

ンが制度の提案です。昨年は、この WG は「がん予算 WG」ということで、国のがん予算のみ提案するということでしたが、それだけではがん対策は動かないということで、本年度は予算にとどまらず、診療報酬や制度の提案も行っております。その結果、それぞれの領域でたくさんの施策が出てきましたが、これがバラバラではよくないということで、制度を変えて、予算をつけるなど、分野横断的な総合パッケージが必要ということで合意しまして、いくつかの場面で議論をしてきました。ひとつひとつ詳しく審議すると非常に深い問題ではあるのですが、とりあえずこの 17~18 ページの表の読み方の参考資料として、資料④を示しております。13 分野ごとに予算、診療報酬、制度がどのような組み合わせで動いていくのかについて、軽い説明があります。全体の提案書の中のハイライトパートというような形です。では何もなければ進めていきたいと思えます。

では提案書（案）の審議です。まず、1 ページから 67 ページまで始めます。前回にもお示ししておりますので、具体的な意見を手短かに言って頂けると助かります。12 ページから 29 ページは提案書の要旨なので、ここが一番多くの方が目を通しますのでよく見て頂ければと思います。15 ページから 9 本の推進施策がありますが、すでに名称変更があります。17 ページの表につきまして施策面の変更が入っていないものがございます。これは施策名の決定に応じて修正を加えていきます。また、20 ページから 28 ページ、これが今回の提案の中のひとつのポイントになります。昨年提案した 70 本の予算案は網羅性が高く良いという意見もありましたが、やはり多すぎるので、もう少ししっかりと打ちだすものがあったもよいのではという意見がございました。それもありまして今年は、施策を図示して、特別に推奨する施策を 9 本選びました。選んだプロセスは、都道府県がん対策推進協議会委員のアンケートで 70 本の施策の優先度を聞き上位だったもの、日本医療政策機構で実施した患者アンケートで聞いて上位だったもの、委員の中で特に推奨されていたもの、という定義で選んでおります。緩和ケアを担う病棟の拡充事業については江口委員から診療所の位置づけがまだ弱いという意見を頂いておりますので、課題が残っています。21 ページの施策②については三好委員からの指摘で情報提供の強化を反映しました。檜山委員から対象患者については、化学療法計画書を提出し適応とされた方という定義を取り入れてはどうかという意見を頂いて反映しています。施策③については江口委員から、Eラーニングだけではなく実地の勉強も大事という意見も寄せられています。また、現在お休み中で再雇用をされて現場に行かれる方を把握することも大事ということで、再雇用を希望する看護師という枠も作っております。23 ページは、副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及ですが、当初は副作用だけでしたが、合併症という言葉を加えています。また学会の位置づけが重要ということで共同作成するというところで作成しております。28 ページはサバイバーシップ事業ということで、体と心、経済のサポートを総合的に支援する仕組みを作っております。いきなりポンチ絵を作ったのではなくて、どういう事業かを明確にしたうえで図示しております。ここまでのご意見ありましたらどうぞ。

○三好委員 一つ質問なのですが、提案書自体のタイトルについて、昨年の提案書から、

副題が変わっているようですが、これは審議済みでしたか？

○埴岡委員 昨年とまったく同じ名前でもよいとは思いますが、副題は毎年変えてもよいのではということで変えております。今年の副題は、元気の出るがん対策に加えて、TMやアンケートも前回に比べ何倍も増えましたし、全委員の方に集まって頂いて意見を読みこんで頂いたので、“みんなで作るがん政策”という名前がふさわしいと思うのですが、これもあくまで案ですので変えて頂いてもよいと思います。ここで決めてしましましょう。昨年のままがよいと思う方、今回のものでよいと思う方（全員挙手）。それでは今回のものでいきたいと思ひます。確認の機会をありがとうございました。

○安岡委員 施策②のポンチ絵ですが、高額療養費の限度額を、治療 6 カ月以上超えるものは、自己負担上限月額 2 万円とするというのがありますが、今自己負担で 8 万円を 3 カ月続けると 4 万円になるんですね。これはこれを止めてしまうということですか？

○埴岡委員 つまり 8 万→4 万→2 万になるということです。

○安岡委員 わかりました。

○川越委員 施策①ですが、病棟の拡充事業でまとめられていますが、私の理解では病棟の拡充ではなくて、在宅緩和ケア支援病床くらいがふさわしいのではないかと思うのですが。

○埴岡委員 実態と制度の問題かと思うのですが、例えば「緩和ケア病棟」というのが制度になっていると思うんですね。病床を 10～20 増やすとすると、制度的には病棟の資格を取らなければならないのではないかと思います。緩和ケア病棟に準ずる病棟と、在宅緩和ケアをサポートする緊急入院病棟、この 2 つの仕組みを作って、そこへの転換促進を図っていきましょうということですね。

○本田委員 在宅緩和ケアの緊急的な受け皿が必要ということであれば、病床としておいたほうがよいかなど。病棟というすごい規模の印象があるので、緩和ケア支援病床のほうが適切ではないかと思ひます。

○川越委員 たぶん診療報酬の改定レベルだと、病床で十分だと思うんですね。病棟となりますと制度改正まで踏み込まないと議論できないと思ひます。そこまでやっていくのかという判断ですね。

○埴岡委員 それでは制度的な確認をとったうえで、問題がなければ病床ということにしましょう。

○川越委員 それから、この施策の中には「緩和ケア病棟を増やす」という文言はありませんよね。私が病院長をやっていたとき、緩和ケア病棟を作ったのですが、その時に実感したのが、一般病棟の病床で、在宅の患者さんの支援をするというのは至難の業であるということです。緩和ケア病棟が出来て、やっと支援ができるようになった。緩和ケア病棟の機能を明確にして、足りないようであれば数を増やすと、緩和ケア病棟の位置づけをもう少し盛ることができないかと思ひます。

○埴岡委員 ポンチ絵の左下を見て頂きたいのですが、この施策は長期療養病床の転換を

図るといのが起源で発展してきました。問題点としては緩和を診る病院が少ないということ、1つはホスピスの待ち時間が長いということと、もう1つは在宅からの後方支援ベッドが不足しているということで、この両面を解決しようという狙いで組み立てたものです。つまり、これ一本で緩和ケア問題を全部解消できるわけではありません。70本施策のなかで重要度ランキングの上位にあったものをポンチ絵にしたという経緯です。

○檜山委員 長期療養病床のがん専門療養病床への活用というのが元の考え方だと思うのですが、この準緩和ケア病棟のイメージが湧かない。在宅緩和ケア支援病棟もそうなのですが、どういう形の、今ある緩和ケア病棟と全く同じような病棟を作るのか、それとも今ある長期療養病床を緊急避難的に使おうという考え方が盛り込まれているのか。その辺の考え方がポンチ絵だけではよく見えないと思いました。先ほどのお話だと、在宅緩和ケア病棟というのは在宅患者の緊急的な後方支援という位置づけのようなので、恐らく一般の病床でも使えるのではというのが私の想像です。ただ、準緩和ケア病棟というのは、今ある緩和ケア病棟と同じようなものを新たに作ってということなのか、そうではないんですよ。

○郷内委員 緩和ケア病棟というものを作るのは認定要件をとるのが大変難しいので困難と思いますし、とはいえ一般病棟に入って一般の患者さんと一緒に緩和ケアを受けているという実態もありますがそれはやめてもらいたいという意見もありますので、準というのはその中間的な位置づけなのかと思います。

○本田委員 今の緩和ケア病棟の在り方がそれでよいのかという問題があると思うのです。今の緩和ケア病棟自体、高度な緩和ケアが必要な人もいるし、本当は必要な人だけ高いから、混んでいるから、受けられないということもあると思う。そういうことをなくすための循環が見えない。緩和ケアほどのレベルが必要ないけれども入るところがないから作るというと質が低くなってしまふ。

○埴岡委員 本編 97 ページ (2) にありますが、昨年の提案書の中で長期療養病床のがん専門療養病床への活用と示しており、アンケートでもニーズの高いものとして挙がってきたわけです。まとまらないようだとして落してしまうという選択肢もありますが、あるいは文言修正をするならどのようにするのか。

○川越委員 議論になっていることは、やはり質の高い緩和ケアをいかに供給できる体制を整えるかということに尽きると思います。現実には緩和ケア病棟が、機能という面で十分に議論されていない。それから長期療養病床を活用したらよいんじゃないかというのは、実際には難しいと感じています。在宅もこの絵だとだめで、病棟の拡充として提案すべきなのか議論すべきだと思います。時間が限られているので難しいということであれば、一度下げるか、もう一度再提出するというご検討ください。

○埴岡委員 ちなみに長期療養病床というのは、昨年の提案時とだいぶ状況・環境が変わってきています。A案とB案があると思います。A案としては、今回は見送り、B案については診療所の位置づけが弱いので、診療所がコーディネーター的な位置づけを担うとい

うのを強調すると、準緩和ケアについてはクオリティとトーンについてしっかり決めて、監査する仕組みを作るということ、そういったことを加筆して、施策を仕上げる。

○本田委員 私が心配しているのは、緩和ケアというのは入ったらそこで死に行くところというイメージがまだまだ強い中で、緩和ケアの間違ったイメージを与えかねないポンチ絵にはしてはいけないと思うのです。

○郷内委員 宮城県においては、緩和ケア病棟のベッドだけ置いている病院もあれば、病棟として持っているところもあり、併せると 10 何箇所かあるのですが、慢性的に病床は足りません。地方では、病院から出されて在宅緩和ケアにすごく誘導されているのですね。誘導されていますが、独居老人などはまだまだ在宅緩和ケアに対応できないというのが医療者の実感であって、では緩和ケアの病棟に入れるかという、ひどいところでは 3 週間待ちという状況が出ています。そこで患者さん自身が在宅に行きたがらずに、病院にしがみつくとという方が非常にたくさんいらっしゃる。だから私はこの議論として、緩和ケアを 100% 追及するのではなくて、緩和ケア病棟にも在宅緩和ケアも受けられないという方もいるので、それをほったらかしにしないためのセーフティネットを作ることが大事だと思います。

○本田委員 それは分かるので、病棟ではなくて生活の場で緩和ケアをしましょうというイメージがよいのではないのでしょうか。病棟は名前のイメージがよくない。

○埴岡委員 では時間がないので、本田委員、郷内委員、川越委員の 3 人の方々に別途審議をして仕上げて頂きたいと思います。

○天野委員 この施策は 70 本の優先施策ということでアンケートをとったなかで、どれくらい上位に来ているかがわかりますか？

○埴岡委員 今回ご回答を頂いた 530 人の中で、4 番目に挙げられており、130 人くらいの方から重要施策であると回答が出ています。ニーズは非常にある。われわれが仕上げられるかどうかなので、3 人で協議をして頂いてご報告頂くということでお願いします。

○天野委員 4 位に来ている以上は、現場の声を活かす形でうまく作りこんで頂ければと思います。

○本田委員 一つだけ指摘をすると、長期療養病床の行方というのは別の意味で医療者の関心が高い。郷内委員がおっしゃったように、がん患者の生活の場で緩和ケアを受けられる仕組みというものは非常に重要だと思うのですが、一方でこれが長期療養病床の活用という意味で順位が高いのかも知れないことを考えておかないといけない。

○埴岡委員 それでは 3 人の方を中心に審議して頂いて、最終的に ML で承認を頂けるかどうかで決めたいと思います。

続きまして、残りの 67 ページまで確認したいと思います。30 ページから 42 ページまでは、昨年版の増補解説を加えております。43 ページから 51 ページまでは、昨年度の本協議会から提案した 70 本の施策が、平成 22 年度予算にどれくらい反映されているかを見たいと思います。これは非常に難しい作業なのですが、提案した立場として「どうなったか分かりま

せん」というわけにはいきませんので、何が進んで、何が進んでいないかについて何らかの見解を示さないといけないということで、WGでもたくさん議論しましたし、意見集約も何回も行いました。TMで皆さんがおっしゃっていたことも踏まえて仕上げて、皆さんにご審議を頂いたうえで仕上げています。52ページについては資料③が入ります。53ページ～55ページに総合表があって、55ページの後に資料④が入ります。56ページからはTMのご紹介、アンケートのご紹介をしております。次に166ページから193ページまでですが、ポンチ絵9本とポンチ絵の根拠となる概要を書いております。195ページからは付録で昨年12月までに提出した診療報酬の提案書のオリジナルです。210ページからはTMで拝聴した意見概要になります。

○郷内委員 170ページの施策②長期の化学療法に対する医療費助成事業について、本日一冊の本を持ってきました。『がん患者、お金との闘い』というタイトルで1月末に岩波書店から出ています。この本の中で取り上げられている北海道の金子さんは、前の協議会の患者委員でした。残念ながら本が出る1週間前にお亡くなりになってしまいましたが、彼女が任期中に一貫して訴え続けていたことを、この施策②に集約させて頂いております。患者としては、この部分に光を当てて頂いたのは感謝しています。1点確認ですが、高額療養費について、自己負担限度額を月額2万円に下げるということですが、このお支払いの方法ですが、窓口で2万だけお支払すればよいということによろしいですか。というのは、払い戻し形式だとその3カ月間が大変ですので。

○埴岡委員 従来の限度額適用認定証の範囲を外来にも拡大して、かつ額が下がる形を目指していくということです。それでは内田委員がいらっしゃったので、休憩をはさんで再開したいと思います。

(休憩)

○埴岡委員 傍聴の方も我々の議論の仕方を見て驚いていらっしゃるかもしれませんが、このWGは何でも壁を作らずに議論するというのと、何でも遠慮なしに話すのがカルチャーで、いわゆる役所的なやり方とは違うということをもットーとしておりますので、ご理解頂ければと思います。

それでは、一番山場であります68ページから164ページの審議をしていきたいと思いますが、その際道に迷わないように、17～18ページに総括資料がありますので、どこを議論しているか分からなくなったら、ご参照してください。一番焦点となっている85ページから始めたいと思います。なお、参考として申し上げますが、予算については昨年提出しているものがありますので、そこに若干のものを足そうということで議論しております。それから、分野の場所が違うのではないかというもの、文案の陳腐化しているものは適宜バージョンアップということで議論が進んでいます。診療報酬もそうです。制度面についての見直しについては、大変なことにチャレンジしているということもありますので、WG第

3回くらいから半歩ずつにじり寄っている感じですが、まだ議論が残っていますし、特に何本かに関しましては、前回かなり修正しようということになっておりますので、そのたぶん数本のところが今日の焦点かと思います。時間も限られておりますので、テキパキといきたいと思います。

では85ページからいきたいと思います。分野別施策「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」でございます。内田委員から(3)のところ、なぜ医学物理士だけかという質問がありますが、昨年からの提案なので、取るのも語弊がありますので、とりあえず現状維持で、今後必要なものはどんどん足していきたいと思います。それから85ページ、檜山委員から頂いた、厚労省から委託された事業、eラーニングが実施されるという点は加味しております。85ページ、ここは焦点でして、施策の(7)と(8)、これは従来、研究事業の分野に入っていたものですが、前回、檜山委員、本田委員から、これはそもそも化学療法の推進に該当するものではないかのご意見頂きましたので、こちらに移しております。文言については本田委員に、前回のご指摘に加え、今回も意見書を出して頂いておりますので、基本的には(7)(8)に関しては、本田委員を中心に全体的にリライトして頂きたいと思います。同じく研究のところ新しい制度面のものを一本立てようということになっていたと思うので、そこもお願いしたいと思います。86ページの(7)抗がん剤の審査プロセスの迅速化に、江口委員から頂いた意見「ゲノム情報を活用した開発」についても加味しております。

○檜山委員 (7)に追加した「なお～」以降の文言についてですが、ちょっと書いてあることが飛躍するような気がします。急に、ゲノム情報とかになると、むしろ審査プロセスを考え直していけないのかなと思いました。文言をもう少し考えて頂いたほうがよいかと思えます。

○埴岡委員 無理やり足したところもありますので、つまり接ぎ木がうまくいっていないと。

○川越委員 これは接ぎ木が難しいのではないのでしょうか？ 江口委員にも聞いてみないといけませんが。かえって焦点がぼやけてしまうのでは。

○埴岡委員 今頂いた意見については江口委員に相談してみます。

○天野委員 前回のご指摘を受けて、(7)についてはこの項目に移されていますが、もちろん化学療法の推進には違いないのですが、読めば読むほど、元のがん研究に戻すほうが、今のゲノムの件も含めて、色々座りがよいのかなと思いました。

○本田委員 (7)の方はまさにそういう感じがするのですが、(8)については、そういう部分もあるんですが、例えば、意見書にも出しているのですが、適応外の薬剤を保険診療で使いやすくする制度とか、そういった具体的な……審査プロセスだけなのかなと思います。(9)でもいいんですが、化学療法の推進だから使いやすくするということですよ。適応外の薬の認め方を早めて使いやすくするほうがよいという考え方もありますよね。安岡さんも意見されていましたが、海外ではルール化のもと、臨床試験なしに適応拡大した

例が 2 回ほどありましたので、そういうことを検討するというは、ここに入るのではないのでしょうか。(9)になるのか(8)に足すのか分かりませんが。

○埴岡委員 まったく別の考えで、この項目については、予算化のところは無理を言っているのですが、制度改正で一本立てようかという話になっているんですね。ですから、(7)を補充して頂くか、89 ページに別途立てて入れて頂くという方向でいかがでしょうか。

○本田委員 はい、どちらかということ。

○埴岡委員 具体的な文面については、後ほど ML に送って頂くということをお願いします。

(野田委員が参加)

○埴岡委員 それでは、次に 이슈となっていたのが、87 ページの(5)、高度医療のところですが、これは檜山委員からの入れてはいかがかという意見を反映しております。仕上がり感を見て頂ければと思います。それから 87 ページの制度の(1)ですが、これが一番論議が大きなところですので、時間を取りたいと思います。医療法の改正の文言、前半は前回書いていたものを残しております。それから後半、頂いた意見を接ぎ木で足したのですが、ずいぶん座りが悪くなっているのは事実です。それから議論の整理としては、がんの治療に関わる専門医をしっかり確立したり、インセンティブを見ていかないといけないという方向感、医療法にどう位置づけるか、特に医療法と医師法にどう結びつけるかということもありますし、また別紙の内田委員からの意見書の 1 ページ目の下のところにあります。医療法上の標榜診療科に連動させることは難しいとご意見頂いております。

○内田委員 標榜診療科につきましては、従来は政令で規定した診療科目しか標榜できなかったのですが、ずいぶん柔軟になりまして、もちろん規定はあるのですが、国民に分かりやすい診療科名であれば色々標榜できるようになってきています。標榜の問題はそこでクリアできると思っています。それからもう一つ、専門医とその評価という問題に絡んでくるのですが、専門医の広告表示につきましては、学会の会員が 1,000 人以上いる、その構成員のうち医師が 8 割以上であるなどの要件があるのですが、学会単位で専門医を認定していて、それを厚労省に届け出をして受理されると、広告してよいという制度が 50 学会以上になっていると思います。私的に専門医を名乗るのではなく、学会という権威で認められた専門医という形で認定を受ければ、宣伝広告できるという制度になっておりますので、現行である程度できている。ただその運用のところの問題があつて、国民の中には分かりにくいということがある。ある程度コンセンサスをとったうえでの、皆さんが認める、これならば専門医と名乗っていい、診療科目として名乗っていいという中身がないと、勝手にがんの専門医と名乗りたがる人はたくさんいるので、そここのところの整理は必要だと思っています。

○埴岡委員 具体的にはどこをどのように直せばよいでしょうか。

○内田委員 私のほうでやらせて頂ければ修正します。

○埴岡委員 それでは内田委員から修正案を出して頂いて、ML で皆さんも確認をしましよ

う。88 ページのところですが、(3) の保助看法につきましては、今色々議論しているところで、チーム医療として、看護師の方にどんどん関与して頂きたい部分と、とはいえ範囲の部分もあるということで、本文直しをしています。そこで川越委員のリライト案を今のところを入れつつ、かつ郷内委員からの意見も入れつつ、最後の 2 行をリライトしています。「看護師の役割をガイドライン等で規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包括的な指示のもとに一定の医療を行えるように」と書いてあるのですが、ここについて内田委員からご意見頂いています。

○内田委員 色々議論があって、今、厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会」の中では「特定看護師」という新しい資格認定の話が出てきていて、そこの兼ね合いもあると思います。業務拡大自体、現行の保助看法のなかで対応できる話と、新たに保助看法や薬剤師法等々、関連する法律の見直しをするのかどうかという問題があり、後者は非常に大きな問題だと思っております。私どもとしては、現行制度の中で、しっかり対応できる業務拡大についてはしっかりやりましょうということと、もう一つは、業務拡大した中で裁量権が拡大するということになると、これは患者サイドのコンセンサスがいるのではないかと考えています。検討するだけだったら結構ですけど、この場でしっかり議論して頂くことが必要だと思えます。

○埴岡委員 ありがとうございます。川越委員、檜山委員にも伺ってみましょう。

○川越委員 ここは非常に微妙な問題がございます。今の医師法の規定によると、17 条と 20 条ですか、医師の診察のもとに行うということが明確に規定されていまして、それを抜きにして、看護師に一定の裁量権を与えるというのは無理がある。運用面の見直しを考えるか、あるいは医師法・保助看法、そういったものの改訂を行ったうえで、一定のルールのもとに裁量権を議論しないといけない。私もこの問題について、医政局の会議の責任者で 3 年間やったのですが、危惧するのが、責任体制が不明確になるのではないかとということと、看護師さんに、どれだけの権限を委譲するのかということ、きちんと押さえておかないと、不利益を被るんじゃないかということ懸念しております。

○檜山委員 今言われたように法律改正か運用面を変えるか、やはりどちらかのスタンスを決めないと、これは大きな問題になりかねないなと思えます。

○埴岡委員 事務局としては、2 つ選択があると思っていて、検討して頂いて改正が必要だということで話が進めばそこで改正して頂いて、改正が必要ないという話にとどまれば、運用のほうで対応して頂くと思えます。まずは検討することで議論が進むかと思えます。今日出しております修正案で、ここは可能であればと思っているのですが、よろしいでしょうか。(4) の薬剤師法の改正も同じでございます、(3) を踏襲し、ガイドライン等で規定し、チームにおける薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と保助看法の改正を検討するというところで語尾をとどめているところです。これも郷内委員と川越委員の意見を加味しております。

88 ページの (5)、医学物理士法の制定ということで、昨年からあった施策が出ています。

内田委員から医学物理士だけが必要ではないので、一回洗い出しをしたほうがよいのではないかということです。医学物理士の育成については、今日お休みですが中川委員から出た意見によって採用したものでございます。野田委員いかがでしょうか。

○野田委員 医学物理士については、数字が必要かと思います。私の立場や患者からすると絶対に医学物理士は必要です。ただしやはり、例えば 5 年後の日本の放射線療法がこうあるべきで、だいたいこのくらいの患者さんを対象とするときに、これくらいの施設にこれくらいの機械——とにかく今は機械が早く走っているような状態なので——その点からも医学物理士が増えていけばよいと思いますが、その数字があつて初めて良いというのが一つ。それから、この国家資格があれば、学校が乗り出す、だから育成がいくという考え方はですかね。そこにいくフィージビリティとかポイントも知りたいと思います。というのは、一般に国家資格を作るにあたっての制度設計はそんなに簡単ではないと思うので、例えば、今実際に学会で運用されている放射線物理士があるのであれば、その運用をもっと進めることで、よりスムーズになるのか、それとも国家資格がないということが、ボトルネックになっているのか、それを説得して頂ければと思います。

○川越委員 これは中川委員から出して頂いているので、やはり一番現場で苦労されていると思いますので、保助看法や薬剤師法の改正、この国家資格化についても背景には医師が減っている、もっともっと分担しようという思想が根本にあるんだと思います。それから、今野田委員がおっしゃられたように将来の見通しをある程度描いたうえで、とんちんかんなことにならないようにしたいと思います。

○埴岡委員 A 案としては、これで残したまま 4 月以降、他にも必要なものを積極的に考えていく、B 案は 4 月以降洗い出し作業をするので、今回はいったんペンディングすること、いかがでしょうか。

○川越委員 今の野田委員のご意見も含めて、中川委員のご意見を求めたいと思います。

○埴岡委員 それではこれも ML を活用して中川先生に質問したいと思います。

○野田委員 質問するとき、医学物理士の国家資格化も含めた制度設計の検討という文言にすればよいと思うのですが、これだと国家資格が何よりもありきに見えるので、中川先生が診療放射線技師資格との明確化と、さっき言ったことは 85 ページに書いてあるので、その後ろに、そのまま、あまり国家資格化ありきでない形で書いて頂ければよいと思います。放射線物理士育成が急務であるというのを、ここからは外すというのはあまり賛成ではありません。

○内田委員 さっきの特定看護師の話もそうなのですが、業務拡大と言いながら、新しい資格をつくってしまうと、その資格がなければ対応できないということが出てきてしまう。そうすると現場ではすごく困ってしまう。そのへんは慎重に対応しないといけない。

○埴岡委員 それでは今出たいいくつかの質問を中川先生にご相談しながら、P89 の (5) と (6) について固めてまいりたいと思います。(7) の薬事法の改正については本田委員に一任して、皆で承認してまいりたいと思います。(8) については新規でして、檜山委員から

ご提案頂いたものでございます。第1分野よろしいでしょうか。

では、第2分野、96ページ「緩和ケア」に移りたいと思います。特に98ページの(8)「緩和医療科外来の充実」については、新規で郷内委員から出ています。補足ですが、基本的に委員から提案して頂く時には、TMとアンケートで多数の声があるものについてのみに認めています。98ページ(3)「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」も郷内委員の提案です。それでは、予算、診療報酬、制度で何かあればよろしくをお願いします。

○檜山委員 先ほどの議論に戻りますが、97ページ(2)の長期療養病床のがん専門療養病床への活用モデル事業ですが、これを本当にこういう形にするのかどうかという議論をきちっとしておくべきだと思います。さっきの取りまとめ担当になった3人の委員の方のやられるスタンスと矛盾しないようにするべきです。

○埴岡委員 昨年提案したものについては、あまり大きく手直しはしませんが、直すべきところは直すということなので、3人の委員の方の意見がまとまった段階でリライトが必要であればしていきましょう。

それでは分野3「在宅医療」です。事前説明が必要なのは、107ページの一番下の医療法の改正ですが、ここは大規模在宅緩和ケア診療所のケア計画の規定についてです。108ページの一番上の(2)のところ、ここも補助看法と書いてありますが、これは在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定として書いてあります。それから(3)介護保険法の改正ですが、これは川越委員の意見をもって修正しているところもでございますし、内田委員からの意見書では介護保険法の法改正は必要ないというご意見でした。

○内田委員 これは介護が必要な方に、ただちにサービスを提供できる制度化が必要という意見を受けてのものだったと思いますが、今でも、要介護認定された場合、申請時に遡及して介護保険サービスを受給できる制度になっています。これはご存知ない方が結構いるかもしれません。だから法改正まで踏み込む必要はないと思います。

○川越委員 認定までの時間、導入できるというのは、現場にとってはある意味常識なんです。一番問題なのは、介護保険というのは生活支援ということを目的としているので、医療に対してやはり正直弱いということ。がんは典型なんです。むしろ医療的なことが分かっての方がケアマネジメントに指導しなきゃいけないということでもございまして、今は介護認定というとすぐそっちの(介護の方に)いってしまう。実際は非常にやりにくいということが現場では起きています。制度改正しなくてよいという意見もありますが、現場はこれで非常に疲弊しているというのが事実です。

○内田委員 がんの方に対する介護保険の適応というのは結構ハードルが高い、医療の方で賄えるだろうという前提がある。そのところの連携を検討する機会が必要だと思います。

○埴岡委員 ありがとうございます。それでは議論が多かった153ページのがん研究にいきましょう。153ページの予算の(1)、これは檜山委員から希少がんだけでなく、難治がんを取り入れるべきだと意見を頂いて反映したという経緯がございます。それから檜山委員から繰り返し、制度に対して客観的な第三者的な組織がかかわること、そこに患

者関係者や有識者が置かれている仕組みが必要ということで、これも反映しております。

(2) のがんの社会学的研究分野の戦略研究の創設に関しまして、江口委員からは医療経済学が大事という指摘もあったので、これも反映しています。(3) については、患者の QOL 研究だったのですが、患者だけでなくサバイバーの意見も必要という江口委員の意見を反映しています。それから、(4) (5) がブランクになっていますが、江口委員の提案により、新たに立てる予定です。現在江口委員を中心に作成中です。154 ページにつきましては、(1) について檜山委員から、新たにご提案を頂いております。それからファンディングエージェンシーによる研究審査と成果の評価も檜山委員からの意見を反映しています。野田委員から意見書を頂いているのでご説明をお願いします。

○野田委員 がん研究なんですが、そもそもの論理をここに入れていいかどうか難しいのですが、基本的にこれ医療費と同じですが、がん研究ってパイの取り合いなんですね。研究費が固定されていて、こっちが大事か、あっちが大事なのですが、やっぱり常に、がん研究費が小額であるということを、是非ここに入れて頂きたいと思います。

そもそも論というのは 3 つに集約されます。1 つは研究予算。例えば、総額が米国に比べて 2 分の 1 か 4 分の 1 である。しかも米国では 5 年間でそれを倍にしようとしている。2 番目は、研究開発支援が弱いので、日本発の医療技術が極端に低下していて、どんどん輸入超過になっている。3 番目としては、そういうものを包括的に見る司令塔が存在しない。つまりこのがん対策推進基本計画は、厚労省できちんと見てくれていますが、一方このがん研究は 3 省庁ですが、その関係連絡閣僚会議が動いていないんです。がん対策基本法の趣旨を、研究開発で医療を革新するという意味合いから検討する場所がいままでないというのがそもそもの問題だという文言を入れられないかということです。

次に細かいことですが、希少がん、難治がんをやっぱり分けなければならない。要するに対策が根本的に変わってきます。それからがん社会学研究分野というのはよいですが、このまま研究領域の重要性だけにとどまってしまうと、例えば文科省であれば、いわゆる研究領域の設定などで対応され、まったく実質がなくなってしまうので、むしろ今がん社会学的研究では、これが重要だというものを打ち出したほうがよいのではないかと思います。また、(3) (4) は高度医療との絡みも含めて、大学やあるいは地域の拠点病院の医療レベルがある程度以上担保されることを確保したうえで、その医療情報を使った、臨床研究の推進をしっかりとやったほうが良いと思う。その費用を担保できるようにしたほうがよいのではないかと思います。

最後に制度ですが、ファンディングエージェンシーが必要なのは間違いないのですが、評価はポリシーがあって初めての評価なので、研究がどうあるかというポリシーを作って中長期的な戦略を立てる、いわゆる内閣府だと思いますが、そういう組織があって、評価することが大事かと思いました。独立行政法人のこの PMDA で評価というのは逆行するので、やはりお互いがお互いを評価するというピアレビューの文化を日本に醸成させるべきだと思います。

○埴岡委員 今日頂いた資料はすべてウェブに掲載します。野田委員から意見頂きましたので整理しますと、新たに制度面で施策をたてるか、たてないかということ、あるいはリライトですむものか、二通りあると思います。一応のルールとしては、新提案するときは、TM やアンケートの意見からというものがありますが、ただ委員からもエキスパート機能ということで意見を言っていくのもよいと思います。皆さんいかがでしょうか。

○天野委員 野田委員の資料の 3 ページで、社会学的研究分野の戦略研究についてというところで、3 つほど具体的にご提言を頂いて、こういう提言が無い限り、財務省が機能しないというご指摘がありました。この 3 つは具体的に提案書に盛り込むというお考えでしょうか。

○野田委員 これを出された方のお考えの中にそういう具体像があれば、リライトしたほうがよいということです。これをやらないと医療が充実しないというのがあれば、そっちを書いたほうがよいと思います。無理やり作る必要はないと思います。

○埴岡委員 文言の中に入れるということ、あるいは施策シートの解説の中に加味するという可能性もあると思いますので、引き続きご意見頂きましょう。

○郷内委員 野田委員のご提案の大きい (3) の司令塔の確立については、本当に大事なご指摘を頂いたと思いますが、71 ページの下のほうに (4) で、内閣府にがん対策連携推進室を設置と謳っておりますので、説明が十分ではないかもしれませんが、野田先生のお考えと完全にはマッチしないかもしれませんが、やはりこの部分は研究の役割から、要望が強いというふうにしたいと思います。

○埴岡委員 司令塔というのは米国の NCI のようなものということですか？

○野田委員 NCI というよりプレジデンシャルアドレスというものを基本的に、あとで資料をお見せしますが、大きいのは連携ではなくて、イニシアティブがどこにあるかであって、例えば米国だったら、NCI の予算自体が、直接、大統領と議会で決まる。その予算は、国内でどういう研究があるべきかを全部含んでいる。要するに、総理大臣にもっとやってほしいということですね、日本の場合には。

○埴岡委員 そうしますと、個別の施策に関して頂いたものについては、出来るだけ趣旨を踏まえてリライトをお示しするというのでやっていきたいと思います。別途立てる必要があるものについては合意を得ておきたいと思います。司令塔の確立とかその辺りでしょうか。先ほど郷内委員からご指摘あったところですが。

○野田委員 郷内委員のおっしゃっていたところを、もう少し、イニシアティブが見えるような書き方にして頂きたい。むしろ立てるとすると私の資料の 4 ページの (4) (5) のところにあるのですが、基本的に (5) にあるゲノム科学的なアプローチをどうとるかということ、是非、(4) (5) あわせたような立て方で、承認プロセスも併せた形ですが、ゲノム科学的なアプローチをとることで簡略化や迅速化を図るというか、そういう部分は PMDA の役割を広げることも含めて、もしよろしければ一つ書いて、皆さんの判断を仰ぎたいと思います。

○埴岡委員 分かりました。では、ここで1本立てるということで、タイトルと説明を書いて頂いて、明日の夕方までにMLに送って頂きたいと思います。それでは153～154ページのがん研究ですが、制度(1)のところ、最後2行は取るということによろしいですか。それでは、がん登録、135～136ページです。がん登録法の制定というところでは多くの方の賛同を頂きました。一方で、136ページのところ個人情報保護法の整備ということがございまして、(1)と(2)の関係性については、議論があり(1)があれば、(2)はいらないので取り下げようという意見もありましたが、一方で(1)が通らなかったときに(2)がないと弱いということもありましたので、オーバーラップしている部分もあるのですが両方残そうという話もございました。(2)のリライトについては、個人情報保護法の改正というのは大きなテーマなので、個人情報保護体制の整備と、実際に使えるやり方を整備、また法レベルよりも通達レベルに直したほうがよいという意見も出ていますので、ここを決めてしまいたいと思います。では、具体的に伺いますが、がん登録法は残すということによろしいですか？

○内田委員 1点張りで

○埴岡委員 1本勝負でよろしいですか？

○檜山委員 僕も(2)はいらないと思います。登録を法制化することが大事だと思います。

○埴岡委員 (2)は削除して、(1)だけ残すということに対応したいと思います。

○野田委員 気になっていたのですが、診療報酬加算をされたり法制化されたりすると、担当者は、事務局から相当のプレッシャーがかかると思うんですね。色々聞いていると、病院の規模やシステムによって違うみたいですが、担当者にかかなり負担になっているという話を聞きます。そのため、きわめてネガティブなことをいう医者がかかなりいる。そのところの解決というか、例えば「どこの電子カルテはものすごくがん登録が楽」という話もあるので、そういうボトムアップというか、いわゆるがん登録に必要な情報を共有し浸透させていくことも大事。単純にお金や人を増やせばいいという問題だけではない気がします。

○内田委員 私、神奈川県でがん登録を担当していましたが、書式そのものはそんなに大変ではないと思います。ただ対象症例の非常に多いところや手術なんかやっているところなどは若干大変という印象があります。また現状ではまったくボランティアです。

○野田委員 メディカルクラークみたいな人を一人雇えば、それで大丈夫というようなものなんですか？

○内田委員 ケースにもよるでしょうが、概ね大丈夫ではないかと思えます。

○埴岡委員 提案書全体では総合的なものも入っていますし、横串議論も入っていますので、その辺は書きこめていると思いますが、重要なご指摘だと思います。それでは最後に、「疾病別の対策」のところ、159ページの一番上の(3)小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進については、檜山委員のご提案です。160ページのところ、(2)小児がんと希少がんへの拠点病院制度、(3)特定疾患研究事業の見直し、これについても檜山委員

から出して頂いております。アンケート、TMでの意見もサンプルとして沢山出して頂いていますが、何かご意見があればいかがでしょうか。

○内田委員 160 ページの (2) ですが、これ TM でたぶん出ていたと思うんですが、要するに専門的に特化したがん、例えば「うちは肺がん専門の病院です」というようなところの拠点病院認定がないんですね。オールラウンドにやるところだけでなく、そういうものも拾っていく制度も必要かと思います。

○檜山委員 肺がんだけをきちんとやられているという施設はありますし、そういうところが取り残されつつあるのは、TM でもやはり意見が出ていましたので、どこへ盛り込んだらいいのか、さっきの拠点病院の見直しのところで、その点は入っていたと思うので、そこで反映させて頂けるほうがよいのかなという気はしています。

○野田委員 檜山先生のご意見は、そういった病院は、例えば診療報酬が上がるとか、そういう形でサポートするということですか。というのは普通の拠点病院と違って、そういう形でのサポートがないとなかなか機能しないと思うので、インセンティブをつけたほうがよいと思います。希少がんは、日本でここここが支えているというところに対して、患者が集まってきて過ごしやすいような環境を整えるような形にしないと。

○檜山委員 先生がおっしゃられる通り。ポンチ絵の施策 9 にもありますが、治療するときはそういう専門病院にも行くけれど、後のフォローアップ、あるいは晩期障害については、小児がん・希少がんのサバイバーシップセンターというのを設けて、そこにお金を投入して頂いて、地域と連携して頂いて、サバイバー事業としてやって頂くというのが僕のイメージなんです。

○野田委員 普通の拠点病院よりも、さらに厚く手当されるべきだと思うので、ある程度以上の割合の希少がんのある程度の割合の治療実績を持っているところについては、診療報酬を厚くして、遠くから来る人たちが過ごしやすいようにすべきだと思います。

○川越委員 こういった特殊ながんを持ってきたときに、均てん化との兼ね合いの問題に遭遇するんですが、そうだとしたら制度というより診療報酬の方で厚くするという形がよいんじゃないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○埴岡委員 今の意見を総合すると 160 ページにはどのようにリライトすればよろしいでしょうか。

○檜山委員 制度のところ、別の形の拠点病院という構想も新しく打ち出してもよいのかもしれないですね。それと 159 ページの診療報酬のところにも、そういう形で書き直したほうがよいかもしれません。

○埴岡委員 あまり宿題を増やしたくはないですが、これも ML 上で意見を総合して取りまとめていきたいと思います。ありがとうございます。全部は審議できなかったのですが、これまで出されていたものについては、おおよそカバーできたと思います。カバーできなかったものについては、おっしゃっていただければ、ML にて審議できればと思います。今日いくつか宿題を出させて頂きましたので、申し訳ありませんがお願いします。それか

ら 2 点お知らせがあります。第 3 分冊の施策シートがございますが、今日準備が間に合わずお示しができませんでした。予算および診療報酬についてはシート化を出来ればと思っておりますが、制度面については、議論の初期段階なので、施策シートに落とし込むのはまだ困難と思っておりますので、次年度以降の宿題としたいと思っております。あともうひとつ、あとかきのパートについて、今日はお示しできませんでしたが、ML で確認をして頂きたいと思っております。3 月 4 日を目途に仕上げ、11 日の本協議会に提出できればと思います。3 月 11 日のがん対策推進協議会で審議をされ、おそらくいくつかの追加意見を経て、成案となります。おそらく 3 月中に長妻昭厚労大臣に提出されるということが行われると思っておりますので、お知らせをしておきます。長い時間お疲れ様でした。終わります。

以上

4-4-4 「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート（回答者数順）

