

2-6 分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供

2-6-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-6-1-1 「予算」の推奨施策

(1) がん相談全国コールセンターの設置 [A-44]

「すべてのがん患者の悩みを軽減する」ことを目標に、いつでも、どこからでも、だれでもがんの相談ができるように、海外でも多く設置されている全国コールセンターを設置することで、患者や家族の不安や悩み、療養上の相談に対応することを目的とする。がんに関する相談支援の訓練を受けた支援員を1カ所に配置し、20回線の電話を設置し、24時間対応の全国コールセンターを設置する。

(2) 「がん患者必携」の制作および配布 [A-45]

国立がんセンターがん対策情報センターが患者・市民パネルの協力を得て制作し、がん患者が必要とする情報を網羅するがん患者必携を発行するとともに、がん診療連携拠点病院などを通じて、すべてのがん患者（初年度は当該年度に初発のがんと診断されたおよそ60万人）にがん患者必携を配布する。一般に配布するのではなく、医療機関から一人一人の患者に渡すことで、情報不足から「がん難民」が生じるのを防ぐことを目的とする。

(3) 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成 [A-46]

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。特定疾病患者の医療費助成をモデルに、一定の要件を満たす患者の世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

(4) 全国統一がん患者満足度調査 [A-47]

がん患者の多くが、がん診療に関する疑問や不安、不満足を覚えており、その全体を把握し、動向を継続してモニターすることは、がん医療の向上に欠かせない。がん診療連携拠点病院など、がん診療を行う医療機関を通じて全国統一フォームによる調査票を、がんと診断された患者や経過観察を受けている患者に渡し、患者は回答を集計センターに送ることで、センターにおいて結果が集計される。

(5) 地域統括相談支援センターの設置 [A-48]

がん診療連携拠点病院に設置されている相談支援センターの連携は十分でなく、その医療機関を受診する患者以外の、地域の患者への対応も十分ではない。都道府県ごとに一定の要件を満たす医療機関に地域統括相談支援センターを設置し、必要な経験を有する常勤かつ専任の看護師やMSW(メディカルソーシャルワーカー)などを配置するとともに、医療、介護、福祉、ケアマネージャー、行政関係者による連絡会を運営する。

(6) 相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート [A-49]

都道府県がん診療連携拠点病院の相談支援センターが、あらかじめ登録された地域の患者や家族、患者支援団体と共同で、患者や家族を対象とするピアサポート事業や患者サロン、医療講演会などを運営・開催することを補助するとともに、患者や家族をピアサポート相談員として雇用した場合の助成や、相談員の資質向上を目的とした講習会、ピアサポート事業を行う患者支援団体への助成金交付を進める。

(7) がん経験者支援部の設置 [A-50]

患者の治療後における肉体的・精神的・経済的問題や晩期障害などの問題を研究・解消することを目的とする、米国NCIのOffice of Cancer Survivorship(がん生存者室)に該当する部門を、競争的なコンペを経て選定された機関に設置するとともに、患者・市民も参加する事業運営評価パネルを併設することで、その組織の活動の質を高め、がん患者(経験者)や家族などの闘病支援を行う。

(8) 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長 [A-51]

外来において、長期にわたり継続して高額な化学療法(抗がん剤治療)を受けている患者の経済的負担は非常に大きく、治療薬の投与を断念したり、生活保護を申請せざるを得ない状況となるケースもある。がん対策推進基本計画に基づく外来化学療法の進展と治療費の高騰の中で、患者が必要な治療を安心して受けられるようにするため、社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長を行う。

(9) 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 [A-52]

外来において、化学療法(再発の予防を目的と推定される治療などを除く)を伴う治療による医療費の支出について、外来患者においては入院患者のように限度額適用認定証が交付されていない。よって、高額療養費制度の申請のある世帯(すでに障害者認定を受けている場合などを除く)を対象に、健康保険の保険者から交付される限度額認定証を窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とする。

(10) 長期の化学療法に対する助成 [A-53]

入院及び外来における化学療法による医療費の支出増による治療の中断を防止するため、

高額療養費制度の申請のある世帯を対象に、健康保険の保険者から交付される認定証を入院患者のみならず外来患者に対しても窓口にて提示することで、医療機関窓口での1カ月あたりの負担額を、一定額以下とするとともに、さらに慢性腎不全などの特定疾病を対象とする助成（原則、月間の自己負担1万円）に準じた運用とする。

(11) 「がん診療医療機関必携（仮）」の作成・配布【A-54】

セカンドオピニオンや相談支援センターの活用促進や患者への周知については、医療機関の運用に任されており、必ずしも均てん化されていない。そこで、患者対応の均てん化を図るため、「がん診療医療機関必携（仮）」を作成し、がんを診療するすべての医療機関に配布するための予算措置を講じる。手引きは、医療提供者と患者関係者が作成し、医療提供者と患者とが相互理解を深め、円滑な診療の一助となるよう、テーマごとに質の高い患者対応のあり方や手法、患者の権利などについて記述される。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-6-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 相談支援センターの充実【B-21】

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専門看護師・認定看護師、MSW（メディカルソーシャルワーカー）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、配置体制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。

(2) 相談支援センターと患者団体の連携【B-22】

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。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-6-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん患者の就労・雇用支援【C-27】

がん患者が治療に伴い、退職や転職を余儀なくされ、生活や就労環境に支障をきたす場合が多い。患者が治療前の仕事を継続できるよう、がん患者の治療に配慮した就労体制や、

雇用を保証する支援・法制度が必要である。がん対策基本法の改正によるがん患者の就労支援・雇用確保や、障害者雇用促進法に準じたがん患者の雇用促進対策など、必要な法令の制定や改正を行う。

(2) がん患者連携協議会（仮称）の設置〔C-28〕

がん診療連携拠点病院やその相談支援センター、行政（保健所、市町村）などの地域医療資源と、地域のがん患者団体の連携を強化することを目的に、都道府県ごとにがん患者連携協議会（仮称）を設置する。設置にあたっては、がん診療連携協議会の設置に準ずる形で、厚生労働省健康局長通知などによる設置を考慮する。

(3) 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（ベンチマーキングセンター）の設置（再掲）

がん診療連携拠点病院を対象に、公的な第三者機関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、治療成績を中心に、組織運営や地域連携、医療の質および安全の確保、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ことを目的とする第三者的な組織を設置し、安定的に運営するため、がん対策基本法の改正を行う。

2-6-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策である「がん患者必携の製作及び配布」（6 億円）については、平成 22（2010）年度予算案において「がん対策情報センターの患者必携製作費」（運営交付金の内数）が増額されるなど、一定の反映がみられるが、がん患者全員への配布には不十分である。推奨施策「がん相談コールセンターの設置」（15 億円）については、国立がん研究センターへの運営交付金により、国立がん研究センターやその「患者必携相談窓口」などでの対応予定との指摘があるが、患者必携に関する相談窓口では本格的な相談対応は難しいと考えられる。

推奨施策「全国統一がん患者満足度調査」（15 億円）については、予算案にて「がん対策評価・分析経費」（約 0.2 億円）が対応しているとの指摘がある。この事業は「現在のがん対策について、政策評価に加え、がん患者等といったがん対策を真に必要とする立場から評価を受け、その結果を分析することにより、がん患者等にとって真に必要な施策を確認し、継続すべき事業や新たな課題等について検討を行う」とされている。推奨施策で想定されているのは、がん患者のがん診療に関する満足度調査であり、この事業とは関連がない。

推奨施策「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」（2.4 億円）と「が

ん経験者支援部の設置」(3億円)については、がん診療連携拠点病院や国立がん研究センターにその実施が任されている状態であり、拠点病院の限られた機能強化事業費でどこまで対応ができるのか不明確であり、推奨施策どおりの実施が望まれる。推奨施策「地域統括相談支援センターの設置」については、現時点では未対応であり、患者の相談支援に関わる一連の推奨施策組み込む形で、実施されることが望ましい。

がん患者の経済的負担の軽減に関わる一連の推奨施策(「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」[10億円]、「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」、「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」、「長期の化学療法に対する助成」[20億円])については、平成22年度予算案では未反映である。アンケートやタウンミーティングでも「金の切れ目が命の切れ目となりかねない」など、多くの意見と要望がみられた推奨施策であり、長期に高額の治療費の支払いを強いられている患者の、負担軽減は急務である。厚生労働省内においても保険局や社会援護局などと連携しつつ、包括的な対応が望まれる。

2-6-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)

診療報酬提案書の推奨施策「相談支援センターの充実」と「相談支援センターと患者団体の連携」については、平成22(2010)年度診療報酬改定において反映されていない。一方、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられている。さらに、今回、「がん患者カウンセリング料」が新設され、「がんと診断され、継続して治療を行う予定の者に対して、緩和ケアの研修を修了した医師及び6カ月以上の専門の研修を修了した看護師が同席し、周囲の環境等にも十分配慮した上で、丁寧に説明を行った場合に算定する」とされている。相談支援センターでの相談員による相談についても、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

2-6-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-6-2-1 意見の要約(問題点)

- ・がん診療連携拠点病院の相談支援センターが広く知られていない
- ・相談支援センターの相談時間やスタッフの体制が十分でない
- ・5年生存率や未承認薬、臨床試験など、患者の知りたい医療情報が十分でない
- ・患者の望む親身なサポートや、いわゆる終末期でのサポートが十分でない
- ・相談支援センターの相談員が国庫補助事業に依存していて、確保しづらい
- ・拠点病院に対する助成金の使途が制限されている

- ・患者団体や支援団体への予算措置が十分でない
- ・相談支援センターの質や体制に地域格差がある
- ・医師と患者とのコミュニケーションがとれていない
- ・利用できる相談支援制度が十分に広報されていない

2-6-2-2 意見の要約（改善案）

2-6-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・24時間365日、誰でもどこからでもアクセス可能な全国コールセンターの設置
- ・ネットにアクセスできない患者や家族を含めた、すべての患者と家族への情報提供
- ・相談支援センターと患者・家族が連携した患者支援体制の構築
- ・地域や広域をカバーする相談支援センターの設置
- ・相談支援センターの専従・専任の相談員などにかかる人件費の適正な確保
- ・相談支援センターの相談員の教育・研修体制の充実に向けた予算措置
- ・ピアサポーター（患者経験者の相談員）の養成や患者サロン運営に対する予算の計上
- ・相談支援センターの質を担保する外部評価委員会の設置

2-6-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん診療連携拠点病院での専従相談員の配置に対する、拠点病院加算での評価・相談支援センターの相談件数に応じて診療報酬で加算される仕組み
- ・一定の研修を受けた患者関係者などのピアサポーターが、医療提供者と連携して患者相談を行う場合に、診療報酬で新たに評価する
- ・いわゆる患者サロンの開設や、患者団体の支援を行っている医療機関を、診療報酬で新たに評価する

2-6-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・相談の質の担保のための認定制度
- ・治療に伴い退職や転職を余儀なくされるがん患者の就労・雇用対策
- ・医療機関の症例数や治療成績などの情報公開を進める制度
- ・患者団体とがん診療連携拠点病院の連携を促進する制度

2-6-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-6-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・がん相談支援センターの周知。相談員として働いているが、まだまだ県民に広く知れ渡

っていない（医療提供者）

- ・がん拠点病院の相談支援センターは、月～金の9時～16時（または17時）など、平日働く者には利用しにくい（患者関係者・市民）
- ・5年生存率の算出あるいは情報提供方法等が医療機関により異なり、患者が必要とする情報が得られない（行政）
- ・「もう治療がない」と言われ、どうすればよいかい分からず困っている患者が多くいる。納得のいく医療情報（未承認薬や治験）まで提供すべき（患者関係者・市民）
- ・経済面や医療面での情報提供は概ね充実しているが、患者・家族が望む「共感」や「寄り添い」は不十分。スタッフの配置も十分でない（患者関係者・市民）
- ・市町村の行う相談は、「話を聞いてほしい」「詳しいがん闘病の実際を知りたい」など、患者の切羽詰った問いには応えきれていないケースが多い（患者関係者・市民）
- ・がん拠点病院の相談員配置は、国庫補助事業である拠点病院機能強化事業に依存し、特に公立病院では相談員確保が難しい（行政）
- ・拠点病院の助成金使用範囲の縛りがあり、活動が制限される（医療提供者）
- ・ピアカウンセリング（がん経験者による相談）を受託しているNPO（特定非営利活動法人）の意見として、圧倒的に予算が少ない（患者関係者・市民）
- ・インターネットを利用できない住人に対する情報提供体制の整備が必要（行政府）
- ・とにかく体制が整っていない。拠点病院の相談支援センターの認知度が低い。MSWが必ずしもすべての病院に配置されていない。提供できる情報が十分か？患者からの多様な相談（身体的、心理的、経済的、社会的等々）に対応するには高度な訓練を身につけたスタッフやピア・カウンセラーの配置も必要と思う（患者関係者・市民）
- ・セカンドオピニオン制度が広く知られており、人々も積極的に活用しており、医療者側の意識も高まっているので、良いと思う。ただ、「悪い情報の知らせ方」のテクニックを身につけていない医療者が多い。（患者関係者・市民）
- ・とにかく医療費が高かった。透析とかは国が負担するのに、これだけ多いがんが負担されていないのはおかしい（患者関係者・市民）
- ・治療費が高い。がんになったことで仕事をクビになった。生活が苦しい。症例の少ないがんで1年以上治療を続けている。1か月で10万近く医療費がいる。高額療養費を使っているが仕事の出来ない間が大変（患者関係者・市民）
- ・がん治療には高額な金額がかかる。治療を受けなければ命に関わり、透析等のように公費で負担できるような制度を作ってほしい。治療を受けていれば働けず、命のある限りお金はかかり、家計を圧迫し、生きたいけど生きれば生きるほど家族に迷惑をかけ、どうすれば良いのか・・・と苦しんでいる患者がたくさん居ることを知ってほしい（患者関係者・市民）

2-6-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-6-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・24 時間 365 日対応のコールセンターの利用により、がん難民の削減、QOL の向上を目指す（患者関係者・市民）
- ・がんと診断された時点ですべての患者に同じ情報が手渡される体制作り。ネットにアクセスできない人への対応（その他）
- ・県レベルでの情報センターの設置が必要（医療提供者）
- ・がん患者サロンを病院内外に設置されるように、行政・がん診療連携拠点病院が、患者・家族を支援する（患者関係者・市民）
- ・患者や家族、遺族、一般を対象とする「がんの看取り・傾聴ボランティア養成講座」により、がんサポーターを各地に養成する（患者関係者・市民）
- ・相談員の資格を作るべき。会の研修終了では、十分な相談に対応できない（行政）
- ・予算はハード面だけでなく、特にマンパワーにもしっかり予算をつける（患者関係者・市民）
- ・相談支援センターでの人件費だけでなく、図書など資料収集費の予算も必要（患者関係者・市民）
- ・今後 MSW（ソーシャルワーカー）の更に十分な人員配置が求められる。職員のための実践的なケースワークやグループワークの開催頻度を増やす（患者関係者・市民）
- ・がん体験者は、体験と知識をもった社会資源であり、体験者による教育への予算計上は、医療者や医療費の負担軽減に寄与する（患者関係者・市民）
- ・患者相談支援センターへのがん体験者によるピアサポーターの配置や、患者サロンの運営リーダー養成の予算計上（患者関係者・市民）
- ・相談支援・情報提供にも評価委員会を設け、サーベランス（定期審査）とランク評価を行い、配布予算を変更する（有識者）
- ・相談支援センターの運営に十分な人件費が回るように配慮してほしい（患者関係者・市民）
- ・患者が利用するがん図書館や相談用個室の設置費用補助を予算化する（医療提供者）
- ・相談員の研修費用補助（医療提供者）
- ・地域における患者支援を全県的に行うことができる機関が必要と思われる（行政）
- ・医療機関以外での相談窓口を設置してほしい（医療提供者）
- ・ピアサポートの充実も！その研修や経済的支援も！国立がんセンター発行の小冊子などを患者会や支援団体にも設置できるようにする（患者関係者・市民）
- ・現在の高額医療費制度では、負担額が特定疾病（1 万円又は 2 万円）の制度に比べて多い。貸付制度も一時的な負担軽減にすぎない。患者負担を制度として見直すことにより、患者の治療選択の幅も広がるはずである（医療提供者）

・治療している期間に仕事が出来ない人もいる。窓口負担が減る、公費としての制度をお願いしたい。高額療養費制度も、短期間ならば何とか工面できても、何年も続くようであれば、患者の負担があまりにも大きすぎる（患者関係者・市民）

2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・相談件数等の多い病院には、診療報酬を厚くすべきである（医療提供者）
- ・相談業務への診療報酬が必要（患者関係者・市民）
- ・診療行為と考え、専門医師には診療報酬で応えるべき（医療提供者）
- ・看護師のように、配置人数での評価（加算）制度の構築（医療提供者）

2-6-3-2-2 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・がん患者に対し、治療している医療機関から医療だけでなく医療費の補助制度や生活相談等の情報提供を充実させるがん対策基本法などでの制度面の規定（行政）
- ・患者、体験者を参加させるための教育訓練（ピアサポーターの育成）のためのシステム（患者関係者・市民）
- ・相談員の役割を考えると、より専門的に学んで資格のある、がん看護専門看護師の配置が望ましい（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の現況報告など、府県や国が提出を求めたものを、公開する仕組みを整備してはどうか（その他）
- ・医療機関とがん患者支援団体の連携を促進させる調整システムが必要（その他）
- ・がん長期療養者の障害者手帳の適用化、障害年金の適用、介護保険制度を40歳未満のがん患者にも適用を（患者関係者・市民）

2-6-4 分野内の横断的検討（再掲）

がん患者が経済的に不安なく治療を受けられるためには、「長期の化学療法に対する助成」〔A-53〕と「外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成」〔A-46〕を実施して患者の経済的負担の軽減を図るとともに、「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」〔A-52〕と「社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長」〔A-51〕により、患者の利便性を高める。また、「がん患者の就労・雇用支援」〔C-27〕により、患者の就労問題を法制度面で支援する。

患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充を図るために、「がん相談全国コールセンターの設置」〔A-44〕による全国規模での対応や、「地域統括相談支援センターの設置」〔A-48〕による既存の相談支援センターの弱点を補う県単位のセンターを設置するとともに、相談支援センターのネットワーク化を進める。診療報酬「相談支援センターの充実」〔B-21〕による医療機関へのインセンティブ付与を進めるとともに、「がん患者必携の製作および配

布」〔A-45〕による情報提供の充実、「がん診療医療機関必携（仮）の作成・配布」〔A-54〕によるセカンドオピニオンや患者支援体制の充実を図る。また、患者を支える医療資源としての患者支援団体と、医療機関の連携体制を整備するために、「がん患者連携協議会（仮称）の設置」〔C-28〕により、患者支援団体による支援体制を制度面で担保するとともに、予算措置では「相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート」〔A-49〕、診療報酬では「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕を行う。

なお、がん患者の経済的・社会的な支援の観点からは、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）」の「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕や、個別分野10「がん研究」の「がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設」〔A-67〕、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の促進」〔A-68〕などの施策と、密接な関連がある。

2-7 分野7 がん登録

2-7-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-7-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 地域がん登録費用の10/10助成金化 [A-55]

地域がん登録が進まないのは、都道府県が費用負担しないことも大きな要因であるが、すでに単独事業として費用負担をしている県では地域がん登録が実施されており、国の100%補助があれば、ほとんどの県が地域がん登録を実施するようになると考えられる。がん登録を管理・集計・分析・公表までの一貫業務として位置づけ、都道府県に必要な研修を受けた実務者を配置するとともに、必要な予算措置を講じる。

(2) がん登録法制化に向けた啓発活動 [A-56]

がん登録はがん対策上必要不可欠であり、地域がん登録の法制化には、がん登録の意義などに関する啓発活動を通じて、国民および立法府の理解が必要である。がん登録の法制化に向けた啓発活動を展開するとともに、地域がん登録が個人情報保護法の対象外であることを法制上明確化する。地域がん登録の未実施都道府県を無くすために、地域がん登録に関する地方交付税措置の拡充を図る。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

2-7-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) がん登録に関わる職員の配置 [B-23]

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。

(2) 地域・院内がん登録 [B-24]

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。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-7-1-3 「制度」の推奨施策

(1) がん登録法（仮称）の制定〔C-29〕

がん対策基本法策定の過程においても、がん登録は議論されており、さらには欧米諸国、韓国においても、がん登録の法制化が進展している。我が国においても、院内がん登録、地域がん登録の推進により、方法論や整備体制についても議論が熟しており、がん対策基本法の改正もしくはがん登録法の制定により、包括的ながん登録の実施を原則義務化し、がん患者に関する情報を円滑に収集、提供できるよう、個人情報保護法又は住民基本台帳法に基づく情報保護規定の除外対象とする。

2-7-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況（再掲）

昨年度提案書の推奨施策「地域がん登録費用の 10/10 助成金化」（10 億円）と「がん登録法制化に向けた啓発活動」（2 億円）については、地方財政措置等において対応済みとの指摘があるが、実効性のあるがん登録の推進を担保するためには、各都道府県におけるがん対策予算執行状況についての確認が必要である。

また、平成 22（2010）年度予算における新規事業として「地域がん登録促進経費」が計上されている。「地域がん登録を未だ実施していない 12 都県に対し、地域がん登録を行うよう指導するとともに、当該データの集計・分析を行い、標準化した登録様式に適応した地域がん登録の促進を図る」とされているが、国立がん研究センター運営交付金での予算措置であり、予算額や予算執行状況についての確認が必要である。

推奨施策「がん登録に関する個人情報保護体制の整備」（0.7 億）については、研究費にて対応しているとの指摘があるが、その内容は必ずしも明らかでない。アンケートやタウンミーティングでは、がん登録の法制化にむけた意見も出ており、登録制度のあり方や実現可能な制度設計とするための予算措置のみならず、全がん患者を対象とした登録制度や登録のゲートとなる医療機関の定義など、制度面での包括的な対応が必要と考えられる。

2-7-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況（再掲）

診療報酬提案書の推奨施策「がん登録に関わる職員の配置」については、平成 22（2010）年度診療報酬改定においては、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員という明示的ではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置

に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15 対 1 補助体制加算」「20 対 1 補助体制加算」が新設されている。がん医療に従事する医師の場合、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務もさることながら、がん登録に関わる事務も負担となっている場合があり、従来から、医師事務補助者の業務として院内がん登録に係る業務は認められているところであり、「医師事務作業補助体制加算」が院内がん登録のさらなる推進に寄与することも考えられる。

また、平成 22 年度診療報酬改定では、DPC において新たに設けられた「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）においては、「地域がん登録」への参画を含めた評価がなされることとなったが、地域がん登録への参画が診療報酬上評価されたことは大きな前進であり、今後、地域がん登録の推進につながるような病院の行動変化があるか注目していく必要があると考えられる。

しかし、実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「がん診療連携拠点病院加算」については、改定で算定要件に「がんセンターボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種が参加していることが望ましい」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

2-7-2 意見の要約（問題点と改善点）

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-7-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 統一的ながん登録制度がなく、全国データベースとして機能していない
- ・ 個人情報保護体制の確立が急がれている
- ・ がん登録に関する告知や広報体制が機能していない
- ・ 全般的ながん登録予算が不足している
- ・ 都道府県ごとの予算化であるため統一的ながん登録体制整備につながっていない
- ・ がん登録制度を円滑に実施するための予算がついていない
- ・ 全国統一的ながん登録がない。
- ・ がん登録専門員がいいため作業負担が生じている。
- ・ がん登録に関する制度や根拠が不明確である。
- ・ 都道府県独自のがん登録が標準化されていない。
- ・ 院内がん登録様式と臨床医の必要とするデータに隔たりがある。

- ・がん登録様式が不統一である。
- ・診断の精度、分析結果が現場に還元されていない。
- ・医療機関のインセンティブがない。
- ・学会で行うがん登録との様式の不一致が見られる。
- ・電子カルテ導入不足のため、紙媒体からの吸い上げに限界がある。
- ・がん登録率が低すぎる。
- ・現状のシステムが使いづらい。
- ・国民への認知度が不足している。

2-7-2-2 意見の要約（改善案）

2-7-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・全国統一基準のがん登録制度を確立する
- ・個人情報保護体制にかかる統一基準を設置し順守体制を構築する
- ・がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制を構築する
- ・がん登録予算の補助金化にかかる予算化
- ・がん登録に際する全国統一基準策定にかかる予算化
- ・個人情報保護体制にかかる統一基準の策定にかかる予算化
- ・上記統一基準の遵守を推進する報告会や研修会実施にかかる予算化
- ・がん登録の必要性を訴求する広報啓発体制構築にかかる予算化
- ・がん登録の円滑実施のための専門スタッフや専門部署設置にかかる予算化
- ・院内がん登録を新たに実施する医療機関に対する補助

2-7-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん登録行為を診療報酬加算する。
- ・がん登録実施機関の診療報酬を増額させる。

2-7-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん基本法を改正し、がん登録制度を盛り込む。
- ・がん登録法を制定する。
- ・がん登録様式の統一のための法制度を整備する。
- ・院内、地域がん登録を統一させる制度を創出する
- ・予後調査に必要な法制度を整備する。
- ・行政による予後調査の実施を制度化する。
- ・住民基本台帳法の改正など関連法を改正する。
- ・がん登録実施機関のDPC係数を上昇させる。

2-7-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

2-7-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・がん登録の体制が不十分で、集計までに時間がかかりすぎている。がん登録の体制の充実が急務（患者関係者・市民）
- ・院内がん登録が不十分であり、地域がん登録の精度も十分とは言えない（行政）
- ・地域がん登録が都道府県の任意で実施されているため、全国統一のデータベースとして使用できず、法的な裏付けもない（行政）
- ・個人情報保護法関連で、がん登録患者の予後調査が非常に困難である。（医療提供者）
- ・国民の理解が得られない（医療提供者）
- ・診療情報管理士（特に各種がん関係法令等の習熟）が問われる（医療提供者）
- ・院内がん登録や地域がん登録のデータベースにおいて、紙ベースでの提出が推奨されているため、システムを入れても効率化が図れない（行政）
- ・「地域がん登録」（罹患統計）と「院内がん登録」（診療実績把握）と「臓器がん登録」（医療水準検証）は連携が必要だが、ひとくくりに考えることが問題（行政）
- ・がん登録に従事する事務職員の不足（医療提供者）
- ・地域がん登録については、個人情報保護の安全な管理のための登録室、データベース、情報の移送の整備環境にかかる予算が不足している（行政）
- ・県の事業では予算も厳しくなかなか進まない（行政）
- ・国民の認知度はまだ低い（行政）
- ・がん登録が法律で明確に都道府県の役割として規定していないため、登録の実施や生存率を算定するために必要な住民基本台帳を用いた生存確認調査を実施することが困難な状況となっている。また、登録が医療機関の任意の協力により実施されている（行政）
- ・全国共通でのデータになっていない法的な縛りが無いので各都道府県の対応がばらばら（患者関係者・市民）
- ・都道府県が実施する地域がん登録のデータが、がん診療拠点病院に還元されないため、追跡調査における死因（原病死・多病死）の把握が出来ない（医療提供者）
- ・がん登録士は定数化された雇用でないと臨時雇用を続けていてもスキルの蓄積が望めない（医療提供者）
- ・まだ都道府県としてがん登録を行っていない自治体が残っている（患者関係者・市民）

2-7-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

2-7-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・がん登録のデータはがん対策の基本となるので、都道府県単位ではなく国家プロジェクト

トで対応して欲しい（患者関係者・市民）

- ・モデル地域を決めて、診断から治療までの臨床的な情報も含んだがん登録を整備し、正確に評価するインフラを整備すべき（患者関係者・市民）
- ・がん登録の法制化や、人口動態死亡個票にかかる行政から拠点病院への情報提供を可能にするなど、制度の円滑な実施にかかる法的な整理（行政）
- ・地域がん登録について、レセプト、人口動態統計や住民基本台帳との連動を図り、精度を高める（行政）
- ・正確ながん登録のためには、各組織、団体の協力と国民の理解を得るための努力が必要（医療提供者）
- ・5大がんのみならず、すべてのがん登録を国のレベルで統一し、一刻も早く病院ごとの5年生存率をホームページ上に公開すべき（医療提供者）
- ・がん登録に緩和ケア領域の項目が含まれれば、どのような緩和ケアが有効か検証可能になる（医療提供者）
- ・がん登録の法制化による個人情報保護の仕組みの確立のための予算措置（行政）
- ・地域がん登録には交付税措置がされているが、県では一般財源のため削減の恐れがあり、特定財源とすべく補助金制度等に変更する（行政）
- ・予後調査の役場照会の際の行政からの支援（病院からの問い合わせへの回答、住民票交付等手数料の無料化、外国登録に対する照会など）（医療提供者）
- ・がん登録の実務者の教育訓練などに十分な予算を付ける（患者関係者・市民）
- ・がん登録整備事業補助金等を各拠点病院に配分する予算を新設する（医療提供者）
- ・がん登録を行っている医療機関には、電子カルテ化の補助予算をつける（医療提供者）

2-7-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・がん患者数による登録士の人数を決め、診療報酬に加算できるようにする（医療提供者）
- ・がん登録を義務付けている医療機関へのホスピタルフィーはそうでない医療機関とは異なっている（医療提供者）
- ・予算が有期であるとするれば、登録士の有無により診療報酬の差をつける（医療提供者）
- ・施設基準として診療報酬に反映（医療提供者）
- ・高精度に行なっている施設に対しての報酬を（医療提供者）
- ・がん登録が法制化されれば、診療報酬で対応する必要はなくなる（医療提供者）
- ・レセプトとがん登録を照合し、その割合で診療報酬をつける（医療提供者）

2-7-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・登録の必要性についての啓発（行政）
- ・「住民基本台帳の活用」をがん登録事業として法制化してほしい（行政）
- ・がん登録を医療機関として義務づける（患者関係者・市民）

- ・がん登録の法律が必要、都道府県においても同じ（患者関係者・市民）
- ・法制によるがん登録の届出の義務化の実施（行政）
- ・5年生存調査の行政が伴う制度化。都道府県の登録制度の均てん化（医療提供者）

2-7-4 分野内の横断的検討（再掲）

法制面での対応の不足が、がん登録を推進するにあたっての大きな障壁となっている現状から、「がん登録法（仮称）の制定」〔C-29〕による法制度面での検討が不可欠であり、「がん登録法制化に向けた啓発活動」〔A-56〕とあわせて進めていくことが必要である。これに加え、「地域がん登録費用の10/10助成金化」〔A-55〕により、都道府県での地域がん登録の促進を図るとともに、診療報酬では「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕により、がん登録に関わる職員の医療機関への配置を促進し、「地域・院内がん登録」〔B-24〕により、がん登録を進める医療機関へのインセンティブの付与を図る。

2-8 分野8 がんの予防（たばこ対策）

2-8-1 推奨施策

集まった意見と論点整理を踏まえ、予算、診療報酬、制度の面から、下記の推奨施策を導き出した。

2-8-1-1 「予算」の推奨施策

(1) たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策 [A-57]

日本はたばこ規制枠組み条約など、複数のたばこに関する国際条約を締結し、がん対策推進協議会においても、全会一致でたばこ対策の必要性が強調されてきたにもかかわらず、がん死亡率の低下に必要なたばこ対策が先進国の中では遅れている。国際条約において求められている、たばこ価格やたばこ生産者への対策などの施策を順守・実行することで、喫煙率減少を目指す。

(2) 喫煙率減少活動への支援事業 [A-58]

喫煙率減少にはたばこ値上げが有効な手段であるが、これと並行して、喫煙率減少活動をする都道府県や地域 NPO などを対象に、喫煙率減少効果スコアにおいて世界的エビデンスが示されているメニューを中心に、地域に可能な手法による喫煙率減少活動（普及啓発、禁煙支援、分煙対策、禁煙教育など）を支援することで、喫煙率の大幅な減少とがんの罹患の減少を達成することを目的とする。

(3) 学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発 [A-59]

学校教員の喫煙率は 15%前後と依然高く、このことが児童・生徒の喫煙にもつながっているとの指摘が多い。また、学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要がある。国及び地方自治体が教員に対して、がんの知識についての教育研修を実施するとともに、学校内の完全禁煙を定める政令、条例を制定し、同時に教員の禁煙支援を行う。

(4) 初等中等教育におけるがん教育の推進（再掲）

学校教員のがんに関する知識が必ずしも十分でなく、学校教育においてがんに関する教育が欠落している現状を改める必要があるため、各都道府県の教育委員会が設置する研修センターにおいて、5年以内に、すべての小学校、中学校、高等学校の体育及び保健体育の教員に対するがんの特性、がん検診、がん治療に関する研修を実施し、教員の学校内禁煙を義務づけるとともに、がん対策推進基本計画が掲げる「未成年者の喫煙率 0%」の実現を目指す。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-8-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) たばこ依存への治療と禁煙対策 [B-25]

ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をしてはどうか。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

2-8-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 健康増進法の改正(受動喫煙の防止) [C-30]

受動喫煙の防止について、健康増進法において規定されているが、日本はたばこの規制に関する世界保健機関枠組条約の締結国であるにもかかわらず、条約で必要とされている諸施策の実施が不十分である。受動喫煙の防止について、健康増進法による規制を強化するとともに、条約にて規定されているたばこ対策を推進するために、たばこ事業法の廃止を含め、必要な法改正を行う。

(2) 健康保険法の改正(喫煙者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い) [C-31]

喫煙率の減少に伴うがん死亡率の低減と、予防医学の推進による医療費の削減を目的として、保険診療に予防医学の考えを導入し、喫煙者と非喫煙者とで保険料のインセンティブを導入する。

2-8-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)

昨年度提案書における推奨施策「たばこ規制枠組条約の遵守に向けた施策」(たばこ価格の値上げ)、「喫煙率減少活動への支援のモデル事業」(5億円)、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」(5億円)については、平成22(2010)年度予算案では「生活習慣病対策推進費(たばこ・アルコール対策推進費)」(約0.1億円)や「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)」(約0.5億円)が対応していると考えられるが、金額がきわめて少ないこともあり、推奨施策が反映されているとは言い難い。

また、禁煙対策の普及啓発に関する推奨施策「初等中等教育におけるがん教育の推進」については、文部科学省による対応と考えられるが、その対応状況は十分でなく、厚生労働省のがん対策と連携した取り組みが望まれる。なお、第11回がん対策推進協議会(平成

21年12月)では、協議会会長の発議により「たばこ税の引上げとその税収の有効活用に関する緊急提言」が採択された。提言は、患者関係委員の提出した「たばこ税の引上げに関する要望書」とともに厚生労働大臣に手交され、政府税制調査会は平成22(2010)年10月からの増税を決定したが、その規模は小さい。今後も予算措置のみならず制度面での対応も含めて、包括的なたばこ対策の推進が必要と考えられる。

2-8-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)

診療報酬提案書の推奨施策「たばこ依存への治療と禁煙対策」について、「ニコチン依存症管理料」は、平成22(2010)年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成22年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

2-8-2 意見の要約(問題点と改善点)

集まった意見の論点を下記のように整理した。

2-8-2-1 意見の要約(問題点)

- ・禁煙推進や受動喫煙防止の取り組みが不十分
- ・条例などによる地域のみ、または医療者のみによる禁煙対策には限界がある
- ・がんの予防につながる生活習慣改善の取り組みや研究が十分でない
- ・喫煙対策を行うための十分な予算を確保することができない
- ・がんの予防に関する普及・啓発の予算化に対する理解が得られない
- ・国からの補助事業の活用がしづらい
- ・国全体での禁煙推進施策がとられていない。
- ・たばこ規制に関して健康増進法の効力が充分でない。
- ・公共施設等での禁煙対策が充分取られていない。
- ・たばこ価格が廉価であり、十分なたばこ税が課されていない。
- ・未成年者喫煙防止の啓発活動が充分ではない。
- ・未成年喫煙者の禁煙指導が取られていない。
- ・たばこ事業法等、既存法制度の弊害がある。
- ・予防医療が必ずしも保険適用されていない。

2-8-2-2 意見の要約(改善案)