奨施策、昨年の予算提案から特に推奨するものを図示してお示ししております。30ページからは本文の内容の提案書になります。ここにWGについて位置づけが記載してあります。31ページの図をご覧頂くと、がん対策推進協議会のメンバーから有志のメンバーが、提案書の取りまとめWGとして、提案書の取りまとめを行っているということが記載されています。32ページに委員のお名前が一覧

で記載してございます。この後はがんの現況およびデータ関係が載っておりますけれども、56 ページにはアンケート結果の概要と TM について説明が記載してあります。この委員の方のみならず、地域や現場の意見を広く集めるということで、アンケートや TM を通して各地での意見を集約しております。55 ページには各会場の風景の様子などをご紹介します。68 ページ以降につきましては提案の具体的な内容となっておりますが、68 ページに骨子を書いてあります。がん対策の総論がまずありまして、その後には 11 の分野別施策があります。各分野について、推奨施策は予算、診療報酬、制度の 3 点に分けてご提示しております。その後には現場の意見の要約を載せてあります。

こちらの内容は適宜 ML などを通じてご議論いただいていたわけなんですけど、現在はこのような形で案としてまとまっています。資料②、資料③、資料④につきましては、本編に収められるものですが、現状としてまだ内容に反映にされていないことから別添させて頂いております。なお、内田委員、本田委員からのご意見書は本来反映させて頂くものですが、期限後に頂いたということで、別添させて頂いております。

○埴岡委員 少し私から補足します。この「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」ではございますが、厚生労働省は基本的に傍聴しますけれども、一切タッチしないということでやっております。議題の設定や会議の運営、アンケートや TM の運営、それから提案書の取りまとめ全て、日頃の WG 委員の間での審議、これもすべて WG 委員同士でやるという形で進めております。この WG の中で私が取りまとめをしておりますので、私の所属する事務局を活用すること、また祖父江班に会場設定などをお手伝いして頂くということ、審議で合意したうえで進めています。

WG の方針としてはいくつかございます。14 人の委員がいるのですが、14 人の頭だけで考えることでは十分なものは出来ないということで、現場主義ということで、ケアが施されている場所、そこに真実があるんであろうということで、現場をよく見ようということでございます。そのために TM やアンケートを実施しています。また専門家だけで決めるのではなく、いろんな立場の方が参加して、国の対策を国民皆で考えていこうということでやっております。

このプロセスなんですけど、委員はアンケートや TM で聞いた現場の意見をもとに編集して施策にまとめあげるといった作業をやっています。それから通常の会議ですと声の大きい方の意見が反映されがちなのですが、この WG では意見集約シートというものをを用いて、皆が要所で意見を出して取りまとめられるようになっております。そういう形で今日出ている提案書が形成されてきました。

それでは次に審議事項に入ります。「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（案）」ということで 2 時間あまりを使って審議をしていきたいと思っております。

○事務局 それでは資料②と資料③の入る場所について、お知らせさせていただきます。提案書（案）の 29 ページのところに、資料②「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」

が入ってくる予定です。資料③「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」は、提案書（案）52 ページの後に入ってくる予定であります。続いて、資料④は 55 ページの後、こちらは各施策を予算・診療報酬・制度の 3 点にわたり横断的に見たものです。併せまして本田委員、内田委員の意見書も併せてご検討頂ければと思います。

○埴岡委員 提案書（案）なのですが、見て頂くと分かる通り膨大な量でございます。全ての人に全てを読んで頂ければと思いますが、なかなかそうはいかないと思うので、エッセンスである要旨をご用意しております。その要旨が、12 ページから 29 ページにあります。これを読んで興味を持った方が本編を読み、さらに「これはどのような意見から出ているのか」という場合には、意見集を読んで頂くという、役割分担になると思います。

それではこちらの議事次第に沿って審議に入らせて頂きます。がん拠点病院制度の改正から入ります。確か第 4 回 WG 会議だったと記憶しているのですが、病院ネットワークの仕組みについて、予算面・診療報酬面・制度面からの改正案が出ているのですが、それを束ねていくと、どういう改革の道筋があるのかという議論がありました。その際、拠点病院の要件の見直しが必要という意見が出ました。このため、WG から本協議会にその制度見直しを着手してはどうかという提案をすることで合意しました。そのための素案をお示ししております。これについては資料の本編 118 ページから 126 ページの医療機関等の整備のところでございますが、ここに関連施策などもたくさん出ています。それから TM やアンケートで集められた意見や改善案のサンプルもございます。WG の中で意見のあったもの、事務局の方で取り入れるべきではないかというところを全て併せて作成しているという状況です。主に 2 ページが骨子になります。これを提出すべきかどうかをご審議頂いて、また 2 ページの骨子の部分のエッセンスが漏れていないかをチェック頂ければと思います。

○天野委員 TM やアンケートで、患者さんや行政や医療者、それぞれから拠点病院の見直しを求める声が多くあがっていたと思います。WG から協議会、そして協議会から拠点病院制度の見直しについて、意見が出されるのが望ましいと思います。TM ではピラミッド型の拠点病院制度には無理があるかもしれないというご意見が多かったので、面的なカバーの拡大という意味では共感できますし、検討して頂きたいと思いました。

○三好委員 拠点病院の見直しについては、TM でも患者さんの意見としてたくさんあがってきていまして、なぜかという患者さんたちは、拠点病院に対して大きな期待を持っています。この反動が不満となって表れたり、ひいては指定要件の見直しということにつながっているのではないかと思います。この資料 2 ページの (6) にある「患者・家族の目線で拠点病院の在り方を見直すこと」、これを強調して頂きたいと思います。具体例として (7) にあります、拠点病院連絡協議会や診療連携拠点病院の連絡協議会に、患者代表の参加を必須とすることについては全面的に賛成です。がん診療ネットワークという部分にも患者の視点を反映することが大事だと思います。

○檜山委員 良い案なので是非出して頂きたいと思います。気になった点ですが、後ろの

方に出てくる A とか B というグレードについて、拠点病院を層別化してしまうのは是非があるので、留意しながら進めるべきだと思います。

○埴岡委員 このグレードは上下関係ではなく、拠点病院の個性としてつけています。

○檜山委員 いわゆる二次医療圏に 1 つという簡単なスキームで進めるのではなく、今言われたように、患者家族の目線でどういう拠点病院が求められているのかというところから始まって、ある程度特色別に分けるという表現の方がよいのかなと思います。グレードというと上下関係というイメージが払拭できないので。また特定のがんに特化した拠点病院を作って頂きたいというのが要望です。均てん化ということも大事ですが、ある意味で集中化ということも拠点病院には必要なのかなと思います。

○郷内委員 これを是非、協議会にお出し頂きまして、診療連携拠点病院の見直しに着手すべきと思います。内容については、患者目線という言葉があるのも大変好ましく感じておりますし、6 ページの (3) でインセンティブの不足が原因で面的な連携体制が進まないという記載がありますが、医療者の方からは「インセンティブがないからやっていないわけではない」というお話をよく聞くんですね。だからインセンティブがつけたから進むということではなくて、地域によっては拠点病院は何とか整備したけれど、連携先となる地域の医療体制の構築がはかばかしくなくて進まないというのが実情としてあるのかと思いました。ここは強く取り組まなければならないと思いました。それから (4) のいわゆる「がん難民問題」。やはり拠点病院制度も、がん難民解消のためということで制度がスタートしていると思うのですが、現状は拠点病院を出た後で行先がなくてさまよっているというケースがたくさんあるということなので、ここは再構築ということで取り組んで頂きたいと思います。

○埴岡委員 1 つ目については、地域で役割分担の計画を考えて、相談の場をもって進めるという文言がありますので、そこが今おっしゃった非常に大事な部分になるかと思います。

○川越委員 とても良く出来ていると思いますが、2 つほど気になることを申し上げます。1 つは、配置についてはやはり見直しをしなければいけないと思います。二次医療圏という分け方が本当によいのかどうかを細かく検討してほしいというのが 1 つ。それからがん難民の問題ですが、私も患者や患者家族の経験がありますが、どうしても治療を求めるためにさまようというケースが非常に多いかと思います。いわゆる拠点病院では治らない患者さんが行き場を求めてさまよっているというのが現状なんです。そういう状況を理解するときに、医者は頭で考えるのですが、患者さんは体で受け止めて、最終的に心で受け止めるというプロセスをとりますので、そういった立場に立ったコンサルタント機能の充実が必要なのではないかと思います。

○埴岡委員 前者については、二次医療圏単位とは異なった単位を入れ込むということについて言及されていると思うので、もし表現について何かあればご指摘ください。2 つ目におっしゃったことは、相談支援機能みたいなものをここにもう少し書きこんでいくという理解でいきたいと思います。

○安岡委員 私は高知で相談センターをやらせて頂いています。その中で何人もの患者さんが来るのですが、一番多いのは拠点病院に対する苦情なのです。これを県に言っても県は注意ができない。では患者さんはどうすればよいのかについてずっと疑問を持っていました。国に対して言いたいのは、拠点病院に対しての監督権みたいなものが必要かと思えます。日本では医師法はあるのに患者の権利とか法体制が明文化されていないのは問題だと思います。

○埴岡委員 今回は監査ということではないかもしれませんが、こちらに入り込んでいる考え方としては、訪問審査を行うという考えが入っております。これについては患者サイドだけの意見ではなく、檜山委員からも実態をきちんと見るべきだという意見があがっております。この考え方を入れるということに関してはよろしいですか？

○三好委員 指定要件で、相談支援センターのことについて一つ項目として具体的に書いて頂けないかなと思いました。質の担保や標榜名の件も含めて、もし間に合えば項目をひとつ足して頂ければと思います。3ページの指定要件の中に入れてください。

○埴岡委員 分かりました。ここに現状解説と方向性を加えます。それから安岡さんからの指摘もありましたが、本編 26 ページにあります。施策⑦として、患者・家族のためのがん総合相談支援事業というものを打ち出すことになっておりまして、ポンチ絵を示しています。後ほど触れますが、こちらのほうに安岡さんがおっしゃっている、病院にはクレームが言いにくいとか、第三者に相談したいという場合は、都道府県相談支援センター47箇所というものが機能するであろうと思いますので参考のために言及しておきます。それではがん診療連携拠点病院制度の見直しについては、今頂いたご意見を反映して成案にしたいと思えます。今後の流れとしては WG から本協議会に提出し、本協議会で審議のうえ同意されると、本協議会のほうで然るべき対応が取られると理解しております。

それでは診療報酬の進捗に関して資料③をご覧ください。この資料の意味を説明します。WG では昨年 12 月に診療報酬に関して審議しまして本協議会に提出しました。さらに本協議会で審議・合意され、厚労大臣に提出され、また中医協の資料としても提出され、平成 22 年度診療報酬改定の審議の際に参考にされたという経緯があります。この提案のうち何がどれくらい盛り込まれたのかという進捗管理をしようということで作成されたものです。1 ページ目にある表が提案時のリストです。2 ページ以降は、分野ごとに取り入れられたもの・取り入れられていないものがあります。これに関しましては委員の方々にはご確認頂いて、訂正も反映させたものになっていますので、もし追加で何かありましたら、ご意見ください。なかなか難しい作業なのですが、ある程度適用されたものはあるということで、分かるところまで書いておくことが、進めて頂いたことへの感謝になりますし、残課題も明らかになると思えます。よろしいでしょうか。

それでは引き続きまして、資料④の分野横断的検討のパートです。本編資料 17～18 ページを見て下さい。これで今回の提案の全貌が 2 ページで見られると思えますので便利かと思えます。表の列の A ラインが予算案の提案です。B ラインは診療報酬の提案です。C ライ