

反映状況を見ていく。

■全体分野1 がん対策全般にかかる事項

昨年度提案書の推奨施策「がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト」(1億円)、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」(10億円)については、平成22年度予算において「都道府県がん対策重点推進事業」(約9.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は都道府県がん対策の推進にあたって、国と都道府県の予算編成上のミスマッチや、がん対策メニューの均てん化を図るための施策である。一方で上記事業は、「緩和ケア研修事業」「医療提供体制等の強化」「がん検診実施体制等の強化」「効果的ながん情報の提供」(昨年度「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」)のために都道府県が実施する事業であり、反映しているとは言い難い。

推奨施策「都道府県がん対策実施計画推進基金の設置」(基金額・1000億円)、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」(0.8億円)、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」(2億円)についても、「都道府県がん対策重点推進事業」(約9.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、これらの推奨施策は患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディア関係者などが、いわば「六位一体」となって取り組むべき施策であり、がん対策の先進県とされる地域では一定の成果を上げつつある施策であるにもかかわらず、上記事業にて反映しているとは言い難い。

推奨施策「がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入」(1億円)については、平成21(2009)年10月末日を提出期限として各都道府県より提出された「がん対策に関する主な取組」(いわゆるアクションプラン)が対応しているとの指摘があるが、その実行、評価、改善に至るサイクルの担保が不透明であり、アクションプランの提出のみをもってPDCAサイクルが機能しているとは言い難い。推奨施策「小学生向け資料の全国民への配布」(30億円)、「初等中等教育におけるがん教育の推進」(10億円)についても、予算措置が不明確であり、厚生労働省と文部科学省の連携も必要である。

■全体分野2 がん計画の進捗・評価

昨年度提案書の推奨施策「都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理」(1億円)については、平成22年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」(約9.4億円)にて対応しているとの指摘があるが、推奨施策は単に都道府県がん対策推進協議会を開催するのみならず、協議会が主体となって都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行うことを目的としている。一方で上記事業は、「緩和ケア研修事業」「医療提供体制等の強化」「がん検診実施体制等の強化」「効果的ながん情報の提供」(昨年度「都道府県がん対策重点推進事業実施要綱」)のために都道府県が実施する事業であり、反映していると

は言い難い。

推奨施策「がん予算策定新プロセス事業」(1億円)については「がん対策・評価分析経費」(新規)が計上されており、推奨施策を若干、反映していると考えられる。「質の評価ができる評価体制の構築」(1億円)、「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」(1億円)については、研究費にて対応が予定されているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

■分野1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

昨年度提案書の推奨施策「がんに関わる計画的育成」(5億円)については、平成22年度予算案において新規事業として「がん医療に携わる医療従事者の計画的研修事業」(約1.9億円)が対応していると考えられる。今後、施策の趣旨の通りに事業が進むのか、見守る必要がある。

この新規事業は、「我が国における化学療法専門医、放射線治療専門医、病理医をはじめとした医療従事者の実態を把握するとともに、国内や海外でのがん罹患率・人口比などの情報を踏まえつつ、国及び都道府県意見がん医療に携わる各医療従事者の必要数や充足状況を把握し、計画的な養成方策等の検討を行う事業」(委託先：独立行政法人国立がん研究センター)とされている。医療従事者の計画的な育成に向けて、昨年度提案書の推奨施策が反映されていると考えられるが、既存事業である「がん専門医臨床研修モデル事業」の増額(平成21年度予算額：約3.8億万円→平成22年度予算案：約4億円)についても見守る必要がある。

一方で、推奨施策「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」(2億円)については、既存の厚生労働省委託事業として一部実施されているが、医療従事者の育成と負担軽減という観点から見守る必要がある。また、推奨施策「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」(10億円)や「専門・認定看護師への特別報酬」(10億円)については、具体的な予算措置に乏しく、医療従事者育成に資する推奨施策(「放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離」〔運営費交付金の増額〕と「医学物理士の育成と制度整備」〔1億円〕)については未対応である。がん医療や医療全体に大きな影響を及ぼしている医療従事者の不足に対しては、アンケートやタウンミーティングでもその解消に向けた要望が特に強く、推奨施策の実施に向けて早期のさらなる対応が望まれる。

■分野2 緩和ケア

昨年度提案書の推奨施策「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」(1億円)については、平成22年度予算案において新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」

(約 2.7 億円) が対応しているとの指摘がある。

この新規事業は、「地域の医療機関、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所などの情報を把握し、がん患者の意向を踏まえた上で、地域の中で利用可能ながん患者にとって適切な医療サービス等を紹介するため、都道府県ごとに非常勤医師及び看護師からなる地域連携コーディネーターを配置し、がん患者が安心・納得できる体制を構築する事業に対し、財政支援を行う」(補助先：都道府県、補助率 2 分の 1) とされている。いわゆる「がん難民」の解消という観点からは、推奨施策の趣旨が反映されている事業であると考えられるが、推奨施策にて記されている「在宅医療マップ」や「アクションプランの策定」など、より実効性のある事業とするための仕組みづくりを進めていくことが必要と思われる。

また、緩和医療研修の充実にに向けた推奨施策(「がん診療に携わる医療者への緩和医療研修」[2 億円]と「緩和医療研修へのベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進」[5 億円])については、既存の緩和ケア研修事業で対応しているとは言い難く、緩和ケア体制の構築に向けた推奨施策(「長期療養病床のがん専門療養病床への活用(モデル事業)」[10 億円]と「緩和医療地域連携ネットワークの IT 化」[10 億円])については、未対応であると考えられる。がん対策推進基本計画において、重点的に取り組むべき事項とされた「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に向けて、一層の対応が望まれる。

■分野 3 在宅医療(在宅緩和ケア)

昨年度提案書の推奨施策「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」については、平成 22 年度予算案における新規事業として「がん医療の地域連携強化事業費」(約 2.7 億円)が、地域連携強化の観点から対応しているとの指摘があるが、推奨施策は特に在宅診療所のネットワーク形成に焦点を当てたものである。一方で、上記事業は地域の医療機関等の情報を把握し、地域連携コーディネーターを配置するというものであり、「がん難民」解消への対応という趣旨は同様であるものの、内容が対応していない。

また、推奨施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」(1 億円)は、既存事業である「在宅医療推進支援事業」(約 5800 万円)では不十分であり、推奨施策「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」(1 億円)については、予算案での対応がみられない。推奨施策「大規模在宅ケア診療所エリア展開システム」(10 億円)と「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」(10 億円)については、それぞれ現時点では対応がみられない。

推奨施策「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」(10 億円)については、研究費においての対応も考えられるが、現時点での対応は明確ではない。高齢化社会の進行に伴

い家族介護力が低下するなど、在宅緩和医療の推進に必要な環境は悪化することが予想されているが、反面その役割は今後ますます大きくなると予想される。在宅緩和医療の高度専門化や介護との連携が必要とされる中で、在宅緩和医療の推奨施策に関して一層の対応が望まれる。

■分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

昨年度提案書の推奨施策である、「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」（15億円）、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」（3億円）、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」（1億円）については、いずれも研究費での対応との指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。

国内におけるがん診療ガイドラインの策定は、十分に進んでいない状況にある。ガイドラインの把握と公開を行い、学会にその策定を任せるのみならず、第三者的な組織が策定に関与する仕組みが必要である。また、がん治療の質に関する指標の公開についても、診療報酬面や制度面での対応と併せて、予算措置での一層の対応が望まれる。

■分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

昨年度提案書の推奨施策である「がん診療連携拠点病院制度の拡充」（80億円）と「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」（23.5億円）については、平成22年度予算案において「都道府県がん対策重点推進事業」（約9.4億円）が対応しているとの指摘があるが、アンケートやタウンミーティングでもその必要性が多く指摘されていた拠点病院制度の見直しを含むものではなく、反映されているとは言い難い。また、予算案の「がん診療連携拠点病院の機能強化」に関わる予算額が、昨年度の約54.1億円から今年度の約34.3億円へと大幅な減額となっている状況は、予算措置に関わる国の都道府県の連携不足を一因とするものであり、拠点病院の運営に大きな影響を与える可能性が危惧される。

推奨施策「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」（2億円）については、診療報酬面（特定療養疾患管理料）で一定の対応がみられるとの指摘もあるが、治療計画は医療機関において一定程度示されるものの、特に医療機関の連携や、在宅療養、フォローアップに焦点をあてたものは十分ではない。推奨施策「がん患者動態に関する地域実態調査」（7億円）と「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」（1億円）については、前者は予算案における新規事業の「がん対策評価・分析経費」、後者は既存の研究費にて対応しているとの指摘がある。

しかし、前者は「地域のがん患者がどのような経緯でがん診療体制ネットワーク内を移行しているのか実態調査を実施」することを目指すものであり、「がん患者や家族といった

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」とされている「がん対策評価・分析経費」とは関係がない。後者も対応状況が明らかではない。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、予算措置での一層の対応が望まれる。

■分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供

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。

■分野7 がん登録

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予算執行状況についての確認が必要である。

また、平成22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」(0.7億円)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。

■分野8 がんの予防(たばこ対策)

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。

■分野9 がんの早期発見（がん検診）

昨年度提案書における推奨施策である「保険者負担によるがん検診のモデル事業」（30億円）、「がん検診促進のための普及啓発」（10億円）、「イベント型がん検診に対する助成」（25億円）については、平成22年度予算案では「がん検診受診促進企業連携委託事業」（約2.7億円）や「がん検診受診率向上企業連携推進事業」（約1.4億円）にて対応しているとの指摘があるが、金額がきわめて少ない。特に、保険者負担によるがん検診の推進に関する推奨施策については、抜本的な見直しを図られていないのが実情である。

また、予算案では「女性特有のがん検診推進事業」（約75.7億円）が計上されているが、平成21年度予算よりも減額されており、検診実施体制の確保や市町村の負担の軽減に課題があり、今後他のがん検診に拡大されるか否かも不明確である。推奨施策「がん検診の精度管理方式の統一化」（20億円）や「長期的な地域がん検診事業」（3億円）については、研究費で対応しているとの指摘があるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん対策推進基本計画に規定された「受診率50%」との目標には現状では程遠く、予算措置のみならず制度面での対応も含めて、検診受診率向上策が求められている。

■分野10 がん研究

昨年度提案書における推奨施策である「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」（15億円）と「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」（15億円）については、平成22年度予算案において新規事業として「未承認・適応外医療品解消検討事業」（約0.6億円）にて、いわゆるドラッグラグの解消に向けた検討が始まったことにより、一定の反映がされていると考えられる。同事業に伴い設置された「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」の議論を注視するとともに、「治験実施状況調査事業費」（約0.1億円）や「ファーマコゲノミクス等利用医薬品臨床法化推進費」（約0.05億円）などの予算案に計上されている施策と併せて、PMDA（医薬品医療機器総合機構）などの審査プロセスのみならず、新薬に関わる臨床試験から申請、承認、承認後までの一連のプロセスにおいて、制度的な対応も含めた包括的な対応が必要と考えられる。

推奨施策「希少がん・難治がん特別研究費」（15億円）、「がんの社会学的研究分野戦略研究の創設」（5億円）、「がん患者のQOL（生活の質）向上に向けた研究の推進」（4億円）に関しては、研究費での対応が考えられるが、研究が事業に繋がるかは不明であり、予算案での対応も明らかではない。がん研究の推進は将来のがん医療向上に向けた基盤整備に不可欠であり、制度面での対応も含めた手厚い予算措置が必要である。

■分野 11 疾病別（がんの種類別）の対策

昨年度提案書の推奨施策である「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」（10 億円）については、都道府県がん対策重点推進事業において対応可能との指摘があるが、疾病別の医療ネットワークの形成については、各都道府県や拠点病院の裁量に委ねられている面が多く、施策の実施を担保できるものではないため、反映されているとは言い難い。

推奨施策「子宮頸がん撲滅事業」（地方財政措置・220 億円）については、法改正などが必要と考えられるが未対応である。推奨施策「小児がんに対する包括的対策の推進」（5 億円）については、十分な対応がなされていない。また、厚生労働省内にて雇用均等・児童家庭局などとの連携が必要と考えられるが、その対応状況は明らかでない。がんの長期生存者に関する問題は、小児がんのみならず成人のがんにも共通する問題であり、予算措置のみならず制度面での対応も含めた多面的な対応が必要と考えられる。

昨年度提案書の70本の推奨施策

通し番号	分野番号	分野	施策番号	施策名	予算額	備考
1	全体 1	がん対策全般にか かる事項	1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	1億円	
2			2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	10億円	
3			3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	—	基金額1,000億円
4			4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	1億円	
5			5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	0.6億円	
6			6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	2億円	
7			7	小学生向けの資料の全国民への配布	30億円	
8			8	初等中等教育におけるがん教育の推進	10億円	
9	全体 2	がん計画の進捗・ 評価	1	がん予算策定新プロセス事業	1億円	
10			2	都道府県がん対策推進協議会などのがん計画の進捗管理	0.5億円	
11			3	質の評価ができる評価体制の構築	1億円	
12			4	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	1億円	
13	1	放射線療法および 化学療法の推進並 びに医療従事者の 育成	1	がんに関わる医療従事者の計画的育成	5億円	
14			2	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	—	運営費交付金の増額
15			3	医学物理士の育成と制度整備	1億円	
16			4	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	2億円	
17			5	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	10億円	
18			6	専門・認定看護師への特別報酬	10億円	
19	2	緩和ケア	1	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	1億円	
20			2	長期療養病床のがん専門療養病床への活用(モデル事業)	10億円	
21			3	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	2億円	
22			4	緩和医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進	5億円	
23			5	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化	10億円	
24			6	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	1億円	
25			7	大学における緩和ケア講座の拡大	—	運営費交付金の増額
26	3	在宅医療(在宅緩 和ケア)	1	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	10億円	
27			2	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	1億円	
28			3	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	1億円	
29			4	大規模在宅ケア診療所エリア展開システム	10億円	
30			5	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	10億円	
31			6	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	10億円	
32	4	診療ガイドラインの 作成(標準治療の 推進)	1	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	15億円	
33			2	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	3億円	
34			3	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	1億円	

35	5	医療機関の整備等 (がん診療体制ネットワーク)	1	がん診療連携拠点病院制度の拡充	60億円	現状の機能強化予算と同額(倍増)
36			2	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	36億円	現状の機能強化予算の倍額(2分の1を100%化)
37			3	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	2億円	
38			4	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	23.5億円	
39			5	がん患者動態に関する地域実態調査	7億円	
40			6	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	1億円	
41	6	がん医療に関する 相談支援および情報提供	1	がん相談全国コールセンターの設置	15億円	
42			2	「がん患者必携」の制作および配布	6億円	
43			3	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	10億円	
44			4	全国統一がん患者満足度調査	15億円	
45			5	地域統括相談支援センターの設置	10億円	
46			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	2.4億円	
47			7	がん経験者支援部の設置	3億円	
48			8	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	—	
49			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	—	
50			10	長期の化学療法に対する助成	20億円	
51	7	がん登録	1	地域がん登録費用の10/10助成金化	10億円	
52			2	がん登録法制化に向けた啓発活動	2億円	
53			3	がん登録に関する個人情報保護体制の整備	0.7億円	
54	8	がんの予防 (たばこ対策)	1	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	—	たばこ価格値上げ等
55			2	喫煙率減少活動への支援のモデル事業	5億円	
56			3	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	5億円	
再			4	初等中等教育におけるがん教育の推進	10億円	
57	9	がんの早期発見(がん検診)	1	保険者・事業者負担によるがん検診	—	健康保険(1,500億円)
58			2	保険者負担によるがん検診のモデル事業	30億円	
59			3	がん検診促進のための普及啓発	10億円	
60			4	がん検診の精度管理方式の統一化	20億円	
61			5	長期的な地域がん検診モデル事業	3億円	
62			6	イベント型がん検診に対する助成	25億円	
63	10	がん研究	1	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	15億円	
64			2	希少がん・難治がん特別研究費	15億円	
65			3	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	5億円	
66			4	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	4億円	
67			5	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	15億円	
68	11	疾病別対策	1	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	10億円	
69			2	子宮頸がん撲滅事業	—	地方交付税化(220億円)
70			3	小児がんに対する包括的対策の推進	5億円	

出典：「平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書～元気の出るがん対策～」

2-2 がん対策（診療報酬）の現況

2-2-1 「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案」について

平成 22（2010）年度診療報酬改定に向けた対応については、第 10 回がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）において、がん領域に関する診療報酬についての提言の必要性が指摘された。また、第 10 回社会保障審議会医療部会（平成 21 年 11 月）においては、「がん医療の推進」が平成 22 年度診療報酬改定の基本方針の「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に加える等、がん対策推進協議会での議論を改定に反映させるべきとの指摘があった。

これを受け、提案書取りまとめワーキンググループでは、「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」（以下、「診療報酬提案書」）を取りまとめた。診療報酬提案書は、第 11 回がん対策推進協議会（平成 21 年 12 月）において審議の上承認され、厚生労働大臣に提出された。診療報酬提案書では「検討事項例」として、がん領域に関する診療報酬改定について 26 本の推奨施策を提示した（付録 4-2「平成 22 年度診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について」参照）。診療報酬提案書は、第 155 回中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」）診療報酬基本問題小委員会（平成 21 年 12 月）に提出され、同委員会において中医協事務局（厚生労働省保険局医療課）により提出された資料とあわせて、がん領域における診療報酬の議論が行われた。中医協における他の領域での議論もふまえ、平成 22（2010）年 2 月に中医協は平成 22 年度診療報酬改定における改定項目案を厚生労働大臣に答申しており、平成 22 年 4 月より改定される予定である。

なお、診療報酬提案書における 26 本の推奨施策（69 ページ参照）については、国のがん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とした各分野において、がん対策の推進にあたって診療報酬にて評価を検討すべき具体的な項目を、「参考例」として示したものである。以下は、この参考例に対する検討である。

2-2-2 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況

・全体の反映状況

平成 22（2010）年度診療報酬改定において、「がん医療の推進」は「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」に位置付けられ、診療報酬提案書の推奨施策も含め、一定の項目において診療報酬上の評価がされている。

診療報酬提案書の推奨施策について、各分野の主な反映状況をみると、全体分野「がん

対策全般にかかる事項／がん計画の進捗・評価」、個別分野 1「放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成」、個別分野 2「緩和ケア」、個別分野 3「在宅医療（在宅緩和ケア）」、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等）」、個別分野 7「がん登録」、個別分野 8「がんの予防（たばこ対策）」においては、平成 22 年度診療報酬改定において一定の反映があったと考えられる。その他の分野においては、反映されていないため、今後、「患者や現場、地域の声」を広く集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。

がん対策推進協議会による診療報酬提案書が厚労大臣に提出され、かつ中医協においても議論に関わる資料とされたことは、平成 19（2007）年 4 月に発足したがん対策推進協議会において初めてであり、画期的なことである。患者関係者や医療提供者、有識者など、幅広いステークホルダーから構成されるがん対策推進協議会の意見や、タウンミーティングやアンケートの声を広く集約した本提案書など、「患者や現場、地域の声」が診療報酬や医療政策決定プロセスに反映されることは、患者や家族の声、そして国民の視点に基づく医療の実現に向け、今後大きな役割を果たしていくものと考えられる。平成 22 年度診療報酬改定については、政権交代の影響や時間的な制約もあり診療報酬提案書の提出時期がずれこむなど、中医協での検討に十分な余裕がなかったが、今後の改定への対応に向けては、提案書策定のスケジュールや提出のタイミングなどについて、今後の課題とすべきと考えられる。

診療報酬の議論では、長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するという視点から、税や保険料の負担増と給付の関係について、広く国民と議論した後、コンセンサスを得たうえで決定するとともに、診療報酬を含む医療費の効率的使用と医療の質の向上が不可欠である。この意味で、がん医療においても均てん化と標準治療の推進等によって無駄の削減にも努めなければならない。しかし一方で、国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、がん医療を提供する医療資源は脆弱であり、いわゆる「がん難民」問題等の解決には至っていないのも実情である。このような観点から、診療報酬の重点的な評価に基づく、がん対策の進展医療の質的・量的な充実により、国民に対して目に見える形で、がん対策の進展という成果が提示できれば、国民の負担についても大きな理解の一助になるものと考えられ、がん対策の進展のためには、がん医療に関する診療報酬による評価を今後も充実させることが不可欠である。

■分野ごとの反映状況

・全体分野 1 がん対策全般にかかる事項／全体分野 2 がん計画の進捗・評価

診療報酬提案書の推奨施策「がん医療の質の『見える化（可視化）』」と「がん医療の質

の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定においては若干反映されていると考えられる。例えば、DPC における「調整係数」の段階的な廃止に伴い、その一部を新たな「機能評価係数」に置き換え、評価することとされている点が挙げられる。特に「機能評価係数」の中で、「地域医療指数」（地域医療への貢献に係る評価）は、「地域がん登録」への参画を含めて評価するものであり、がん医療の質の「見える化（可視化）」に不可欠な基盤である「地域がん登録」の推進が従来にはない形で診療報酬の評価として取り入れられている。DPC によるがん医療の質の評価については、「がん医療の質の見える化と評価」の観点からも、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて中医協が示した「視点」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに該当すると考えられる。新しい考え方が含まれる推奨施策であるが、次回改定において改めて検討されることが必要と考えられる。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策におけるベンチマーキングセンターの役割や機能評価の指標のあり方について、一定の考え方の整理をしておくことが必要である。

・分野 1 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

診療報酬提案書の推奨施策「放射線療法の推進」のうち、「放射線治療の専門医、診療放射線技師、医学物理士、放射線品質管理士の常勤での配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師」の配置を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われた点が挙げられる。また、「放射線治療に関わる医療」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「放射線治療病室管理加算」や「密封小線源治療における組織内照射」の点数が引き上げられた点や、「放射線同位元素内用療法管理料」において、対象疾患が拡大された点が挙げられる。また、強度変調放射線治療（IMRT）の大幅な適用拡大が実施されたほか、画像誘導放射線治療（IGRT）が新規に保険収載される等、合併症の少ない放射線治療が積極的に推進される傾向が明確に示された。

推奨施策「化学療法とチーム医療の推進」のうち、「化学療法に関わる専門医や医療従事者の配置」は、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を 1 人以上配置」を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われるとともに、同加算において算定要件に「がん診療連携拠点病院に設置しており、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」が加えられた点が挙げら

れる。「レジメン委員会による化学療法のプロトコル管理」については、「化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会において、承認され、登録されたレジメンを用いて治療を行ったときのみ算定」とされている「外来化学療法管理加算 1」の点数が引き上げられ、評価が充実されたと考えられる。

また、「栄養サポートチーム加算」が創設され、化学療法を完遂する上で欠かせない栄養管理の体制が強化されている。なお、この栄養サポートチームは、末期がんで摂食困難となった患者に対する栄養管理についても重要な役割を果たすものと期待される。さらに、処方料の加算として「抗悪性腫瘍剤処方管理加算」が創設されている。薬剤管理を含めたさらなるチーム医療の実現が望まれる。

がんの化学療法において、個々の患者の腫瘍組織の特性に応じた抗がん剤の選択が重視されており、既に一部のがんについては化学療法の実施前に薬剤感受性を検査する「悪性腫瘍遺伝子検査」が保険収載されている。今回改定においては、その適用が拡大し、大腸がんの k-ras 遺伝子変異検査が認められた。抗がん剤の適正使用の観点からも、こうしたテーラーメイドのレジメンによる化学療法を行い得る環境を整えていくことは重要である。

推奨施策「入院および外来化学療法の推進」については、「外来化学療法の推進」は平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来化学療法管理加算」1 と 2 の点数が引き上げられた点や、介護老人保健施設入所者に対して外来化学療法がおこなわれた場合、抗悪性腫瘍剤と注射（手技料）の算定を可能とした点が挙げられる。「外来診療部門に患者対応を行う看護師の配置」は、「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」とされており、患者に丁寧な説明を行うという観点からは、推奨施策が一定程度反映されたと考えられる。

推奨施策「がんにおける診療項目の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「病理標本作成料」において術中迅速細胞診が新設された点や、その注釈として遠隔病理診断（テレパソロジー）に関しても、「テレパソロジーにより行う場合には、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関間において行うときに限り」との算定要件のもとに認められた点が挙げられる。また、免疫染色の病理組織標本作製の加算として、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に加算が設けられている。

「手術療法の評価」については、外科系学会社会保険委員会連合会（外保連）作成による「手術報酬に関する外保連試案」をもとに検討された難易度の高い手術の点数の引き上げや、先進医療専門家会議及び中医協診療報酬調査専門組織医療技術評価分科会による検討を踏まえた新規手術の保険導入などが行われており、がん領域における手術療法が評価されたと考えられるが、その詳細については検証が必要である。

・分野 2 緩和ケア

診療報酬提案書の推奨施策「緩和ケア診療加算」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「緩和ケア診療加算」の点数が引き上げられた点が挙げられる。一方で、「緩和ケア病棟入院料」の点数は引き上げられておらず、「緩和ケア診療加算の外来診療への拡大」は行われていない。がん治療が外来にて行われることが増え、緩和ケアを必要とする外来患者が増えていることから、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

推奨施策「緩和ケア研修修了者の配置」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「がん性疼痛緩和指導管理料」の施設基準において、「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針（平成 20 年 4 月 1 日健康局長通知）に準拠した緩和ケア研修会」または「緩和ケアの基本教育のための都道府県指導者研修会（国立がんセンター主催）」等が追加されている点が挙げられる。また、「緩和ケア診療加算」についても「緩和ケアチームを構成する常勤医師が以下のいずれかの研修会を修了していること」として、同様の施設基準が追記されている点も挙げられる。一方で、緩和ケアに関する専門的な診療については、評価の充実に向けて引き続き検討される必要がある。

なお、がんに対するリハビリテーションの評価として、「がん患者リハビリテーション料」が新設されている。がん患者が手術・放射線治療・化学療法等の治療を受ける際、これらの治療によって合併症や機能障害を生じることが予想されるため、治療前あるいは治療後早期からリハビリテーションを行うことで機能低下を最小限に抑え、早期回復を図る取組を評価することを目的とするものとされている。算定要件として多職種共同によるリハビリテーション計画の作成などや、施設基準として一定の経験を有する専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（うち 2 名）も定められており、がんの緩和ケアの充実に向けた取り組みとして評価される。

・分野 3 在宅医療（在宅緩和ケア）

診療報酬提案書の推奨施策「在宅医療の充実」については、平成 22 年度診療報酬改定に

において、一定程度反映されたと考えられる。「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」は、例として、算定要件を「急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れた場合」とする、「有床診療所一般病床初期加算」や、「救急・在宅等支援療養病床初期加算」の新設が挙げられる。また、がん性疼痛緩和指導管理料を算定している有床診療所は、前述の有床診療所一般病床初期加算が算定できるだけでなく、引き上げて新設された医師配置加算1（複数医師配置の評価）を算定できるなど、地域におけるがん医療への貢献が評価される方向にある。「手厚い在宅医療を提供する在宅療養支援診療所への診療報酬の点数の引上げ」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考える。例として、末期の悪性腫瘍等の対象となる利用者に対して、看護職員が同時に複数の看護職員と指定訪問看護を行う場合についての評価として、訪問看護療養費、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料において、「複数名訪問看護加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「在宅医療ネットワークの構築」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、地域連携診療計画において、退院後の通院医療・リハビリテーション等を担う病院・診療所・介護サービス事業者等を含めた連携と情報提供が行われた場合の評価として、「地域連携診療計画退院時指導料1・2」や「地域連携診療計画退院計画加算」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「医療と介護の連携」について、「後期高齢者退院調整加算の見直し」は、平成22年度診療報酬改定では、名称が「急性期病棟等退院調整加算」に改められるとともに、対象年齢については後期高齢者への限定がなくなり、退院困難な要因を有する入院中の患者（65歳以上の患者、又は45歳以上65歳未満の特定疾病〔がんでは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断された場合〕の患者）へと変更された。「医療と介護の相互連携」は、平成22年度診療報酬改定では、一定程度反映されたと考えられる。例として、退院後に介護サービスの導入が見込まれる患者に対して、医療機関の看護師や薬剤師、理学療法士、社会福祉士などが、居宅介護支援事業者等の介護支援専門員と、介護サービス等について共同して指導を行うこと目的とする「介護支援連携指導料」が新設された点が挙げられる。

推奨施策「大規模診療所と医療従事者の育成」については、7人以上の看護職員を配置した有床診療所に対して入院基本料の評価を引き上げた点や、在宅療養支援病院の要件を緩和し、許可病床数が、200床未満の病院に拡大している点について、一定の評価がなされたと言える。しかしながら、在宅緩和医療の量的拡大と集約化を図るために、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供し、地域の在宅緩和ケアを提供する医療機関のネットワーク

の要となる専門的かつ大規模な診療所については、さらに評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。

なお、在宅患者の看取りについて、頻回にわたる電話での対応や訪問看護を実施しターミナルケアを行っている場合には、医療機関に搬送された場合においても評価を行うこと（いわゆる「看取り料」の算定）が評価されている。例として、「訪問看護ターミナルケア療養費」、「在宅患者訪問看護・指導料 在宅ターミナルケア加算」において、「ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む」とされた点などが挙げられる。がん終末期における在宅医療は、患者の急速な病状の進行や全身状態の不良などにより、医療従事者や家族の負担は大きく、現場の状況に対応した算定要件の柔軟化や評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

・分野 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

診療報酬提案書の推奨施策「DPC データや臨床指標の開示」「診療ガイドラインの推進」「セカンドオピニオンの推進」については、平成 22 年度診療報酬改定においては反映されていない。これらの施策は、平成 22 年度診療報酬改定に向けて厚生労働省が示した「方向性」のうち、「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」や「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」などに資すると考えられる。新しい考え方に基づく推奨施策であるが、評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、診療報酬における評価を考慮した場合、推奨施策に記された「アウトカム指標」のあり方について、考え方の整理をしておくことが必要である。

・分野 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

診療報酬提案書の推奨施策「地域連携とその他の連携」については、平成 22 年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価することを目的として、その計画を策定する病院においては「がん治療連携計画策定料」（退院時）が、連携医療機関においては「がん治療連携指導料」（情報提供時）が新たに算定できるようになった。

前者は、拠点病院または準ずる病院において、初回治療のため入院した患者に対して、あらかじめ策定してある地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定するものである。後者は、がん診療連携計画策定料を算定した患者に対し、計画策定病院において作成された治療計画に基づき、計画策定病院と連携して退院後の治療を行う

とともに、計画策定病院に対し、診療情報を提供した場合に算定するものである。一方、いわゆる「病病連携」についてはさらなる評価の充実に向けて引き続き検討が必要である。また、「薬薬連携」に関しては、反映に向けて検討が必要である。

推奨施策「がん診療体制の充実度に応じた評価」と「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」については、平成 22 年度診療報酬改定では反映されていない。なお、「がん診療連携拠点病院加算」については、算定要件に「がんセンターを設置しており、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。現在の拠点病院制度については、その見直しについてタウンミーティングやアンケートでも多くの意見が寄せられており、今後、拠点病院のあり方についてがん対策推進協議会で検討し、その内容を診療報酬の改定に反映させることが必要である。

・分野 6 がん医療に関する相談支援および情報提供

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 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。

・分野 7 がん登録

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 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。

・分野 8 がんの予防（たばこ対策）

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 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。

・分野 9 がんの早期発見（がん検診）

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

・分野 10 がん研究

診療報酬以外の補助金、科研費、制度面での対応を想定し、診療報酬提案書では推奨施策を提示していない。しかし、タウンミーティングやアンケートでは、診療報酬での対応を求める意見もあり、「平成 23 年度がん対策に向けた提案書」では推奨施策を提示している。

・分野 11 疾病別対策

診療報酬提案書の推奨施策「小児がんと希少がん」については、平成 22 年度診療報酬改定においては、反映されていない。ただし、改定では、重点課題として「救急、産科、小

児、外科等の医療の再建」が掲げられており、小児医療に関わる領域については、一定の評価がされていると考えられる。たとえば、小児入院医療管理料や乳幼児加算の引き上げ、手術に幼児（3歳以上6歳未満）加算を創設するなどの評価が行われている。推奨施策「長期生存者のフォローアップ」については、反映されていない。評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

推奨施策「リンパ浮腫」については、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「外来での評価」は、「入院中にリンパ浮腫指導管理料を算定した患者であって、当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月にリンパ浮腫の重症化等を抑制するための指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する」と改定された。ただし、「対象疾患と算定回数の拡大」については、反映されていないため、患者・家族の要望を集約するとともに、必要な科学的知見を集積し、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。

なお、疾病別対策として肝炎治療に関しては、「肝炎インターフェロン治療計画料」と「肝炎インターフェロン治療連携加算」が新設されている。前者については、施設基準として「専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること」「インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること」「肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること」が定められており、肝炎から肝がんへの進行を予防することを目的としたインターフェロン治療が、副作用に対する不安などにより断念されることがないように、インターフェロン治療の計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行った場合に算定されるものである。