

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、ここに書く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、半分くらいは昨年のバージョンで、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いか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といけません。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かないとはいけません。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えます。

○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、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にとっ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、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は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な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いと思いますし、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いと思います。

○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てい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いけないと思います。

○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が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。通して審議をしてく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っています。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ンドン意見を言うこと、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にどンドン意見を言うということによってやっております。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ありまして、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%に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っています。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ると思いますので、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 ページに骨子が書いてあります。がん対策の総論がまずありまして、その後に 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、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わ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、別添わ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、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う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いきます。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、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という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、なぜかというところでは患者さんたちは、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ことから始まって、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お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えます。

○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、ポンチ絵を示してあります。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います。

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して、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として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を変えております。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。昨年の方がよいと思う方、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います。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よ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います。

○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います。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っています。

○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という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、本当は必要なんだけど高いから、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う。

○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ことでご検討ください。

○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のと、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こと、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くださいと思います。

○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分かりますか？

○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ていきます。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ことと、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、そのこのた

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えます。(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事は、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、予算化のところで無理をしているのですが、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と確立したり、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で問題があって、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ょう。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、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と思います。

○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。