

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～

第 1 部

がん対策推進協議会（提案書取りまとめワーキンググループ）

平成 22（2010）年 3 月 11 日

## 【目次】

■ 要旨	8
■ 本文	33
I がん対策の現況	33
1 本提案書とワーキンググループについて	33
1-1 本提案書の位置づけ	33
1-2 予算の現状に対する問題意識	35
1-3 診療報酬の現状に対する問題意識	37
1-4 制度の現状に対する問題意識	38
2 がん対策の現況	39
2-1 がん対策(予算)の現況	39
2-1-1 がん予算の概況および推移	39
2-1-2 国のがん対策予算	40
2-1-3 都道府県のがん対策予算	42
2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況	47
2-2 がん対策(診療報酬)の現況	59
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	59
2-2-2 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況	59
2-3 分野内の横断的検討	70
2-4 「予算」「診療報酬」「制度」の総括表と、各表	79
3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要	86
3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート	86
3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート	86
3-3 タウンミーティング	86
3-4 アンケート結果	90
3-5 タウンミーティングでの回答	93
3-6 考察	94

4 実施すべき改革(提案の骨子) .....	94
II 提案 .....	98
1 がん対策の総論 .....	99
1-1 全体分野 1 がん対策全般 .....	99
1-1-1 推奨施策 .....	99
1-1-1-1 「予算」の推奨施策 .....	99
1-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策 .....	100
1-1-1-3 「制度」の推奨施策 .....	101
1-1-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲) .....	102
1-1-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲) .....	103
1-1-2 意見の要約(問題点と改善点) .....	103
1-1-3 寄せられたご意見(コメント)から .....	107
1-1-4 分野内の横断的検討(再掲) .....	108
1-2 全体分野 2 がん計画の進捗・評価 .....	110
1-2-1 推奨施策 .....	110
1-2-1-1 「予算」の推奨施策 .....	110
1-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策 .....	111
1-2-1-3 「制度」の推奨施策 .....	111
1-2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲) .....	111
1-2-2 意見の要約(問題点と改善点) .....	112
1-2-3 寄せられたご意見(コメント)から .....	113
1-2-4 分野内の横断的検討(再掲) .....	115
2 個別分野 .....	116
2-1 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 .....	116
2-1-1 推奨施策 .....	116
2-1-1-1 「予算」の推奨施策 .....	116
2-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策 .....	118
2-1-1-3 「制度」の推奨施策 .....	119
2-1-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲) .....	121
2-1-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲) .....	122
2-1-2 意見の要約(問題点と改善点) .....	123

2-1-3 寄せられたご意見(コメント)から	126
2-1-4 分野内の横断的検討(再掲)	129
2-2 分野2 緩和ケア	132
2-2-1 推奨施策	132
2-2-1-1 「予算」の推奨施策	132
2-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策	133
2-2-1-3 「制度」の推奨施策	134
2-2-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	135
2-2-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	136
2-2-2 意見の要約(問題点と改善点)	137
2-2-3 寄せられたご意見(コメント)から	138
2-2-4 分野内の横断的検討(再掲)	141
2-3 分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)	143
2-3-1 推奨施策	143
2-3-1-1 「予算」の推奨施策	143
2-3-1-2 「診療報酬」の推奨施策	144
2-3-1-3 「制度」の推奨施策	145
2-3-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	145
2-3-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	146
2-3-2 意見の要約(問題点と改善点)	147
2-3-3 寄せられたご意見(コメント)から	149
2-3-4 分野内の横断的検討(再掲)	151
2-4 分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)	153
2-4-1 推奨施策	153
2-4-1-1 「予算」の推奨施策	153
2-4-1-2 「診療報酬」の推奨施策	153
2-4-1-3 「制度」の推奨施策	154
2-4-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	154
2-4-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	154
2-4-2 意見の要約(問題点と改善点)	155
2-4-3 寄せられたご意見(コメント)から	156
2-4-4 分野内の横断的検討(再掲)	158

2-5 分野5 医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	159
2-5-1 推奨施策	159
2-5-1-1 「予算」の推奨施策	159
2-5-1-2 「診療報酬」の推奨施策	160
2-5-1-3 「制度」の推奨施策	160
2-5-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	161
2-5-1-5 提案の、平成22年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	161
2-5-2 意見の要約(問題点と改善点)	162
2-5-3 寄せられたご意見(コメント)から	164
2-5-4 分野内の横断的検討(再掲)	168
2-6 分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供	169
2-6-1 推奨施策	169
2-6-1-1 「予算」の推奨施策	169
2-6-1-2 「診療報酬」の推奨施策	171
2-6-1-3 「制度」の推奨施策	171
2-6-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	172
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)	173
2-6-2 意見の要約(問題点と改善点)	173
2-6-3 寄せられたご意見(コメント)から	174
2-6-4 分野内の横断的検討(再掲)	177
2-7 分野7 がん登録	179
2-7-1 推奨施策	179
2-7-1-1 「予算」の推奨施策	179
2-7-1-2 「診療報酬」の推奨施策	179
2-7-1-3 「制度」の推奨施策	180
2-7-1-4 提案の、平成22年度予算への反映状況(再掲)	180
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)	180
2-7-2 意見の要約(問題点と改善点)	181
2-7-3 寄せられたご意見(コメント)から	183
2-7-4 分野内の横断的検討(再掲)	185
2-8 分野8 がんの予防(たばこ対策)	186
2-8-1 推奨施策	186
2-8-1-1 「予算」の推奨施策	186

2-8-1-2 「診療報酬」の推奨施策	187
2-8-1-3 「制度」の推奨施策	187
2-8-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	187
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)	188
2-8-2 意見の要約(問題点と改善点)	188
2-8-3 寄せられたご意見(コメント)から	189
2-8-4 分野内の横断的検討(再掲)	191
2-9 分野 9 がんの早期発見(がん検診)	193
2-9-1 推奨施策	193
2-9-1-1 「予算」の推奨施策	193
2-9-1-2 「診療報酬」の推奨施策	194
2-9-1-3 「制度」の推奨施策	194
2-9-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	194
2-9-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	195
2-9-2 意見の要約(問題点と改善点)	195
2-9-3 寄せられたご意見(コメント)から	196
2-9-4 分野内の横断的検討(再掲)	199
2-10 分野 10 がん研究	201
2-10-1 推奨施策	201
2-10-1-1 「予算」の推奨施策	201
2-10-1-2 「診療報酬」の推奨施策	202
2-10-1-3 「制度」の推奨施策	202
2-10-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	203
2-10-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲)	203
2-10-2 意見の要約(問題点と改善点)	203
2-10-3 寄せられたご意見(コメント)から	204
2-10-4 分野内の横断的検討(再掲)	206
2-11 分野 11 疾病別(がんの種類別)の対策	208
2-11-1 推奨施策	208
2-11-1-1 「予算」の推奨施策	208
2-11-1-2 「診療報酬」の推奨施策	208
2-11-1-3 「制度」の推奨施策	209
2-11-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況(再掲)	210

2-11-1-5 提案の、平成 22 年度診療報酬改定への反映状況(再掲).....	210
2-11-2 意見の要約(問題点と改善点).....	211
2-11-3 寄せられたご意見(コメント)から.....	212
2-11-4 分野内の横断的検討(再掲).....	214
III おわりに.....	215
IV 付録.....	216
4-1 図示して説明する 9 本の施策.....	217
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.....	244
4-3 拠点病院提案書.....	259
4-4 その他 参考書類.....	271
4-4-1 タウンミーティング概要.....	271
4-4-2 提案書とりまとめワーキンググループ第 1～5 回会議 議事概要.....	289
4-4-3 提案書とりまとめワーキンググループ第 6～7 回会議 議事録.....	297
4-4-4 「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.....	336

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～

第 1 部

要旨



## 「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～」

### 【要旨】

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  
平成 22 (2010) 年 3 月 11 日

---

#### ■提案の骨子

国民の 2 人に 1 人が、がんにかかり、3 人に 1 人が、がんで亡くなっている。「患者」「医療現場」「地域」から多くの声を聞いて分析した結果、現在のがん対策を大きく変革していくことが、国民のいのちと生活を守るために不可欠であると考えます。提案の骨子は、以下の 3 点である。

#### 1. がん対策の変革を

- (1) がん対策の現状：がんに対する社会資源の投入が不十分であり、投入量を増やす必要がある。
- (2) 政策立案決定プロセスに関して：「患者」「現場」「地域」との対話により、必要で有効な対策を、優先順位に留意しつつ進める必要がある。
- (3) 「予算」「診療報酬」「制度改正」の横断的検討に関して：3 つの側面を横断的に有機的な検討を行い、効率的で有効な対策を進めるべきである。

#### 2. 「予算」「診療報酬」「制度」の 3 側面から、140 施策を推奨する

- (1) がん対策「予算」に関して：74 本の推奨施策を提案する
- (2) がん対策「診療報酬」に関して：29 本の推奨施策を提案する
- (3) がん対策「制度改正」に関して：37 本の推奨施策を提案する

#### 3. 重点項目に入れるべき施策

##### (1) 9 本の予算措置

数多く提案された予算措置の中から、緊急に重点的な実施が必要と考える 9 本のがん予算施策を、図示と共に示す。

##### (2) 「がん診療連携拠点病院制度」の抜本的改正について

がん診療連携拠点病院制度の改革の方向を示し、その機能を強化するための抜本的な制度改正を求める。

---

## ■本提案書について

がん対策推進協議会の提案書取りまとめ担当ワーキンググループ（以下、がんWG）では、「患者」「現場」「地域」の声を集めて、提案書を取りまとめた。

がん対策の現状と改革の方向性を探るため、全国6カ所でタウンミーティングを開催した。579人の来場者があり430人から約2300件のがん対策に関する意見・提案を得た。また、各都道府県でがん対策を審議している都道府県がん対策推進協議会等委員に対するアンケートを実施し、520人から約5200件の意見・提案を集めた。合計でがん患者・家族、医療従事者など、日々がんと向き合っている約1000人の国民から約7500件にも上る、切実な意見・提案が得られた。14人のがんWGメンバーがそれを集約・分析するかたちで、140本の施策にまとめた。がんWGは7回の会議で20時間以上の審議を行った。また、メーリングリストを作成して意見を交換し、意見シートによる集約を頻繁に行った。

がん対策基本法に基づき閣議決定された、5カ年のがん対策推進基本計画（平成18～23年度、2007～2011年度）の3年が過ぎ、平成22（2010）年度は4年度目に当たるが、患者、医療現場、地域では、残念ながら、がん対策が大きく進展したという実感がないのが現状である。「がんによる死亡の削減」と「がんによる苦痛の除去」という基本計画の2つの目標を実現するため、現在のがん対策を大きく変革していく必要がある。

平成20（2008）年度の提案書は、平成21（2009）年3月19日に当時の舛添要一厚生労働大臣に提出された。平成21年6月24日のがん対策推進協議会において、舛添大臣（当時）はこれを高く評価した。同年12月2日のがん対策推進協議会に出席した長妻昭厚生労働大臣も、患者や現場からの意見集約の重要性を指摘し、政策への反映への意向を示した。

平成21（2009）年度の本提案書は、昨年度と比べてより長時間にわたる議論を重ね、タウンミーティングの回数も増やした結果、飛躍的に多くの数の切実な意見を集約することができた。提案する内容に関する審議にも、「予算」だけでなく「診療報酬」「制度（改正）」にも踏み込んで、より多くの時間をかけて深く掘り下げた議論を行って取りまとめることができた。

### 1. がん対策の変革を

#### (1) がん対策の現状

都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート結果（回答者520人）では、がん予算に関して、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。診療報酬について「十分である9%」「十分でない90%」であった。制度の整備については、「十分である20%」「十分でない80%」であった。がん対策への資源投入が不足しており、対策が弱いというのがほぼ共通認識であった。タウンミーティングにおける回答（430人）でもほぼ同様の結果が

得られた。

## (2) 政策立案決定プロセスに関して

都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート結果（回答者 520 人）では、がん予算の決定プロセスに関して、「満足である」12%、「満足でない87%」であった。診療報酬の決定プロセスについて「満足である11%」「満足でない88%」であった。制度の決定プロセスについては、「満足である20%」「満足でない79%」であった。がん対策の政策決定プロセスが不透明で、患者、現場、地域の声が届いていないという認識が一般的であると考えられる。平成22（2010）年度予算策定においては、厚生労働省健康局が都道府県のがん対策ニーズを把握するため、がん対策担当者に面談してヒアリングを行うという変化があったが、全体としては、都道府県、市町村などの地域と国の連携はまだ不十分である。

## (3) 「予算」「診療報酬」「制度」の横断的検討に関して

都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートとタウンミーティングご意見を合わせると、がん対策に関する約7500件の意見があったが、「(国のがん対策) 予算」「(がん診療の) 診療報酬」「(がん対策に関連する) 制度 (の改正)」のいずれのテーマに対しても、1000件を超える意見があった。がん対策を進めるには、「予算」「診療報酬」「制度」にわたって横断的に変革する必要がある。たとえば、がんを診療する医療機関のネットワーク整備に関しても、制度の改正を行い、構造転換のために政府予算を投入し、同時に恒常的にインセンティブを保つために診療報酬で評価を行うといった、横断的で横串を通した政策パッケージが必要である。

## 2. 「予算」「診療報酬」「制度」の3側面からの140施策を推奨する

### (1) がん対策「予算」に関して

74本の施策を提案する。平成22（2010）年度提案書のうち、実際に平成22年度予算案に採用されたものが一部あったことは評価できる。しかし、それはごく一部にとどまっており、推奨施策の採用をさらに進めることが必要である。また、都道府県間で活用されるがん対策予算の額に格差が見られるのは、都道府県によって財政力が異なるため、これを是正するため、2分の1（半額）補助でなく10分の10（全額）補助の仕組みを主流にするなど、抜本策を打つ必要がある。なお、3-（1）にあるように、74本から9セットの重点推奨施策パッケージを選び、図示を行って詳説した。

平成22年度予算案において、がん対策予算の総額は増加したが、分野別に見ると増額となったのは主にがん検診の分野であり、医療機関、医療従事者育成、緩和ケアなどの分野は減額となっているため、高く評価をすることはできない。また、計上したがん対策予算が都道府県やがん診療連携拠点病院などによって活用されずに残る不用が依然として発生

しているのは、国と都道府県等の予算のミスマッチが解消されていないことを示している。74本のがん対策予算推奨策とは別に、現行のがん対策予算について、それぞれの予算や事業が地域のニーズとミスマッチはないか、事業が成果を挙げているか、政策目的を達成するために有効に働いているかなどを、洗い出して点検することも必要である。

#### (2) がん対策「診療報酬」に関して

29本の推奨施策を提案する。がん医療に関しては、質の高いがん診療、均てん化を進める活動、連携の強化など、促進が必要な分野に十分なインセンティブが付与されておらず、がん診療に関する診療報酬の評価を、より充実させることが必要である。また、がんに関する医療従事者を育成するため、十分なインセンティブを付与していくことが重要である。

平成22(2010)年度診療報酬改定においては、がん対策推進協議会が平成21(2009)年12月4日に提出した提案書により推奨した施策26本のうち、実現した施策が一部ある。中央社会保険医療協議会(中医協)においてがん対策推進協議会の提案を参照した議論があったことは進歩であり、今後の改定作業においても、同様のプロセスを経ることが必要である。

ただし、積み残された課題も多く、引き続き平成24(2012)年度の次期改定に向けて取り組みを進めるべきである。また、次期改定期は診療報酬と介護報酬の同時改定となる予定である。がん診療領域においては、医療と介護の両面に関係する事項が多いため、がん患者・家族を中心とした包括的な支援を強化するよい機会となる。なお、がん医療の均てん化と標準治療の推進に向けた評価、未承認薬等の早期承認などにより、有効性と効率性の向上、無駄の削減に努めることも必要である。さらに、保険料や税の負担と給付の関係について、広く国民の議論とコンセンサスを得ることも重要である。

#### (3) がん対策の「制度」の改正に関して

37本の推奨施策を提案する。アンケートやタウンミーティングから得たがん医療の問題点を解決するためには、多くの点で制度の改正や新たな制度の創設が必要である。がん領域の問題点に関係する法律・政令・通知・規則などを総合的に洗い出し、必要な改正を行うべきである。制度改正が予算や診療報酬上の評価の前提となる場合もある。また、制度改正なしでは、予算化や診療報酬上の対応をしても効果が薄い場合も考えられる。たとえば、地域がん登録に関しては、がん登録法の制定により、新たに全国的に統一された方式により地域がん登録を実施するなどの取り組みが求められる。

### 3. 重点施策に入れるべき施策

#### (1) 9本の予算措置

都道府県がん対策推進協議会等委員とがん患者関係者に、昨年度提案書にある70本の施策に関して優先度を尋ねたアンケートで上位になった施策と、取りまとめワーキンググル

ープ委員の意見を合わせ、合計9本の施策セットに関して優先度が高いとして、特に図示による詳細な説明を添えて推奨した（21ページ以降に図）。

- 施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業
- 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業
- 施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター事業
- 施策④ 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事業
- 施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業
- 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業
- 施策⑦ 患者・家族のための、がん総合相談支援事業
- 施策⑧ がん患者満足度調査事業
- 施策⑨ サバイバーシップ事業

## (2) がん診療連携拠点病院制度の抜本的改正の検討について

がん診療連携拠点病院制度に関しては、これまでの現行の制度が一定の役割を果たしてきたものの、がん医療の均てん化と、切れ目ないがん医療の面的展開という点から、質的な面で評価すると、がん拠点病院制度は目指している方向に必ずしも有効に働いていない側面がある。アンケートやタウンミーティングでも意見が多かったテーマであり、制度の大幅な見直しを行うことを推奨する。（30ページに、提案書「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」）

・・・・・・・・・・・・・・・・

以下に、提案書の内容を概観する資料6点を付記する。

- ・表：がん対策の「予算」「診療報酬」「制度」に関する140本の提案例（総括表）
- ・表：がん対策の「予算」に関する74本の提案例
- ・表：がん対策の「診療報酬」に関する29本の提案例
- ・表：がん対策の「制度」に関する37本の提案例
- ・図：図示して推奨する9本の施策
- ・提案書：「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」

表：がん対策の「予算」「診療報酬」「制度」に関する140本の提案例（総括表）

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
全体1	がん対策全般	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	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
		A-10	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			C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価のできる評価体制の構築				
		A-12	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	放射線療法および化学療法法の推進と、医療従事者の育成	A-13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士資格の位置づけの明確化
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	コンパッションネート・ユース(人道的使用)制度の創設
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)
						C-15	高度医療の改正(国内未承認薬、適用拡大等の早期承認)
2	緩和ケア	A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
		A-23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-24	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			C-19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大				
		A-28	緩和医療科外来の充実				
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-24	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)	A-35	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	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置
		A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
		A-37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-26	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実に応じた評価		
		A-40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	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				
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-27	がん患者の就労・雇用支援
		A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-28	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	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
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	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-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	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-53	長期の化学療法に対する助成				
A-54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布						
7	がん登録	A-55	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置	C-29	がん登録法(仮称)の制定
		A-56	がん登録法制化に向けた啓発活動	B-24	地域・院内がん登録		
8	がんの予防(たばこ対策)	A-57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		A-58	喫煙率減少活動への支援の事業			C-31	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)
		A-59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-60	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-61	保険者負担によるがん検診事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-62	がん検診促進のための普及啓発				
		A-63	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-64	長期的な地域がん検診事業				
		A-65	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-66	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設				
		A-68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
		A-71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進				
11	疾病別(がんの種類別)の対策	A-72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		A-73	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

注) 施策A-19は、昨年度施策案63を分野移動  
 施策A-20は、昨年度施策案67を分野移動  
 施策A-28は、本年度新規  
 施策A-54は、本年度新規  
 施策A-69は、本年度新規  
 施策A-70は、本年度新規  
 施策A-71は、本年度新規  
 昨年度施策53は、A-56に統合

表：がん対策の「予算」に関する74本の提案例

	施策名	内容
<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
A- 1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	調査グループが実地調査に基づき、都道府県にがん対策予算を助言します
A- 2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	コンサルティングチームが、優れたがん対策事例を都道府県に助言します
A- 3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	がん対策基金を設置し、都道府県の優れた行動計画に対して助成します
A- 4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	がん対策の効果を検証し、客観的なデータをもとに対策に修正を加えます
A- 5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	医療者と患者・市民が協働で行う、がんの啓発活動の事業費を補助します
A- 6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	都道府県と患者団体が協働で、がん患者の講演による啓発活動を行います
A- 7	小学生向けの資料の全国民への配布	がんについてのわかりやすい啓発冊子を国が作成し、全国民に配布します
A- 8	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
A- 9	がん予算策定新プロセス事業	アンケートやタウンミーティングで現場の声を集約し、予算を策定します
A- 10	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	都道府県がん対策推進計画の進捗管理を行う予算と人員を確保します
A- 11	質の評価ができる評価体制の構築	がん医療の質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 12	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	がん医療・検診・登録・緩和など各分野の質を評価できる指標をつくります
<b>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</b>		
A- 13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	必要とされる医療者数を算定し、年度別の育成計画や予算等を策定します
A- 14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	放射線治療学の専任教員数を増やし、放射線治療医の増員を促進します
A- 15	医学物理士の育成と制度整備	放射線治療医をサポートする技術系人材の育成と採用を促進します
A- 16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	講習出席による現場の負担を軽減するとともに、医療者の質の担保を図ります
A- 17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	資格所得に伴い減収・無収入期間が生じる医療者をサポートします
A- 18	専門・認定看護師への特別報酬	専門知識を有する看護職養成を図り、チーム医療と負担軽減を促進します
A- 19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	審査を行うPMDAの体制見直しや施策の検討を進め、助成金を増額します
A- 20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	既承認薬の適用拡大について、審査を行うPMDAの体制見直しを進めます
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
A- 21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	在宅・緩和に関わる医療資源を算定・公開し、行動計画を策定します
A- 22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	再発・進行がん患者の専門病床を確保して、緩和ケア病床を増やします
A- 23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	eラーニングシステムも活用し、5年間で10万人に基本的研修を行います
A- 24	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	医療者が緩和ケアについて、現場で実地研修を受けられる体制を作ります
A- 25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化	在宅緩和医療の関係者をIT情報網で結び、情報共有と地域連携を進めます
A- 26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	緩和ケアの質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 27	大学における緩和ケア講座の拡大	緩和ケア講座と専任教員数を増やし、緩和ケア提供のための基盤を整備します
A- 28	緩和医療科外来の充実	全ての拠点病院において、緩和ケアの外来とチームの設置と充実を進めます
<b>個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)</b>		
A- 29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	在宅ケアを行う医師の、IT情報網による地域ネットワークを各地に作ります
A- 30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	介護職・ケアマネージャー・福祉関係者に対してがんの教育研修を実施します
A- 31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	在宅療養患者の病状悪化時に、緊急かつ短期に入院できる病床を確保します
A- 32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	多くの在宅患者の看取りを行う施設が、事業を広域に行うことを支援します
A- 33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	介護施設に在宅緩和ケアチームを派遣し、介護施設での看取りを促進します
A- 34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	拠点病院と地域診療所が、個々の患者の連携について定期会議を開きます
<b>個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)</b>		
A- 35	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	治療成績・臨床指標・DPCデータからレポートを作成・公開します
A- 36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	学会のがん診療ガイドライン作成や、医療機関の研修会に補助金を出します
A- 37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	副作用を軽減する治療法のガイドラインを策定し、治療薬の開発も進めます



	施策名	内容
<b>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)</b>		
A- 38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	拠点病院の中で重点的な取り組みを行う施設に対して、事業費を増額します
A- 39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	拠点病院強化予算に対する都道府県負担分をなくし、全額国の予算とします
A- 40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	患者の治療やフォローアップに関するプラン作成に対して報酬を支払います
A- 41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	医療機関相互の情報連携システムを整備し、連携スタッフの配置も進めます
A- 42	がん患者動態に関する地域実態調査	がん診療体制ネットワーク内を患者がどのように移行しているかを調べます
A- 43	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	拠点病院の地域連携機能や質などを評価できる評価手法をつくります
<b>個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供</b>		
A- 44	がん相談全国コールセンターの設置	24時間対応の全国コールセンターを設置し患者の療養相談に対応します
A- 45	「がん患者必携」の制作および配布	すべての新規患者に対して治療や療養に関して記載された冊子を配布します
A- 46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	外来で長期化学療法を受けている患者について、窓口負担額を減らします
A- 47	全国統一がん患者満足度調査	拠点病院にて共通調査票を配布し、集計センターで分析を行います
A- 48	地域統括相談支援センターの設置	拠点病院の既存の相談支援センターを補完し地域連携を促進します
A- 49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート	拠点病院の相談支援センターと患者支援団体の協働サポートを支援します
A- 50	がん経験者支援部の設置	がん患者の治療後の肉體、精神、経済的問題の支援と研究を行います
A- 51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	長期に外来化学療法を受けている患者について、療養費貸付を延長します
A- 52	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	患者が健康保険の自己負担分のみを窓口で支払う制度を、外来にも広げます
A- 53	長期の化学療法に対する助成	長期化学療法を受ける特定疾病患者の窓口負担を、月額1万円程度とします
A- 54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布	がんに関わる医療機関に、患者対応のあり方を記載した手引きを配布します
<b>個別分野7 がん登録</b>		
A- 55	地域がん登録費用の10/10助成金化	統一標準方式の地域がん登録が全国で行われることを目指します
A- 56	がん登録法制化に向けた啓発活動	がん登録の立法に向けて啓発を行い、地域がん登録の予算措置を進めます
<b>個別分野8 がんの予防(たばこ対策)</b>		
A- 57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	日本も締結済みである、たばこ規制枠組条約に定められた施策を実行します
A- 58	喫煙率減少活動への支援の事業	禁煙支援やその啓発、教育を行う、都道府県やNPOの活動を支援します
A- 59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	学校教員に禁煙教育を行い、校内完全禁煙を定める政令や条例を制定します
再	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
<b>個別分野9 がんの早期発見(がん検診)</b>		
A- 60	保険者・事業者負担によるがん検診	検診費用の市町村・受診者負担を、メタボ検診と同様に保険者が負担します
A- 61	保険者負担によるがん検診事業	モデル地域にてメタボ検診と同様に、がん検診費用の保険者負担を進めます
A- 62	がん検診促進のための普及啓発	がんに関する啓発冊子配布や学校教育を進め、がん検診への理解を進めます
A- 63	がん検診の精度管理方式の統一化	国・学会・都道府県が連携して、がん検診の精度向上を統一的に進めます
A- 64	長期的な地域がん検診事業	がん検診に理解のある地域を対象に、検診の有効性を長期的に検証します
A- 65	イベント型がん検診に対する助成	検診イベントを促進し、夜間や休日、居住地以外での検診機会を増やします
<b>個別分野10 がん研究</b>		
A- 66	希少がん・難治がん特別研究費	希少がんや難治がんに対する新規治療法に対して、研究予算を確保します
A- 67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	心理学や社会学など、がんの社会学的な研究に対して助成支援を行います
A- 68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	副作用対策やQOL向上につながる研究に資金を提供します
A- 69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援	集学的治療の標準治療を確立するために、大規模臨床試験を推進します
A- 70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援	がん予防や検診の有効性を検証するために、大規模長期研究を推進します
A- 71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進	患者ゲノム情報による、副作用発現予測システムを確立する研究を推進します
<b>個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策</b>		
A- 72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	特定のがんについて予防～緩和までの医療連携ネットワークを構築します
A- 73	子宮頸がん撲滅事業	子宮頸がんワクチン接種を予防接種法に位置付け、検診促進も進めます
A- 74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	小児がんの治療や患者、家族、長期生存者に対する支援と研究を推進します

表：がん対策の「診療報酬」に関する29本の提案例

	施策名	内容
<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
B- 1	がん医療の質の評価	指標の達成率で拠点病院のがん医療を評価し、診療報酬を加算または減算します
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
B- 2	がん医療の質の“見える化”	がん医療を評価するベンチマーキングセンターの、拠点病院への設置を評価します
<b>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</b>		
B- 3	放射線療法の推進	放射線治療に関わる医療従事者の配置や、各種放射線療法について加算します
B- 4	化学療法とチーム医療の推進	化学療法の専門の医師、看護師、薬剤師の配置や、治療計画管理等を評価します
B- 5	入院および外来化学療法の推進	入院、外来化学療法の評価や、外来にて患者対応を行う看護師の配置を評価します
B- 6	がんにおける診療項目の評価	手術療法の手技、術中迅速病理検査など、がんにおける各種診療項目を評価します
B- 7	高度医療	高度医療申請を診療報酬で評価し、その保険外使用に関しても保険適応します
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
B- 8	緩和ケア診療加算	外来での緩和ケア診療の加算や、緩和ケア病棟の入院基本料の引き上げを行います
B- 9	緩和ケア研修修了者の配置	一定の緩和ケア研修を修了した医療者の、医療機関への配置をさらに評価します
B- 10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	鎮痛薬治療などを出来高払いとし、緩和ケアを行うがん専門療養病床を評価します
<b>個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)</b>		
B- 11	在宅医療の充実	在宅療養支援診療所や、在宅終末期患者の緊急受け入れ病床の確保を評価します
B- 12	在宅医療ネットワークの構築	病院と在宅診療所の合同カンファレンスや、クリティカルパスの患者紹介を評価します
B- 13	医療と介護の連携	退院困難な患者の退院計画の策定や、退院後の医療と介護の連携を評価します
B- 14	大規模な在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成	大規模な在宅療養支援診療所や、その専門教育機関としての認定を評価します
<b>個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)</b>		
B- 15	DPCデータや臨床指標の開示	診療内容を明らかにするDPCや指標データを解析、公開する医療機関を評価します
B- 16	診療ガイドラインの推進	ガイドラインに基づく、院内クリティカルパスによる治療を行う医療機関を評価します
B- 17	セカンドオピニオンの推進	セカンドオピニオンの紹介病院のみならず、受け入れた病院も評価します
<b>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)</b>		
B- 18	地域連携とその他の連携	地域連携クリティカルパス策定や、地域病院どうし、薬剤師どうしの連携を評価します
B- 19	がん診療体制の充実度に応じた評価	診療連携拠点病院の指定要件を満たす体制を有する、地域の医療機関を評価します
B- 20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価	がん難民の低減に向けた、診療ネットワークの構築に取り組む医療機関を評価します
<b>個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供</b>		
B- 21	相談支援センターの充実	相談支援センターへの相談員の配置や、研修を受けた相談員による相談を評価します
B- 22	相談支援センターと患者団体の連携	研修を受けた患者経験者による相談や、患者団体の支援を行う医療機関を評価します
<b>個別分野7 がん登録</b>		
B- 23	がん登録に関わる職員の配置	院内がん登録職員の配置を加算し、院内がん登録の対象とならない患者を減算します
B- 24	地域・院内がん登録	地域や院内のがん登録に参加する医療機関は加算し、参加しない場合は減算します
<b>個別分野8 がんの予防(たばこ対策)</b>		
B- 25	たばこ依存への治療と禁煙対策	ニコチン依存症管理料を強化し、敷地内禁煙を実施していない医療機関は減算します
<b>個別分野9 がんの早期発見(がん検診)</b>		
-	--	--
<b>個別分野10 がん研究</b>		
B- 26	高度医療への対応	基準を満たす施設にて高度医療で未承認薬を使用し、他の診療は保険適用とします
<b>個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策</b>		
B- 27	小児がんと希少がん	小児がんや希少がんを診療する医療機関での、診断や調剤などを評価します
B- 28	長期生存者のフォローアップ	長期生存者や、成人診療科での小児がん長期生存者のフォローアップを評価します
B- 29	リンパ浮腫	リンパ浮腫指導管理料の対象疾患や算定回数を拡大し、外来でも評価します

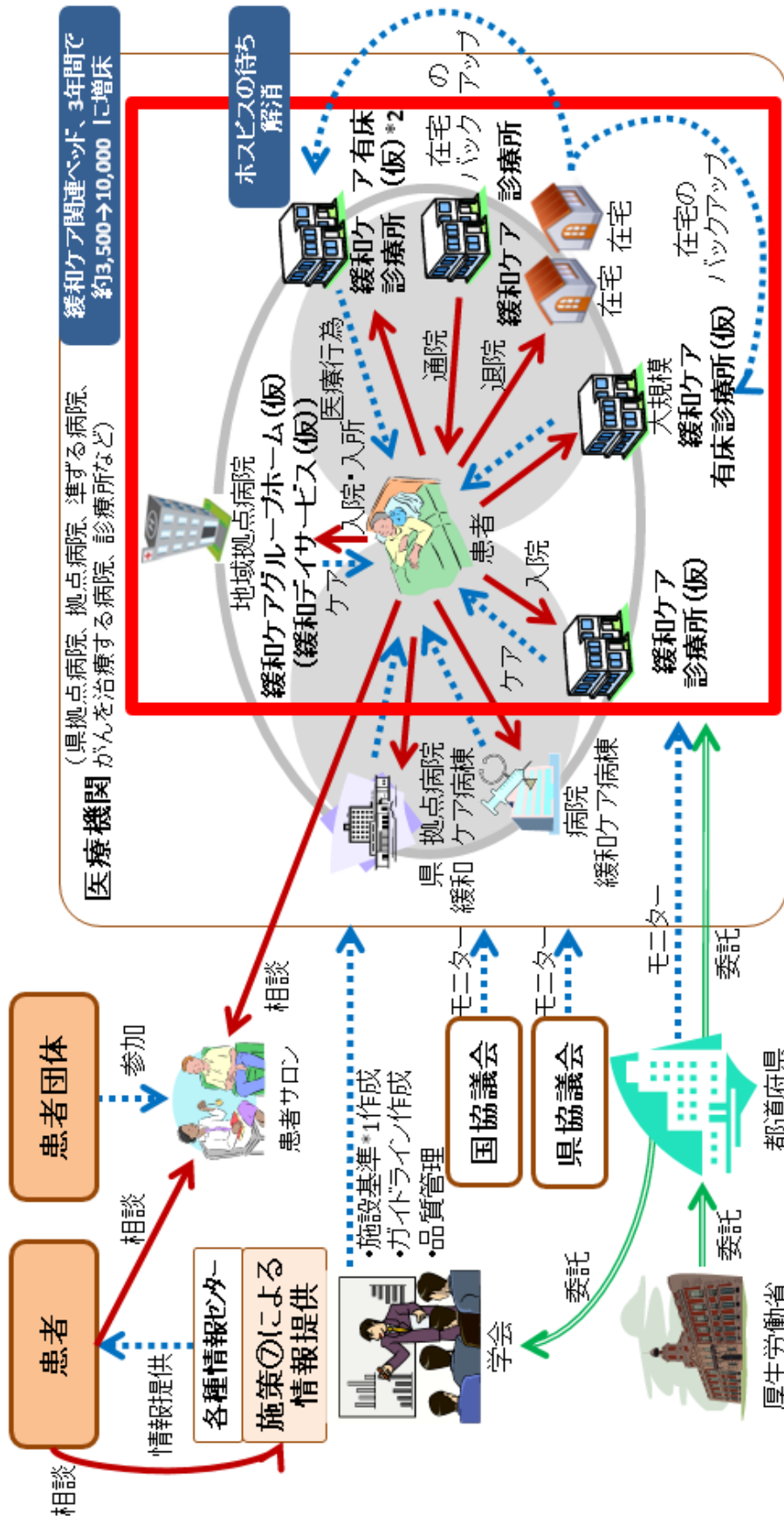
表：がん対策の「制度」に関する 37 本の提案例

	施策名	内容
<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
C- 1	がん対策基本法の改正	がん対策基本法について、がん対策全般の観点で必要な改正を検討します
C- 2	医療法の改正	医療法について、がん対策全般の観点で必要な改正を検討します
C- 3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告	がん対策白書を政府より毎年国会に提出し、がん対策の現況を把握します
C- 4	内閣府にがん対策連携推進室を設置	内閣府に連携推進室を設置し、省庁横断的で一元的ながん対策を進めます
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
C- 5	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	拠点病院の医療の質や療養環境を評価する、第三者的な組織を設置します
C- 6	患者関係委員会を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化	県のがん対策推進計画を策定・評価し、患者委員会を含む協議会を設置します
<b>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</b>		
C- 7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)	がん治療に関わる専門医の位置づけと、その情報公開のあり方を検討します
C- 8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)	がん治療に関わる専門医の位置づけと役割を明確にします
C- 9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)	がん治療に関わる専門・認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)	がん治療に関わる専門・認定薬剤師の位置づけと役割を明確にします
C- 11	医学物理士資格の位置づけの明確化	医学物理士の国家資格化も含めた、育成のための制度対応を検討します
C- 12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進	文科省による制度対応を通じて、医学教育での専門医養成を促進します
C- 13	コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設	一定の施設や条件下で、未承認薬が安全に使用できる制度を検討します
C- 14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)	保険者が認めれば、未承認薬を保険診療で使用できるルールを検討します
C- 15	高度医療の改正(国内未承認薬、適用拡大等の早期承認)	高度医療を臨床試験に取り組みやすい制度に変え、情報公開を進めます
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
C- 16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)	緩和ケアに関わる専門医の位置づけと、その情報公開のあり方を検討します
C- 17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)	緩和ケアに関わる専門医の位置づけと役割を明確にします
C- 18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)	緩和ケアに関わる認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)	緩和ケアに関わる認定薬剤師の位置づけと役割を明確にします
C- 20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)	麻薬及び向精神薬取締法などでの医薬用麻薬の位置づけを明確にします
C- 21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂	緩和ケア研修の質を高めつつ、研修を修了した医師の情報公開を進めます
<b>個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)</b>		
C- 22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)	大規模在宅緩和ケア診療所を規定し、地域在宅緩和ケア計画を作成します
C- 23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)	在宅緩和ケアに関わる認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 24	介護保険法の改正	がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険性のあり方について検討します
<b>個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)</b>		
C- 25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置	学会や関係者が協力してガイドラインを策定する第三者的な組織を設置します
<b>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)</b>		
C- 26	がん診療連携拠点病院制度の見直し	地域の実情に沿った拠点病院制度を、がん対策推進協議会で検討します
<b>個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供</b>		
C- 27	がん患者の就労・雇用手続	治療中や治療後のがん患者の、就労や雇用を保障する法制度を検討します
C- 28	がん患者連携協議会(仮称)の設置	地域の拠点病院と行政、患者団体が連携を話し合う協議会を設置します
再	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	拠点病院の医療の質や療養環境を評価する、第三者的な機関を設置します
<b>個別分野7 がん登録</b>		
C- 29	がん登録法(仮称)の制定	がん登録法の制定や個人情報保護法の改正を検討し、がん登録を進めます
<b>個別分野8 がんの予防(たばこ対策)</b>		
C- 30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)	受動喫煙防止と、たばこ規制枠組条約の順守のための法改正を進めます
C- 31	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)	非喫煙者に対して、保険料でインセンティブを導入することを検討します

	施策名	内容
<b>個別分野9 がんの早期発見(がん検診)</b>		
C- 32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正	市町によるがん検診と、健康保険によるメタボ検診等の健康診断を整理します
C- 33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)	がん検診受診者に対して、保険料でインセンティブを導入することを検討します
<b>個別分野10 がん研究</b>		
C- 34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価	第三者的な組織を設置し、患者を含むパネルで適正な研究費配分を審査します
<b>個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策</b>		
C- 35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)	子宮頸がんワクチンを予防接種法に基づく接種とし、費用を公費負担します
C- 36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度	小児がんや希少がんに対応した、疾患別の拠点病院制度と連携体制を設けます
C- 37	特定疾患研究事業の見直し	成人した小児がん経験者を、特定疾患研究事業の対象として支援します

# 施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業

- ・ 緩和ケアを担う施設などの総合的な拡充を行う
- ・ 在宅ケアの後方支援施設が大幅不足しているため、在宅緩和ケア支援病棟をおく
- ・ 「大幅なキヤパシティ不足、待ち時間、患者が施設を探す現状」⇒「比較的短周期に左記の3問題を軽減」



図：図示して推奨する9本の施策

関連施策:

施策番号A-22:長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業

\*1: 施設基準により、医師・看護師の配置基準は別途規定するが、更新制導入を視野に入れる。

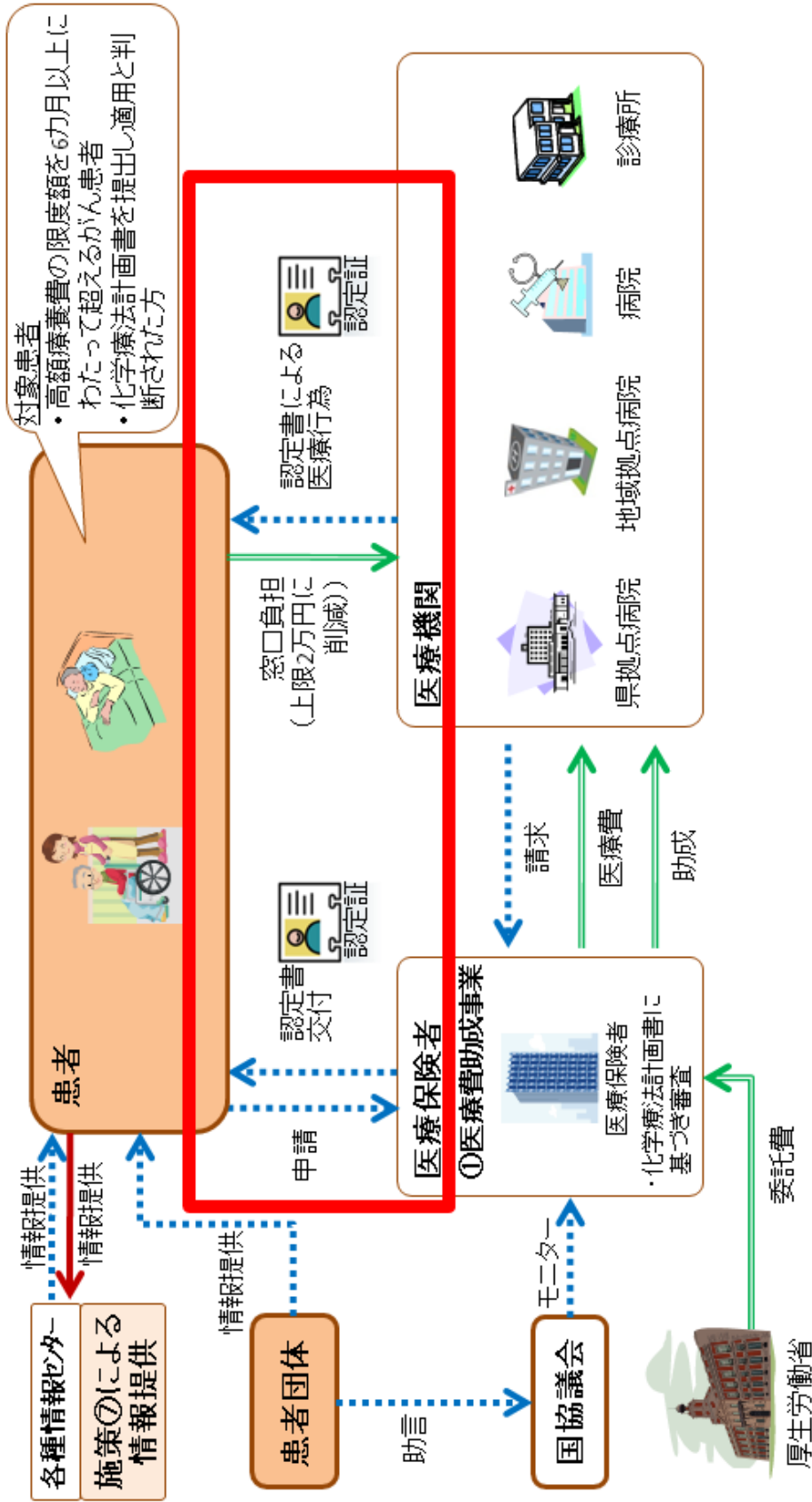
\*2: 診療報酬上では2010年度改定における「がん診療連携加算」の引き上げと対象拡大が評価されるが、本提案の新たな類型のベッドについても、同様

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

施策番号A-13:がんに関わる医療従事者の計画的育成

## 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

- ・ 長期に高額の治療をする患者の治療費を助成する
- ・ 高額療養費の限度額を6カ月以上超える者は、自己負担上限を月額2万円とする
- ・ 「自己負担額の増加で患者の経済的負担が高まり精神科にも圧迫。治療差し控えも発生」⇒「経済的負担、心理的負担を軽減」



関連施策:  
 施策番号A-53: 長期の化学療法に対する助成  
 施策番号A-52: 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

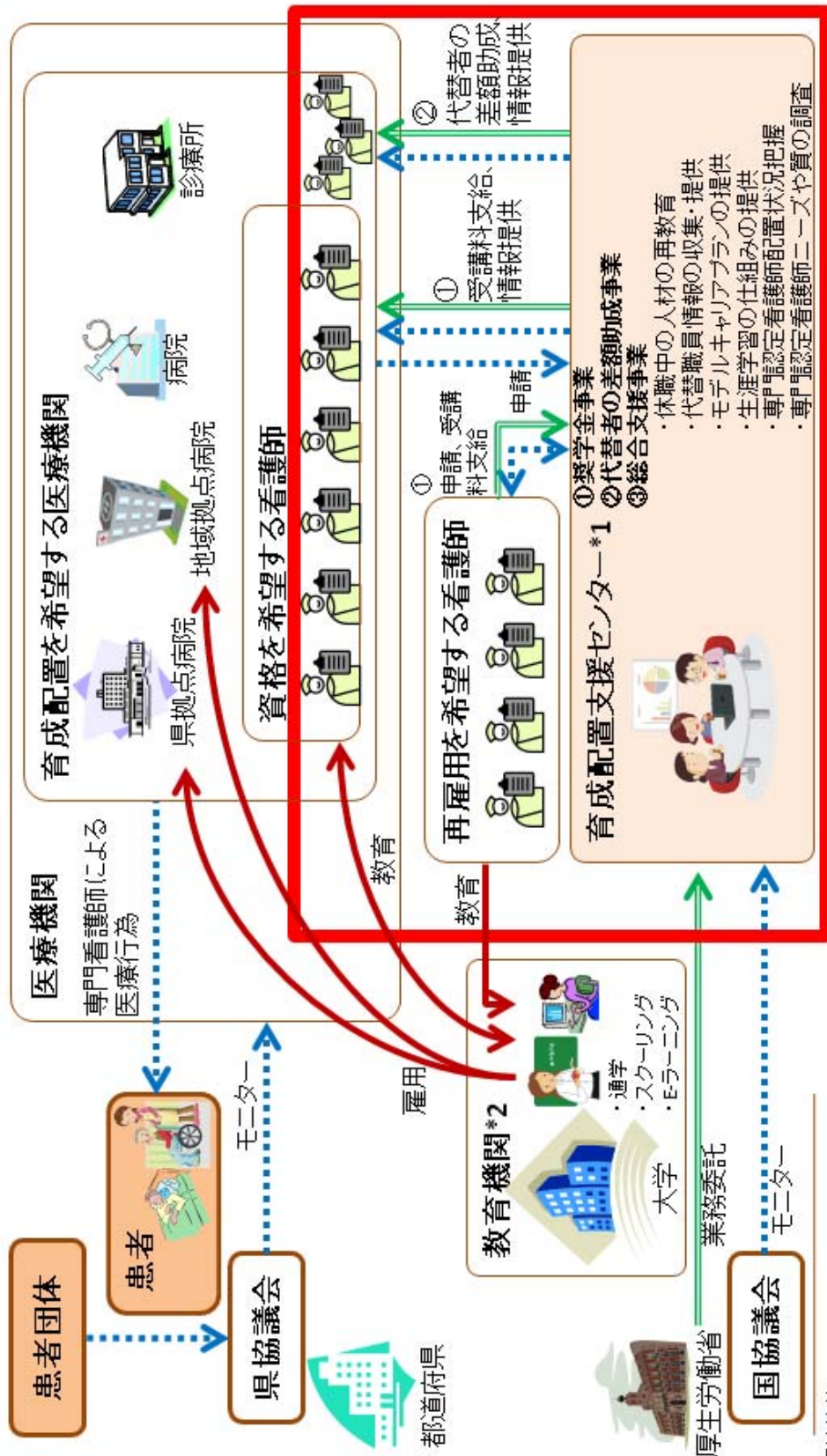
施策番号A-46: 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成  
 施策番号A-51: 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ



### 施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置支援センター事業

- ・ 育成配置支援センターを設置し、資格希望者への教育費補助を行う。医療機関には育成機関の負担の補助を行う。
- ・ 現職スタッフの専門資格取得に加え、現在求職中の者の再教育・再雇用の機能も持たせる。
- ・ 「チーム医療を行う専門的医療従事者の大幅不足」⇒「専門的医療従事者の充実とチーム医療の促進による均てん化の進展」



関連施策:

施策番号A-18: 専門・認定看護師への特別報酬

\*1: 薬剤師等に関しても同様の仕組みを創設する

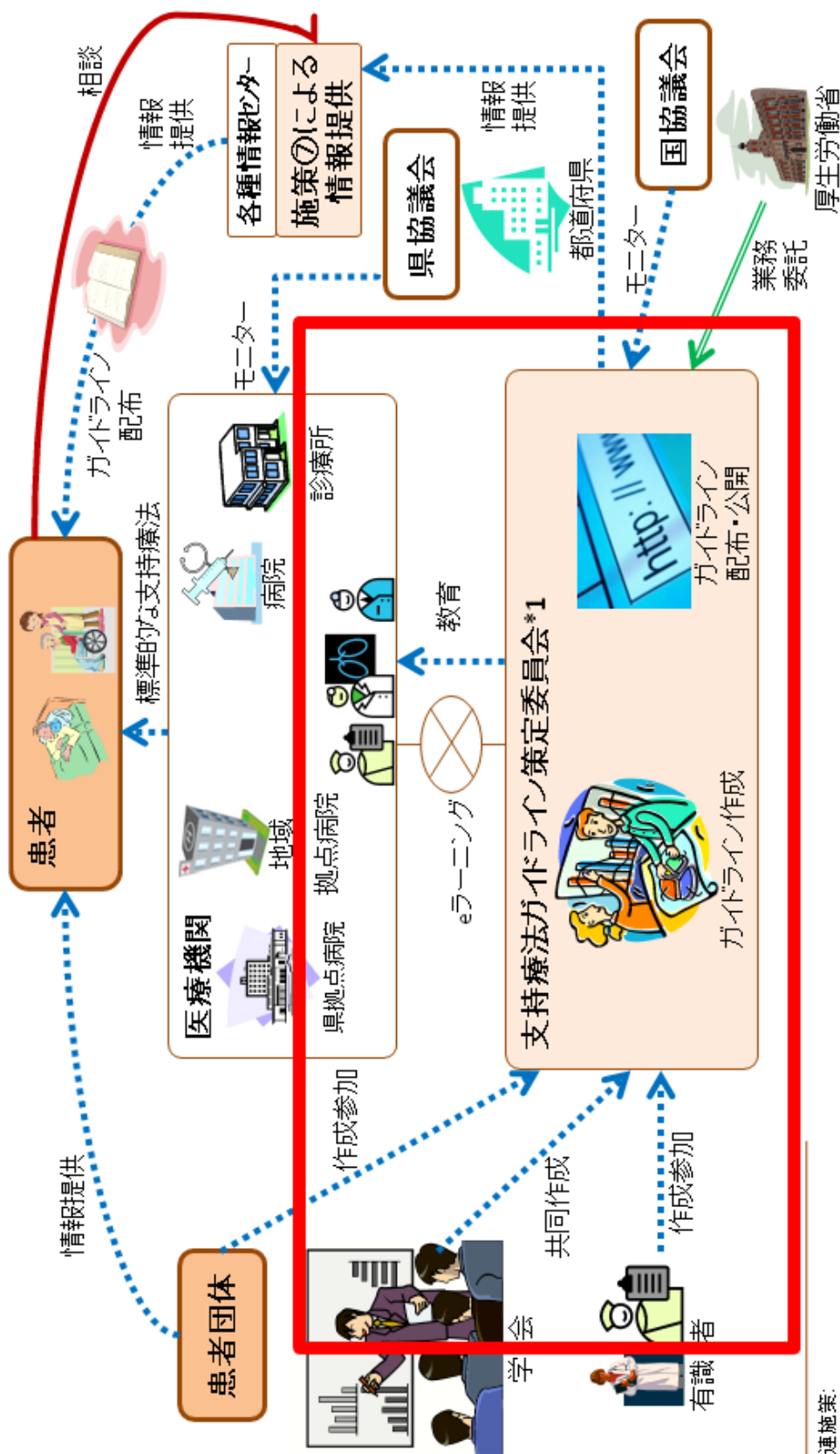
\*2: 文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」と連携

(c) 厚生労働省ががん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ



## 施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及事業

- ・ 専門家に患者関係者が加わった委員会で、副作用と合併症に関する支持療法ガイドラインを策定する。
- ・ 現場への教育システムと一般への広報を行い、ガイドラインの実践を定着させる。
- ・ 「抑止可能な副作用・合併症の発生による患者のQOL(生活の質)の低下」⇒「支持療法の均てん化により患者の苦痛の軽減」



関連施策:  
 施策番号A-37: 副作用に対する支持療法のガイドライン策定  
 \*1: 定期的なアップデートを行う仕組み含む

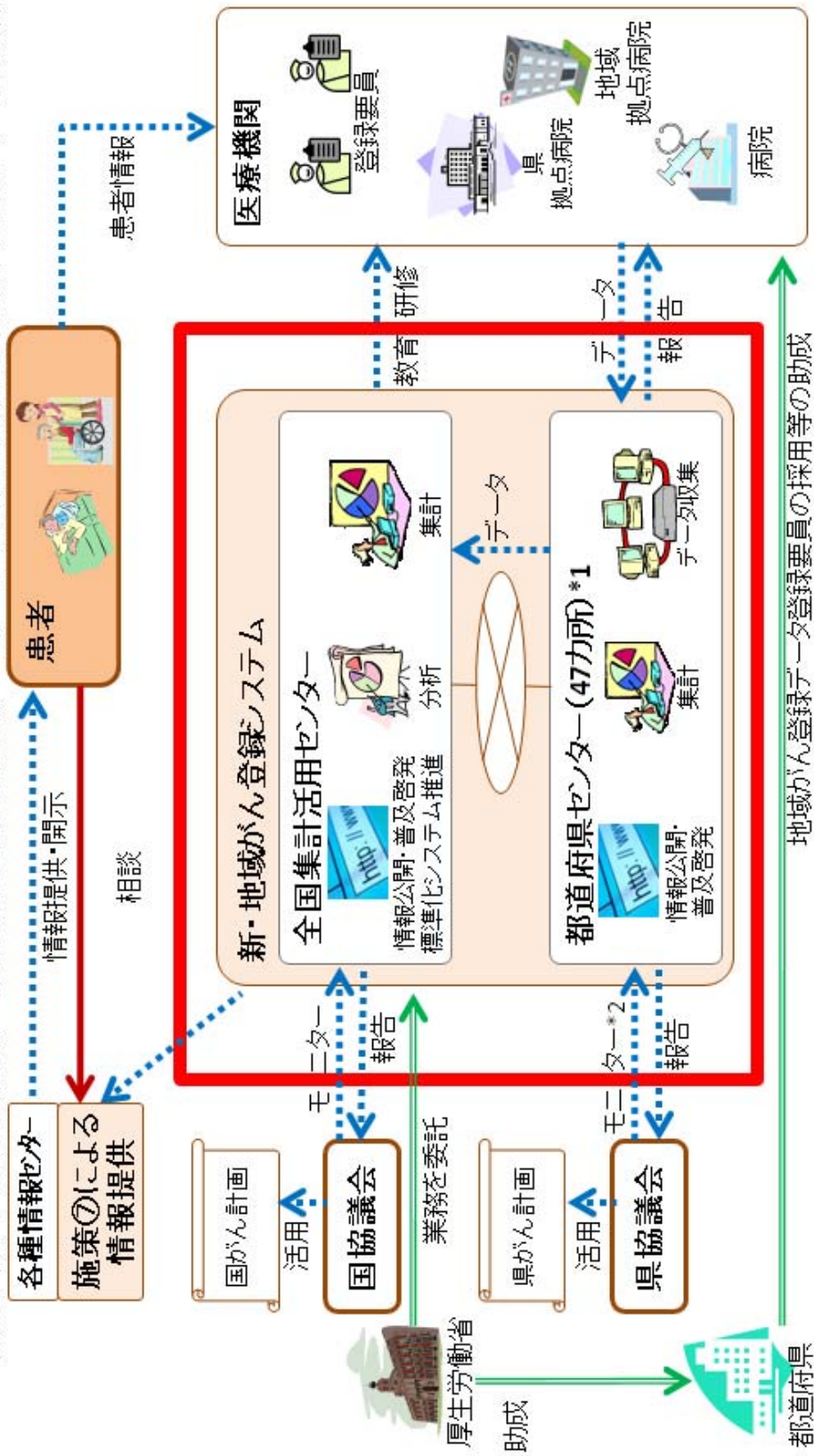
(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

: 新設機能、  
➔ : 人、  
⋯ : サービス・情報、  
➔ : 費用



## 施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業

- ・ 地域がん登録が全都道府県で地方自治体の責任で実施される「地域がん登録・都道府県センター」を設置する。
- ・ 全国の地域がん登録が統合され、活用されるよう、「地域がん登録・全国集計活用センター」を設置する。
- ・ 「精度が十分な地域がん登録は一部。活用されぬがん登録データ」⇒「がん対策の立案と死亡の低下に役立つデータを共有」

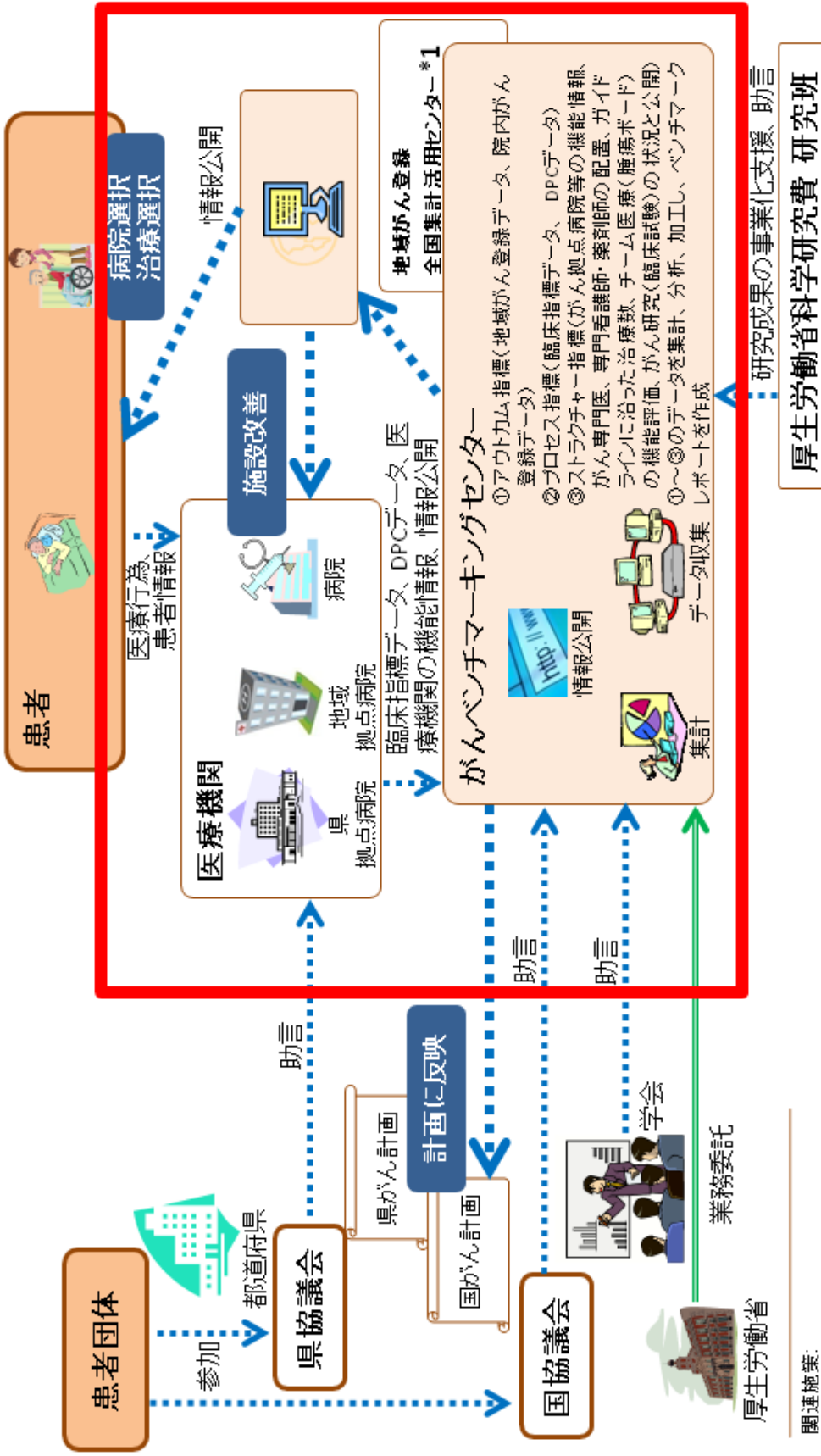


※並行してがん登録法の法制化をする

関連施策:  
 施策番号A-55: 地域がん登録費用の10/10助成金化  
 \*1: 既存の仕組みを活かしつつ、適切な組織が実行し、新設も考慮に入れる

## 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業

- ・ 治療成績、診療内容、医療施設機能情報を統合的に集計し、活用できるかたちにして患者と医療機関に提供する
- ・ 医療機関にはベンチマークレポートをフィードバックし改善につなげる。患者・一般は治療選択・施設選択の参考情報を得る
- ・ 「どこでどのような程度の質の診療がされているのか見えない」⇒「可視化が行われ医療提供者、受益者の両方にメリット」



関連施策:

施策番号A-35: 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

\*1: 施策⑤に示されている全国集計活用センター

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

費用

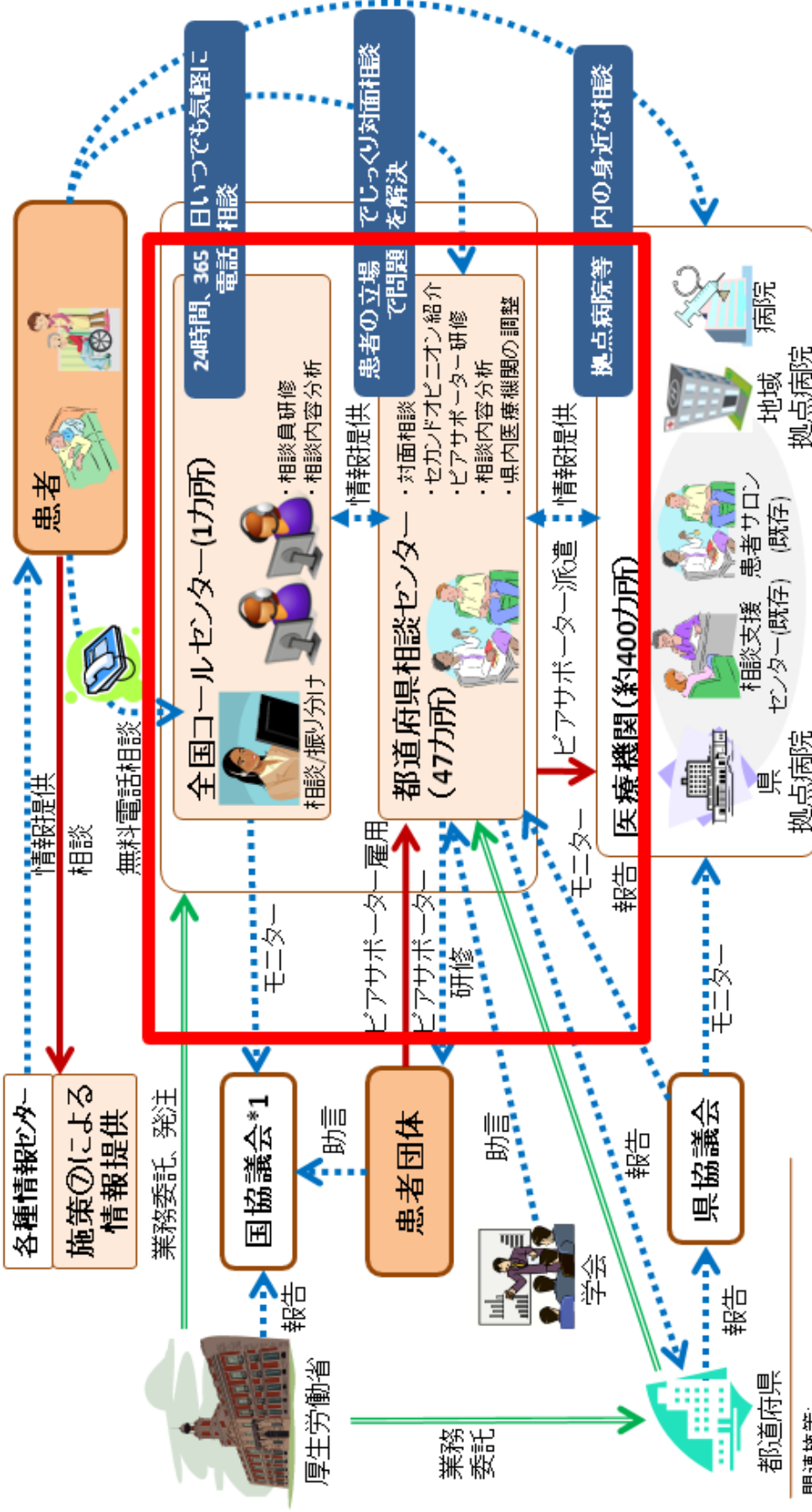
サービス・情報

人

新設機能

## 施策⑦ 患者・家族のためのがん総合相談支援事業

- いつでもどこからでも無料電話で、気軽に相談できる「全国コールセンター」を設置
- 医療機関から独立し、患者の立場で相談を行う「都道府県相談センター」を設置
- 「気軽に相談できない」「相談が問題解決につながらない」「窓口が活用されていない」⇒真に患者に役立つ問題解決型相談



関連施策:

施策番号A-44: がん相談全国コールセンターの設置

施策番号A-49: 相談センターと患者・支援団体による協働サポート

施策番号A-6: がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン

施策番号A-48: 地域統括相談支援センターの設置

施策番号A-5: 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援

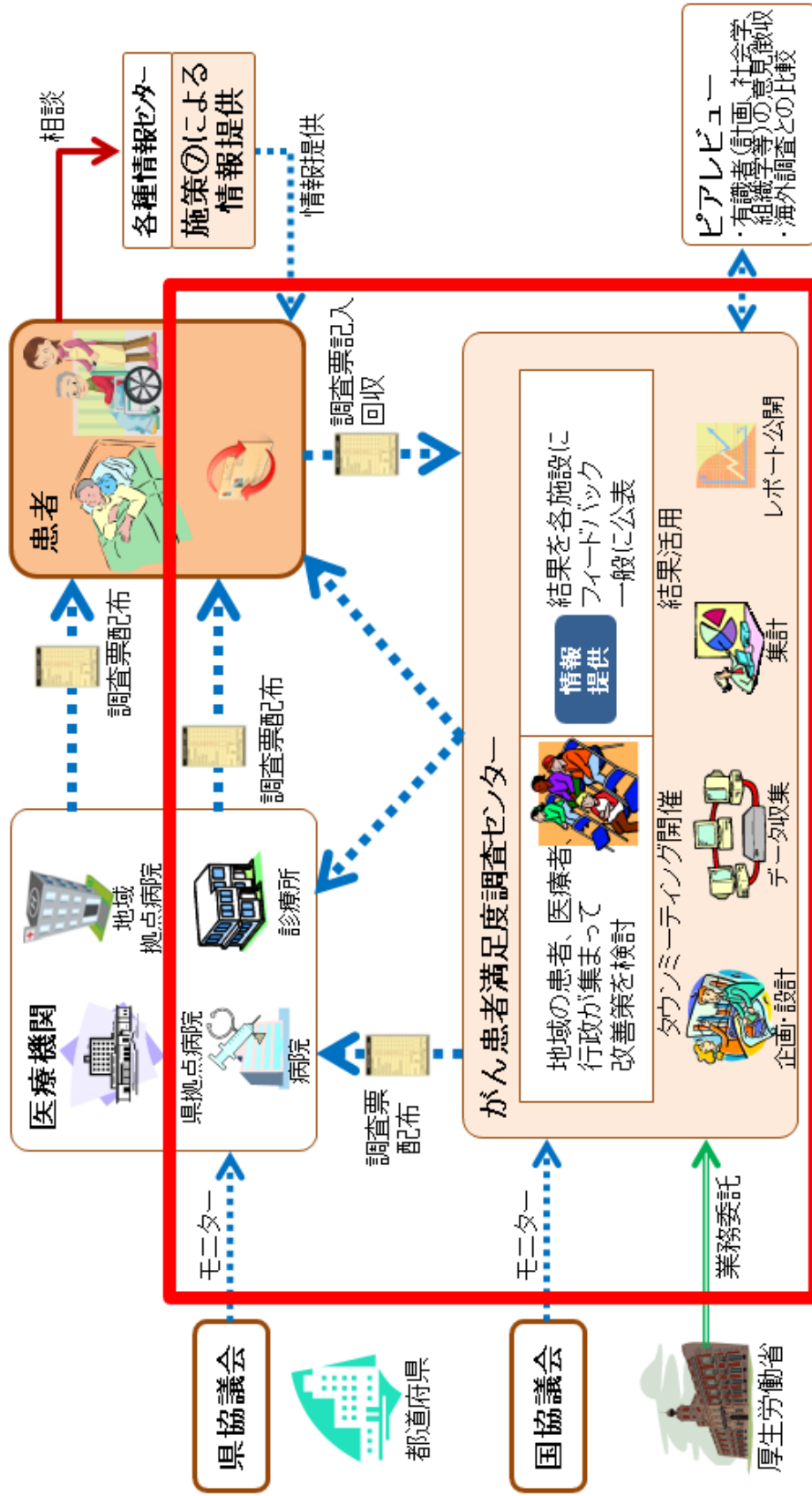
\*1: 国協議会に、全国コールセンターをモニター担当委員を配置する

(c) 厚生労働省 がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

費用

## 施策⑧ がん患者満足度調査事業

- ・ 全国的にがん治療施設別の患者満足度を世界標準的な方法で計測し、フィードバックし、医療の質向上につなげる
- ・ 県ごとに多様な参加者による満足度向上のためのタウンミーティングを開催、調査に基づき地域の医療の質向上策を考える
- ・ 「低い質の治療の存在、患者の不満が多い、医療者は疲弊」⇒客観的な情報に基づき建設的なかたちで議論し満足度高める



関連施策:

施策番号A-47: 全国統一がん患者満足度調査

\*1: タウンミーティングとは、調査で得られた問題を六位一体で考える場

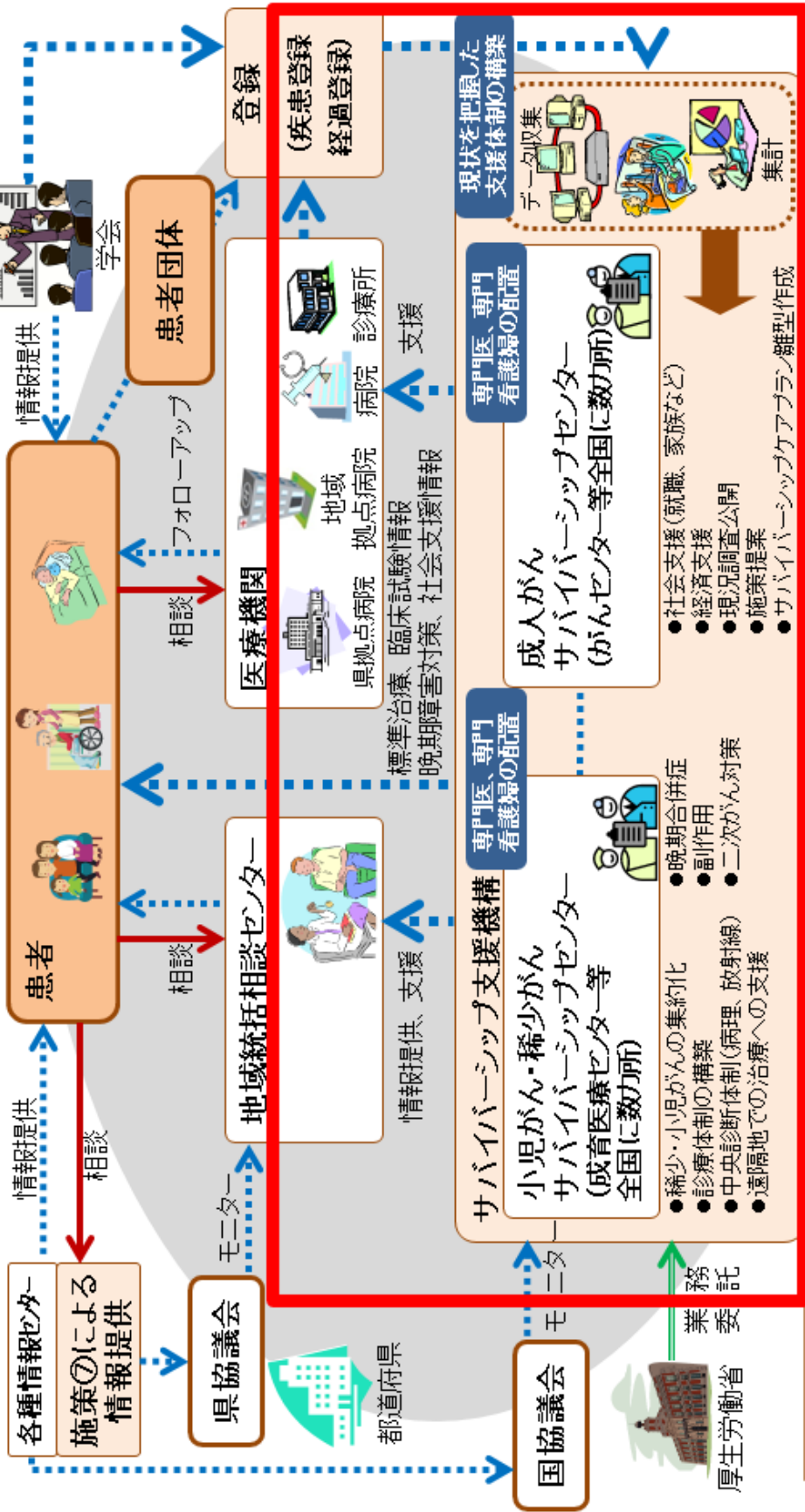
(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

: 新設機能、  
➔ : 人、  
⬇ : サービス・情報、  
➔ : 費用



## 施策⑨ サバイバースhip事業

- ・ 小児と成人のがん経験者の晩期障害、こころのケア、経済的不安に関する支援に関して専門的相談を提供する
- ・ サバイバースhipケアプランを確立する。稀少がん・小児がんについて診療支援とデータ収集を行う
- ・ 「手つかずのサバイバースhip問題」⇒「がんと向き合い、がんと共に生きる社会」の実現



関連施策:  
 施策番号A-19: 抗がん剤の審査プロセスの迅速化  
 施策番号A-20: 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

提案書：「がん診療連携拠点病院制度の見直しについて」

がん対策推進協議会会長 垣添忠生様

がん対策推進協議会  
提案書取りまとめワーキンググループ  
平成22（2010）年3月11日

## がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

がん対策推進協議会（以下、「協議会」）の提案書取りまとめワーキンググループ（以下、「がんWG」）においては、全国6カ所のタウンミーティングと都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート等によって、がん対策に関する提案について、「予算」、「診療報酬」、「制度」の各側面から、意見集約を行ってきた。その中で、がん診療連携拠点病院制度（以下、「拠点病院制度」）に関しては、「患者」、「医療現場」、「地域」のいずれの立場からも、現状の問題点と改善案が多数出された。

そこでがんWGにおいては、こうした意見を踏まえて、拠点病院制度の包括的見直しを提案するものである。協議会において、がん診療連携拠点病院制度見直しのための分科会を設置するなどし、新拠点病院制度を取りまとめることを提言する。

### 1. 集まったご意見について

都道府県がん対策推進協議会等委員を対象としたアンケートにおいては、拠点病院制度など、医療連携ネットワークに関するご意見が約200人から件あり、タウンミーティングで集められたご意見シートにおいては約100人からあった。

集まった意見を分析したところ、拠点病院制度に関する問題点が広く認識されており、改善の方向について具体的な意見が多数あった。

これらを元に、がんWGは制度面での対応として「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を推奨する。

#### 「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕

**提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、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、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。**

本文書は、その方向をより詳しく記述したものである。

## 2. 新制度において留意すべき点について

がん診療連携拠点病院制度の見直しを、下記のような観点に留意して進めるべきである。

- ①均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ②医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと  
——など。

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきである。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥都道府県がん診療連携協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること  
——など。

こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

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～

第 1 部

本編



【本文】

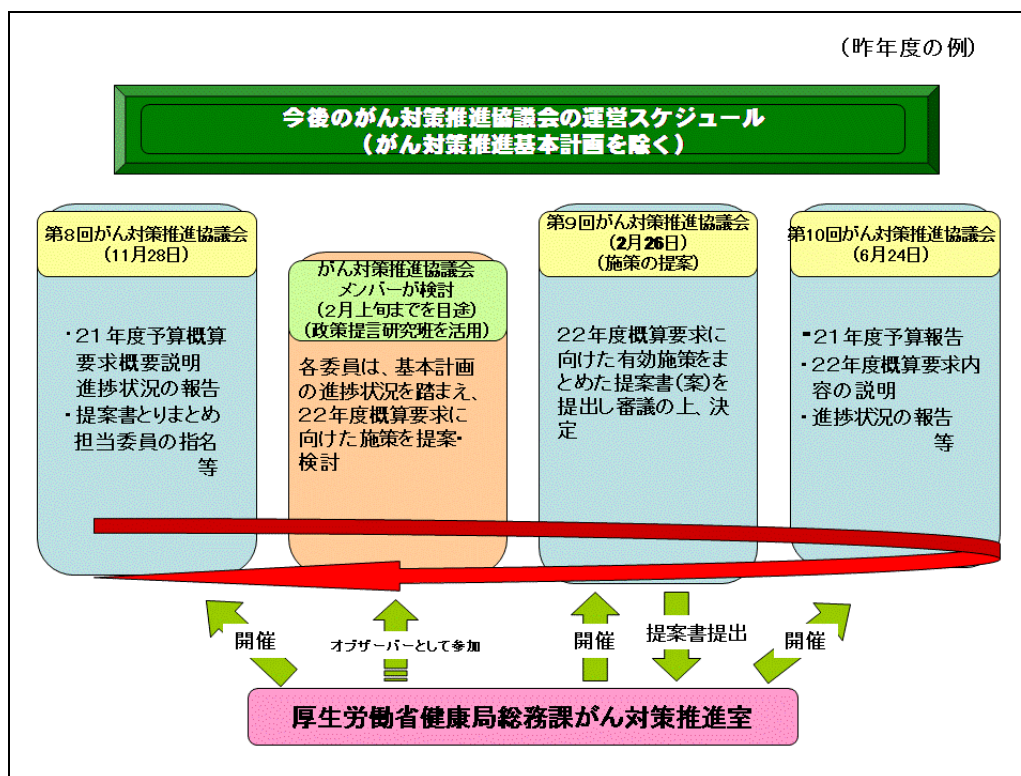
## I がん対策の現況

### 1 本提案書とワーキンググループについて

#### 1-1 本提案書の位置づけ

本提案書は、平成 23（2011）年度の政府がん対策への提案を行うものである。平成 21（2009）年 6 月 24 日に開催された第 10 回がん対策推進協議会において、平成 23 年度の政府がん対策への提案を行うため「提案書取りまとめ担当委員（いわゆる、がんワーキンググループ〔以下、がん WG〕）」が置かれた。昨年度の平成 20 年度には、平成 20 年 11 月 28 日に開催された第 8 回がん対策推進協議会において同様のがん WG が設置され、平成 21 年 2 月 26 日に「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～（案）」を、第 9 回がん対策推進協議会に提出した。案は協議会で審議承認され、一部修正のうえ成案となり、平成 21 年 3 月 19 日に当時の舛添要一厚生労働大臣に手交・提出された。その実績も鑑み、平成 21 年度もがん WG が設置されたものである。下図は、平成 21 年 7 月 3 日の厚生労働省のプレスリリース「がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員名簿について」に添付されている説明図である。

●厚生労働省作成の進行イメージ図



出典：厚生労働省「がん対策推進協議会提案書取りまとめ担当委員名簿について」  
(<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/07/h0703-2.html>)

がんWGは、がん対策推進基本計画に記載されている内容を基本とし、その早期実現のために有効と考えられる施策を考えた。なお、がん対策推進基本計画策定時に想定しえなかったことについても、がん対策推進基本計画の目標の早期達成とがん対策の推進に資すると考えられる場合には、議論の範囲とした。

平成20(2008)年度のがんWGは、議論の対象を主に政府のがん対策予算に絞ったが、本年度(平成21年度)のがんWGでは、「予算」「診療報酬」「制度」の3点からがん対策を検討した。

ここでいう「予算」とは、国や地方自治体のがん対策予算のことであり、「診療報酬」とは、診療の際に医療保険から支払われる対価のこと、「制度」とは、国や地方自治体の法律・政令・通達・規則などによる定めや規則のことである。

がんWGには、がん対策推進協議会委員20人のうち14人が参加した。昨年度の10人からメンバーは増加した。本年度の構成は、患者関係委員5人、医療提供者関係委員7人、有識者委員2人であった(次表参照)。昨年度に続き、提案書案の策定の過程に関しては、事務局機能もがんWGが務め、厚生労働省は会議に陪席するのみでオブザーバーに徹した。

## ●がん対策推進協議会提案書 取りまとめ担当委員

天野 慎介	特定非営利活動法人グループ・ネクサス理事長
内田 健夫	社団法人日本医師会常任理事
江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
郷内 淳子	カトレアの森代表
中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
野田 哲生	財団法人癌研究会癌研究所所長
◎埴岡 健一	特定非営利活動法人日本医療政策機構理事
檜山 英三	国立大学法人広島大学自然科学研究支援センター長
本田麻由美	讀賣新聞社会保障部記者
前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
南 博信	国立大学法人神戸大学医学部附属病院腫瘍内科教授
三好 綾	がんサポートかごしま代表
安岡佑莉子	特定非営利活動法人高知がん患者会一喜会会長

※ ◎は責任者、50音順、敬称略

がんWGでは、できるだけオープンな議論を行うよう努め、メーリングリストで意見や情報が交換できるようにした。また、施策提案などに関して意見提出シートを作成し、全員がそれに内容を記載して提出するように努めた。提出された意見を、提案書に記載できる施策案に“育てる”ため、委員が一体となって意見を寄せた。

なお、平成20(2008)年11月28日の第8回がん対策推進協議会で決められたように、がんWGの開催運営に関しては、厚生労働省がん研究助成金「がん医療政策提案に向けた研究」班(いわゆる、祖父江班)を活用した。また、がんWG事務局機能を、がんWGの責任者である埴岡が所属する特定非営利活動法人日本医療政策機構の市民医療協議会ユニットチームのスタッフが担った。

(がんWGは平成22年3月の第12回がん対策推進協議会に本提案書案を提出する。がん対策推進協議会は本提案書を承認後、厚生労働大臣に提出し、厚生労働省が文部科学省、経済産業省など関係各省に本提案書を連絡するものとする。がん対策推進協議会は、厚生労働省および関係各省が、本提案書の趣旨と内容および具体的施策の提案を最大限尊重し、今後のがん対策の策定と推進を進めるよう、強く望むものである)

### 1-2 予算の現状に対する問題意識

がん対策予算は不足している。だが、がん対策予算は余っている。こんな不思議な現象が起こっていることが、現在のがん対策予算の問題点を象徴している。

がん WG が、都道府県がん対策担当者や都道府県がん対策推進協議会等委員を対象に行ったアンケートでは、「がん対策予算が不足している」という声が圧倒的だった（90 ページ参照）。しかし、国が作ったがん対策の補助金は、都道府県から申請されずに使われずに残ることもある（41 ページ参照）。

これは、がん対策予算のうち、都道府県向けの予算に関する問題だが、がん対策の前線である地方自治体への資金配分のパイプが詰まっているともいえる。

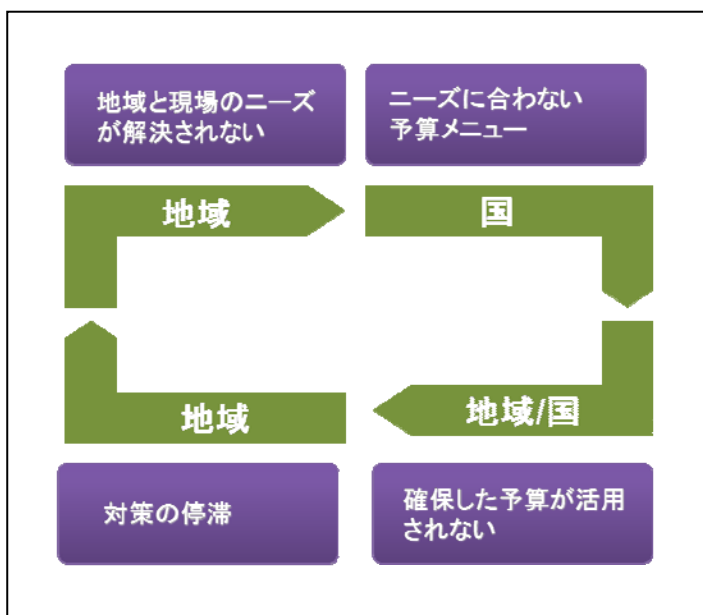
この原因は、がん対策予算を策定・執行するにあたり、国と県とのコミュニケーションをもう少し密にするなど、予算を使いやすくするための工夫が足りなかったことが考えられる。

一方、がん対策予算のうち、がん研究に関する予算など、地方自治体以外の関係団体や研究者に配分されている予算について、がん WG が十分に検討できなかったので、がん対策予算全体の問題点については、今後、さらに検討が必要であろう。

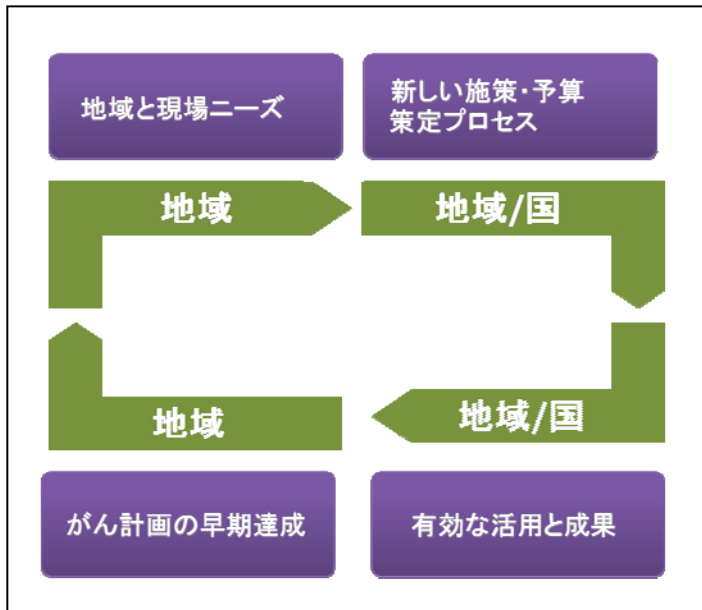
がん対策の遂行には費用がかかる。予算のない計画は、「絵に描いた餅」になってしまう。その資金源は多様であるべきだが、がん対策基本法に「(国は)がん対策を総合的に策定し、及び実施する責務を有する」とあるように、やはり、柱は国の税金を使った予算であるべきだ。がん対策基本計画を策定した際には、財政的裏付けを十分に記載できなかったが、今回、がん対策推進協議会が行った幅広い情報収集からがん対策の現場の苦境が明確になったため、今後は、がん対策に関する予算強化に大きく一歩踏み込む段階であると考えられる。

なお、提案書にある 74 本のがん対策予算施策の実施を進めていくと同時に、既存のがん対策予算に関する検証と評価も進める必要がある。

### ●国と地域の悪循環



## ●国と地域の好循環



### 1-3 診療報酬の現状に対する問題意識

がん対策基本法、がん対策推進基本計画において定めている目標を達成するためには、がん対策予算による対処だけでなく、診療報酬上の評価によるさまざまな対応が必要である。がん対策推進基本計画においては、「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成」の分野に関する記述において、医師の育成、医師が力を発揮できる環境の整備、多職種で集学的なチーム医療の推進に触れたうえで、「こうした取組を適切に評価するようきめ細やかな措置を講じていく必要がある」（11 ページ）と、診療報酬を手厚くすべきとの考えが示唆されている。

がん医療の推進については、平成 21（2009）年 10 月の社会保障審議会等でまとめた「平成 22 年診療報酬改定の基本方針」でも、「充実が求められる領域を評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重要課題として記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、がん診療連携拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療・訪問看護の充実も重要である。こうした視点を踏まえてがん対策の充実が図られるよう、診療報酬において適切に評価されることが求められる。

質が高く患者の求めるがん診療を行った場合に、がん診療の採算が合わないとの声が多い。これに関しては検証を行うことが必要であるが、がん診療に関連した診療報酬の総額が不足しているといつて懸念もある。

なお、長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、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、コンセンサスを経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。また、

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られなければならない。

診療報酬改定のあり方については議論が進められているところであるが、われわれは診療報酬決定に関するプロセス改革が必要と考える。特定の団体などの意見のみならず、広く患者、現場、地域の声も聞いて決めるべきである。がん対策推進協議会は、がんWGの案に基づいて、平成21(2009)年12月4日に「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」を厚生労働大臣に提出した。当資料は中央社会保険医療協議会(中医協)において、がん対策について審議が行われた際にも提示され、この資料が参照されつつ議論が進められた。こうした流れは促進されるべきと考えられる。

診療報酬の平成22(2010)年度改定においては、がん領域に関する分野では一定の前進が見られた。協議会から現場の声に基づく提言をしたことが奏功した可能性がある。がん対策推進協議会は今後も診療報酬改定において適切な議論がなされるよう、提案を行っていくことになるだろう。平成24(2012)年度は診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されている。がん領域は診療報酬、介護報酬のいずれにも深く関連する分野であるので、平成24年度改定作業が行われる平成23(2011)年度の始めから、しっかりとした提案を行っていくことが求められる。

なお、予算措置と診療報酬の役割分担は、基本的に新しい仕組みや制度の立ち上げ期には予算措置を主体とし、それらが定着してきた際には、診療報酬を主体とすべきである。また、診療報酬を受け取ることができる医療機関などの組織以外への財源確保は予算措置にて考慮されることになる。

#### 1-4 制度の現状に対する問題意識

がん対策推進基本計画を着実に実行し成果をあげるには、制度の改正や改革が不可欠であったり望ましかったりする場合が少なくない。ここでの制度とは、行政が関与する法律、政省令、通知、通達、計画などのことである。また、専門医制度、施設認定制度なども含む。

古い制度が硬直化あるいは形骸化しているために、問題を来している。あるいは、新しいがん診療やがん対策のかたちにより制度の整備や見直しがついていけておらず、がん対策の進展の障壁となっていることがある。制度改正を実施していなければ、いくら予算措置や診療報酬の手当てを行っても、効果を出さないことも多い。また、制度改正が予算措置や診療報酬上の評価の前提となることも多い。予算措置や診療報酬評価と制度改正は、セットで検討されるべきである。それでこそ、効率的で実効性がある対策となると考えられる。

上記のことは医療全般についてもいえることだが、がん診療において率先して解決を図ることが重要である。また、がん領域において実施されて効果を発揮すれば他の領域についても広がるようになると考えられる。

## 2 がん対策の現況

具体的施策の提案をする前に、まず、がん対策の現況を概観する。

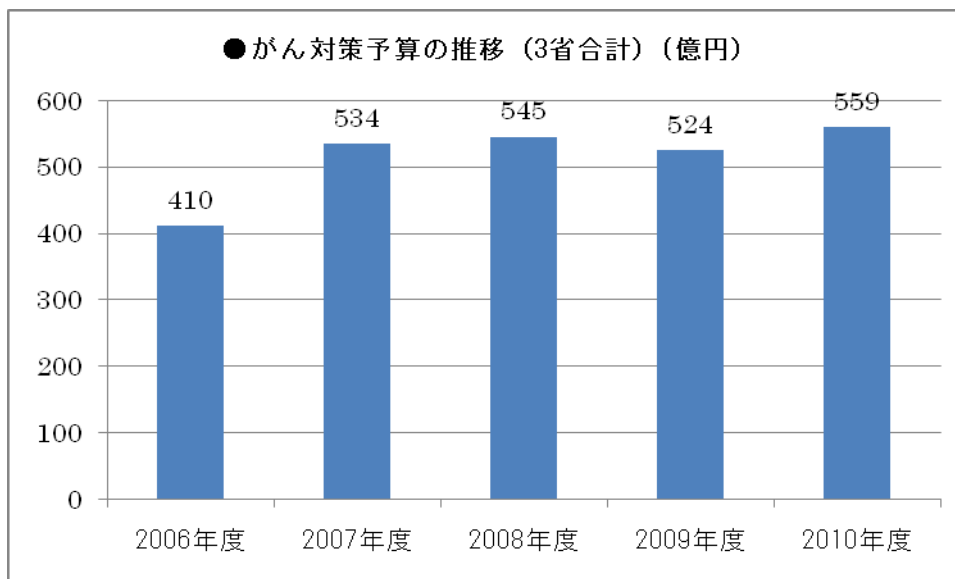
### 2-1 がん対策（予算）の現況

#### 2-1-1 がん予算の概況および推移

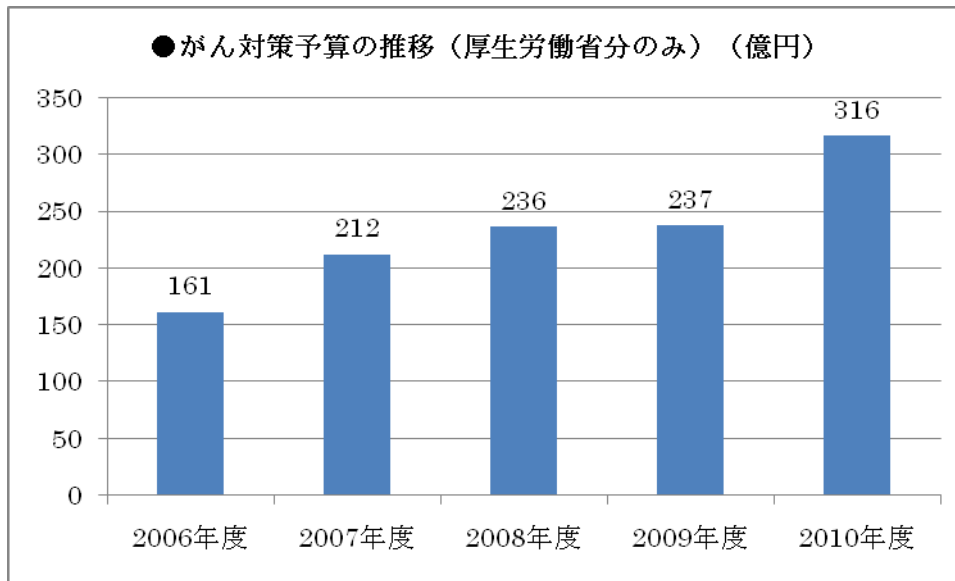
平成 22(2010)年度の国のがん予算は、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省で約 559 億円、厚労省のみで 316 億円となった。平成 21 (09) 年度のがん予算は、3 省で 524 億円（補正前）、厚労省で 237 億円だった。なお、厚労省の 21 年度補正後予算は、473 億円であった。一方、都道府県のがん予算の合計は、平成 20 (08) 年度で約 205 億円であり、平成 19 (07) 年度の約 150 億円から増加している。さらに平成 21 年度の全国市町村のがん検診費用（予算）は合計約 1150 億円で、うち約 1000 億円が市町村の予算であった。

3 省ベースおよび厚労省のがん予算の推移は下図のとおりである。全体的に伸びを示しているものの、分野によっては頭打ちになってきている。平成 22 年度の厚労省がん予算は、平成 21 年度当初予算と比べると 33%の増額であるが、補正後予算比では 33%の減額である。平成 21 年度補正予算においてがん検診対策に大きな額が追加された。そのため平成 22 年度予算では、平成 21 年度当初予算に比べがん検診予算が増やされた（それでも平成 21 年度補正後予算よりは激減）ので、そのしわよせとして、がん医療の均てん化に関する予算は減少した。がん診療連携拠点病院機能強化事業は 37%減、緩和ケアに関する予算は 14%少なくなった。平成 22 年度の文科省、経産省のがん対策予算は平成 21 年度より減少した。

#### ●伸びが停滞するがん対策予算



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成

## 2-1-2 国のがん対策予算

### 2-1-2-1 国のがん対策予算の、概算要求と予算案の変化

厚生労働省のがん対策予算において、8月の財務省への概算要求段階での内容と12月の予算案策定段階の内容の間には、金額の大きな乖離がみられる（下表）。このような変化が、都道府県が政府のがん対策予算となった対象項目に積極的に対応できない一因となっている。

#### ● がん対策関連予算（厚生労働省分）の推移

（億円）	概算要求 （8月）	予算案 （12月）	概算削減 率	予算増加 率
2006年度	202	161	-20%	12%
2007年度	303	212	-30%	32%
2008年度	282	236	-16%	11%
2009年度	262	237	-10%	0%
2010年度	434	316	-27%	33%

出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成



### 2-1-2-2 国の予算の項目別使用率（消化率）

国のがん対策予算の項目別の使用率をみると、使用率が低い項目が見られる。次ページ図は平成 19（2007）年度のがん予算の項目別の使用率であるが、都道府県を対象としたがん検診モデル事業（国と県が半分ずつ負担する 1/2 事業）は使用率 1.0%だった。特別事業（がん対策推進特別事業。1/2 事業と国が全額負担する 10/10 事業あり）の使用率は 4.4%であった。

政府の「行政支出総点検会議」において、平成 20（2008）年 12 月 1 日に「指摘事項～ムダ・ゼロ政府を目指して～」が取りまとめられた。この中で、「がん対策推進特別事業」は「多額の不用が発生した事業」として例示され、「精査の上で、事業の廃止・予算額の縮減等をするべきである」と指摘された。ただし、このような「不用」が発生したのは、本提案書 103～109 ページのがん対策予算の構造問題で指摘するようなことが存在するからで、がん対策予算のニーズや必要性が低いわけではけっしてない。

平成 20 年度および平成 21 年度のがん予算の使用率においても抜本的解決はなされておらず、新規事業化や増額が行われた予算項目に関して、必ずしも予算使用率が高いわけではない。

平成 22（2010）年度のがん診療連携拠点病院機能強化事業の予算は平成 21 年度の 54 億円から 34 億円に大幅減額となった。これは、平成 21 年度の使用率が高くなかったからである。この事業では基準額が決められている。基準額は申請者である拠点病院や県庁などに上限と受け止められている。基準額 100%を活用する県や拠点病院は少なく、多くはその一部しか活用しない。よって常に使用実績総額は予算を下回り、不用が発生する。すべての都道府県や拠点病院が基準額 100%を活用するようにすると同時に、現実的に 100%活用をしない県や拠点病院がある以上、基準額以上の活用も奨励し、合計で全予算額が活用されるようにする必要がある。なお、すでに基準額以上の申請も認められ、基準額以上の認定・交付が行われている実績もあるが、そうした運用が可能であることが広く知られていない。

●国の用意したがん対策予算項目の消化率（平成 19 年度）

事業	対象	予算(千円)	決定(千円)	使用率(%)
女性のがん検診	都道府県(1/2)	98,465	25,993	26.4
がん検診モデル	都道府県(1/2)	55,000	534	1.0
マンモグラフィー研修	都道府県(1/2)	93,930	11,546	12.3
がんネットワーク事業	都道府県(1/2)	111,753	7,712	6.9
機能強化(がん拠点病院)	都道府県(1/2)	1,114,500	823,048	73.8
特別事業	都道府県(1/2、10/10)	1,485,000	64,957	4.4
マンモグラフィー研修	独立行政法人(10/10)	62,610	996	1.6
がんネットワーク事業	独立行政法人(10/10)	111,754	144,372	129.2
機能強化(がん拠点病院)	独立行政法人(10/10)	555,000	615,888	111.0
リニアック	独立行政法人(10/10)	3,360,000	4,620,842	137.5
合計		7,048,012	6,315,888	89.6

出典：がん対策推進協議会資料よりがん WG が作成

### 2-1-3 都道府県のがん対策予算

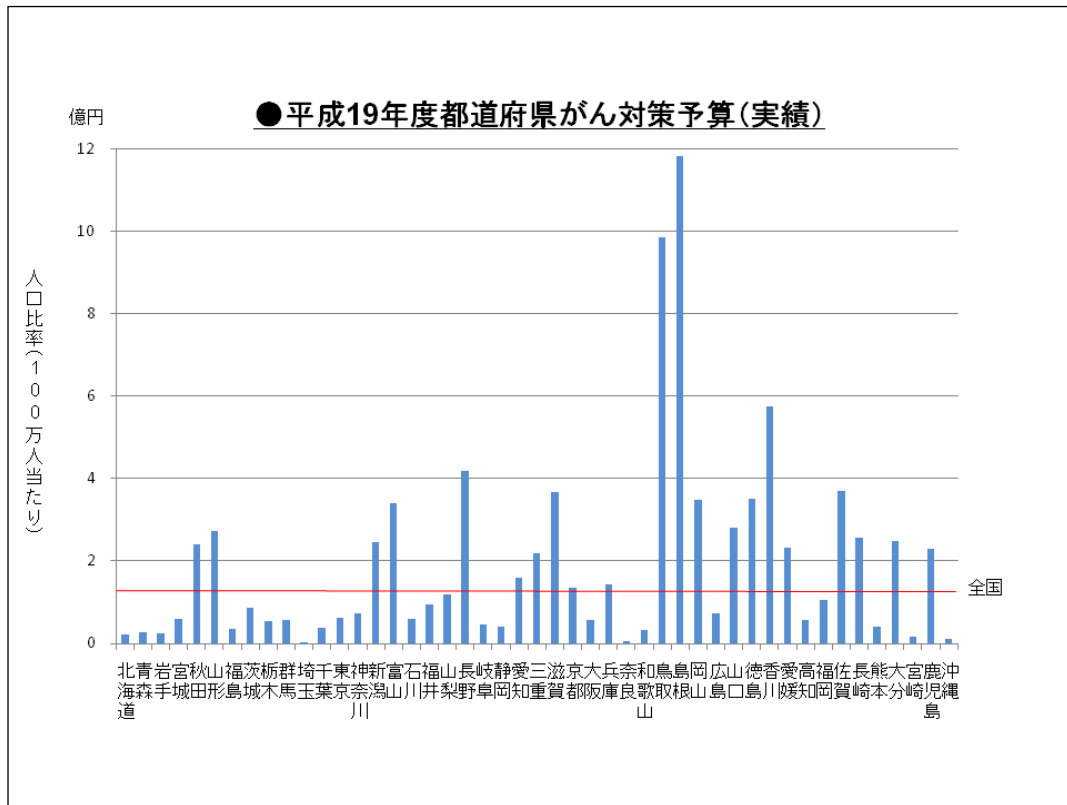
#### 2-1-3-1 予算額の水準

第 11 回がん対策推進協議会に提出された資料「平成 20 年度都道府県別がん対策事業費総括表」によると、平成 20（2008）年度のがん対策予算の合計は 234 億円（平成 19 年度 154 億円）。うち、がん診療連携拠点病院対象の国庫補助事業が 105 億円（平成 19 年度 110 億円）、都道府県対象の国庫補助事業が 31 億円（平成 19 年度 19 億円）、都道府県の単独事業が 68 億円（平成 19 年度 19 億円）であった。平成 19 年度から 20 年度にかけて地方自治体予算が増額となった要因の大きな部分が、重粒子線への投資などハードウェアへの投資であり、全般的ながん対策に関する都道府県の関与はいまだ極めて低水準にあるといえる。

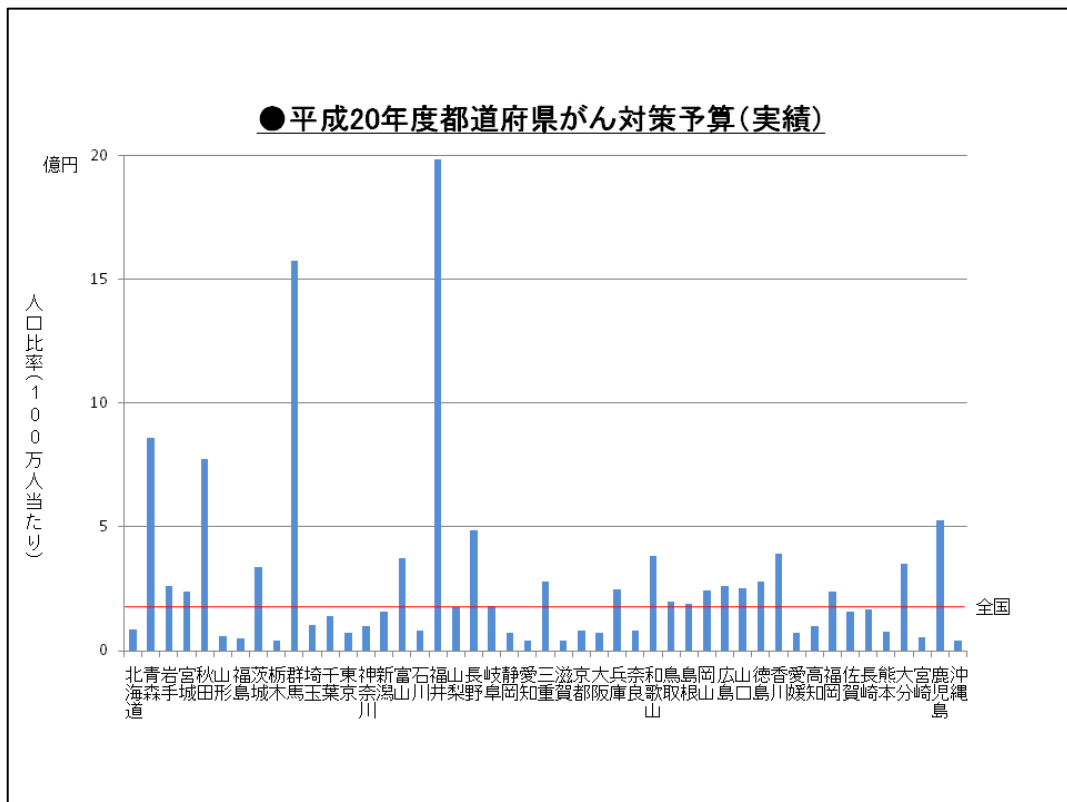
#### 2-1-3-2 大きな都道府県格差

同資料によると、平成 20 年度における都道府県がん対策予算合計（都道府県、がん診療連携拠点病院、その他対象の国庫補助および都道府県独自事業）、都道府県対象国庫補助事業（の都道府県負担金額）、都道府県独自事業のいずれにおいても、都道府県によってきわめて大きい水準格差がある。人口数で調整しても同様である。下図は、都道府県がん対策予算合計（人口調整済）の都道府県別の値であるが、都道府県の間で 50 倍の格差がある（平成 19 年度は 200 倍以上の差）。もっとも、この値は年度による変動も大きく単年度では評価しがたいが、複数年度連続して低い水準が続くところに関しては留意が必要である。こうした数値を地域住民が簡単に知ることができる「見える化（可視化）」が欠かせない。そ

れによって、水準が低いところも多額のハードウェア投資をすることも、地域住民による議論が活発になることが期待される。



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成



出典：がん対策推進協議会資料よりがんWGが作成

### 2-1-3-3 ハード偏重

「平成 19 年度国庫補助事業活用状況」（第 8 回がん対策推進協議会資料）によると、補助事業のがん対策予算の使用率（42 ページ表）は、“ハード”の整備であるリニアック（放射線治療に使う装置）の整備事業の 140%弱がもっとも高かった。一方で、研修など“ソフト”な事業の使用率は低かった。都道府県がん対策予算は、全体として機器整備や施設整備の“ハード”の比重が高いのが現状である。もちろん“ハード”整備は必要なことであるが、現在のがん対策では、患者相談などサービスの開発、地域における協力ネットワークの拡大、各種の人材確保や育成など、“ソフト”面の充実が重要になっており、“ソフト”面での予算使用率が拡大できる仕組みを構築することが必要である。

### 2-1-3-4 国庫補助金の活用状況

積極的に活用しているところから、あまり利用できていないところまで、都道府県によって大きなばらつきが観察される。

### 2-1-3-5 都道府県単独事業

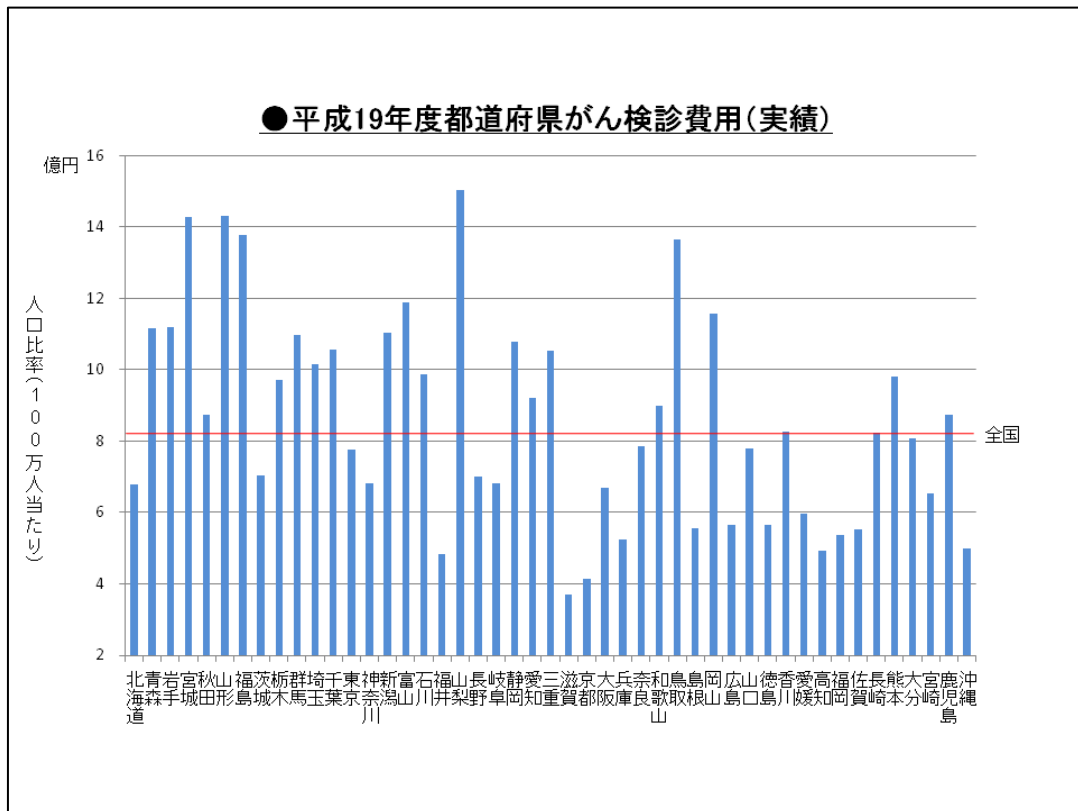
「平成 20 年度都道府県別がん対策予算執行状況」（第 11 回がん対策推進協議会資料）によると、都道府県単独事業の件数が 0 件のところから 17 件のところまで、大きな差がある（平成 19 年度は 0 件から 10 件だった）。ここにも都道府県の財政事情を背景とした姿勢に大きな格差が存在する。

### 2-1-3-6 好事例と創意工夫の兆し

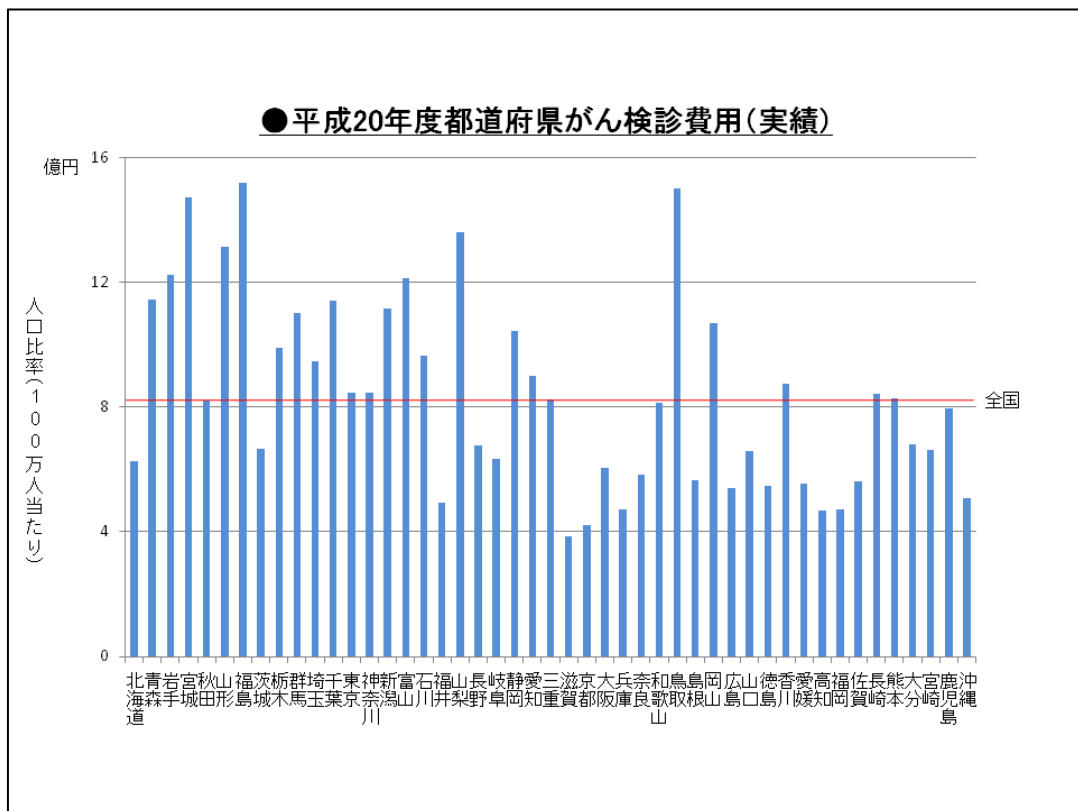
そうした中で、一部、モデル的な県が出てきている。都道府県がん対策予算合計、都道府県対象国庫補助事業、都道府県独自事業のいずれもの水準が比較的高い県である。国の補助項目も積極的に活用し、独自事業もソフト面を中心に創意工夫して実施している。こうした地域から各地が学ぶ必要があり、情報提供や交流の仕組み作りが求められる。

### 2-1-3-7 都道府県別がん検診費用

厚生労働省が平成 21（2009）年 12 月 2 日の第 11 回がん対策推進協議会に提出した「市区町村におけるがん検診の費用に関する調査結果」によると、平成 20 年度の市区町村がん検診費用を都道府県別に集計した値において、人口比率で金額に約 4 倍の開きがある（下表参照）。今後、検診費用と検診率、検診費用とがん発見数などの関係について、都道府県別に分析を行っていく必要があり、そのためにも情報の定期収集と公表が欠かせない。



出典：厚生労働省公表資料よりがんWGが作成



出典：厚生労働省公表資料よりがんWGが作成

## 2-1-4 提案の、平成 22 年度予算への反映状況

### ■全体の反映状況

がん対策推進協議会は、平成 21（2009）年 3 月に「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～」(以下、昨年度提案書)を厚生労働大臣に提出し、提案書の中でがん対策予算面での対応を中心とした推奨施策を合計 70 本提示した(57～58 ページ表)。平成 22（2010）年度予算案(以下、予算案)は平成 21（2009）年 12 月に閣議決定されており、国会での審議を経て平成 22 年 3 月に成立した。昨年度提案書では提案の骨子として、(1) がん対策予算を大幅に増やす必要がある (2) がん対策予算の策定プロセスを改善すべきである (3) 70 本の推奨施策への取り組みを進めてほしい、の 3 点が提案されている。この骨子が平成 22 年度予算案やその他のがん政策にどの程度反映されているかについて、考察を行いたい。

骨子 (1) についてみると、厚生労働省のがん対策予算は平成 21 年度が 237 億円(補正前)であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 316 億円であり、一定の増額がみられる。また、厚生労働省、文部科学省、経済産業省の 3 省のがん対策予算の合計額は、平成 21 年度が 524 億円(補正前)であるのに対して、平成 22 年度当初予算案では 559 億円である。がん検診など一部の分野では特に予算措置がなされているが、がん診療連携拠点病院強化事業は大幅に減額されている。また、今年度より独立行政法人がん研究センター運営交付金の予算措置がとられ、一部事業が運営交付金での対応となったために、がん対策に関する予算対応がわかりづらくなっている。骨子 (1) については、財政状況が厳しい中で一定の努力がはらわれているものの、反映は不十分であると考えられる。

骨子 (2) について、全体分野 1「がん対策に全般にかかる事項」と全体分野 2「がん計画の進捗・評価」における推奨施策が、平成 22 年度予算にどの程度反映されているか、という観点からみると、目立った反映がみられていない。また、予算編成における国と都道府県のミスマッチについては、厚生労働省がん対策推進室が都道府県がん対策担当者向けに、がん対策予算についての説明の機会を設けたものの、例えば「検診に関わる地方交付税増額について、総務省からの発表時期が遅く、市町村の予算措置に反映されていない」との指摘があるように、改善が不十分である。

骨子 (3) については、70 本の推奨施策に関して、新たに平成 22 年度予算に盛り込まれた施策もあった。がん対策推進協議会の提案書に基づいて予算化されたものがあるのは画期的である。しかし、それは 70 本全体のうちではごく一部に留まった。

57～58 ページの表にある推奨施策リストと対象しながら、主な分野ごとに反映状況をみ

ていく。全体分野2では、予算にて「がん対策・評価分析経費」（新規）が計上されている。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」では、予算にて「がん医療に携わる医療従事者の計画的育成」（新規事業）や「がん専門医臨床研修モデル事業」（既存事業の増額）などが計上されている。個別分野6「がん医療に関する相談支援と情報提供」では、予算にて「がん対策情報センターの患者必携製作費」（国立がん研究センター運営交付金の内数）などが計上されている。個別分野10「がん研究」では、予算案にて「未承認・適応外医薬品解消検討事業費」（新規）などが計上されている。これらの分野については、推奨施策を一定程度反映していると考えられる。

個別分野2「緩和ケア」では、予算案にて「緩和ケアの質の向上及び医療用麻薬の適正使用の推進」として、「インターネットを活用した専門医の育成」「がん医療に携わる医師に対する緩和ケア研修」などが計上されている。個別分野7「がん登録」では、「地域がん登録促進経費」（国立がん研究センター運営交付金の内数・新規）などが計上されている。分野横断的な内容（緩和ケア、在宅緩和ケア）では、「がん医療の地域連携強化事業費」（新規）などが計上されている。これらの分野については、推奨施策を若干反映していると考えられる。

個別分野9「がんの早期発見（がん検診）」では、「女性特有のがん検診推進事業」（新規）が計上されている。これは昨年度補正予算からの継続事業であり、金額も補正予算と比較すると減額されている。また、昨年度提案書の推奨施策と合致するものではなく、検診受診率の向上に向けた実効性のある検診体制の確保のためには、その経過を見守る必要もあるが、多額の予算措置がとられていることについては、検診事業にかかる地方財政措置と併せて、一定の評価ができると考えられる。

上記で挙げた分野と事業については、財政状況が厳しい中で新規事業が行われているものも多く、がん対策の実施とその予算の確保に対して、関係省庁による一定の理解と努力があったと考えられる。一方で、多くの分野の推奨施策については、昨年度提案書の反映は不十分であったと言わざるを得ない。昨年度提案書と本提案書は「患者と現場、地域の声」を集約したものであるが、平成22年度補正予算と平成23年度予算の策定、そして診療報酬と制度での今後の対応に向けては、同じく「患者と現場、地域の声」によるバックアップが不可欠である。本提案書が厚生労働大臣に提出された後も、患者や市民、医療提供者、行政、立法、民間、メディア関係者が「六位一体」となり、提案書の実現に向けての理解と支援を求めたい。

## ■分野ごとの反映状況

以下、引き続き、57～58 ページの表にある推奨施策リストと対照しながら、分野ごとに



反映状況をみていく。

### ■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) 現状の機能強化予算の倍額(2分の1を100%化)	
36			2	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	36億円		
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



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。

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

(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

「平成22年度診療報酬改定の『視点等』と『方向』について」(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にかかわる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別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	ア	放射線療法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する相談支援および情報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ対策)	ア	たばこ依存への治療と禁煙対策			○			○
—	個別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・制度面等で対応)						
—	個別10	がん研究	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
25	個別11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
26			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
27			ウ	リンパ浮腫			○	○		

※通し番号誤りのためNo.19は欠番

(「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」より)

### 2-3 分野内の横断的検討

がん対策を推進していくにあたっては、79、80 ページの総括表にあるように、「予算」「診療報酬」「制度」を横断的にとらえる必要がある。

#### ■全体分野 1 がん対策全般

「がん対策基本法の改正」〔C-1〕や「医療法の改正」〔C-2〕により、がん対策全般や各分野において必要と考えられる制度改正を網羅、検討することともに、「がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告」〔C-3〕や「内閣府にがん対策連携推進室を設置」〔C-4〕により、国のがん対策の全体像についての「見える化（可視化）」と、省庁横断的ながん対策を行うにあたっての基盤整備を行う。

「がん対策予算の 100 パーセント活用プロジェクト」〔A-1〕と「都道府県がん対策実施計画推進基金」〔A-3〕により、都道府県がん対策を推進するにあたっての財政的な裏付けを確保し、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」〔A-2〕と「がん対策への PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」〔A-4〕により、都道府県がん対策推進計画の実効性の担保とブラッシュアップを図る。また、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」〔A-5〕と「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」〔A-6〕、により、患者と医療従事者、行政などが一体となって、がん全般にわたる普及啓発を広く行うとともに、「小学生向け資料の全国民への配布」〔A-7〕と「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、学校教育の場からがん全般にわたる普及啓発を広く行う。そして、がん医療全般の質の評価を進めるために、診療報酬において「がん医療の質の評価」〔B-1〕を行う。

なお、本分野は全体分野 2「がん計画の進捗・評価」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そして PDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

#### ■全体分野 2 がん計画の進捗・評価

「患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化」〔C-6〕により、協議会が都道府県がん対策推進計画の実効性を評価、改善する制度を整えるとともに、「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」〔A-10〕により、協議会が主導して計画の実効性を確保していく。

計画を評価するにあたっては、「がん診療連携拠点病院の進捗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」〔C-5〕により、拠点病院のがん医療の質を評価す

る基盤を整備し、あわせて「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕や「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」〔A-12〕を進め、指標の開発とその指標に沿った評価ができる体制の構築を進めるとともに、診療報酬においても「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕により、指標を収集・分析するベンチマーキング（指標比較）センターを評価する。

なお、本分野は全体分野1「がん対策全般」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

### ■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

がんに関わる専門の医療従事者については、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため早期に「医療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-7〕、「医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）」〔C-8〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）」〔C-9〕、「薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）」〔C-10〕、「医学物理士資格の位置づけの明確化〔C-11〕」などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、専門医の育成を図るための基盤として、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」〔C-12〕、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」〔A-14〕、「医学物理士の育成と制度整備」〔A-15〕を並行して進めることが重要である。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、平成22（2010）年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」〔A-13〕により、国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者を算定し、年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するとともに、専門資格を取得する医療従事者が休職する際の代替となる医療従事者の手配に努める。同時に、「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」〔A-17〕を活用して、文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」との連携や、専門資格習得プログラムなどの受講を進めるとともに、薬物療法に係る専門資格を取得する場合には、「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」〔A-16〕も合わせて活用するなどし、資格取得に伴う医療従事者の負担の軽減による育成促進を図る。

平成24年度診療報酬改定においては、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブを確保することを目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕による放射線治療に関わる専門の医療従事者の配置促進や、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕による化学療法に関

わる専門の医療従事者の配置促進などのさらなる評価を図ることが重要である。これら医療従事者の育成や配置と並行して、がんに関わる医療従事者が質の高いがん医療を提供できるよう、化学療法や放射線療法、手術療法、検査などに関わる診療報酬の充実を目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕、「入院および外来化学療法の推進」〔B-5〕、「がんにおける診療項目の評価」〔B-6〕を進めることが考えられる。そのためには、それまでに関連する制度面の議論や必要な改正を終え、予算措置によるモデル的事業などにおいても実績を上げておくことが好ましい。

また、国内未承認・適用外薬の治療薬や治療法が、医療現場で遅滞なく行えるようにするには、早期に「コンパッションエート・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕、「適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）」〔C-14〕、「高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）」〔C-15〕など、早期承認にあたっての制度上のボトルネックを検討、明確にし、安全性の確保に十分配慮しつつ、早期承認や患者救済に向けた制度面での基盤整備を行うことが重要である。その結論を待つことなく当面の解決として、合わせて「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」〔A-20〕を進めることが必要である。

なお、国内未承認・適用外薬の早期承認に向けた一連の施策は、個別分野 10「がん研究」の諸施策が密接に関連してくると思われる。例えば、高度医療評価制度については、国内未承認薬や適用外の医薬品、医療機器の使用と患者負担の軽減を図るものであるが、同時に臨床研究の促進を図るものでもある。国内での臨床研究の基盤整備は、国内未承認・適用外薬の早期承認にもつながることであり、行政、医療従事者、研究者、企業などが一体となった取り組みが必要である。また、化学療法や放射線療法の適正な施行にあたっては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の諸施策が関連してくると思われる。

## ■分野 2 緩和ケア

緩和ケアに関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため、早期に、「医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-16〕、「医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」〔C-17〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-18〕、「薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」〔C-19〕、「医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂」〔C-21〕による制度改正などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、合わせて、「大学における緩和ケア講座の拡大」〔A-27〕を行うことも必要である。これらにより、緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基



盤整備を進める。また、適切な疼痛ケアを進めるための法制上の対応として、「麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適正な使用の促進）」〔C-20〕の検討がなされるべきである。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、迅速なテコ入れが必要な施策への予算措置として、「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」〔A-23〕、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」〔A-24〕を行い、がん診療に携わる医療従事者の緩和ケアへの理解を促進する。また、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」〔A-22〕、「緩和医療科外来の充実」〔A-28〕により、緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕を行う。これらの緩和医療の質の評価と向上については、「緩和ケアの質を評価する仕組みの検討」〔A-26〕を行う。

平成24年度診療報酬改定に関しては、医療機関における緩和ケアを拡充し、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブとなることを目的に、「緩和ケア診療加算」〔B-8〕、「緩和ケア研修修了者の配置」〔B-9〕、「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」〔B-10〕を検討すべきである。そのためには、緩和ケアに関する制度面からの位置づけの整備や、予算措置による質の高い緩和ケアの実績が見えていることが好ましい。

なお、緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野3「在宅医療（在宅緩和ネットワーク）」が、緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、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）」の施策が密接に関連してくる。また、緩和ケアにおける疼痛ケアにおいては、個別分野4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）」の施策が関連してくる。

### ■分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

在宅医療に関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴うインセンティブを明確にすることを目的に、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-23〕による制度改正の検討を行い、在宅緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」〔C-22〕により、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供する診療所と、地域における在宅緩和ケアネットワーク基盤整備を進めるとともに、「介護保険法の改正」〔C-24〕を行い、医療資源と介護資源が一体となった連携を進める。

これら制度面の対応と同時に、施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」[A-30]、を行い、介護・福祉担当者やケアマネージャーに対してがん医療への理解を促進する。また、「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」[A-29]、「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」[A-31]、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」[A-32]により、在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない在宅緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」[A-34]を行う。介護と医療の連携による看取りの支援については、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」[A-33]を行う。

「在宅医療の充実」[B-11]、「大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成」[B-14]により、医療従事者や家族にとっても負担の大きい在宅緩和ケアや看取りに関わる、在宅療養支援診療所や医療従事者に対して診療報酬にて評価を行うとともに、「在宅医療ネットワークの構築」[B-12]、「医療と介護の連携」[B-13]により、病院と診療所などの医療資源と、介護資源とのシームレスな連携を促進する。

なお、在宅緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野2「緩和ケア」が、在宅緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、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）」の施策が密接に関連してくると思われる。

#### ■分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）

「診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置」[C-25]により、診療ガイドラインの策定を推進する第三者的な機関を設置して、診療ガイドラインの位置づけと質の担保について、制度面での基盤整備を進める。これをもとに、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」[A-36]により、診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立し、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」[A-37]により、疾患の治療のみならず、患者のQOL(生活の質)にも配慮したがん医療を進めていく。これらの施策を促進するために、診療報酬においても「診療ガイドラインの推進」[B-16]を行うとともに、「セカンドオピニオンの推進」[B-17]により、標準治療の推進を図る。

また、診療ガイドラインの作成とあわせて、「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」[A-35]、「DPCデータや臨床指標の開示」[B-15]により、医療の質を「見える化（可視化）」することで、あわせて標準治療の推進を図る。なお、標準治療の推進を図るにあたっては、全体分野2「がん計画の進捗・評価」の施策、ガイドラインを策定するにあたってのエビデンスの確立にあたっては、個別分野10「がん研究」の施策が、密接に関連してくると思われる。

## ■分野5 医療機関の整備等（がん診療ネットワーク）

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、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」〔A-39〕を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）などの施策、個別分野11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。

## ■分野6 がん医療に関する相談支援と情報提供

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も進める。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。

### ■分野7 がん登録

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。

### ■分野8 がんの予防（たばこ対策）

日本は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）」の締結国であり、条約で求められている諸施策の実施にあたっては、法制面での対応が不可欠であると考えられるため、「健康増進法の改正（受動喫煙の防止）」〔C-30〕により、たばこ事業法の廃止も含めた必要な法改正を行うとともに、「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〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」〔A-57〕により、たばこ価格やたばこ生産者への対策を行うとともに、「喫煙率減少活動への支援事業」〔A-58〕、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」〔A-59〕、「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、禁煙に関する普及啓発を進める。また、「たばこ依存への治療と禁煙対策」〔B-25〕により、たばこ規制枠組条約において求められている、たばこ依存への治療機会の提供を担保する。

## ■分野9 がんの早期発見（がん検診）

「高齢者の医療の確保に関する法律の改正」〔C-32〕により、がん検診と特定検診との整合性を図るとともに、「健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-33〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「保険者・事業者負担によるがん検診」〔A-60〕や「保険者負担によるがん検診事業」〔A-61〕により、保険者負担・事業者負担による受診勧奨を進めるとともに、「がん検診促進のための普及啓発」〔A-62〕による普及啓発や、「イベント型がん検診に対する助成」〔A-65〕による受診機会の拡大を進める。また、「がん検診の精度管理方式の統一化」〔A-63〕や「長期的な地域がん検診事業」〔A-64〕により、がん検診の精度管理や、がん検診の有効性の調査を進める。

なお、がんに対する国民の理解と普及啓発が必要であるため、全体分野1「がん対策全般」の「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕などの施策と、密接な関係がある。

## ■分野10 がん研究

「研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価」〔C-34〕により、科学性、有効性、有用性の観点から、がん研究費が適正に配分される基盤整備を行う。これと並行して、「各がん腫ごとの集学的治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援」〔A-69〕、「がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援」〔A-70〕、「ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進」〔A-71〕など、がんの予防や治療に関する大規模な研究プロジェクトに対する支援を行う。また、「希少がん・難治がん特別研究費」〔A-66〕、「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〕により、がんに関わる周辺分野に対する研究についても、重点的に支援を進める。加えて、診療報酬に関して「高度医療への対応」〔B-26〕を行い、高度医療評価制度に関わる研究の促進を図る。

なお、本分野は研究の促進のみならず、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点から、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」の、「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕や「コンパッション・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕などの施策と密接な関係があると考えられる。また、希少がん・難治がん研究の観点からは、個別分野11「疾病別（がんの種類別）の対策」の「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕と、密接な関連がある。

## ■分野 11 疾病別（がんの種類別）の対策

小児がんと希少がんについては、「小児がんと希少がんへの拠点病院制度」〔C-36〕により、対策の拠点となる基盤整備を行うとともに、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕による重点対策と、「小児がんと希少がん」〔B-27〕による診療報酬での裏付けを行う。長期生存者の支援については、「特定疾患研究事業の見直し」〔C-37〕により、小児がん長期生存者の治療に伴う経済的な負担の軽減を行い、「長期生存者のフォローアップ」〔B-28〕により、診療報酬での対応も行う。疾病別の対策としては、子宮頸がんに対する「予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）」〔C-35〕と「子宮頸がん撲滅事業」〔A-73〕、また、がんの種類別の医療資源の調査と構築を目的として、「疾病別医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕を行う。

なお、長期生存者の支援については、個別分野 6「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〕などが、密接な関係がある。

2-4 「予算」「診療報酬」「制度」の総括表と、各表

ここでは、「予算」「診療報酬」「制度」の合計140本の推奨施策を表で示す。

表：「予算」「診療報酬」「制度」の提案例総括表

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
全体1	がん対策全般	A-1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	B-1	がん医療の質の評価	C-1	がん対策基本法の改正
		A-2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト			C-2	医療法の改正
		A-3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置			C-3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告
		A-4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入			C-4	内閣府にがん対策連携推進室を設置
		A-5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援				
		A-6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン				
		A-7	小学生向けの資料の全国民への配布				
		A-8	初等中等教育におけるがん教育の推進				
全体2	がん計画の進捗・評価	A-9	がん予算策定新プロセス事業	B-2	がん医療の質の“見える化”	C-5	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
		A-10	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			C-6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化
		A-11	質の評価ができる評価体制の構築				
		A-12	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	放射線療法および化学療法法の推進と、医療従事者の育成	A-13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	B-3	放射線療法法の推進	C-7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)
		A-14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	B-4	化学療法とチーム医療の推進	C-8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)
		A-15	医学物理士の育成と制度整備	B-5	入院および外来化学療法法の推進	C-9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)
		A-16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	B-6	がんにおける診療項目の評価	C-10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)
		A-17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	B-7	高度医療	C-11	医学物理士資格の位置づけの明確化
		A-18	専門・認定看護師への特別報酬			C-12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進
		A-19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化			C-13	コンパッションネート・ユース(人道的使用)制度の創設
		A-20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し			C-14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)
2	緩和ケア	A-21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	B-8	緩和ケア診療加算	C-16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)
		A-22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	B-9	緩和ケア研修修了者の配置	C-17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)
		A-23	がん診療に携わる医療者への緩和と医療研修	B-10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	C-18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-24	緩和と医療研修のベッドサイドラーニング(臨床実習)の推進			C-19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)
		A-25	緩和と医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化			C-20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)
		A-26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討			C-21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂
		A-27	大学における緩和ケア講座の拡大				
		A-28	緩和と医療科外来の充実				
3	在宅医療(在宅緩和ケア)	A-29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	B-11	在宅医療の充実	C-22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)
		A-30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	B-12	在宅医療ネットワークの構築	C-23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)
		A-31	在宅緩和と医療をサポートする緊急入院病床の確保	B-13	医療と介護の連携	C-24	介護保険法の改正
		A-32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	B-14	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成		
		A-33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成				
		A-34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク				
4	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)	A-35	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	B-15	DPCデータや臨床指標の開示	C-25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置
		A-36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	B-16	診療ガイドラインの推進		
		A-37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	B-17	セカンドオピニオンの推進		

分野	分野	施策番号	A 予算	施策番号	B 診療報酬	施策番号	C 制度
5	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)	A-38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	B-18	地域連携とその他の連携	C-26	がん診療連携拠点病院制度の見直し
		A-39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	B-19	がん診療体制の充実度に応じた評価		
		A-40	サブイノベーション・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	B-20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価		
		A-41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備				
		A-42	がん患者動態に関する地域実態調査				
		A-43	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				
6	がん医療に関する相談支援および情報提供	A-44	がん相談全国コールセンターの設置	B-21	相談支援センターの充実	C-27	がん患者の就労・雇用支援
		A-45	「がん患者必携」の制作および配布	B-22	相談支援センターと患者団体の連携	C-28	がん患者連携協議会(仮称)の設置
		A-46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成			再	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
		A-47	全国統一がん患者満足度調査				
		A-48	地域統括相談支援センターの設置				
		A-49	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-50	がん経験者支援部の設置				
		A-51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長				
		A-52	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-53	長期の化学療法に対する助成				
A-54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布						
7	がん登録	A-55	地域がん登録費用の10/10助成金化	B-23	がん登録に関わる職員の配置	C-29	がん登録法(仮称)の制定
		A-56	がん登録法制化に向けた啓発活動	B-24	地域・院内がん登録		
8	がんの予防(たばこ対策)	A-57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	B-25	たばこ依存への治療と禁煙対策	C-30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)
		A-58	喫煙率減少活動への支援の事業			C-31	健康保険法の改正(喫煙者而非喫煙者に関する保険料の取り扱い)
		A-59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発				
		再	初等中等教育におけるがん教育の推進				
9	がんの早期発見(がん検診)	A-60	保険者・事業者負担によるがん検診			C-32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正
		A-61	保険者負担によるがん検診事業			C-33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)
		A-62	がん検診促進のための普及啓発				
		A-63	がん検診の精度管理方式の統一化				
		A-64	長期的な地域がん検診事業				
		A-65	イベント型がん検診に対する助成				
10	がん研究	A-66	希少がん・難治がん特別研究費	B-26	高度医療への対応	C-34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価
		A-67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設				
		A-68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進				
		A-69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援				
		A-70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援				
		A-71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進				
11	疾病別(がんの種類別)の対策	A-72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	B-27	小児がんと希少がん	C-35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)
		A-73	子宮頸がん撲滅事業	B-28	長期生存者のフォローアップ	C-36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度
		A-74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	B-29	リンパ浮腫	C-37	特定疾患研究事業の見直し

注) 施策A-19は、昨年度施策案63を分野移動  
 施策A-20は、昨年度施策案67を分野移動  
 施策A-28は、本年度新規  
 施策A-54は、本年度新規  
 施策A-69は、本年度新規  
 施策A-70は、本年度新規  
 施策A-71は、本年度新規  
 昨年度施策53は、A-56に統合



表：がん対策の「予算」に関する74本の提案例

	施策名	内容
<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
A- 1	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト	調査グループが実地調査に基づき、都道府県にがん対策予算を助言します
A- 2	がん対策ノウハウ普及プロジェクト	コンサルティングチームが、優れたがん対策事例を都道府県に助言します
A- 3	都道府県がん対策実施計画推進基金の設置	がん対策基金を設置し、都道府県の優れた行動計画に対して助成します
A- 4	がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入	がん対策の効果を検証し、客観的なデータをもとに対策に修正を加えます
A- 5	医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援	医療者と患者・市民が協働で行う、がんの啓発活動の事業費を補助します
A- 6	がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン	都道府県と患者団体が協働で、がん患者の講演による啓発活動を行います
A- 7	小学生向けの資料の全国民への配布	がんについてのわかりやすい啓発冊子を国が作成し、全国民に配布します
A- 8	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
A- 9	がん予算策定新プロセス事業	アンケートやタウンミーティングで現場の声を集約し、予算を策定します
A- 10	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	都道府県がん対策推進計画の進捗管理を行う予算と人員を確保します
A- 11	質の評価ができる評価体制の構築	がん医療の質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 12	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	がん医療・検診・登録・緩和など各分野の質を評価できる指標をつくります
<b>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</b>		
A- 13	がんに関わる医療従事者の計画的育成	必要とされる医療者数を算定し、年度別の育成計画や予算等を策定します
A- 14	放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離	放射線治療学の専任教員数を増やし、放射線治療医の増員を促進します
A- 15	医学物理士の育成と制度整備	放射線治療医をサポートする技術系人材の育成と採用を促進します
A- 16	がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム	講習出席による現場の負担を軽減するとともに、医療者の質の担保を図ります
A- 17	専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設	資格所得に伴い減収・無収入期間が生じる医療者をサポートします
A- 18	専門・認定看護師への特別報酬	専門知識を有する看護職養成を図り、チーム医療と負担軽減を促進します
A- 19	抗がん剤の審査プロセスの迅速化	審査を行うPMDAの体制見直しや施策の検討を進め、助成金を増額します
A- 20	抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し	既承認薬の適用拡大について、審査を行うPMDAの体制見直しを進めます
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
A- 21	切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン	在宅・緩和に関わる医療資源を算定・公開し、行動計画を策定します
A- 22	長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業	再発・進行がん患者の専門病床を確保して、緩和ケア病床を増やします
A- 23	がん診療に携わる医療者への緩和医療研修	eラーニングシステムも活用し、5年間で10万人に基本的研修を行います
A- 24	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	医療者が緩和ケアについて、現場で実地研修を受けられる体制を作ります
A- 25	緩和医療地域連携ネットワークのIT(情報技術)化	在宅緩和医療の関係者をIT情報網で結び、情報共有と地域連携を進めます
A- 26	緩和ケアの質を評価する仕組みの検討	緩和ケアの質や患者満足度などを評価できる指標と体制をつくります
A- 27	大学における緩和ケア講座の拡大	緩和ケア講座と専任教員数を増やし、緩和ケア提供のための基盤を整備します
A- 28	緩和医療科外来の充実	全ての拠点病院において、緩和ケアの外来とチームの設置と充実を進めます
<b>個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)</b>		
A- 29	在宅ケア・ドクターネット全国展開事業	在宅ケアを行う医師の、IT情報網による地域ネットワークを各地に作ります
A- 30	在宅医療関係者に対するがんの教育研修	介護職・ケアマネージャー・福祉関係者に対してがんの教育研修を実施します
A- 31	在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保	在宅療養患者の病状悪化時に、緊急かつ短期に入院できる病床を確保します
A- 32	大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム	多くの在宅患者の看取りを行う施設が、事業を広域に行うことを支援します
A- 33	介護施設に看取りチームを派遣する際の助成	介護施設に在宅緩和ケアチームを派遣し、介護施設での看取りを促進します
A- 34	合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク	拠点病院と地域診療所が、個々の患者の連携について定期会議を開きます
<b>個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)</b>		
A- 35	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	治療成績・臨床指標・DPCデータからレポートを作成・公開します
A- 36	診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト	学会のがん診療ガイドライン作成や、医療機関の研修会に補助金を出します
A- 37	副作用に対する支持療法のガイドライン策定	副作用を軽減する治療法のガイドラインを策定し、治療薬の開発も進めます

	施策名	内容
<b>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)</b>		
A- 38	がん診療連携拠点病院制度の拡充	拠点病院の中で重点的な取り組みを行う施設に対して、事業費を増額します
A- 39	拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)	拠点病院強化予算に対する都道府県負担分をなくし、全額国の予算とします
A- 40	サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)	患者の治療やフォローアップに関するプラン作成に対して報酬を支払います
A- 41	医療機関間の電子化情報共有システムの整備	医療機関相互の情報連携システムを整備し、連携スタッフの配置を進めます
A- 42	がん患者動態に関する地域実態調査	がん診療体制ネットワーク内を患者がどのように移行しているかを調べます
A- 43	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	拠点病院の地域連携機能や質などを評価できる評価手法をつくります
<b>個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供</b>		
A- 44	がん相談全国コールセンターの設置	24時間対応の全国コールセンターを設置し患者の療養相談に対応します
A- 45	「がん患者必携」の制作および配布	すべての新規患者に対して治療や療養に関して記載された冊子を配布します
A- 46	外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成	外来で長期化学療法を受けている患者について、窓口負担額を減らします
A- 47	全国統一がん患者満足度調査	拠点病院にて共通調査票を配布し、集計センターで分析を行います
A- 48	地域統括相談支援センターの設置	拠点病院の既存の相談支援センターを補完し地域連携を促進します
A- 49	相談支援センターと患者・支援団体による協働サポート	拠点病院の相談支援センターと患者支援団体の協働サポートを支援します
A- 50	がん経験者支援部の設置	がん患者の治療後の肉体的、精神的、経済的問題の支援と研究を行います
A- 51	社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長	長期に外来化学療法を受けている患者について、療養費貸付を延長します
A- 52	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	患者が健康保険の自己負担分のみを窓口で支払う制度を、外来にも広げます
A- 53	長期の化学療法に対する助成	長期化学療法を受ける特定疾病患者の窓口負担を、月額1万円程度とします
A- 54	「がん診療医療機関必携(仮)」の作成・配布	がんに関わる医療機関に、患者対応のあり方を記載した手引きを配布します
<b>個別分野7 がん登録</b>		
A- 55	地域がん登録費用の10/10助成金化	統一標準方式の地域がん登録が全国で行われることを目指します
A- 56	がん登録法制化に向けた啓発活動	がん登録の立法に向けて啓発を行い、地域がん登録の予算措置を進めます
<b>個別分野8 がんの予防(たばこ対策)</b>		
A- 57	たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策	日本も締結済みである、たばこ規制枠組条約に定められた施策を実行します
A- 58	喫煙率減少活動への支援の事業	禁煙支援やその啓発、教育を行う、都道府県やNPOの活動を支援します
A- 59	学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発	学校教員に禁煙教育を行い、校内完全禁煙を定める政令や条例を制定します
再	初等中等教育におけるがん教育の推進	全ての小・中・高等学校の保健・体育教員に、がんの教育研修を行います
<b>個別分野9 がんの早期発見(がん検診)</b>		
A- 60	保険者・事業者負担によるがん検診	検診費用の市町村・受診者負担を、メタボ検診と同様に保険者が負担します
A- 61	保険者負担によるがん検診事業	モデル地域にてメタボ検診と同様に、がん検診費用の保険者負担を進めます
A- 62	がん検診促進のための普及啓発	がんに関する啓発冊子配布や学校教育を進め、がん検診への理解を進めます
A- 63	がん検診の精度管理方式の統一化	国・学会・都道府県が連携して、がん検診の精度向上を统一的に進めます
A- 64	長期的な地域がん検診事業	がん検診に理解のある地域を対象に、検診の有効性を長期的に検証します
A- 65	イベント型がん検診に対する助成	検診イベントを促進し、夜間や休日、居住地以外での検診機会を増やします
<b>個別分野10 がん研究</b>		
A- 66	希少がん・難治がん特別研究費	希少がんや難治がんに対する新規治療法に対して、研究予算を確保します
A- 67	がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設	心理学や社会学など、がんの社会的な研究に対して助成支援を行います
A- 68	がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進	副作用対策やQOL向上につながる研究に資金を提供します
A- 69	各がん種ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援	集学的治療の標準治療を確立するために、大規模臨床試験を推進します
A- 70	がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援	がん予防や検診の有効性を検証するために、大規模長期研究を推進します
A- 71	ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進	患者ゲノム情報による、副作用発現予測システムを確立する研究を推進します
<b>個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策</b>		
A- 72	疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト	特定のがんについて予防～緩和までの医療連携ネットワークを構築します
A- 73	子宮頸がん撲滅事業	子宮頸がんワクチン接種を予防接種法に位置付け、検診促進を進めます
A- 74	小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進	小児がんの治療や患者、家族、長期生存者に対する支援と研究を推進します

表：がん対策の「診療報酬」に関する29本の提案例

	施策名	内容
<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
B- 1	がん医療の質の評価	指標の達成率で拠点病院のがん医療を評価し、診療報酬を加算または減算します
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
B- 2	がん医療の質の“見える化”	がん医療を評価するベンチマーキングセンターの、拠点病院への設置を評価します
<b>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</b>		
B- 3	放射線療法の推進	放射線治療に関わる医療従事者の配置や、各種放射線療法について加算します
B- 4	化学療法とチーム医療の推進	化学療法の専門の医師、看護師、薬剤師の配置や、治療計画管理等を評価します
B- 5	入院および外来化学療法の推進	入院、外来化学療法の評価や、外来にて患者対応を行う看護師の配置を評価します
B- 6	がんにおける診療項目の評価	手術療法の手技、術中迅速病理検査など、がんにおける各種診療項目を評価します
B- 7	高度医療	高度医療申請を診療報酬で評価し、その保険外使用に関しても保険適応します
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
B- 8	緩和ケア診療加算	外来での緩和ケア診療の加算や、緩和ケア病棟の入院基本料の引き上げを行います
B- 9	緩和ケア研修修了者の配置	一定の緩和ケア研修を修了した医療者の、医療機関への配置をさらに評価します
B- 10	緩和ケア病棟入院料の引き上げ	鎮痛薬治療などを出来高払いとし、緩和ケアを行うがん専門療養病床を評価します
<b>個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)</b>		
B- 11	在宅医療の充実	在宅療養支援診療所や、在宅終末期患者の緊急受け入れ病床の確保を評価します
B- 12	在宅医療ネットワークの構築	病院と在宅診療所の合同カンファレンスや、クリティカルパスの患者紹介を評価します
B- 13	医療と介護の連携	退院困難な患者の退院計画の策定や、退院後の医療と介護の連携を評価します
B- 14	大規模な在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成	大規模な在宅療養支援診療所や、その専門教育機関としての認定を評価します
<b>個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)</b>		
B- 15	DPCデータや臨床指標の開示	診療内容を明らかにするDPCや指標データを解析、公開する医療機関を評価します
B- 16	診療ガイドラインの推進	ガイドラインに基づく、院内クリティカルパスによる治療を行う医療機関を評価します
B- 17	セカンドオピニオンの推進	セカンドオピニオンの紹介病院のみならず、受け入れた病院も評価します
<b>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)</b>		
B- 18	地域連携とその他の連携	地域連携クリティカルパス策定や、地域病院どうし、薬剤師どうしの連携を評価します
B- 19	がん診療体制の充実度に応じた評価	診療連携拠点病院の指定要件を満たす体制を有する、地域の医療機関を評価します
B- 20	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価	がん難民の低減に向けた、診療ネットワークの構築に取り組む医療機関を評価します
<b>個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供</b>		
B- 21	相談支援センターの充実	相談支援センターへの相談員の配置や、研修を受けた相談員による相談を評価します
B- 22	相談支援センターと患者団体の連携	研修を受けた患者経験者による相談や、患者団体の支援を行う医療機関を評価します
<b>個別分野7 がん登録</b>		
B- 23	がん登録に関わる職員の配置	院内がん登録職員の配置を加算し、院内がん登録の対象とならない患者を減算します
B- 24	地域・院内がん登録	地域や院内のがん登録に参加する医療機関は加算し、参加しない場合は減算します
<b>個別分野8 がんの予防(たばこ対策)</b>		
B- 25	たばこ依存への治療と禁煙対策	ニコチン依存症管理料を強化し、敷地内禁煙を実施していない医療機関は減算します
<b>個別分野9 がんの早期発見(がん検診)</b>		
-	--	--
<b>個別分野10 がん研究</b>		
B- 26	高度医療への対応	基準を満たす施設にて高度医療で未承認薬を使用し、他の診療は保険適用とします
<b>個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策</b>		
B- 27	小児がんや希少がん	小児がんや希少がんを診療する医療機関での、診断や調剤などを評価します
B- 28	長期生存者のフォローアップ	長期生存者や、成人診療科での小児がん長期生存者のフォローアップを評価します
B- 29	リンパ浮腫	リンパ浮腫指導管理料の対象疾患や算定回数を拡大し、外来でも評価します

表：がん対策の「制度」に関する 37 本の提案例

	施策名	内容
<b>全体分野1 がん対策全般</b>		
C- 1	がん対策基本法の改正	がん対策基本法について、がん対策全般の観点で必要な改正を検討します
C- 2	医療法の改正	医療法について、がん対策全般の観点で必要な改正を検討します
C- 3	「がん対策白書(仮称)」の取りまとめと、国会への報告	がん対策白書を政府より毎年国会に提出し、がん対策の現況を把握します
C- 4	内閣府にがん対策連携推進室を設置	内閣府に連携推進室を設置し、省庁横断的で一元的ながん対策を進めます
<b>全体分野2 がん計画の進捗・評価</b>		
C- 5	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	拠点病院の医療の質や療養環境を評価する、第三者的な組織を設置します
C- 6	患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化	県のがん対策推進計画を策定・評価し、患者委員を含む協議会を設置します
<b>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</b>		
C- 7	医療法の改正(がん治療に関わる専門医の位置づけの検討)	がん治療に関わる専門医の位置づけと、その情報公開のあり方を検討します
C- 8	医師法の改正(がん治療に関わる専門医の規定)	がん治療に関わる専門医の位置づけと役割を明確にします
C- 9	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(がん治療に関わる専門・認定看護師の規定)	がん治療に関わる専門・認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 10	薬剤師法の改正(がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定)	がん治療に関わる専門・認定薬剤師の位置づけと役割を明確にします
C- 11	医学物理士資格の位置づけの明確化	医学物理士の国家資格化も含めた、育成のための制度対応を検討します
C- 12	放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進	文科省による制度対応を通じて、医学教育での専門医養成を促進します
C- 13	コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設	一定の施設や条件下で、未承認薬が安全に使用できる制度を検討します
C- 14	適用外薬の新たな保険適用制度の創設(ルール化)	保険者が認めれば、未承認薬を保険診療で使用できるルールを検討します
C- 15	高度医療の改正(国内未承認薬、適用拡大等の早期承認)	高度医療を臨床試験に取り組みやすい制度に変え、情報公開を進めます
<b>個別分野2 緩和ケア</b>		
C- 16	医療法の改正(緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討)	緩和ケアに関わる専門医の位置づけと、その情報公開のあり方を検討します
C- 17	医師法の改正(緩和ケアに関わる専門医の規定)	緩和ケアに関わる専門医の位置づけと役割を明確にします
C- 18	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(緩和ケアに関わる認定看護師の規定)	緩和ケアに関わる認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 19	薬剤師法の改正(緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定)	緩和ケアに関わる認定薬剤師の位置づけと役割を明確にします
C- 20	麻薬及び向精神薬取締法の改正(医薬用麻薬の適切な使用の促進)	麻薬及び向精神薬取締法などでの医療用麻薬の位置づけを明確にします
C- 21	医薬等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂	緩和ケア研修の質を高めつつ、研修を修了した医師の情報公開を進めます
<b>個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)</b>		
C- 22	医療法の改正(大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定)	大規模在宅緩和ケア診療所を規定し、地域在宅緩和ケア計画を作成します
C- 23	保健師助産師看護師法(保助看法)の改正(在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定)	在宅緩和ケアに関わる認定看護師の位置づけと役割を明確にします
C- 24	介護保険法の改正	がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険性のあり方について検討します
<b>個別分野4 診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)</b>		
C- 25	診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置	学会や関係者が協力してガイドラインを策定する第三者的な組織を設置します
<b>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)</b>		
C- 26	がん診療連携拠点病院制度の見直し	地域の实情に沿った拠点病院制度を、がん対策推進協議会で検討します
<b>個別分野6 がん医療に関する相談支援および情報提供</b>		
C- 27	がん患者の就労・雇用支援	治療中や治療後のがん患者の、就労や雇用を保证する法制度を検討します
C- 28	がん患者連携協議会(仮称)の設置	地域の拠点病院と行政、患者団体が連携を話し合う協議会を設置します
再	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	拠点病院の医療の質や療養環境を評価する、第三者的な機関を設置します
<b>個別分野7 がん登録</b>		
C- 29	がん登録法(仮称)の制定	がん登録法の制定や個人情報保護法の改正を検討し、がん登録を進めます
<b>個別分野8 がんの予防(たばこ対策)</b>		
C- 30	健康増進法の改正(受動喫煙の防止)	受動喫煙防止と、たばこ規制枠組条約の順守のための法改正を進めます
C- 31	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)	非喫煙者に対して、保険料でインセンティブを導入することを検討します

	施策名	内容
<b>個別分野9 がんの早期発見(がん検診)</b>		
C- 32	高齢者の医療の確保に関する法律の改正	市町によるがん検診と、健康保険によるメタボ検診等の健康診断を整理します
C- 33	健康保険法の改正(がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い)	がん検診受診者に対して、保険料でインセンティブを導入することを検討します
<b>個別分野10 がん研究</b>		
C- 34	研究費配分機関(ファンディングエージェンシー)による研究審査と成果評価	第三者的な組織を設置し、患者を含むパネルで適正な研究費配分を審査します
<b>個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策</b>		
C- 35	予防接種法の改正(子宮頸がんワクチン)	子宮頸がんワクチンを予防接種法に基づく接種とし、費用を公費負担します
C- 36	小児がんと希少がんへの拠点病院制度	小児がんや希少がんに対応した、疾患別の拠点病院制度と連携体制を設けます
C- 37	特定疾患研究事業の見直し	成人した小児がん経験者を、特定疾患研究事業の対象として支援します

### 3 意見集約のプロセスとアンケート結果の概要

がん WG においては、担当委員の知見は限定されていると考え、幅広く意見を聴取するため、下記のようなアンケートやタウンミーティングなどを実施した。そこから寄せられた多数の意見を、本提案書の資料編に掲載した。現場と地域の声を広く集めたという意味で、がん対策と予算を考えるにあたって、これまでにない画期的なプロセスであると考えられる。

#### 3-1 都道府県庁がん対策担当者アンケート

まず、都道府県庁担当者アンケートを実施した。47 都道府県に依頼をした。この結果、31 人の回答があった。

#### 3-2 都道府県がん対策推進協議会委員アンケート

また、都道府県がん対策推進協議会等を対象としたアンケートを実施した。47 都道府県に各県のがん対策推進協議会等委員へのアンケート転送を依頼した。これにより、委員 520 人から回答があった。

#### 3-3 タウンミーティング

公開の席で幅広い意見を聴取することを目的に、タウンミーティングを実施した。「がん対策に関するタウンミーティング～みんなでがん対策を考えよう～」とのタイトルで、島根県、広島県、福岡県、新潟県、青森県、長崎県の 6 カ所で開催した。昨年度の開催は東京都と宮城県の 2 カ所であった。本年度の地域の選定は、(1) 開催意向を尋ねるアンケートに歓迎との意思を示した都道府県 (2) 2 月上旬までに受け入れが可能な都道府県 (3) がんの死亡率（男女計、75 歳未満年齢調整済、2008 年）が高い方から 24 番以内の都道府県——という条件から行った。

プログラムの構成は、第 1 部で、厚生労働省がん対策推進室からの「がん対策に関するタウンミーティングについて」（国のがん対策の概況とタウンミーティングの位置づけ）、県庁からの「県のがん対策の現況について」、がん WG による「がん対策に関する提案書の取りまとめについて」（提案書取りまとめプロセスと活用の概要）——の解説を行った。

休憩時間に、来場者に「ご意見シート」へ、がん対策に関する問題点と実施してほしい措置を、「予算」「診療報酬」「制度」の 3 側面から記入していただき、回収した。

第 2 部において、来場者から都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に意見を聴取した。

ご意見シートは各タウンミーティングの終わりに、中間集計を紹介した。終了時に残りのご意見シートを回収し、集計・分析を行った。

・6 回合計

平成 22 (2010) 年 1 月 10 日から 2 月 7 日にかけて 6 回開催した。合計 579 人の来場者があり、合計 430 枚のご意見シートを回収した。参加者の大半は当該県の居住者であったが、遠隔地からの参加者も少なくなかった。開催県からは事前広報、当日運営補助、会場選定補助などの協力を得た。日本医師会および県医師会からは会場紹介等の協力を受けた。各地の患者団体・関係者、医療関係者などから開催情報周知の協力をいただいた。地元新聞やテレビなどによる事前開催告知記事、当日開催紹介記事の掲載および報道があった。患者関係者・市民、立法（国会議員、県会議員）、行政（県庁、市職員）、医療提供者（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、がんを診療する病院、緩和ケア・在宅緩和ケアを行う医療機関などの医師・看護師・技士など）、民間関係者、メディア関係者——など、多様な参加者が一堂に会する形となる会場もあった。全般に、会場から国への意見を述べるための挙手が多数あり、活発な意見が出た。4 人から 6 人のがん WG 委員メンバーが参加し、直接意見を拝聴した。国への意見が多数集約できたことはもちろん、(1) いろいろな立場の人の意見が聞けてがん対策がよく理解できた (2) 地域のがん対策関係者と関心のある人が一堂に揃ったことで、今後、地域のがん対策も活発化する——といった意見もあった。複数の会場で、終了時に「本日来場して良かったか、良くなかったかのいずれか」を挙手により表明していただいたが、いずれの会場でもほぼ全員が「良かった」に手を挙げた。「良くなかった」の挙手は見られなかった。参加者の満足度は高かったと考えられる。

・島根県

1 月 10 日（日）に開催した。123 人の来場者があり、90 枚のご意見シートを回収した。

・広島県

1 月 17 日（日）に開催した。138 人の来場者があり、109 枚のご意見シートを回収した。

・福岡県

1 月 23 日（土）に開催した。73 人の来場者があり、59 枚のご意見シートを回収した。

・新潟県

1 月 24 日（日）に開催した。25 人の来場者があり、16 枚のご意見シートを回収した。

・青森県

1 月 31 日（日）に開催した。135 人の来場者があり、90 枚のご意見シートを回収した。

・長崎県

2月7日（日）に開催した。85人の来場者があり、66枚のご意見シートを回収した。

●島根県タウンミーティングのチラシ

**CANCER POLICY TOWN MEETING  
TOKYO**

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～  
**がん対策に関するタウンミーティング**

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめるワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)  
ご挨拶 厚生労働省担当  
がん対策と予算の概況 ワーキンググループからの基本説明  
ご意見シート記入 ご来場者からの意見募集

ご意見の聴取(1) 都道府県がん担当から  
ご意見の聴取(2) 都道府県がん対策推進協議会委員から  
ご意見の聴取(3) 一般患者、市民、医療関係者  
その他ご来場者から

16:30 閉会

開催日 2009年2月1日(日)  
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)  
会場 国立がんセンター 第一ビル3F 国際研究交流会館 3階 国際会議場 (中央区築地5-1-1) 大丸ビル地下鉄有楽町線築地駅(徒歩約5分)  
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 がん施策・予算ワーキンググループ

●広島県タウンミーティングのチラシ

**CANCER POLICY TOWN MEETING  
MIYAGI**

～みんなでがんの施策と予算を考えよう～  
**がん対策に関するタウンミーティング**

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめるワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)  
ご挨拶 厚生労働省担当  
がん対策と予算の概況 ワーキンググループからの基本説明  
ご意見シート記入 ご来場者からの意見募集

ご意見の聴取(1) 都道府県がん担当から  
ご意見の聴取(2) 都道府県がん対策推進協議会委員から  
ご意見の聴取(3) 一般患者、市民、医療関係者  
その他ご来場者から

16:30 閉会

開催日 2009年2月7日(土)  
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)  
会場 宮城県医師会館 (仙台市青葉区大手町1-5)  
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 がん施策・予算ワーキンググループ

●福岡県タウンミーティングのチラシ

**CANCER POLICY TOWN MEETING  
FUKUOKA**

～みんなでがん対策を考えよう～  
**がん対策に関するタウンミーティング**

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめるワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)  
「癌のがん対策の現状」について 県庁・がん対策担当より  
「がん対策の現状と課題」について ワーキンググループより  
意見シートの記入 来場者より (ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 県庁・がん対策担当より  
ご意見の聴取(2) 「癌・がん対策推進協議会」等の委員より  
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など  
一般来場者より

16:30 閉会

開催日 2010年1月23日(土)  
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)  
会場 ナースプラザ福岡 (〒812-0054 福岡市東区鳥出4丁目10番1号 地下鉄「福岡宮前駅」下車徒歩2分)  
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめるワーキンググループ

●新潟県タウンミーティングのチラシ

**CANCER POLICY TOWN MEETING  
NIIGATA**

～みんなでがん対策を考えよう～  
**がん対策に関するタウンミーティング**

国が「がん対策への提案書」を取りまとめるにあたり、「患者と現場と地域の声」を集約することを目的とし、がん対策に関心のあるみなさまを対象に開催されます。

厚生労働省がん対策推進協議会の委員により構成される、提案書取りまとめるワーキンググループが主催します。

13:30 開会 (13:00 開場)  
「癌のがん対策の現状」について 厚生労働省・がん対策推進担当より  
「がん対策の現状と課題」について 県庁・がん対策担当より  
「がん対策への提案書の取りまとめ」について ワーキンググループより  
意見シートの記入 来場者より (ご意見募集)

ご意見の聴取(1) 県庁・がん対策担当より  
ご意見の聴取(2) 「癌・がん対策推進協議会」等の委員より  
ご意見の聴取(3) 患者・市民、医療従事者など  
一般来場者より

16:30 閉会

開催日 2010年1月24日(日)  
時間 13:30～16:30 (開場 13:00)  
会場 新潟県医師会館 (〒951-8581 新潟市中央区区役所町2番町13番地) (〒951-8581 新潟市中央区区役所町2番町13番地) (市役所前下車)  
主催 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめるワーキンググループ



●青森県タウンミーティングのチラシ



●長崎県タウンミーティングのチラシ



●島根県タウンミーティングの会場風景



●広島県タウンミーティングの会場風景



●福岡県タウンミーティングの会場風景



●新潟県タウンミーティングの会場風景



●青森県タウンミーティングの会場風景



●長崎県タウンミーティングの会場風景



### 3-4 アンケート結果

都道府県庁がん対策担当者アンケート、都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート、およびタウンミーティングご意見シートにおいて、がん対策に関する意見を集めた。都道府県庁がん対策担当者アンケートには43人の回答があった。都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートには474人の回答があった。回答に長時間がかかる詳細なアンケート内容であったにも関わらず、合計520人もの回答があり、後述するように自由回答欄に大変多くの熱心な書き込みが多数あったことは、回答者の熱意と関心の高さがうかがえる。タウンミーティングご意見シートにおいても同様である。その内容においては、別紙、回答集を参照されたい。

これらアンケートにおける選択式の質問に関する結果は以下のとおり。

「都道府県庁がん対策担当者アンケート」と「都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート」（質問票は同じ）の回答から。なお、小数点の処理の関係上、合計が必ずしも100%とはならない場合がある。

#### (1) 予算：

「現状のがん対策に関する『予算』は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である13%」、「十分でない87%」であった。

#### (2) 診療報酬：

「現状のがんに関する『診療報酬』（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である9%」、「十分でない90%」であった。

#### (3) 制度：

「現状のがん対策に関する『制度（法律・政令・通達・規則などによる定めや規制など）は、十分整備されている」との問いへの回答は、下図のように、「十分である 20%」、「十分でない 80%」であった。

(4) 予算の決定プロセス：

「現状のがん対策に関する『予算』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である 12%」、「満足でない 87%」であった。

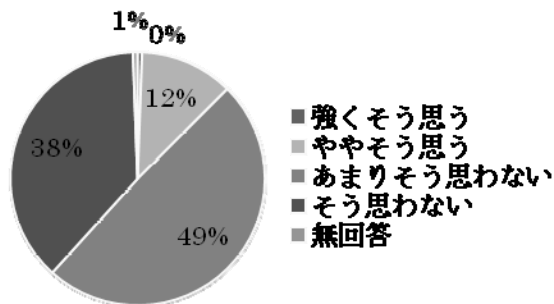
(5) 診療報酬の決定プロセス：

「現状のがんに関する『診療報酬』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である 11%」、「満足でない 88%」であった。

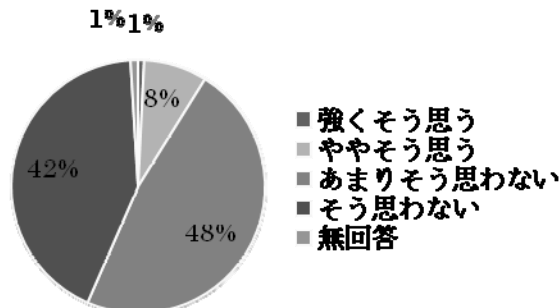
(6) 制度の決定プロセス：

「現状のがん対策に関する『制度』の決定プロセスに、満足している」との問いへの回答は、下図のように、「満足である 20%」、「満足でない 79%」であった。

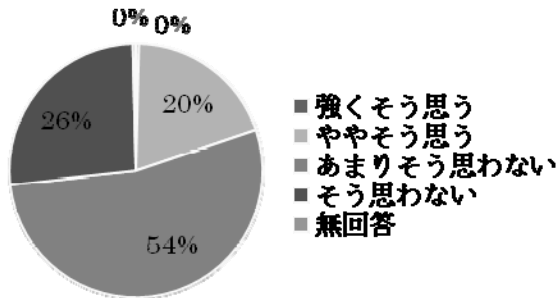
●都道府県庁がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員アンケートより



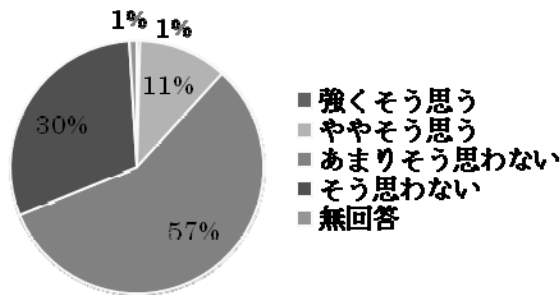
●がん対策に関する「予算」は、十分である。(回答数520)



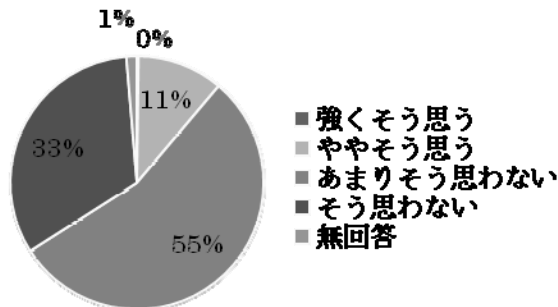
●がんに関する「診療報酬」は、十分である。(回答数520)



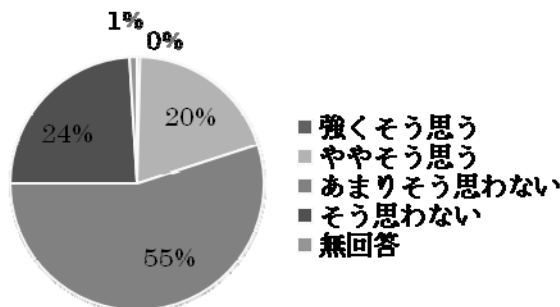
●がん対策に関する「制度」は、十分整備されている。  
(回答数520)



●がん対策に関する「予算」の決定プロセスに、満足している。  
(回答数520)



●がんに関する「診療報酬」の決定プロセスに、満足している。  
(回答数520)



●がん対策に関する「制度」の決定プロセスに、満足している。  
(回答数520)

### 3-5 タウンミーティングでの回答

6回のタウンミーティングでのご意見回答シートの回収は合計430枚であった。選択式の質問への回答の結果は次のとおり。

(1) 予算：

「現状のがん対策に関する予算は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である10%」、「十分でない83%」であった。

(2) 診療報酬：

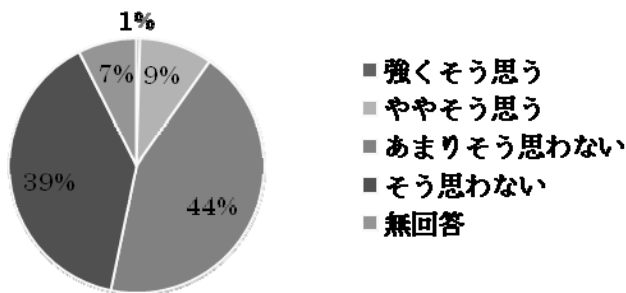
「現状のがんに関する診療報酬（医療保険から医療機関に支払われる診療対価）は、十分である」との問いへの回答は、下図のように、「十分である12%」、「十分でない75%」であった。

(3) 制度：

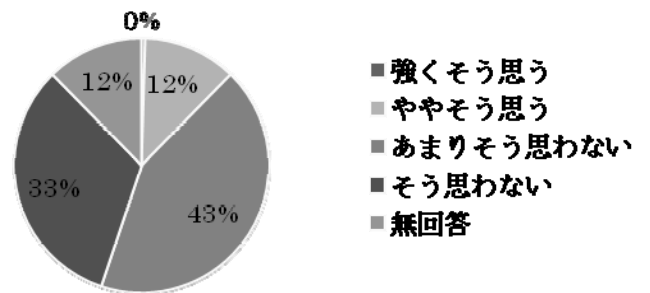
「現状のがん対策に関する「制度」（法律・政令・通達・規則による定めや規制など）に満足している」問いへの回答は、下図のように、「満足である14%」、「満足でない79%」であった。

#### ●タウンミーティングご意見シートから

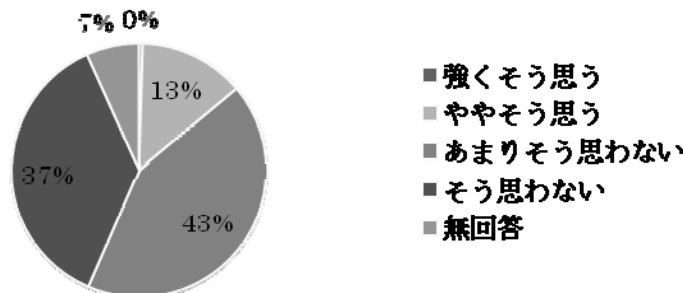
●現状のがん対策に関する予算は、十分である（回答者数430人）



●現状のがんに関する診療報酬は、十分である（回答者数430人）



●現状のがん対策に関する「制度」に満足している（回答者数430人）



### 3-6 考察

上記の結果から、がん対策にかかわる関係者には、がん予算は不足していると認識されている。また、がん診療に関する診療報酬も不十分と受け止められている。さらに、がん対策に関する制度に関して改善余地があると考えられている。

また、がんについての「予算」「診療報酬」「制度」のいずれに関しても、決定プロセスが不十分であるとの認識が一般的である。

回答者のうち、県庁がん対策担当者と都道府県がん対策推進協議会等委員は、がん対策を考える任にある方々で、がん対策に関して一定の知識があるとみられる。一方、タウンミーティング来場者も、がん対策に関して一定の関心があると思われる。上記のアンケートの回答は印象で回答された部分もあるかも知れないが、多くはがん対策をウォッチしている人々であるという点は軽視できない。

## 4 実施すべき改革（提案の骨子）

### ■「予算」

上記では、アンケートの選択式の設問の回答のみ紹介したが、アンケートの自由記述式設問に寄せられた多数の意見やコメントを読むと、提案のがん対策の総論（99 ページ）で指摘するように、がん予算の策定および利用に関して、構造的な問題が横たわっていることが明らかだった。

現状では、地域の創意工夫を伸ばす仕組みにはなっていない。また、地域間の格差を助長する可能性もある。現在の仕組みでは、都道府県で財政と人員に余裕があるところの方が国の予算を使い易いという側面があるからだ。

また、国と都道府県などががん対策に取り組む当事者の間に、大きな縦割りの壁があり、同じ目標に共に取り組むものとしての共感が乏しく、相互の信頼感が少ないことも浮き彫りになった。

また、努力して先進例を作った際にも特に称賛されることもなく、一方で、がん対策に消極的で全国平均より大きく遅れていても特にとがめを受けることもない。

こうした悪しき循環を抜本的に変革し、よき循環に転換することが必要だ。すなわち、①明確な目標設定と役割分担、②壁を越えた協働作業、③創意工夫、④切磋琢磨——が生じるシステムへの移行である。

### ■「診療報酬」

自由記述式設問に寄せられた意見やコメントから、診療報酬の点数設定（医療行為への値付け）にも構造的な問題が浮き彫りになった。

現在のがん領域の診療報酬体系では、がん対策推進基本計画や世界の潮流で良いがん診療（予防から治療、緩和ケア、フォローアップまで含む。治療から相談・連携などまで含

む）とされる行為を行うことへの対価が十分ではなかったり、正のインセンティブが強く働く構造になっていない。むしろ、良いところ取りをしたり、楽をして収入を高めることを助長する懸念がある部分もある。

診療報酬改定においては、①医療の質の「見える化（可視化）」への参加、②診療現場での投入資源や労力を勘案した評価の推進、③個別の治療行為のみならず、判断や相談などの“ソフト面”の評価の強化、④個別医療機関の視点のみならず、地域の医療機関や医療資源の面的連携の評価、⑤進歩の速いがん診療行為の新しい標準治療などへの迅速な対応——などがさらに重視される必要がある。

### ■「制度」

制度面の改正に関しても、自由記述式設問への意見などにより、深刻な構造的問題が横たわっていることが明白と考えられる。これまでの制度改正や制度設計は、主に行政の主導で行われてきたため、患者・現場・地域の視点が十分に反映されていなかった可能性がある。行政が必要を感じ、行政が対応できると考える制度的対応が先行するきらいがあった懸念がある。制度面の改正には行政側は腰が重い側面もあろう。また、行政主導の制度改正の際に審議会や検討会によってその方向や内容が議論される場合が多かったが、そのあり方や機能に関しても再考の余地がありえる。集まった声や提案を集約し、制度面の対応において、まず、何を改正すると課題の解消につながるのか、その対象を洗い出して整理する必要がある。法律の改正なのか、閣議決定なのか、政省令なのか、課長通達なのか、計画の改訂なのか、医療機関の指定制度の改訂なのか、課題解消の経路を特定する作業である。

制度面の障壁が残存していると、予算投入や診療報酬上の評価の効果を減少させる恐れがある。予算投入や診療報酬上の新施策を実施する正当性の担保として、制度面での位置づけを規定しておくべき場合もある。制度面の改正をすれば、予算投入や診療報酬上の対応の規模を小さくしたり、不要になったりする場合も想定できる。

### ■テーマ横断的視点

79～80 ページにある推奨施策一覧表は、予算に関する 74 本の推奨施策、診療報酬に関する 29 本の推奨施策、制度に関する 37 本の推奨施策を分野別にまとめた総括表である。

これまではがん対策も予算、診療報酬、制度の側面が縦割りで検討が行われたり、要望や提案が出される傾向があった。今後は、予算、診療報酬、制度の 3 点セットでトータルに横串を通して捉え、政策を立案し、効率的で実効性がある施策を進める必要がある。

なお、施策については、医療従事者の育成、医療機関のネットワーク化などと、分野別に考えるだけでなく、がん医療の「見える化（可視化）」、「がん難民」問題の解消などの横割で捉えることが重要である。

さらに、行政政策一般において指摘されていることであるが、政策の結果についてのモ

ニター・評価を大幅に進展させることが求められる。施策によって実施する活動（アクティビティー）だけでなく、成果（アウトプット）やもたらした影響結果（アウトカム）の視点に移行していくことが重要である。また、施策や事業は追加するのみならず、継続的な評価により、仕分けやスクラップ・アンド・ビルドも行っていくべきなのは、いうまでもない。

がんWGは、がん対策に関して、大胆なプロセスと手法の変革が必要であると考え。その際、下記の8点に留意して進めることが肝要である。

#### ・プロセスの透明性（みんなで作るがん政策）

がん対策は多方面の当事者が参加し、国民的に高めていかなければならない。そのためには、対策および予算策定、診療報酬改定、制度改正の決定プロセスに多くの人が参加し、その決定プロセスが見え、多くの人が納得できる形でなければならず、そのための努力が必要である。本提案書の作成プロセスでは、そうした考えを導入した。そういう意味で、副題を「みんなで作るがん政策」とした。

#### ・リーダーシップ

様々な立場からリーダーシップがあるべきだが、特に国レベルの行政と政治が率先して新しいがん対策の仕組みを構築するとのメッセージを発信し、リーダーシップを示すことが不可欠である。

#### ・地域と現場重視

がん対策の前線は地域とそれぞれの現場にある。多くの場合、有効な対策はそこで生まれる。地域と現場を重視し、そこでの声を傾聴することを重視し、それを尊重して対策を考える。

#### ・斬新な新施策群

がんは多くの国民の命と生活を脅かしているにもかかわらず、まだがん対策に関して、確実に有効な施策や普及策が十分に見つかっていない。その課題の大きさに鑑みて、当面はかなりの試行錯誤を許容し、創意工夫を生みだしながら、確実に有効な施策を見出していく作業が不可欠である。

#### ・壁を破る、つなぐ

いたるところに縦割りの障壁、連携不足の弊害が見られる。壁を破り、関係者をつなぐということをも多くの施策の共通の基盤として実施する。



・六位一体のがん対策

がん対策は多くの関係当事者が一致団結しなければ成果を上げられない。手ごわい相手である。患者や市民、立法府（政治家）、行政（県、市区町村など）、医療提供者、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ことが必要である。それを実現、補強するための施策が重要である。

・元気の出るがん対策

これからのがん対策は、「がんになってもがんと向き合い生きていける社会」を、多くの当事者が一体となって取り組むことから進展していく。その際、キャッチフレーズとなるのは、「元気の出るがん対策」である。「情報共有をしながら、力を合わせていくこと」を、多くの当事者・関係者が意識し念頭におくことが大切と考える。

・がんから改革を

本提案書が指摘する多くの構造問題は、なにもがん領域だけに見られるものではない。しかし、がん対策という大きな領域で解決しなければ他の領域でも解決は困難である。がん領域を変えることによって、他の領域にモデルを示すという発想も大切である。また、がん領域が他の領域にある好事例を導入し、それを普及させる役割も果たすべきである。

## II 提案

今回の提案書作成のための意見集約においては、がん対策推進基本計画にある分野別目標を基本とし、それに「がん対策全般にかかる事項」「がん計画の進捗・評価」「疾病別対策」を加えた13分野に分類して意見を集め、整理した。

このうち、「がん対策全般にかかる事項」と「計画の進捗・評価」の2分野については、がん対策全体の基盤的な位置づけにあるので、まず、この2分野を全体テーマとして取り上げる。その後、分野別の各論である11分野をひとつずつ検討する。

### 全体分野

- 1 がん対策全般にかかる事項
- 2 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
- 2 緩和ケア
- 3 在宅医療（在宅緩和ケア）
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別（がんの種類別）の対策

## 1 がん対策の総論

### 1-1 全体分野1 がん対策全般

#### 1-1-1 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。

##### 1-1-1-1 「予算」の推奨施策

###### (1) がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト [A-1]

国と地方自治体の予算編成期のズレや、相互連絡の不足、国からの助成が申請しづらいなど、国と地方自治体の予算編成上の問題により、がん対策予算に盛り込まれた施策が100パーセント活用できない問題の解消を目指す。がん対策のアドバイザー2～3人を組織し、実地調査・ヒアリングを実施。国から示されたがん対策事業を、地方自治体が使いやすいようにするための仕組み作りに焦点をあて、対応策を検討する。

###### (2) がん対策ノウハウ普及プロジェクト [A-2]

地域のニーズを聞くと、予算はもとより、人、経験、アイデア、けん引役、調整役もなく、資金・人・ノウハウをセットで欲しいという希望が多い。そこで、先行県のノウハウを全都道府県に浸透させるために、20人程度のコンサルティングチームを結成し、県のがん対策の企画、進捗管理、地域のステークホルダーとの調整の支援を行い、都道府県のがん対策の均てん化を行う。

###### (3) 都道府県がん対策実施計画推進基金の設置 [A-3]

障害者支援分野で設置された地域対策基金を参考にして、都道府県による予算措置がなくとも柔軟に活用できる「都道府県がん対策実施計画推進ファンド」を設置。都道府県がん対策推進計画のアクションプランに基づく事業に関して、都道府県からの応募申請を都道府県がん対策推進協議会が審査して選定し、10/10の助成を行い、都道府県の創意工夫を引き出す。必要に応じて全国レベルの専門家が審査などの技術的支援を行う。

###### (4) がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入 [A-4]

がんの治療やその対策について、科学的根拠に関する各種エビデンスが十分ではないまま、がん対策が行われている現状があり、いわゆるPDCAサイクルに基づくがん対策の評価と改善も十分ではない。がんの予防や検診、初期から終末期における治療、緩和ケア、支持療法などについて、地域連携度調査や患者満足度調査など、様々な角度から見える化（可視化）を行い、そのデータをもとに必要な施策の実施を行っていく。

(5) 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援 [A-5]

各地域にて医療従事者と患者・市民が協働してがんの予防や治療、緩和ケアなどに関する普及啓発活動を支援することで、地域が一体となってがんに向き合い、がんと闘う力を醸成することを目的として、国が、公益法人、医療機関、患者団体等が実施する公開フォーラム、シンポジウム等、がんの病態、がん検診、緩和ケア、がん登録等、がんに関する理解を深めることを目的とした事業の費用を補助する。

(6) がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン [A-6]

がんに関する普及啓発は未だ十分でなく、がん体験者による語りはがんに対する理解の促進において、大きな役割を果たし得る。そこで、都道府県からモデル地区を選び、都道府県は患者団体等と協力、または事業を委託し、患者や患者団体が、地区内の公民館、集会場や学校において患者の語りによる講演会や合唱、シンポジウムなどを開催することで、がんに関する普及啓発を進める。

(7) 小学生向けの資料の全国民への配布 [A-7]

がん検診の受診率は、20～30%と低く、国民のがん登録を認知度は10%程度であるという現状を解決するため、年齢、使用言語など、対象者の理解度に応じた、がんに関する普及啓発は必要なので、国や第3セクターなどが作成したがんに関する普及啓発資料を地方自治体、職域等を通じて、全国民に配布する。普及啓発資料の内容は、①がんの特性、②がん検診、③がん登録、④がんの治療等とする。

(8) 初等中等教育におけるがん教育の推進 [A-8]

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＞

### 1-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) がん医療の質の評価 [B-1]

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、

緩和医療、終末期医療の各分野)の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、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>

### 1-1-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) がん対策基本法の改正 [C-1]

がん対策基本法において、がん対策全般の観点から改正が必要と考えられる点について、検討を行う。なお、後述する個別の分野における制度面での対応に関して、例えば次のような推奨施策が考えられる。それぞれの内容については、個別の分野において記述する

- ①都道府県がん対策協議会の必置義務規定の整備
- ②都道府県がん対策協議会の委員に患者委員を含める規定の整備
- ③がん対策白書の策定、国会への報告規定の整備
- ④がん診療ネットワークの充実・強化に関する規定の整備
- ⑤がん患者の就労支援・雇用確保に関する規定の整備
- ⑥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の設置
- ⑦がん登録の法制化（又はがん登録法の制定）

#### (2) 医療法の改正 [C-2]

医療法において、がん対策全般の観点から改正が必要と考えられる点について、検討を行う。なお、後述する個別の分野における制度面での対応に関して、例えば次のような推奨施策が考えられる。それぞれの内容については、個別の分野において記述する。

- ①がん治療、緩和ケアに携わる専門医の位置づけの明確化
- ②医療機能情報提供制度の規定の充実
- ③がん治療にかかるチーム医療の推進にかかる規定の充実
- ④地域在宅緩和ケアを行う在宅療養支援診療所に関する規定の整備
- ⑤地域在宅緩和ケア計画の策定に関する規定の整備
- ⑥診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置規定の整備

#### (3) がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告 [C-3]

がん対策の現況を把握し、国のがん対策の適切な推進に資することを目的として、がん対策基本法を改正し、国のがん医療の状況や政府が講じたがん対策の実施の状況と効果などについて、がん対策白書（仮称）を政府より毎年国会に提出することを制度化する。白書の取りまとめに当たっては、がん対策推進協議会による承認を必要とすることとする。

(4) 内閣府にがん対策連携推進室を設置〔C-4〕

がん対策については、省庁の壁を越えた取り組みが不可欠である。例えば、がんに関する医療従事者の育成については、厚生労働省と文部科学省の連携、がんに関する地方自治体の役割の強化については、厚生労働省と総務省の連携、がん研究の充実については、厚生労働省と文部科学省と経済産業省における、重複した研究の仕分けと拠点化の推進などが必要である。省庁横断的な連携の強化に加え、一元的ながん対策の推進を目的として、内閣府にがん対策連携推進室を設置することを、閣議にて決定する。

#### 1-1-1-4 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「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（2010）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、上記事業にて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、メディアなどが、いわば「六位一体」となって取り組むべき施策で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、予算措置がされて不明確であり、厚生労働省と文部科学省の連携も必要である。

#### 1-1-1-5 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。

#### 1-1-2 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。

##### 1-1-2-1 意見の要約（問題点）

###### i 予算の不足

- ・国のがん対策予算の財源が不足している
- ・国のがん予算の規模がまだまだ足りない
- ・都道府県の予算がひっ迫している

###### ii 補助の仕組みの問題

- ・補助事業の費用を国が 100%負担しているわけではない
- ・補助金の使用が義務ではなく県の選択に任されている
- ・補助率の問題（2 分の 1 を都道府県が負担するケースが多いが、都道府県にその財源がない）
- ・国は単年度予算なので、都道府県は複数年度の計画で進めたい場合は、国に頼らずにやろうとする

###### iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・県と国の年間スケジュールがミスマッチを起こしている

- ・国の予算が変化する（8月の概算要求の段階と12月の予算案で内容が変わるので、県は急ぎ対応しなければならない）
- ・地方や現場のニーズを吸い上げずに予算案が作られる。対話の仕組みがない
- ・政府予算案で決まった事項について情報提供が不十分なので都道府県が対応しにくい

#### iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策関係部署の人員が少ない
- ・都道府県などの地方自治体に、がん対策を進めた経験のある人材が不足している
- ・知識移転の問題（好事例を十分に共有する仕組みがない）
- ・助成金事業実施要綱などが現場ニーズと合わない制限条項を付けている

#### v その他

- ・独立行政法人系以外の拠点病院の整備費の県負担が2分の1
- ・院内がん登録実務者の補助金が非常勤のみ対象になっている
- ・専門研修の経費が補助対象になっていない
- ・合同の拠点病院による市民公開講座で予算を合算できない
- ・研修会講師に対する時間外手当等がなされない
- ・国立がんセンターや学会等参加費用のための旅費、参加費の病院負担、研修会の時間外勤務手当が病院負担になっている
- ・文部科学省、厚生労働省それぞれの予算を他の事業では使えない

### 1-1-2-2 意見の要約（改善案）

#### 1-1-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

##### i 予算の不足

- ・国のがん対策予算を大幅に増額する
- ・都道府県の予算がひっ迫していてもがん対策予算が補助される仕組みにする

##### ii 補助の仕組みの問題

- ・都道府県のがん対策予算のうち、補助率10分の10（国の全額補助）の項目を増やす
- ・がん対策の実施と予算の執行が義務的となるようにする
- ・国が3年度程度の実施計画を示し、その対象となる予算に関しては3年度継続して実施することを原則とする

##### iii プロセスとコミュニケーションの問題

- ・都道府県にニーズを聞いてから予算編成をする。都道府県などと十分な意見交換をしながら予算編成を進める
- ・国が8月の概算要求段階の予算項目の内容を、都道府県によく説明するようにする



- ・政府予算案で決まった事項について、都道府県などに説明会を実施して詳しい情報提供を行う

#### iv ノウハウと人材の問題

- ・都道府県のがん対策管轄部署を支援する共同チームを作る
- ・都道府県、地方自治体を対象に、がん対策に関する取り組みを教育する研修制度を作る
- ・がん対策の好事例を十分に共有する研修会などを開催する
- ・助成金事業実施要綱などを柔軟化し、現場ニーズに合わせる

#### v その他

- ・事業内容を決めるのではなく、補助先の計画に応じた補助を行い、結果を審査する
- ・介護福祉分野とのがん対策予算の連携
- ・在宅緩和ケア関連にかかる健康局と医政局のがん対策関連予算の一本化
- ・診療報酬改定時ながん診療に関する報酬に対する十分な手当てを考慮することも重要である
- ・地域毎に解決すべき課題・優性順位を示した上で国での有効な予算措置を
- ・各都道府県の申請分は経費節減ができた部分は繰り越しできる仕組みを
- ・文部科学省、厚生労働省の間のがん対策予算の流動的、合理的な運用を可能にする

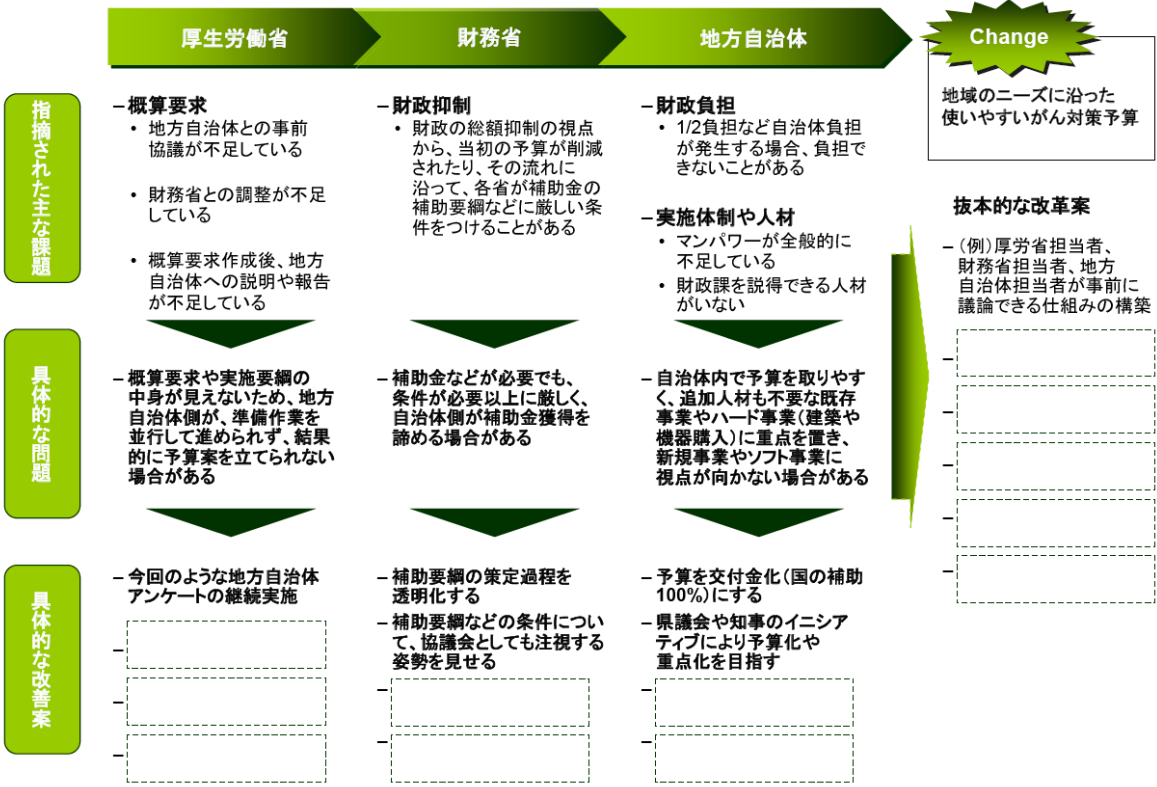
#### 1-1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん診療全般が黒字になるように診療報酬を底上げする
- ・医療の質や技術を反映した診療報酬の評価の仕組みを導入する
- ・がん診療連携拠点病院の体制に関するがん診療連携拠点病院加算を増やす

#### 1-1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

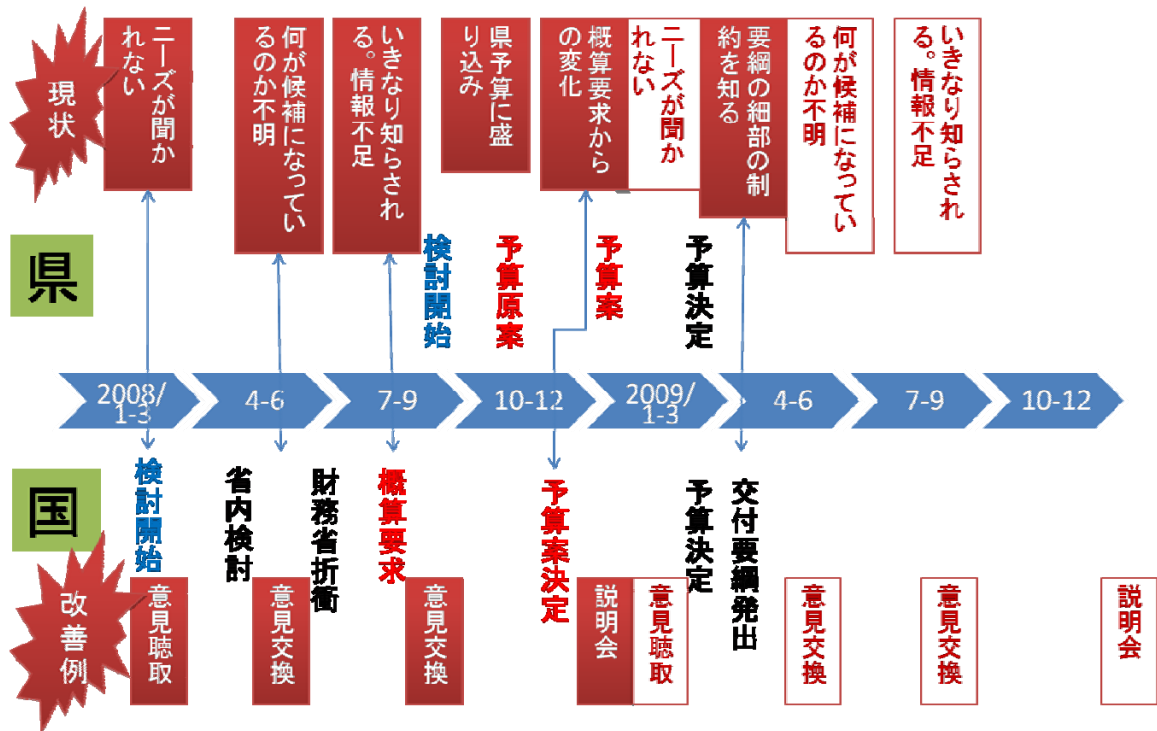
- ・がん診療にかかる医療体制の分化・連携をより促進するため、医療法における必要な改正を行う
- ・がん対策の進捗管理をより明確にするため、がん対策基本法における必要な改正を行う
- ・国のがん対策を組織横断的、制度横断的に推進する組織体制を整える
- ・国立がんセンターが、がん対策の司令塔の役割を果たせるように必要な組織改正を行う
- ・都道府県のがん対策の進捗状況が一望に見える仕組みをつくる

地方自治体からの声(見えてきた課題と解決策)



出典：ヒアリングからがん WG が作成

●予算編成における 県と国の年間スケジュールのミスマッチ



出典：ヒアリングからがん WG が作成

### 1-1-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 1-1-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・年を越えての執行も可能にしてほしい。国 1/2、県 1/2 を国 10/10 にしてほしい（医療提供者）
- ・複数年度の予算確保が必須です。人件費の場合、特に大切なことと考えます（有識者）
- ・がんは子どもから老人まで罹患するのに、かけられている費用は少ない（患者関係者・市民）
- ・PDCA（計画、実行、評価、改善）のサイクルが回っていない。目標設定プロセス、評価を明確にしていない。厚生労働省が数値を出したからない（患者関係者・市民）
- ・人材不足で事業の執行が不十分な状況です（行政）
- ・国の予算、施策について、事前の情報提供が少なく、都道府県の予算が組みにくい（行政）

#### 1-1-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

##### 1-1-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・国から地方へ、事業構想段階で情報提供を行い、要望調査を行うべき（行政）
- ・夢のある施策立案。施策案をカタログ化して人気投票する（有識者）
- ・地方自治体における政策立案能力の向上。複数の地方自治体の集合体によるがんネットワークの形成と政策立案の予算を確保（有識者）
- ・都道府県レベル、市町村レベルでのタウンミーティングの頻回の開催（患者・市民）
- ・拠点病院、他の医療機関、医師会、行政、患者（会）などが、予算について話し合う場を作り、もっと一般の人への報道を告知することで、理解と支援をしていただき、予算の必要性を訴える（患者関係者・市民）
- ・がん対策に日本がどの程度の予算を組んで取り組んでいるのか、一般国民には見えにくい。そのため意識改革につながっていない。年齢層に合わせた情報提供のあり方を（医療提供者）
- ・国の予算化プロセスの「見える化（可視化）」と都道府県の担当者のコミュニケーション強化——連絡協議会／説明会の設置（患者関係者・市民）
- ・本当にみんなで考える予算作りを行いましょう（その他）
- ・行政職員幹部での人材の育成、がん対策の理解促進（行政）

##### 1-1-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・医療全般について診療報酬をアップし、病院経営や医師、医療者が安心できるようにし、

その中でがん関連の診療報酬をアップしていく（患者関係者）

- ・現在の診療報酬に上乘せがない限り、病院全体としてがん診療部門は赤字である（医療提供者）
- ・病院経営者に、がん対策を整備することに関して、経営上のメリットを感じさせるようにする（医療提供者）
- ・先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている（患者関係者・市民）
- ・診断の技術や治療の成績を反映できる診療報酬体系を確立してほしい（その他）

### 1-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・各都道府県のがん対策の進捗状況がバラバラである。担当者の国レベルでの研修がない。他県との交流が難しい
- ・国の中での予算の優先順位を決定する際、国民世論を参考にしていくシステムを構築していく（行政）
- ・予算編成をする前に、ブロックごとのヒアリングなどを実施し、体制がとられている県とそうでない県との評価は別にする（行政府）
- ・がん対策基本法後に（大学病院やがん拠点病院）に設置された“腫瘍センター”は極めて低い評価しかされていない（医療提供者）
- ・（がん診療の）質を評価する制度が必要（医療提供者）
- ・地域医療再生計画（と地域医療再生基金）の中のがん対策を盛り込むべきと考える（医療提供者）
- ・国や府県のがん対策に責任を持ち、推進するための組織、制度を整備すべきである。縦割りではなく政府を挙げて取り組める横断的組織が必要（その他）
- ・がん対策に関する、国と都道府県、市町、医療機関、医療保険者の責務を明確にする（行政）

### 1-1-4 分野内の横断的検討（再掲）

「がん対策基本法の改正」〔C-1〕や「医療法の改正」〔C-2〕により、がん対策全般や各分野において必要と考えられる制度改正を網羅、検討することともに、「がん対策白書（仮称）の取りまとめと、国会への報告」〔C-3〕や「内閣府にがん対策連携推進室を設置」〔C-4〕により、国のがん対策の全体像についての「見える化（可視化）」と、省庁横断的ながん対策を行うにあたっての基盤整備を行う。

「がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト」〔A-1〕と「都道府県がん対策実施計画推進基金」〔A-3〕により、都道府県がん対策を推進するにあたっての財政的な裏付けを確保し、「がん対策ノウハウ普及プロジェクト」〔A-2〕と「がん対策へのPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルの導入」〔A-4〕により、都道府県がん対策推進計画の実効性の

担保とブラッシュアップを図る。また、「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」〔A-5〕と「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」〔A-6〕、により、患者と医療従事者、行政などが一体となって、がん全般にわたる普及啓発を広く行うとともに、「小学生向け資料の全国民への配布」〔A-7〕と「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、学校教育の場からがん全般にわたる普及啓発を広く行う。そして、がん医療全般の質の評価を進めるために、診療報酬において「がん医療の質の評価」〔B-1〕を行う。

なお、本分野は全体分野2「がん計画の進捗・評価」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

## 1-2 全体分野2 がん計画の進捗・評価

### 1-2-1 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。

#### 1-2-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) がん予算策定新プロセス事業 [A-9]

現状のがん対策では地域や現場のニーズが吸い上げられておらず、地域では予算はもとより、人材もノウハウも不足している。がん対策推進協議会がんWGを常設とし、都道府県がん対策推進協議会委員、学会、職能団体、当事者団体等への意見聴取、各地でのタウンミーティング、都道府県がん対策担当者を対象とする予算獲得・政策立案に関する実践講座研修などを行う。

##### (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 [A-10]

都道府県がん対策推進協議会などにおいて、都道府県がん対策推進計画の進捗管理や評価を行う時間を十分に確保し、事務局および委員が計画策定・目標管理手法を理解したうえで、都道府県がん対策推進計画の実実施計画や評価の作成にあたるよう、外部のコンサルティング企業等に事務局を設置し、専任職員が協議会にかかる連絡・調整、調査を行うための運営経費を補助する。

##### (3) 質の評価ができる評価体制の構築 [A-11]

がん対策推進基本計画の個別目標の指標は、インプットが中心であるため、がん医療の質、患者満足度の向上といったアウトカム指標を策定するとともに、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次総合戦略研究事業において、がんの医療の質等を研究するため、心理学、介護学、社会学等の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん医療等の質の評価ができる体制を構築する。

##### (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 [A-12]

第3次総合戦略研究事業において、がん医療、がん予防、がん検診、がん登録、緩和ケア等の分野別施策ごとに、質の面の評価を行うため、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による研究班を組織し、その提言を受けて、がん対策推進基本計画の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を開発する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 1-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策

#### (1) がん医療の質の“見える化” [B-2]

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行う第三者的な組織としてのベンチマーキングセンターを設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 1-2-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) 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の設置（ベンチマーキングセンター）の設置 [C-5]

がん診療連携拠点病院を対象に、第三者的な組織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) 患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化 [C-6]

がん対策基本法にて、国のがん対策推進協議会については、その設置と患者関係委員を含む委員の構成などについて定められているが、都道府県がん対策推進協議会については規定がなく、その設置や委員構成に関して対応が異なり、都道府県がん対策において格差が生じる可能性がある。がん対策基本法の改正により、国のがん対策推進協議会と構成及び人数が同程度の「都道府県がん対策推進協議会」の規定を設けるとともに、各都道府県がん対策推進協議会委員が集まり意見交換を行う、全国会議の設置を検討する。

### 1-2-1-4 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「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（2010）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、上記事業にて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。

## 1-2-2 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。

### 1-2-2-1 意見の要約(問題点)

- ・ 都道府県がん対策推進計画のアクションプランが策定されていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の工程表が作成されていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価組織が明確になっていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の進捗管理をすべき、都道府県がん対策協議会が開催されていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画を誰が評価するのかはつきりしていない
- ・ 都道府県がん対策推進計画を評価できる人材が少ない
- ・ 都道府県がん対策推進計画の進捗を評価する指標が決まっていない(開発されていない)
- ・ 患者満足度調査がされていない

### 1-2-2-2 意見の要約(改善案)

#### 1-2-2-2-1 意見の要約(予算の改善案)

- ・ 都道府県がん対策推進計画のアクションプランを策定する
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価組織を作る
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価尺度を明確にする
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価者を育成する
- ・ 患者満足度調査を実施する
- ・ 幅広い関係者が集まって都道府県がん対策推進計画のアクションプランを考える会を設け、その開催費用を予算化する
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価尺度を開発する費用を予算化する
- ・ 都道府県がん対策推進計画などの進捗状況に応じ、国庫補助金をスライドさせる仕組みを導入する
- ・ がん診療連携拠点病院が実施計画を作成し、それに対して助成金を出し、達成度に見合った分だけを支給する
- ・ 都道府県がん対策推進計画の評価者を育成するための予算を確保する
- ・ 患者満足度調査を実施する予算を確保する



#### 1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・がん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・提出する医療機関に対して評価を行う
- ・がん医療の質のデータを収集して評価し、住民への情報公開を実施するベンチマーキングセンターに、がん診療連携拠点病院等が参加することを、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる
- ・治療に投入される労力による原価計算を行い、それを参考に手術等の診療報酬の評価を行う考えを取り入れる

#### 1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・「がん対策推進基本計画」の大幅な改正を行い、特に進捗評価についてより具体的な記述を増やす
- ・「がん診療連携拠点病院」のあり方と制度を抜本的に見直す
- ・拠点病院などががん治療病院の治療成績や治療内容を収集し、公表するベンチマーキング（指標比較）センターを設置する
- ・都道府県のがん計画の進捗評価を行える専門家チームを設置する（意見集約より）
- ・二次医療圏ごとのがんに関する地域医療再生計画を策定し、がん医療再生基金を設置する

#### 1-2-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

##### 1-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・計画策定時点で、具体的な工程表を作成していない県が多い。進捗管理ができるか疑問（患者関係者・市民）
- ・計画策定後、県のがん対策推進協議会が開催されていない（患者関係者・市民）
- ・評価組織を整備すべき（医療提供者）
- ・計画の評価機関が明確でない（患者関係者・市民）
- ・具体的で測定可能な中間目標の諸数値が示されていない（医療提供者）
- ・明確で誤解のない方針を出し、評価には各分野から委員を選出して、偏りのない評価を行うことが大切である（医療提供者）
- ・計画の評価は患者がすべきで、がん対策満足度調査を、患者や遺族から行うべきだが、医療機関からの協力が得られない（患者関係者・市民）

### 1-2-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 1-2-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・計画の進捗状況を県民に伝える必要がある。情報の公開がなければ、県民の計画への関心、またがん対策そのものへの関心が低下してしまう（患者関係者・市民）
- ・地域ごとに、県境を越えて患者・行政・医療関係者による「がん対策アクションプラン交流会」を開催し、評価と改善を行う（患者関係者・市民）
- ・国立がんセンターがん対策情報センターを強化し、がん対策の進捗状況を客観的な諸数値をがん対策推進協議会に報告できるようにする（医療提供者）
- ・「療養生活の質の向上」を評価する方法を開発する必要がある（医療提供者）
- ・全国の計画がどこまでできているのか公表すること（患者関係者・市民）
- ・計画の進捗評価は速やかに現場にフィードバックすべき（医療提供者）
- ・各委員に目標管理手法を徹底教育する（患者関係者・市民）
- ・進捗状況を評価検討する機会を国、都道府県ごとに開催する仕組みが必要（患者関係者・市民）
- ・各都道府県に進捗状況を同じ時期に公表させ、次年度に反映させる仕組みを作る。良い計画には10/10国庫助成金を出す（患者関係者・市民）
- ・計画の達成度の評価をして、応分のメリットを与える（医療提供者）
- ・拠点病院に対して、基準達成に向けた計画を達成させ、計画に見合った予算だけを支給して実施状況はしっかり監督する（医療提供者）
- ・県内のがん診療連携拠点病院、がん相談支援、情報提供などのレベルを客観的に評価する指標を明らかにする。一般市民・がん患者に、どの程度の予算をもらい、何を進めるかを、各病院が明確にする（有識者）
- ・行政、民間諸団体、医療・保健・介護・福祉施設（機関）、県民からなるがん対策県民会議を立ち上げるべき。がん対策県民会議の予算措置をする（医療提供者）
- ・県としてプランの進捗状況を検証するための予算（医療提供者）
- ・一般市民や多数の患者さんに「がんの施策と予算を考える」ことの重要性を知ってもらうための啓発をしてほしい（患者関係者・市民）

#### 1-2-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・医療の質を評価しそれに応じた診療報酬を配分する。専門医などの労に見合った診療報酬を配分する（医療提供者）
- ・実際に投入される労力と時間に比例して医療費を配分すべき（医療提供者）
- ・疾病ごとの原価計算の値を全国的に調査して典型例を出し、そこから手術点数を決める（医療提供者）
- ・むやみに要望するだけでなく、現状とエビデンスデータによる主張をする（医療提供者）

・一般市民、受診者家族にわかりやすく、がんに関する診療報酬上の項目に関する情報を提示する（医療提供者）

#### 1-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・がん対策推進基本計画のレビューと次期計画での改善について、実施要領や通達などで明示すべきである（患者関係者・市民）
- ・患者本位のがん医療体制の基本は、正確な情報の収集と解析と発信。そのために、各都道府県に公正・中立の第3セクターの情報センターを設置する（患者関係者・市民）
- ・末端の地域拠点病院からも委員を入れて、地方の医療現場の現実に即した制度を構築してほしい（医療提供者）
- ・医療内容のランキング化。国民に日本の現状を理解していただかないと、日本型のがん医療を計画・実践できない（その他）
- ・各県を国がきちんと評価して、その指標や内容をオープンに情報公開してほしい（医療提供者）
- ・PDCA（計画・実行・チェック・改善）サイクルを制度で担保する（医療提供者）

#### 1-2-4 分野内の横断的検討（再掲）

「患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の設置の義務化」〔C-6〕により、協議会が都道府県がん対策推進計画の実効性を評価、改善する制度を整えるとともに、「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」〔A-10〕により、協議会が主導して計画の実効性を確保していく。

計画を評価するにあたっては、「がん診療連携拠点病院の進捗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」〔C-5〕により、拠点病院のがん医療の質を評価する基盤を整備し、あわせて「質の評価ができる評価体制の構築」〔A-11〕や「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」〔A-12〕を進め、指標の開発とその指標に沿った評価ができる体制の構築を進めるとともに、診療報酬においても「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕により、指標を収集・分析するベンチマーキングセンターを評価する。

なお、本分野は全体分野1「がん対策全般」とともに、がん医療とがん対策全般の推進において、重要な役割を果たすものと考えられる。がん医療とがん対策全般において、「見える化（可視化）」と質の評価、そしてPDCA（計画、実行、評価、改善）サイクルを実施していくことが不可欠と考えられる。

## 2 個別分野

がん対策の個別 11 分野について、下記に順次、提案と集まった意見の要約について述べていく。分野は次の 11 点である。

- 1 放射療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
- 2 緩和ケア
- 3 在宅医療（在宅緩和ケア）
- 4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）
- 5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）
- 6 がん医療に関する相談支援および情報提供
- 7 がん登録
- 8 がんの予防（たばこ対策）
- 9 がんの早期発見（がん検診）
- 10 がん研究
- 11 疾病別対策

### 2-1 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

#### 2-1-1 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。

##### 2-1-1-1 「予算」の推奨施策

- (1) がんに関わる医療従事者の計画的育成 [A-13]

医療従事者の不足は、がん医療においても大きな影響を及ぼしている。国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者数を算定し、そのデータをインターネット等を通じてわかりやすく一般に公開するとともに、一定期間で達成するための年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するための情報収集・分析とその公開を行い、医療従事者の不足の解消とがん医療の均てん化を図る。

- (2) 放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離 [A-14]

放射線治療医の不足が指摘されているにもかかわらず、全国 80 の医学部において、放射線治療学講座のある大学や、講座はないものの放射線治療学専任教授が在職する大学は限られている。医学部における放射線診断学講座と放射線治療学講座の分離を進め、文部科学省より必要な組織定員措置や財政措置を講じて、放射線治療学の専任教員数を増員する。

(3) 医学物理士の育成と制度整備 [A-15]

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされる。そこで、放射線治療医をサポートする技術系人材の採用を促進し、このギャップを解消することを目的として、医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う放射線物理の専門家である、医学物理士の国家資格化も視野に入れた検討・調整を進めるとともに、診療放射線技師資格との関係の明確化を図る。

(4) がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム [A-16]

がんの薬物療法（化学療法）に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師にとって、専門分野や資格更新の学習・試験について、講習会等に参加するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。全国各地から自分の時間の都合に合わせてアクセスできるeラーニングシステムを構築するために、厚生労働省より委託された団体が事業を行い、資格更新を目的としたeラーニングによる試験を実施する。

(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 [A-17]

がんに関連する専門資格を取得する際に無収入（減収）期間が生じる医療従事者に、経済的支援を行うことで、専門資格を有する医療者の養成を促進することを目的として、がんに関する専門医、専門看護師、認定看護師等のがんに関する専門資格を取得しようとする希望者を募集し、審査の上、奨学金を貸与する。資格取得後の勤務によって、返済金の減額や免除も行う。

(6) 専門・認定看護師への特別報酬 [A-18]

がんの治療およびケアにおいて、専門・認定看護師の果たす役割は大きいにもかかわらず、その専門職に対する報酬は十分ではない。また、医師等の不足による限られた医療資源の中で、専門・認定看護師を含むチーム医療が促進されることで、職種ごとの負担が軽減される必要がある。専門・認定看護師に対して、特別報酬を支払う施設に対して助成を行うとともに、診療報酬を加点する。

(7) 抗がん剤の審査プロセスの迅速化 [A-19]

未承認薬使用問題検討会議にて早期に治験を開始すべきとされた治療薬の中に、5年近く経過しても治験に着手出来ていないものもあり、審査プロセスの迅速化に対する要望はきわめて強い。医薬品審査業務を行う医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど実効性のある施策を検討し、国外での初上市后、1年以上開発に着手されない治療薬ゼロを目指し、一元的な管理と助成金の増額を講じる。

(8) 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し [A-20]

抗がん剤について、既承認薬に対する対象疾患の適用拡大について、これまでの適用拡大に係る承認申請や審査のあり方を見直すとともに、がん以外の他の疾患に関わる医薬品とは異なる審査プロセスの検討や、医薬品審査官の増員、医薬品医療機器総合機構（PMDA）の体制見直しなど、実効性のある施策を検討するため、検討会を設置し、予算措置等を講じ、適用拡大までの期間の短縮を目指す。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-1-1-2 「診療報酬」の推奨施策

#### (1) 放射線療法の推進 [B-3]

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における治療計画の策定、ファントム模型などによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）などの高精度外部照射、アイソトープ内用療法、小線源治療などで使用する放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をしてはどうか。

#### (2) 化学療法とチーム医療の推進 [B-4]

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行ってはどうか。また、レジメン（投与計画）委員会における化学療法のプロトコル（治療計画）管理や危険製剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

#### (3) 入院および外来化学療法の推進 [B-5]

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討してはどうか。

#### (4) がんにおける診療項目の評価 [B-6]

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、キャンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をしてはどうか。

#### (5) 高度医療 [B-7]

高度医療の実施医療機関の基準を全国で一律化し、要件に適合する医療機関においては、

高度医療に関する患者負担を軽減し、高度医療申請に関しては診療報酬として加算、あるいは薬剤の保険外使用に関して適用とするだけでなく、副作用対策などに関しても評価してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-1-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) 医療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）〔C-7〕

現在の診療科名は、一般的な診療科と専門性の高い診療科が混在し、臓器別になっている。がん治療に関わる各種の専門医・認定医制度については、その位置づけが不明確であり、またがんの種類や治療分野により特性があるため、明確な位置づけがされていない。現在のがん関連3学会と医師会によるがんに関わる専門医の位置づけを明らかにしたうえで、国民に分かりやすいものに整理する必要がある。また、がんに関する専門性を有する医師が勤務していることを公開できるよう検討を行う。医療機能情報提供制度においても、がん治療に関わる各種専門医・認定医について、その位置づけや専門領域、チーム医療の有無を明らかにしたうえで、これらに関する情報（専門とするがん腫、専門医・認定医の数など）の公開について、がん診療連携拠点病院と同等の内容の情報を公開する方向で検討する。また、医師、看護師、薬剤師、医学物理士（仮称）等、がん診療に携わる各種の医療関連職種間の連携を強化し、公開する方向で整備する。

#### (2) 医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）〔C-8〕

がん治療に関わる各種の専門医制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門医資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、医師法においてがん診療に関わる専門医制度を規定し、患者数や施設数から必要な専門医数、専門施設数を算出し、専門医のみに可能な医療技術や投薬のあり方を検討するとともに、がん診療に関する専門資格を公表できるようにするなど、その位置づけを明確化する。

#### (3) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）〔C-9〕

がん治療に関わる専門・認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っているが、専門資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法の改正を行って専門資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍にがん診療に関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に化学療法でのチーム医療における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

括的な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

(4) 薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）〔C-10〕

がんに関わる専門・認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、薬剤師法において専門資格を規定し、薬剤師名簿にがん診療に関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に化学療法でのチーム医療における薬剤師の役割を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。

(5) 「医学物理士資格の位置づけの明確化」〔C-11〕

放射線治療医の不足が指摘されているものの、その育成には10年以上の期間が必要とされ、技術系人材の採用の促進によるギャップの解消が必要である。放射線治療にかかる医療技術の教育や実践、医療技術や医療機器の開発を行う医学物理士については、一般財団法人医学物理士認定機構が独自認定を行っているが、位置づけが不明確であることで、資格取得者増加のペースが不十分である。そのため、国家資格化を含めて、何らかの制度的対応による位置づけの明確化を検討する。

(6) 放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進〔C-12〕

各大学医学部、医科大学において、放射線療法および化学療法の担い手の養成を加速するため、文部科学省において大学運営費交付金の制度を見直すことにより、放射線治療学講座、腫瘍内科学講座の設置を促進するとともに、がん対策推進基本計画での対応も検討する。

(7) コンパッションエート・ユース（人道的使用）制度の創設〔C-13〕

開発中の新薬については、臨床試験（治験）に参加して使用するのが原則であるが、がん患者の中には、臨床試験への参加を希望しても参加条件に合わず、臨床試験を受けられない場合がある。代替の治療法がない患者、または臨床試験終了後から承認までの期間中に、すでに臨床試験で有効性が示された条件を満たす患者の救済を目的として、一定の基準を満たす医療機関にて、安全性の確保に十分配慮をしたうえで、国内外ですでに一定のエビデンスのある未承認薬などの使用を、一定条件で認めるコンパッションエート・ユース（人道的使用）制度創設の検討を行う。

(8) 適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）〔C-14〕

既承認薬の適用拡大については、新たに臨床試験（治験）や承認審査が必要となり、国内での大きなドラッグラグの原因となっている。米国では、FDA（食品医薬品局）が未承認で



あっても、保険者が認めれば保険診療下で使用できるルール（コンペンディア方式）を設けている。国内でも同様に、診療報酬支払基金が平成 19（2007）年 9 月に 47 品目、平成 21（2009）年 9 月に 33 品目を適用拡大（保険適用）した例があるが、こうした仕組みを明確なルール下で制度化する。

(9) 高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）〔C-15〕

国内未承認薬については、その高度医療の実施医療機関の適用基準を、化学療法に関わる専門医や専門職の配置も含めて全国一律化し、要件に適合する医療機関においては、承認薬の適用拡大を視野に入れた全国多施設共同での臨床試験などに取り組みやすい制度とするために、高度医療制度を改正する。また、高度医療に関わる情報を公開し、患者からも適用外薬品の現状が把握され、参加しやすいプロセスとする。

**2-1-1-4 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「がんに関わる計画的育成」（5 億円）については、平成 22（2010）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、国及び都道府府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）との連携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では、医療従事者の育成と負担軽減という観点からみて不十分である。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。

### 2-1-1-5 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「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（2010）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「キャンサ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」を創設されていることから、薬剤管理を含めた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、病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大幅な手術点数の引き上げや、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。

放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成は、がん対策推進基本計画の重点項目とされている。医療従事者の育成はがん診療のみならず医療界全般で課題となっているが、上記の施策を実行することで、がん領域から好事例を発信することもできるようになると考えられる。

## 2-1-2 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。

### 2-1-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 医師不足で治療の順番待ちが発生している
- ・ 専門的な医療ができる医療従事者が不足している

- ・放射線治療、抗がん剤治療の専門的な医師が不足しているため、安全管理への懸念が高まっている
- ・外来化学療法スタッフも不足している
- ・教育体制（特に大学）の不足
- ・がん対策推進計画とがん診療連携拠点病院連絡協議会、がんプロフェッショナル育成プログラムの間の連携が不足している
- ・都市部に医療従事者が集中する
- ・医療従事者の育成のための予算が不足している
- ・研修医の生活保証がない
- ・技師などの育成が予算の対象外となっている
- ・予算面から医療従事者の定数が固定化しており増やせない
- ・がん拠点病院強化学業の補助金の対象事項が限定されている
- ・専門医資格を取得するための研修に参加した場合に補助がない
- ・放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置が十分でない
- ・放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理について、適切な評価がされていない
- ・腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、インセンティブに乏しい。
- ・外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていない。
- ・外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している
- ・手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い
- ・化学療法における技術料が評価されていない
- ・医療従事者および医療提供体制における需給バランスについて定量的な把握ができていない
- ・医療従事者の育成に対し、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない
- ・認定、専門資格に対しての評価システムがないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくい
- ・腫瘍内科学の位置づけが、多くの医師にまだ十分に理解されていない
- ・外来化学療法に携わる看護師の人数配置に関して設定がないため、マンパワー不足が慢性化している
- ・認定、専門資格を習得するにあたっては、本人、就業施設ともに時間や金銭面での負担

が大きいものの、それを援助する内容が少ない

- ・国内未承認薬や新薬の研究・開発から承認までの期間が長い

## 2-1-2-2 意見の要約（改善案）

### 2-1-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・地域や県ごとに現在の医療従事者の数を算定する
- ・地域や県ごとに医療従事者の必要数を算定する
- ・県ごとに医療従事者の必要数を決めて配置する
- ・施設の成績を公表する
- ・大学に講座を設置する
- ・専門性のある開業医との連携と活用を実施する
- ・地域の計画に基づき予算を配分する
- ・患者数に比例した予算配分とする
- ・研修費の助成の対象を拡大する
- ・専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度（生活の保証が目的）を設置する
- ・がん診療連携拠点病院強化事業補助金の対象項目を拡大する
- ・放射線治療医、腫瘍内科医育成への予算配分
- ・放射線治療啓発の予算化
- ・放射線治療機器の均等配置の為の予算配分
- ・全医学系大学への「腫瘍内科学」および「放射線治療学」講座増設の予算措置
- ・専門資格などの研修期間における、代替スタッフ補充の仕組み構築
- ・中央からの専門家派遣など、地方でも研修を受けやすい仕組みの構築

### 2-1-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・医学物理士に対する診療報酬加算
- ・放射線治療における診療報酬引き上げ
- ・放射線技師による精度管理への加算
- ・放射線治療部門および化学療法部門において、専門資格者を配置し育成している施設へのインセンティブ
- ・チーム医療に対する診療報酬加算
- ・外来化学療法部門における医療従事者配置数に対するインセンティブ
- ・外来化学療法における薬剤管理指導料の設置
- ・化学療法における技術料
- ・がんセンターボードによるカンファレンスに対する評価

### 2-1-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・医学物理士の国家資格化の検討
- ・放射線治療と放射線診断との分離を文科省と共同で促進
- ・人材育成の義務化
- ・がん化学療法に関する生涯教育制度の必須化
- ・化学療法における薬剤師への権限拡大の検討
- ・がん診療連携拠点病院における、腫瘍内科医、放射線治療医の常勤配置の要件化
- ・外来化学療法部門における医療従事者の配置数の要件化
- ・看護基礎教育における放射線療法や化学療法に関する講座設置
- ・国内未承認薬や承認薬の適用拡大のための制度改革

### 2-1-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 2-1-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・地方では、指導者が限られており、なおかつ、医師不足のため、指導者も受講者も研修に参加できない状況をまず解消する必要がある（行政）
- ・放射線治療に関しての品質管理（QC）が不十分である（医療提供者）
- ・在宅化学療法は家族および周囲環境に対する影響が情報として提示されないまま行われている。抗がん剤の有害事象に対する教育も徹底するべきである（医療提供者）
- ・医療従事者および医療提供体制が充分でないと考えられるが、需給バランスについて定量的な把握ができていない（行政）
- ・医療従事者の育成は全国的な課題であるが、国からの研修の実施や事業費助成などの支援が十分でない（行政）
- ・専門医の養成は不可欠。特に、放射線治療医の育成を早急に行わなければ、集学的治療の本当の実現は困難と思う（行政）
- ・現状では腫瘍内科医がまだ不足している。早急の対応が必要。さらにチーム医療の要員としてがん治療専門ナースの育成も必要（患者関係者・市民）
- ・医師不足に対応するために、看護師・薬剤師が専門を持ち、業務範囲の拡大を行う必要がある（医療提供者）
- ・現在の制度では外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度、法律や診療加算は明確化されておらず、7：1 看護基準や入院服薬指導料という加算を重視するあまり、外来への人員配置に大きな障害となっている（医療提供者）
- ・専門的教育を受けた人、認定とか資格を持った人たちによる医療、看護に対しての評価システムや、それに見合った診療報酬となっていないため専門的な分野の医療従事者の育成が進みにくいのではないかと思う（医療提供者）

- ・医療従事者の中で看護師、薬剤師の認定、専門制度はかなり長期間の研修を課している。研修認定施設に限られ、資格取得を目指すものは勤務からの長期離脱を余儀なくされ、本人、就業施設ともに負担が大きい。何らかの補助制度もしくは育成推進に対する予算的補助が望まれる（医療提供者）
- ・化学療法を専門とする腫瘍内科医の絶対数は不足しており、かつ従来の臓器別科との協力体制は未だに整備されていない。医学教育での腫瘍内科学の位置づけが多く医師にまだ十分に理解おらず、将来の腫瘍内科医の育成に影響する（医療提供者）
- ・手術は外科、化学療法は主に内科、また放射線科と、各大学、病院ともタテ割になっており、横の連携が少ないと感じている（患者関係者・市民）
- ・まだまだ地方の病院ではチーム医療はなく、1人の主治医が主になる。化学療法の専門ドクターは少ない、又、医者も地方には少ない（患者関係者・市民）
- ・医療従事者の研修制度が利用しにくい。医療従事者が、中央研修等を受けるための研修費用が十分措置されていない（代診医の費用のみが措置されているが代診医はそもそもいない）（行政）
- ・現場で業務に当たっている放射線技師の教育システムを考えるべきである（医療提供者）
- ・医療従事者の育成には、予算と時間を要する。特に医師については、日常の診療治療、また医師不足という現状では難しいと思われる（医療関連産業）
- ・海外では承認され効果がみられる薬剤も、日本ではなかなか承認されず苦しんでいる患者がいるので、もっと早急に承認できるようにしてほしい（患者関係者・市民）

### 2-1-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-1-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・放射線診断医に対して、ある程度の放射線治療・管理に対しての研修を受けさせて治療医の資格をあたえていくようにする（短期的解決策）（医療提供者）
- ・待遇、設備、研究、教育等の整備と平行して、この分野の治療成績と評価の国民レベルでの公表が必要である（医療提供者）
- ・高度な放射線療法や化学療法を維持するためには、継続的な従事者の育成が必要である。十分な育成に対しての講習や実習や交換留学や評価のシステムが求められる（医療提供者）
- ・大学病院が地域の病院から医師を引き揚げさせてしまわないよう、府全体で、適切な医師数の配置と育成を考える検討会の設置が必要。また、その検討内容をチェックする地域の市民団体を募る（患者関係者・市民）
- ・拠点、基幹病院の化学療法のレジメン（投与計画書）をHPなどで一般に公開。その施設においてあるすべての抗がん剤治療薬、副作用制止薬の開示（患者関係者・市民）
- ・医療従事者の学生（在学中）の授業の中で、患者の気持ちを患者から直接聞いたり、患者とのより良いコミュニケーションを学ぶ教育内容を入れたり、がん専門看護師やがん医

療者の集まりなどの機会を設けてほしい（患者関係者・市民）

- ・国立がんセンターに研修医を集めるのではなく、地方の病院に派遣して指導する（行政）
- ・各地域の実情に応じた放射線治療医、専門医、技師の増員、治療機器の整備などに必要な予算処置をおこなう。必要な地域はまず予算請求を含めた具体的な計画書を作成して提出し、これを国と県が十分に協議して決定する（医療提供者）
- ・治療装置の更新についての国の補助枠をさらに増やして頂きたい（医療提供者）
- ・関連する学術諸団体の意見などを聴取した上で、文部科学省と厚生労働省とが協力して、数値目標を設定した上で医療従事者の育成に予算を使うべきである（患者関係者・市民）
- ・育成に予算をつけていただきたい。また予算内容を公表していただきたい（患者関係者・市民）
- ・専門スタッフ養成のための教育予算の増額（患者関係者・市民）
- ・国において医療従事者の育成・配置等の計画を定め、特に国の研修会の機会増設や、大学やがん診療連携拠点病院における専門的な研修実施に対する助成を拡大する（行政）
- ・がん診療連携拠点病院に対する専門職養成に対する補助制度（行政）
- ・放射線治療装置の補助（医療提供者）
- ・予算を見直し、腫瘍内科学を設置しやすい環境を大学に作るべき（医療提供者）
- ・人口当たりの放射線治療機器の均等配置が可能になるよう予算配分（行政）
- ・認定制の講習会を地方で開催できる予算設定をしてほしい
- ・放射線専門治療医の増員のため放射線治療講座の増設への予算処置（医療提供者）

### 2-1-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・現状の診療放射線技師による精度管理が一定レベル以上であれば、加算か補助をつけてほしい（医療提供者）
- ・専任資格者施設に対する優遇（行政）
- ・放射線治療の点数を上げる。また、専門技師等の技師の資格を認め診療報酬に反映させる（行政）
- ・専門医に対しての診療報酬をつけること（患者関係者・市民）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する診療加算の設定（医療提供者）
- ・先生に対してもっと支払えればよいと思う。忙しい思いをしている（患者関係者・市民）
- ・専門職を配し、育成しているという条件を満たして拠点と認定された施設に診療報酬上のインセンティブが認められる（医療提供者）
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・がん薬物療法専門医（認定医ではない）、がん専門薬剤師、がん看護専門看護師、がん関連の認定看護師が拠点病院で診療する場合のある特定の診療に関して加算を付ける、など



が必要ではないか（その他）

- ・放射線医、技術者の報酬を上げ、従事者を増やす（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格、診療報酬への反映（医療提供者）
- ・外来化学療法における薬剤師による薬剤の情報提供に対して、入院患者の薬剤管理指導料と同様の診療報酬を手当てしていただきたい（医療提供者）
- ・外来化学療法の増加のペースは著しい。外来化学療法にも、看護師の配置数に対して、診療報酬上のメリットをつけてもらいたい。
- ・がん放射線治療専門医、化学療法専門医、がん専門薬剤師、がん専門看護師等によるチーム医療を診療報酬で適正に評価する（医療提供者）
- ・がんセンターボードで多診療科による症例検討した場合はがん拠点病院に限って加算をつける（医療提供者）

### 2-1-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・需給バランスについての継続的な調査（行政）
- ・開業医の医師にも協力して頂ければいいと思う（患者関係者・市民）
- ・各病院に人材育成を義務化することが最も有効と思う。人材育成に際し優遇制度を導入すべき（医療提供者）
- ・腫瘍内科医とともに薬剤師の活用をもっと臨床現場に。医師の指示ではなく薬剤師がもっと主体的に治療にかかわれる制度が必要（患者関係者・市民）
- ・医学物理士の国家資格化と医学物理士不在施設の放射線治療の規制。がん化学療法に関する生涯教育制度を必須化して医師を教育する必要がある（医療提供者）
- ・外来化学療法部門を含む外来部門への医療従事者の配置数に関する制度や法律の制定（医療提供者）
- ・大学に腫瘍内科を設置する（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件において、そろそろがん薬物療法専門医、放射線治療認定医の常勤を数年後に必須項目とするようにしても良いのではないかと（その他）
- ・育成を目指す施設、個々の従事者へのフォロー体制が必要である（医療関連産業）
- ・専門教育を受けている期間、病院にキャリアのあるスタッフを補充する仕組みがあれば、よいのではないかと。県職員の立場で雇用した有資格者が、必要な病院に修学の期間の補充スタッフとなって働く仕組みをつくる（患者関係者・市民）
- ・本邦で他のがんで承認されている場合は、保険対象外薬剤でも承認が早く得られる制度の確立（医療提供者）

### 2-1-4 分野内の横断的検討（再掲）

がんに関わる専門の医療従事者については、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため早期に「医

療法の改正（がん治療に関わる専門医の位置づけの検討）〔C-7〕、「医師法の改正（がん治療に関わる専門医の規定）」〔C-8〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（がん治療に関わる専門・認定看護師の規定）」〔C-9〕、「薬剤師法の改正（がん治療に関わる専門・認定薬剤師の規定）」〔C-10〕、「医学物理士資格の位置づけの明確化〔C-11〕などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、専門医の育成を図るための基盤として、「放射線治療学講座と腫瘍内科学講座の設置の促進」〔C-12〕、「放射線診断学講座の放射線治療学講座の分離」〔A-14〕、「医学物理士の育成と制度整備」〔A-15〕を並行して進めることが重要である。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、平成22年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」〔A-13〕により、国・県・二次医療圏で必要とされる医療従事者を算定し、年度別の育成計画、育成プログラム、キャリアパスや予算等を企画・立案するとともに、専門資格を取得する医療従事者が休職する際の代替となる医療従事者の手配に努める。同時に、「専門資格を取得する医療従事者への奨学金制度の創設」〔A-17〕を活用して、文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」との連携や、専門資格習得プログラムなどの受講を進めるとともに、薬物療法に係る専門資格を取得する場合には、「がん薬物療法専門家のためのeラーニングシステム」〔A-16〕も合わせて活用するなどし、資格取得に伴う医療従事者の負担の軽減による育成促進を図る。

平成24年度診療報酬改定においては、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブを確保することを目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕による放射線治療に関わる専門の医療従事者の配置促進や、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕による化学療法に関わる専門の医療従事者の配置促進などのさらなる評価を図ることが重要である。これら医療従事者の育成や配置と並行して、がんに関わる医療従事者が質の高いがん医療を提供できるよう、化学療法や放射線療法、手術療法、検査などに関わる診療報酬の充実を目的に、「放射線療法の推進」〔B-3〕、「化学療法とチーム医療の推進」〔B-4〕、「入院および外来化学療法の推進」〔B-5〕、「がんにおける診療項目の評価」〔B-6〕を進めることが考えられる。そのためには、それまでに関連する制度面の議論や必要な改正を終え、予算措置によるモデル的事業などにおいても実績を上げておくことが好ましい。

また、国内未承認・適用外薬の治療薬や治療法が、医療現場で遅滞なく行えるようにするには、早期に「コンパッションエート・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕、「適用外薬の新たな保険適用制度の創設（ルール化）」〔C-14〕、「高度医療の改正（国内未承認薬、適用拡大等の早期承認）」〔C-15〕など、早期承認にあたっての制度上のボトルネックを検討、明確にし、安全性の確保に十分配慮しつつ、早期承認や患者救済に向けた制度面での基盤整備を行うことが重要である。その結論を待つことなく当面の解決として、合わせて

「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕、「抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し」〔A-20〕を進めることが必要である。

なお、国内未承認・適用外薬の早期承認に向けた一連の施策は、個別分野 10「がん研究」の諸施策が密接に関連してくると思われる。例えば、高度医療評価制度については、国内未承認薬や適用外の医薬品、医療機器の使用と患者負担の軽減を図るものであるが、同時に臨床研究の促進を図るものでもある。国内での臨床研究の基盤整備は、国内未承認・適用外薬の早期承認にもつながることであり、行政、医療従事者、研究者、企業などが一体となった取り組みが必要である。また、化学療法や放射線療法の適正な施行にあたっては、個別分野 4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の諸施策が関連してくると思われる。

## 2-2 分野2 緩和ケア

### 2-2-1 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。

#### 2-2-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) 切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン [A-21]

いわゆる終末期医療において、医療機関や在宅医療の連携不足や診療報酬上の問題などから、必要とされる緩和医療や在宅医療を十分に受けられない空白期間が生じてしまう場合がある。二次医療圏ごとに緩和・在宅医療に関わる医療従事者数や病床数、がん罹患患者数を調査し、二次医療圏ごとに必要な医療資源を算定するとともに、「在宅医療マップ」を作成・公開し、アクションプランを策定する。

##### (2) 長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業 [A-22]

緩和ケア病床（ホスピス）に長時間の待ち期間が発生しており、ホスピスの増床が課題となっており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。そのため、再発・進行がんの患者の専門病床を確保して患者を受け入れ、緩和ケアを行う施設を確保するため、長期療養病床におけるがん専門療養病床を確保し、不足している緩和ケア病床を比較的短期間で増やす効果を得る。

##### (3) がん診療に携わる医療者への緩和医療研修 [A-23]

がん診療に携わる医療従事者は、緩和医療の適切な知識を得ることが求められている一方で、その講習会等に参加するための時間を確保することは、業務に対しての負担が大きい。そこで、現行の指導者を対象とした医師の研修カリキュラムに加え、看護師、薬剤師等対象とした研修について、eラーニングシステムなども活用してカリキュラムを充実し、5年間で10万人に対して研修を実施する。

##### (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 [A-24]

現状の緩和医療研修では、教育研修施設の人材雇用や運営費が全く欠落しているために、座学やロールプレイのみの研修となり、その効果に限界がある。そこで、緩和医療研修を座学やロールプレイのみではなく、教育研修認定施設にて緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅緩和医療についての実地研修を行うことで、実践的な「ベッドサイドラーニング」を促進することを目的とする。

##### (5) 緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化 [A-25]

地域連携による在宅緩和医療を効率的に進めるには、情報共有を推進することが大きな

助けとなる。薬局や介護事業者、市町村福祉関係部署に対しては、情報共有インフラとしてIT網の整備を進めるとともに、地域連携在宅療養ネットワークでは、セキュリティに配慮したサーバ管理による診療情報共有システムを構築することで、地域特性に応じた連携ネットワークをすべての都道府県において整備する。

#### (6) 緩和ケアの質を評価する仕組みの検討 [A-26]

がん対策推進基本計画における緩和ケアに関する個別目標の指標は、緩和ケアの質に着目したものがないため、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次総合戦略研究事業において、新たな研究班（もしくは研究分野）を立ち上げ、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度、政策研究の専門家による緩和ケアの質の評価に関する仕組みを検討する研究班を組織する。

#### (7) 大学における緩和ケア講座の拡大 [A-27]

緩和ケアを専門とする医師の数は十分でなく、その増員を促進するため、大学における緩和ケア講座を拡大し、緩和ケアを必要とする患者に適正な治療が提供される基盤を整備することを目的として、医学部における緩和ケア講座の設置について、文部科学省より勸奨と必要な組織定員措置、財政措置を講じ、文部科学省がんプロフェッショナル養成プランも活用するとともに、緩和ケアの専任教員数（教授、准教授、講師、助教等）を増員する。

#### (8) 緩和医療科外来の充実 [A-28]

緩和ケア病床の慢性的な不足に加えて、がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの配置についても、体制が整備できないケースが多い。治療（化学療法）を受けながら緩和医療も受けるためには、拠点病院の補助金対象として、原則すべての拠点病院に対して、緩和ケア外来および緩和ケアチームの設置と充実を図るための予算措置を講じる。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

### 2-2-1-2 「診療報酬」の推奨施策

#### (1) 緩和ケア診療加算 [B-8]

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

#### (2) 緩和ケア研修修了者の配置 [B-9]

がん診療に携わる医療従事者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医

療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討してはどうか。

(3) 緩和ケア病棟入院料の引き上げ [B-10]

現状の診療報酬では、緩和ケア病棟の採算が取れない場合が多いため、DPCのなかで収まりきれない高額薬品（鎮痛剤など）、検査などを出来高払いとすることを検討してはどうか。また、長期療養病床におけるがん専門療養病床を指定し、緩和ケアを行う施設を確保するための病床要件に準じた評価をしてはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

### 2-2-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討） [C-16]

現在の診療科名は、一般的な診療科と専門性の高い診療科が混在し、臓器別になっている。緩和ケアに関わる各種の専門医制度については、その位置づけが不明確であるため、「緩和医療科」、「緩和ケア科」のように、緩和ケアを積極的に行っている医療機関を特定することができるよう、位置づけとして位置づける検討を行う。また、位置づけの見直しに伴い、医療機能情報提供制度においても、緩和ケアに関わる各種専門医に関する情報の公開について、がん診療連携拠点病院と同じ内容の情報を公開する方向で検討を行う。

(2) 医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定） [C-17]

緩和ケアに関わる各種の専門医制度は、学会が独自に認定を行っているが、専門医資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、医師法において緩和ケアに関わる専門医制度を規定し、緩和ケアに関する専門資格を有することを公表できるようにするなど、その位置づけを明確化する。

(3) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定） [C-18]

緩和ケアに関わる認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っているが、認定資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法の改正を行って認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に緩和ケアに関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に緩和ケアでのチーム医療における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

な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

(4) 薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）〔C-19〕

緩和ケアに関わる認定薬剤師制度は、学会が独自に認定を行っているが、認定資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関での有効活用が進んでいない。関連学会と連携し、薬剤師法において認定資格を規定し、薬剤師名簿に緩和ケアに関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に緩和ケアでのチーム医療における薬剤師の役割をガイドライン等で規定し、チーム医療における薬剤師の裁量権について適正化をはかり、医師法と薬剤師法の改正を検討する。

(5) 麻薬及び向精神薬取締法の改正（医療用麻薬の適切な使用の促進）〔C-20〕

現行の麻薬及び向精神薬取締法では、医療用麻薬と非医療用麻薬との区別が明確にされておらず、臨床現場では学会等のマニュアルなどにより医療用麻薬が使用されているが、その対応には限界があり、緩和ケアにおける医療用麻薬の適切な使用が阻害されている。医療用麻薬の適切な使用を促進するために、同法に医療用麻薬を位置づけ、厚生労働大臣が、その取扱いに関する規定を定めるよう、改正を行う。その上で、現在の学会等のマニュアルを参考にして、医療用麻薬の取扱規定を大臣告示として策定し、医療現場での取扱いの指針とする。

(6) 医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂〔C-21〕

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会については、受講にあたり医師の負担が大きいにもかかわらず、厚生労働省健康局長による修了証の発行のみであり、修了者の配置に対するインセンティブに乏しく、患者による修了者の確認も難しい。緩和ケア研修会のカリキュラムをより実践的な内容とし、質を高めることを前提に、研修会修了者の診療科ごとの配置人数などを広告可能な事項として、厚生労働省告示を改訂する。

#### 2-2-1-4 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「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 (2010) 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。

#### 2-2-1-5 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「緩和ケア診療加算」については、平成22（2010）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。

## 2-2-2 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。

### 2-2-2-1 意見の要約（問題点）

- ・すぐに受け入れるホスピス病棟が不足している
- ・緩和ケアを受けるまでに待ち時間が存在する
- ・緩和ケアを実施する医療機関の連携が不足している
- ・緩和ケア研修で現場が忙しい
- ・緩和ケア研修の参加者にメリットがない
- ・患者のこころの専門家が不足している
- ・「がん難民」の受け皿を確保するための予算が不足している
- ・ホスピス病棟を増やすための予算の確保が困難である
- ・がん治療への診療報酬が包括払い（DPC）となった際に、高額な疼痛管理薬（麻薬）の使用が控えられてしまう
- ・緩和ケア支援センターのための予算が不足している
- ・緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている
- ・緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、診療報酬における点数が低い
- ・がん診療に携わる医療従事者への緩和研修について、医療機関のインセンティブがなく、研修の受講や修了者の配置が促進されない
- ・地域・病院により緩和ケアの質の格差が大きい
- ・治療の初期段階からの痛みを緩和する体制が不足している
- ・緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定しているため、精神科医の負担が大きい
- ・緩和ケアチームの指定職種をそろえることが困難
- ・緩和ケア病棟の施設基準が厳しく、緩和ケアを受けることができる施設が不足している
- ・「緩和ケア」が、ターミナルケアのみを対象にしていると未だに誤解されている
- ・薬剤の使用に関する法令が、医療用麻薬の適切な使用に対応していない

### 2-2-2-2 意見の要約（改善案）

#### 2-2-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・告知時に全患者に緩和ケアに関する解説冊子を配布する

- ・医療従事者と患者会が共同で啓発イベントを開催する
- ・長期療養病床を、がん専門療養病床として活用する
- ・どこにどれだけのニーズがあるか調査をする
- ・ホスピスの受け入れ能力を拡大するための予算を確保する
- ・緩和ケア外来のための予算を増やす
- ・好事例（在宅医 TV 会議ネットなど）が普及するための予算措置をする
- ・がん患者に介護保険が使いやすいように連動を強化する
- ・緩和ケアに関する資格取得や研修参加への助成としての予算を確保する
- ・精神腫瘍医を育成する
- ・市民に対し、緩和ケアの概念を広める仕組みをつくる

#### **2-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）**

- ・施設基準など緩和ケア診療加算の算定要件を緩和する
- ・緩和ケア診療加算を外来診療でも算定できるようにする
- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療などへ診療報酬を加算する
- ・緩和ケアチーム・緩和ケア病棟へ診療報酬を加算する
- ・早期緩和ケアを点数化する
- ・診療報酬の包括払い（DPC）から疼痛管理の麻薬を除外する
- ・疼痛コントロールにかかる療法の保険適用範囲を拡大する

#### **2-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）**

- ・急性期の医師でも麻薬が使用できるような教育や仕組みをつくる
- ・カウンセラーやMSW（メディカルソーシャルワーカー）などのコメディカルも心理社会的な側面のサポートに関わることができる制度をつくる
- ・介護や福祉と連動したシステムにする
- ・緩和医療が地域の診療所でも行えるような制度上のバックアップをつくる
- ・新たな診療科として正式に認定する
- ・「麻薬及び向精神薬取締法」を改正し、医療用麻薬の適正な使用を促進する

#### **2-2-3 寄せられたご意見（コメント）から**

下記に一部を紹介する。

##### **2-2-3-1 寄せられたご意見から（問題点）**

- ・再発・転移がん医療に携わる医師の絶対数が少ない。がん専門病院や大学病院の医師が、抗がん剤が効かなくなった患者さんを最後まで診療しない、入院させない（行政）
- ・がん難民対策が不明である。緩和ケア病棟への入院に関しては包括点数となっており、

その中では緩和ケアを行いながらの化学療法の実施や分子標的薬の使用ができて、病院の大きな持ち出しになってしまう（行政）

- ・主のがん末期の痛み苦しみに対し、まだまだ十分なシフトが敷かれているとは言い得ない。腫瘍専門医、がん看護専門看護師の育成が急がれる（患者関係者・市民）
- ・ホスピスの数、充足数に国内で差があること。緩和ケア専門医の養成を。外科等との兼務では患者は安心して診てもらえない（患者関係者・市民）
- ・在宅緩和ケア対策推進事業にかかる『在宅緩和ケア支援センター事業』の補助基準額は8,692千円であるが、基準額の増額をお願いしたい（行政）
- ・終末期患者が一般病棟で他の入院患者と同室で治療やケアを受けている状況がある。QOL（生活の質）の高いケアを
- ・拠点病院での研修会が先行し、地域での緩和ケアの浸透というよりは拠点病院の開催義務が先行してしまっている。緩和ケア研修会修了証のインセンティブが不明瞭で、研修会参加者の動機付けが不明瞭。緩和ケアチーム加算が精神科常勤医を指定としているため、精神科医の負担が大きい（医療提供者）
- ・緩和ケアチーム介入による加算を見直せないものか。指定の職種がそろわない状況でも頑張っているが、チーム員個人の努力に大きく依存しているところが多い。国が指定する緩和ケアチームと比べ不十分なメンバー構成でも頑張っているところはたくさんある（医療提供者）
- ・緩和ケアを積極的に展開する病棟を持つためには診療報酬の裏づけが必要であるが、現状では緩和ケア病棟入院料が存在するものの、病院機能評価という足かせがあるため、小さな病院や診療所は対応できない状況（医療提供者）
- ・終末期や入院中は痛みの緩和に気遣ってもらえるが、化学療法などで通院中の患者の苦痛緩和は不十分。患者の痛みに関心ない医師が相変わらず多い（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアというと自分は終わりだと思ふ人が多い。治療の初期段階から緩和ケア（心の痛み）が受けられるように（患者関係者・市民）

### 2-2-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-2-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・心理療法士を教育して、がん或いはH I V患者に対応できるようにする。がん患者さんの悩みを受け止め、自ら解決に向かわせることができるのは、精神科医師より卓越した心理療法士のほうが良い（医療提供者）
- ・麻酔処方支援ホットラインを設置する。このホットラインには専門家が常駐し、24時間開業医師の麻薬使用の問い合わせに応じる。その業務内容は、患者情報を得た上での処方設計案まで行う（医療提供者）
- ・院内緩和ケアチームの必須化を推進する。機能していないチームに対しては、診療報酬

を認めない。院長に対する、啓蒙（医療提供者）

- ・がん対策により新たにごん専門療養型病床を作れないか？（医療提供者）
- ・基本研修会のテキストで触れられている緩和ケアに使用される薬剤の多くが保険適応外であり、それが、がん診療上保険で認められるかどうか、地域や保険者による格差もあります。これは人的資源と異なり、すぐにできる事のはずです。早急な対策を望みます（医療提供者）
- ・がん治療医に緩和医療研修を課するのも良いが、むしろ先に一般病院や療養型病院の医療者に緩和ケアの研修を受けてもらってはどうか（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアの正しい知識を知らせるリーフレット（紙一枚で簡単に読めるもの）を作成。拠点病院では主治医が病名告知時にすべての患者に配布する。医師、患者双方の緩和ケアへの関心の高まりを期待（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア（特に疼痛緩和）については、その改善評価ポイントが設定されていませんが、医療用麻薬の処方量の推移（海外の数分の一程度の使用量）などを評価することも必要（患者関係者・市民）
- ・地域連携緩和ケア加算などに対して予算化する（行政）
- ・在宅医療と緩和ケアについては、推進していくための推進協議会等を設置し、詳細を検討していくことが必要（医療提供者）
- ・介護保険のサービスに緩和ケアサポートを盛り込み、さらに介護型緩和ケアサービスの検討予算を講ずべきと思われる（医療提供者）
- ・研修や実習をポイント制にして、成果を数値化したらよい。それを予算に反映していく方法が良い（患者関係者・市民）
- ・今困っている患者のために積極的に緩和ケア病棟に予算を割く（患者関係者・市民）
- ・緩和ケアについて、まだまだ不明な事が多く（一般の人は緩和ケアに入ると終わりだと思っている）もっと一般の人に緩和ケアの実態を知らせるべきである（患者関係者・市民）
- ・サイコオンコロジストの育成（医療提供者）

#### 2-2-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・緩和ケア研修を受けた医師の診療、処方料などに加算を設ける（医療提供者）
- ・看護師定数外介護士や助手の評価・点数化（患者関係者・市民）
- ・早期緩和ケアの点数化（医療提供者）
- ・外来機能に薬剤師や看護師の診療体制を導入し、疼痛管理や症状緩和の診療報酬を取れるようにする（医療提供者）
- ・緩和ケア加算の算定要件を緩和する。緩和ケア病棟入院料を引き上げ、包括外（出来高）項目を拡大する（医療提供者）
- ・緩和ケアチーム加算の取れるチームの条件から精神症状緩和医師の義務化をはずし、併任でも可とする。緩和チームで診療を行っている場合、薬剤師、看護師の診療報酬制度を

確立させる。緩和ケア病棟でなく病床制度を導入（医療提供者）

- ・病院でのカウンセリングにもう少し報酬を（医療提供者）
- ・外来緩和ケアに診療報酬を（患者関係者・市民）
- ・緩和ケア研修を受けるインセンティブを（行政）

#### 2-2-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・「緩和ケア」が「医療保険」と「介護保険」のバランスのうえで十分に受けられる仕組みを作ってほしい（患者関係者・市民）
- ・医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の学生からの教育の充実・がんに携わる全ての医師は緩和ケア研修を必須とするなど国での統一（医療提供者）
- ・研修を受けた者（看護師・医師・MSW）を資格として認め、その行為が診療報酬にも反映するような制度にする（医療提供者）
- ・精神症状の緩和を担当する医師の条件を拡大し、心理療法士も対応できるように教育を行う（医療提供者）
- ・緩和ケア専門ナースの育成も早急にしてほしい。医学教育の中にカリキュラムを組み入れること（患者関係者・市民）
- ・患者・家族は病院等に患者サロンやボランティア、カウンセラー、MSW など、メンタル的なサポートが出来る体制。拠点病院自身は専門医や専門看護師の配置。パス活用、病状説明を文書で行うことを義務化することが必要（医療提供者）
- ・緩和医療が地域の診療所でも行える様な制度上のバックアップ。急性期病院で、緩和医療を含めた、急性期以後の治療をある程度行っても、診療報酬上のマイナスとならない様な制度の改正（在院日数がのびる事によるマイナスも含め）（医療提供者）

#### 2-2-4 分野内の横断的検討（再掲）

緩和ケアに関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴う質の担保とインセンティブをまず明確にしておく必要がある。そのため、早期に、「医療法の改正（緩和ケアに関わる専門医の位置づけの検討）」〔C-16〕、「医師法の改正（緩和ケアに関わる専門医の規定）」〔C-17〕、「保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-18〕、「薬剤師法の改正（緩和ケアに関わる認定薬剤師の規定）」〔C-19〕、「医業等に関して広告可能な事項に係る厚生労働省告示の改訂」〔C-21〕による制度改正などの必要性を検討し、必要とあれば改正に向けて準備を速やかに進めるべきである。また、合わせて、「大学における緩和ケア講座の拡大」〔A-27〕を行うことも必要である。これらにより、緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、適切な疼痛ケアを進めるための法制上の対応として、「麻薬及び向精神薬取締法の改正（医薬用麻薬の適正な使用の促進）」〔C-20〕の検討がなされるべきである。

これら主に制度面の基盤整備の対応と同時に、迅速なテコ入れが必要な施策への予算措置として、「がん診療に関わる医療者への緩和医療研修」〔A-23〕、「緩和ケア医療研修のベッドサイドラーニング」〔A-24〕を行い、がん診療に携わる医療従事者の緩和ケアへの理解を促進する。また、「長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業」〔A-22〕、「緩和医療科外来の充実」〔A-28〕により、緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕を行う。これらの緩和医療の質の評価と向上については、「緩和ケアの質を評価する仕組みの検討」〔A-26〕を行う。

平成24年度診療報酬改定に関しては、医療機関における緩和ケアを拡充し、医療機関が専門の医療従事者を配置するインセンティブとなることを目的に、「緩和ケア診療加算」〔B-8〕、「緩和ケア研修修了者の配置」〔B-9〕、「緩和ケア病棟入院料の引き上げ」〔B-10〕を検討すべきである。そのためには、緩和ケアに関する制度面からの位置づけの整備や、予算措置による質の高い緩和ケアの実績が見えていることが好ましい。

なお、緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野3「在宅医療（在宅緩和ネットワーク）」が、緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、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）」の施策が密接に関連してくる。また、緩和ケアにおける疼痛ケアにおいては、個別分野4「診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）」の施策が関連してくる。

## 2-3 分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）

### 2-3-1 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。

#### 2-3-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) 在宅ケア・ドクターネット全国展開事業 [A-29]

在宅ケアを行う診療所が不足する中、ドクターネット型のモデルが出現しつつあるが、その全国への広がりが遅い。二次医療圏ごとに地域診療所が連携し、共同診療システム、主治医・副主治医分担システム、担当医師マッチングシステム、知識ノウハウ共有システム、テレビ会議システム、パソコンネットワークシステムなどの在宅ケア・ドクターネットを組む際に、その事業費を補助する。

##### (2) 在宅医療関係者に対するがんの教育研修 [A-30]

介護担当者・ケアマネージャー・福祉関係者は、がんの病態、がん患者に対する介護・緩和ケアについての一定の知識を有することが重要であるが、現状ではこれらの職種を対象とした体系的な研修は行われていない。がん専門医療スタッフがこれらの関係者に対して、都道府県単位で定期的に、がんについての知識を得るための教育研修会を開催する場合、その運営に対して補助を行う。

##### (3) 在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保 [A-31]

がんの在宅緩和医療が十分進まない理由の一つに、在宅で療養する患者や家族が、患者の病状が悪化した際のサポートに対して、不安をもっていることが挙げられる。がんの在宅緩和療養中に患者の病状が悪化し、患者・家族および在宅診療医の要請があった場合に、患者が緊急かつ短期の入院として利用できる病床を、がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟に確保する。

##### (4) 大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム [A-32]

在宅医療を希望する患者や家族が多いにも関わらず、現状では十分にその需要を満たせていない。年間に100例以上の多数の看取りを行う在宅療養支援診療所が、隣接した二次医療圏のがん診療連携拠点病院等の医療機関など、医療計画またはがん対策推進計画に規定している区域を越えて広域的に事業を展開する場合に、必要な医師の確保や施設・設備等のリソース等、業務の拡大に必要な資金を補助する。

##### (5) 介護施設に看取りチームを派遣する際の助成 [A-33]

在宅緩和ケアに関しては、患者・家族、医療従事者双方からのニーズが高いが、独居家庭や主たるケアを行う家族がいない家庭など、自宅にて在宅医療を受け入れる力が不足していることから在宅緩和ケアが実現しないことが多いため、介護施設での看取り数を増やす。介護施設からの要請に基づき、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の在宅緩和ケアチームが派遣されて、対象となる患者に対する看取りを行うことに対して助成を行う。

(6) 合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク [A-34]

がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の在宅療養支援診療所が、週に1回以上の合同カンファレンスを開催し、対象となる患者すべてのレビューを行っている場合、その拠点病院への補助金を増額するとともに、合同カンファレンスを実施している場合の病院・診療所間の紹介に対して、診療報酬において評価する。切れ目のない在宅医療を実施するとともに、在宅医療のキャパシティを増加させることを目的とする。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-3-1-2 「診療報酬」の推奨施策

(1) 在宅医療の充実 [B-11]

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を引き上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(2) 在宅医療ネットワークの構築 [B-12]

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(3) 医療と介護の連携 [B-13]

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成 [B-14]

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討し



てはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価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＞

### 2-3-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) 医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）〔C-22〕

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を、医療法において規定するとともに、いわゆる 4 疾病 5 事業ごとに策定が規定されている地域医療計画と同様に、地域在宅緩和ケア計画を各都道府県において策定するよう規定する。

#### (2) 保健師助産師看護師法（保助看法）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）〔C-23〕

在宅緩和ケアに関わる認定看護師制度は、日本看護協会が独自に認定を行っており、認定資格を取得することによるインセンティブも少なく、その育成や医療機関への配置が進まない現状がある。日本看護協会や関連学会と連携し、保助看法において認定資格を規定し、保健師籍、助産師籍及び看護師籍に在宅緩和ケアに関する専門的知識を有することを記録できるようにするなど、その位置づけを明確化する。特に在宅緩和ケアでのチーム医療における看護師の役割をガイドラインで規定し、看護師の裁量権を拡大して、医師の包括的な指示の下に一定の医療行為が行えるよう、医師法と保助看法の改正を検討する。

#### (3) 介護保険法の改正〔C-24〕

在宅での経過期間が平均 2 カ月未満と大変短く、病状が不安定で医療依存度が高い末期がん患者の在宅ケアでは、疾患特性に応じた療養支援が必要である。2 年後の医療・介護報酬の同時改定を視野に、在宅での長期療養を前提とした現行の介護保険制度は必要な改定を行い、がん患者の在宅支援にふさわしい介護保険のあり方について検討する。

### 2-3-1-4 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「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（2010）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。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、研究費における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。

#### 2-3-1-5 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「在宅医療の充実」については、平成22（2010）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。「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。

## 2-3-2 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。

### 2-3-2-1 意見の要約（問題点）

- ・医療資源・担い手が不足している
- ・医療機関の連携に不備がある
- ・施設リストや利用法などに関する情報が不足している
- ・地域別の在宅看取り率が不明である

- ・在宅看取りの際の家族負担が大である
- ・介護保険とつながっていない
- ・訪問看護報酬が低い
- ・開業医ネットワークへの補助がない
- ・頑張る医療従事者にメリットが少ない
- ・診療コンサルテーションや患者のマネジメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る
- ・訪問看護師や介護福祉士が不足している
- ・医療と介護の連携が不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。
- ・大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価が不足し、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。
- ・がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療従事者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

## 2-3-2-2 意見の要約（改善案）

### 2-3-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・介護施設に看取りチームが派遣されるシステムを構築する
- ・有床診療所を活用する
- ・好事例を共有する仕組みを作る
- ・地域別の在宅看取り率を公表する
- ・外来の場合も高額医療費患者立替を不要にする
- ・地域連携クリティカルパスに診療報酬を付ける
- ・看取りヘルパーに介護保険を適用する
- ・各都道府県1モデル地区を作るための予算を確保

### 2-3-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・在宅緩和ケアを専門的に行う医療機関に診療報酬上の加算を行う
- ・退院支援体制を充実させている医療機関への特別加算を行う
- ・訪問介護、夜間（24時間）看護に対する点数を増額する
- ・いわゆるレスパイトケアに対する診療報酬上の加算を行う
- ・過疎地やへき地における在宅緩和ケアを行う医療機関に診療報酬上の加算を行う
- ・医療と介護の連携を促進する診療報酬での対応を行う

### 2-3-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・在宅緩和ケアを専門的に行う医療機関を制度化する
- ・在宅緩和ケアを担う医師や看護師の育成制度を構築する

- ・介護保険との一体的な制度設計を行う
- ・介護保険の適用とする

### 2-3-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 2-3-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・在宅で療養するための安全弁・バックアップが乏しいことが、在宅療養を希望しつつも踏み切れない一因となっています。家族も今まで以上に介護休暇を取りづらい職場の状況となってきました（医療提供者）
- ・外来の通院費が非常に高額（立替払い分が）支払い困難となり、治療中断せざるを得ない方もいる。介護保険利用可能な場合でも40代・50代の方が80代の方と共に利用するデイケア、デイサービスは利用しにくい（医療提供者）
- ・在宅緩和ケア医師が絶対的に不足している。また、地域格差（県内でも）がある。24時間対応の訪問看護師（ステーション）が不足している。病院との打合せなど事前準備に対して報酬がつかない制度欠陥がある（患者関係者・市民）
- ・1次医療圏ごとに在宅医療に関係する医療機関リストの公表をすべての地域で公開すべき（患者関係者・市民）
- ・がん患者を診る在宅医や、訪問看護ステーションなど地域の医療資源に関する情報の一元管理がない。在宅医療で何ができるのか、具体的な情報提供が不足（患者関係者・市民）
- ・在宅医や在宅医療の充実がないまま病院から追い出される現実がある（患者関係者・市民）
- ・麻薬の管理、調剤薬局の取り扱いが弊害となっている（医療提供者）
- ・在宅ケアに係わる家族の負担（医療提供者）
- ・院内スタッフに知識、経験が少ない（医療提供者）
- ・病院にケアマネージャーが退院前の相談や調整に何度も足を運んでも、月の収入は変わらない。退院前共同指導加算は診療報酬のみについており、福祉関係者は病院に退院前のカンファレンスに参加をしているが無償で交通費も出していない（患者関係者・市民）
- ・一人暮らしや高齢者のみの世帯では、在宅医療と言われても困る。近頃がんで在宅医療を盛んに言われるが、老々介護などの問題点と同じことになる。老人ホーム入所でも病気があるとむずかしい面もある（患者関係者・市民）

#### 2-3-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

##### 2-3-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・介護施設職員に対する看取り、緩和医療の啓発教育が今後必要になるものと考えます（医

療提供者)

- ・在宅緩和ケアチームが介入できる、急性期対応型介護施設を構築する。夜間看取りをサポートするヘルパーの夜間看取り介護を介護保険枠内で施行可能にする（医療提供者）
- ・オピオイドローテーション（除痛用麻薬の使用法）だけの研修を新たに設けて、すべての医師の研修を義務付ける。また、国立がんセンターでメールによりQ&Aが行える専門医の設置（患者関係者・市民）
- ・看病する家族のケアやコーディネート。ボランティアの育成。ピア・カウンセリングの必要性（患者関係者・市民）
- ・がんの遺族でボランティア組織をつくり、同じように支援を必要としている患者・家族に支援をするシステムを作る。医師が本人に告知する時に、他者(ボランティア)の支援を受けたいか確認する（医療提供者）
- ・長崎のドクターネットのような地域に根ざした在宅医療活動に対しては、その継続のためにも個々の医療機関に対する診療報酬アップのみならず、その組織に対する経済的支援も考慮してほしい（医療提供者）
- ・パソコン使用のネットワーク作りの予算化をお願いします(医療提供者)
- ・グループホームやデイサービスで、がん患者を対象とする場合の補助率を大幅に引き上げる（医療提供者）
- ・手厚い診療報酬と基幹病院のバックアップが必要ではないかと思われる(その他)
- ・在宅で看取ることの一般人への教育(デスエデュケーションのようなもの)の導入(がんに罹患する前から)（医療提供者）
- ・診診連携によって、病院ではなく在宅医療が継続できるように専門の診療所への連携制度を体系化する。地域ごとに拠点（診療所等）を定め、診療コンサルテーションや患者のマネジメントを担う在宅緩和ケアの拠点を作る（行政）
- ・医師、看護師、MSW、臨床心理士などをチームとした研修会、地域の医療機関の顔合わせの機会作りの場の整備（医療提供者）

#### 2-3-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・専門的に在宅緩和ケアに取り組んだ場合への報酬（困難事例）・診診連携をすすめるための報酬（行政）
- ・がん患者用のデイケア等を作ることにより、プラスアルファの診療報酬を加える（患者関係者・市民）
- ・「退院支援体制」を充実させている医療機関への特別加算。この場合「出す側」の病院と「引き受ける側」の在宅医と双方に加算することが望ましい（患者関係者・市民）
- ・困ったときのショートステイ、デイサービス、デイホスピス、ヘルパーや食事（給食）の充実（医療提供者）
- ・開業医が一人で見ていると大変なので、急変時の対応やグループでの診療できるような

診療報酬面での対応を望む（医療提供者）

- ・深夜の在宅訪問看護に対する診療報酬への反映。在宅患者の緩和ケアの推進のために、看護の評価（医療提供者）
- ・僻地における診療報酬を上げる（医療提供者）

#### 2-3-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・在宅緩和ケアを担う医師の育成制度の創設（行政）
- ・地域医療体制のグランドデザインを作り、在宅医療にかかわる全ての方々をきちっと位置づけること（患者関係者・市民）
- ・現在の開業医に対し適切な教育を行い増加させるべきである（医療提供者）
- ・医師だけでなく、教育されて資格のある看護師でも最後を看取れる体制を作る。海外では資格のある看護師が死亡を確認して死亡診断書を出せる体制ができている。医師、看護師、家族などのチームで医療が進むべき道である（医療提供者）
- ・在宅医療を行っている患者と同居している勤労者に対して減税処置が望まれる（医療提供者）
- ・フリーの緩和ケア医の制度があり、いつでもどこでもアドバイスを受けられるようになると良い。勤務医は忙しく、相談する時間もなかなかとれない（医療提供者）

#### 2-3-4 分野内の横断的検討（再掲）

在宅医療に関わる専門の医療従事者について、その位置づけや、専門資格を取得することに伴うインセンティブを明確にすることを目的に、「保健師助産師看護師法（保助看護）の改正（在宅緩和ケアに関わる認定看護師の規定）」〔C-23〕による制度改正の検討を行い、在宅緩和ケアに関わる専門の医療従事者育成に関する基盤整備を進める。また、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）」〔C-22〕により、地域において質の高い在宅緩和ケアを提供する診療所と、地域における在宅緩和ケアネットワーク基盤整備を進めるとともに、「介護保険法の改正」〔C-24〕を行い、医療資源と介護資源が一体となった連携を進める。

これら制度面の対応と同時に、施策「在宅医療関係者に対するがんの教育研修」〔A-30〕、を行い、介護・福祉担当者やケアマネージャーに対してがん医療への理解を促進する。また、「在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床の確保」〔A-31〕、「大規模在宅緩和ケア診療所エリア展開システム」〔A-32〕により、在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備を進めるとともに、その医療資源の連携を図り、切れ目のない在宅緩和ケアネットワークを提供すること目的として、「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」〔A-34〕を行う。介護と医療の連携による看取りの支援については、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」〔A-33〕を行う。

「在宅医療の充実」〔B-11〕、「大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成」〔B-14〕により、医療従事者や家族にとっても負担の大きい在宅緩和ケアや看取りに関わる、在宅療養支援診療所や医療従事者に対して診療報酬にて評価を行うとともに、「在宅医療ネットワークの構築」〔B-12〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕により、病院と診療所などの医療資源と、介護資源とのシームレスな連携を促進する。

なお、在宅緩和ケアの推進を図るにあたっては、個別分野2「緩和ケア」が、在宅緩和ケアに関する医療機関のネットワークに関しては、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）」の施策が密接に関連してくると思われる。



## 2-4 分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

### 2-4-1 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。

#### 2-4-1-1 「予算」の推奨施策

##### (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 [A-35]

医療の内容と質に関して、その評価と公開は十分でなく、標準治療の推進に資するデータも明らかでない。がん診療連携拠点病院において、がん治療のプロセス指標・アウトカム指標を比較するベンチマーキングセンターを設置し、都道府県内のその他の拠点病院や自主参加病院において、生存率、臨床指標、DPC データなどを収集・共有し、そのレポートを発行・公開することで、標準治療を推進する。

##### (2) 診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト [A-36]

がんの診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立するため、各学会が診療ガイドラインを作成する際に補助金形式で助成を行い、診療ガイドライン普及を目的とした第三者的な組織を設立し、診療ガイドライン研修会を実施するとともに、診療ガイドライン研修会に、参加しやすくするため、医療機関に対するインセンティブ（補助金）を交付する。

##### (3) 副作用に対する支持療法のガイドライン策定 [A-37]

治療を受ける患者に対する支持療法については、医療機関によって大きな差異が存在する。効果的な支持療法に関わるガイドラインの策定と公開は、患者の QOL(生活の質) 向上には不可欠である。厚生労働科学研究費における重点事業として、第三者的な組織による標準的ながん治療に伴う副作用や支持療法の実態調査を行い、支持療法のガイドラインを策定・公開するとともに、治療薬の開発などを進める。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

#### 2-4-1-2 「診療報酬」の推奨施策

##### (1) DPC データや臨床指標の開示 [B-15]

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

### (2) 診療ガイドラインの推進 [B-16]

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

### (3) セカンドオピニオンの推進 [B-17]

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

## 2-4-1-3 「制度」の推奨施策

### (1) 診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置 [C-25]

医療の質と安全性向上のために、英国 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) を参考にしつつ、学会や患者関係者などを含む各種関係団体と協力して、ガイドラインを策定する第三者的な組織を設置し、安定的に運営するため、医療法、高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律等の改正を行う。

## 2-4-1-4 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、「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。

## 2-4-1-5 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「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（2010）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。

## 2-4-2 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。

### 2-4-2-1 意見の要約（問題点）

- ・全国的で学会横断的な診療ガイドラインの作成がなされていない
- ・診療ガイドラインの発信、改訂体制がない
- ・標準治療の実施状況に地域格差がある
- ・患者にもわかりやすい診療ガイドライン作成がなされていない
- ・全般的にがん対策予算が不足している
- ・診療ガイドラインの普及啓発にかかる予算がついていない
- ・診療ガイドラインの実施状況の評価にかかる予算がついていない
- ・がん診療連携拠点病院間の連携など連携体制にかかる予算がついてない
- ・診療ガイドラインの入手方法が明らかでない
- ・副作用のガイドラインの作成が不十分である
- ・欧米で認められている診療ガイドラインが国内で取り入れられるのにタイムラグがある
- ・診療ガイドラインと保険診療に整合性がないものがある

### 2-4-2-2 意見の要約（改善案）

#### 2-4-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・診療ガイドライン作成時における連携体制の強化
- ・診療ガイドラインの発信体制の強化
- ・診療ガイドラインの啓発体制の強化
- ・がん治療のプロセス指標、アウトカム指標などを比較する
- ・診療ガイドライン作成にかかる補助金制度の設立
- ・診療ガイドライン普及を目的とした第三者委員会設立にかかる予算化
- ・診療ガイドライン啓発を目的とした研修会、冊子配布、ネット配信費用の予算化
- ・上記研修会参加機関へのインセンティブとしての補助金交付にかかる予算化
- ・拠点病院間の連携など地域における診療ガイドラインにかかる連携体制強化のための交  
付金制度の設立
- ・診療ガイドラインの順守評価を目的とした報告会実施にかかる予算化
- ・標準治療を確立に向けた、臨床試験や薬剤の早期承認の推進にかかる予算化

- ・診療ガイドラインに当てはまらないケースへの臨床研究費用の予算化
- ・臨床試験の推進策、医師主導試験への補助政策

#### 2-4-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・標準治療推進のためにDPCに則った治療に加算する
- ・ガイドラインに沿った説明・治療に診療報酬上の評価
- ・診療ガイドライン順守による診療報酬の評価
- ・標準治療の啓発と遵守のためにセカンドオピニオンに保険点数化
- ・標準治療と高度医療への報酬改善

#### 2-4-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・欧米ガイドラインを取り入れた作成制度の検討
- ・学会任せではなく、厚生労働省が主体のガイドライン作成制度
- ・がん診療ガイドラインに沿った医療の評価制度
- ・がん診療ガイドラインが遂行できる専門医の育成

### 2-4-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 2-4-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・化学療法に関しては発展が目覚ましく標準治療の推進のためにガイドラインの作成は不可欠である。（行政）
- ・再発、転移や希少がんへのガイドライン作成が不十分である（患者関係者・市民）
- ・ガイドライン実施に対する評価がない（患者関係者・市民）
- ・診療ガイドラインは治療の標準化という点で有用だが、ガイドラインに当てはまらないような症例に対する臨床試験の充実が必要（医療提供者）
- ・ガイドラインが現在の治療より遅れていることが多い（医療提供者）
- ・標準治療がどういうものなのか患者自身が分かりにくい（患者関係者・市民）
- ・治療における均てん化がまだまだ不十分（患者関係者・市民）

#### 2-4-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

##### 2-4-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・各病院施設でクリティカルパスを活用できるように整備し普及する（医療提供者）
- ・拠点病院の連携が必要なのにこれできていない。系列がちがうと最悪な関係。拠点病院の連携を義務付ける。拠点病院からの情報を第2病院に流すことが必要。どこの病院で

も標準治療をできるようにガイドラインを流すこと、義務付けること（患者関係者・市民）

- ・全国レベルで標準的なガイドラインがすぐさま発信される、あるいは受け入れるシステムができていない。病院機能評価対策のために、各病院が別個にガイドラインを作成しなければならない（患者関係者・市民）

- ・僻地の医師が研修に行く間の医師の確保についての保証が欲しい。医師派遣機関では無く、医師個人に報酬が与えられる制度の構築（行政府）

- ・ただガイドラインを作成し、医療機関に配布するだけであれば何も改善されない。ガイドラインの内容を医療者が全員理解した上で治療に当たるために、ガイドラインについての研修を開催するとか、患者自身にもガイドラインについて勉強できる体制を作って欲しい（患者関係者・市民）

- ・がん治療を行うすべての病院について、診療ガイドラインに沿った治療を行っているかチェックする機関の創設（各都道府県ごと）（患者関係者・市民）

- ・診療ガイドラインの作成、普及、評価の流れが機能していない。診療ガイドラインの作成で予算処置がとまっている。診療ガイドライン普及と評価のプログラムを作成する（医療提供者）

- ・がん治療の進歩に応じたガイドラインの更新と勉強会の開催にかかる予算措置（患者関係者・市民）

- ・数年ごとに更新するための予算措置（医療提供者）

- ・すでに学会などが公表しているガイドラインを患者さんが Web などで見られるように予算つける（医療提供者）

日本乳がん学会が「患者さんのための乳がん診療ガイドライン」というのを発行している。とてもわかりやすく記載されている。医師にお任せの時代は終わり、自分自身のための治療と一緒に考える（後悔しないためにも）事は必要なので、分かりやすい小冊子があれば良いと思う（患者関係者・市民）

- ・統一されたガイドライン作成への助成。情報伝達システム作成への助成。（医療提供者）

#### 2-4-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・DPC における支払いについて、診療ガイドラインに沿った治療については加算をつけるなどの差別化（患者関係者・市民）

- ・悪質な非標準治療の日常的实施には、診療報酬面での罰則も必要では（医療提供者）

- ・ガイドラインで診療の体制整備の基準を作成し、これをクリアしている施設には報酬の差別化を図る（医療提供者）

- ・外来化学療法におけるレジメンに即した治療を行った場合の診療報酬上の加算（医療提供者）

- ・ガイドライン治療を説明することに点数をつける。悪性腫瘍管理料算定時に義務化する（患者関係者・市民）

### 2-4-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・米国 NCCN に対応する、本邦の連携拠点病院ガイドラインを各がん種で作成し、できたら有料でインターネットでダウンロードできるようにする（医療提供者）
- ・現在のわけのわからない保険査定などはやめて、ガイドラインの沿った医療に関しては認めるようにしてもらいたい。ガイドライン（欧米も含め）と保険適応が一致していないため、ベストと思われる医療も、現場に医師は二の足を踏んでいる（医療提供者）
- ・大学など研究施設での臨床研究を行いやすくする。標準治療ではない治療に関してはその成績を公表することを義務化する。評価機構を持つ（医療提供者）

### 2-4-4 分野内の横断的検討（再掲）

「診療ガイドラインを策定する第三者的な組織の設置」〔C-25〕により、診療ガイドラインの策定を推進する第三者的な機関を設置して、診療ガイドラインの位置づけと質の担保について、制度面での基盤整備を進める。これをもとに、「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕により、診療に関するガイドライン作成および実施評価プロセスを確立し、「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕により、疾患の治療のみならず、患者の QOL(生活の質)にも配慮したがん医療を進めていく。これらの施策を促進するために、診療報酬においても「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕を行うとともに、「セカンドオピニオンの推進」〔B-17〕により、標準治療の推進を図る。

また、診療ガイドラインの作成とあわせて、「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」〔A-35〕、「DPC データや臨床指標の開示」〔B-15〕により、医療の質を「見える化（可視化）」することで、あわせて標準治療の推進を図る。なお、標準治療の推進を図るにあたっては、全体分野 2「がん計画の進捗・評価」の施策、ガイドラインを策定するにあたってのエビデンスの確立にあたっては、個別分野 10「がん研究」の施策が、密接に関連してくると思われる。

## 2-5 分野5 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

### 2-5-1 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。

#### 2-5-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) がん診療連携拠点病院制度の拡充 [A-38]

地域がん診療連携拠点病院において、地域特性に応じて、タイプ分けの考えを取り入れる。①地域の役割分担の取りまとめ、②質の高い医療の実践、③臨床指標の計測・公表、④医療従事者の育成・派遣——などを行っている施設について、機能強化事業費を増額する。それによって、がん診療連携拠点病院の全体の質の向上を図ることで、がん治療の均てん化を促進する。

##### (2) 拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算） [A-39]

現在、がん診療連携拠点病院の機能強化事業について、都道府県負担部分を支出できないことにより、拠点病院の運営について、地域格差が顕在化している。そのため、同事業の2分の1都道府県負担を改め、100%国の予算化とすることで、地域格差をなくし、がん対策の均てん化を進めることを目的とする。具体的には、拠点病院機能強化予算を交付金化し、広く各都道府県が実施体制を構築できるようにする。

##### (3) サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画） [A-40]

がん診療連携拠点病院、その他の病院、診療所などが連携した、治療計画や治療経過、フォローアップ計画、フォローアップ経過を記載したサバイバーシップ・ケアプランを作成した場合、1回につき3,000円を補助する。患者が地域で切れ目のない医療を受けることができ、いったん治療が終了した患者についても、後遺障害や晩期障害、あるいは心や経済の悩みに対するサポートを得られるようにする。

##### (4) 医療機関間の電子化情報共有システムの整備 [A-41]

都道府県ごとのがん診療体制ネットワークを強化し、医療機関相互のコミュニケーションを円滑化することを目的とし、都道府県ごとのがん診療体制ネットワークに係る統一的な電子化情報共有システムを整備し、医療機関同士の情報共有体制を確立する。また連携強化を主務としたサポートスタッフ（MSW〔メディカルソーシャルワーカー〕等）新規雇用のための予算を確保する。

##### (5) がん患者動態に関する地域実態調査 [A-42]

いわゆる「がん難民」の発生を未然に防止するため、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行う。具体的には、地域がん登録のスキームを活用し、都道府県ごとに、がん患者動態の地域実態調査を実施・解析して、適切な診療体制ネットワーク策定に際する提言書を作成し、提言書に基づく診療体制再構築委員会の設立および将来的な診療体制の再構築を進める。

#### (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 [A-43]

がん対策推進基本計画における「医療機関の整備」の項目において、がん診療連携拠点病院の量的な整備に着目したものであり、地域連携機能などの質的な評価指標がない。そのため、拠点病院の質の評価に関する指標を開発し、その指標に沿った評価ができる体制を構築していく必要がある。第三次対がん総合戦略研究事業において、拠点病院の地域連携機能の質の面の評価を行うための指標を開発する。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

### 2-5-1-2 「診療報酬」の推奨施策

#### (1) 地域連携とその他の連携 [B-18]

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

#### (2) がん診療体制の充実度に応じた評価 [B-19]

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在の拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

#### (3) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価 [B-20]

地域における「がん難民」の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果として「がん難民」を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

<詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください>

### 2-5-1-3 「制度」の推奨施策

#### (1) がん診療連携拠点病院制度の見直し [C-26]



提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、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、がん対策基本法やがん対策推進基本計画、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

#### 2-5-1-4 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（2010）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がん診療連携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。

#### 2-5-1-5 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「地域連携とその他の連携」については、平成 22（2010）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。現在のがん診療連携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、がん診療連携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。

## 2-5-2 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。

### 2-5-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 二次医療圏にひとつというがん診療連携拠点病院体制が地域の実情に一致しない
- ・ がん診療体制ネットワークの現状が地域住民に周知されていない
- ・ 地域医療計画との連携体制が充分でない
- ・ 地域連携を実施するうえでの情報共有システムなどのインフラ整備が充分でない
- ・ 拠点病院機能強化にかかる2分の1の都道府県予算負担が過大であり対応できない
- ・ 拠点病院機能強化にかかる予算が全般的に少ない

- ・各医療機関の整備のみならず、各医療機関を横断的に連携させるための予算が少ない
- ・地域連携クリティカルパスの推進について、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。
- ・いわゆる病病連携や薬薬連携について、診療報酬にて十分な評価がされていない。
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。
- ・病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、「がん難民」問題解消に対する努力が進まない実情がある。
- ・がん診療連携拠点病院の指定要件のかさ上げに伴い、医療資源の乏しい地域においては、拠点病院を置くことが困難
- ・化学療法や支持療法、緩和ケアを診られる開業医が少ないため、がん診療連携拠点病院退院後の病診連携が難しい
- ・地域連携クリティカルパスの作成や運用、それともなう勉強会開催などは、全て医療機関スタッフのボランティアによるもので、かなりの負担となっている
- ・地域連携体制の情報が患者に共有されていない

## 2-5-2-2 意見の要約（改善案）

### 2-5-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・二次医療圏ごとという枠に規制されない地域の実情に沿ったがん診療連携拠点病院体制の再構築
  - ・がん診療体制ネットワークに関する地域住民への情報提供体制の整備
  - ・地域医療計画との連携体制の強化
  - ・医療機関間の情報共有システムの電子化にかかるインフラ整備
  - ・連携体制強化を主務としたスタッフの新規雇用など人的サポート体制の整備
  - ・がん診療連携拠点病院機能強化予算の100%国予算化
  - ・がん診療体制ネットワークの広報、啓発にかかる予算化
  - ・がん患者動態に関する地域実情調査の実施にかかる予算化
  - ・上記調査に基づくがん診療体制ネットワーク構築にかかる研究の予算化
  - ・地域医療計画との相互補完体制構築のための協議会設立にかかる予算化
  - ・医療機関間の情報共有システムの電子化インフラ整備にかかる予算化
  - ・連携体制強化を主務としたサポートスタッフ雇用にかかる予算化
  - ・開業医を対象とする、がん診療についての勉強会および研修にかかる費用の予算化
  - ・地域がん診療ネットワークを管理する組織あるいは調整機関等の設置の予算化

#### 2-5-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・地域連携クリティカルパスやITなどを取り入れ、患者満足度の高いシームレスな連携を実践している医療機関に対しインセンティブをつける
- ・連携体制強化を主務とした専任スタッフの雇用に対するインセンティブ付与
- ・地域の医療事情に応じ、がん診療連携拠点病院にふさわしい病院であれば、拠点病院に準じた病院としてインセンティブ付与を考慮する
- ・病院過疎地や在宅医療が困難な地域において行き場を失う、いわゆる「がん難民」を減らすための患者支援や原因究明を行う医療機関へのインセンティブ

#### 2-5-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・地域がん診療ネットワークを調整管理および情報提供する人材あるいは機関等の配置
- ・病院過疎地のため遠方に通院しなければならない患者や家族への助成制度を設置
- ・医療・福祉・介護情報をリアルタイムで確認できるような情報提供体制の整備
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設

#### 2-5-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

##### 2-5-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・国はがん診療拠点病院として、二次医療圏に1つということにこだわり、現在がん診療に関わっている二次医療圏の幾つかの病院を階層化し、推薦に漏れた病院のモチベーションを下げようとしている（行政府）・ネットワーク作りに関与する人が雇えない（医師が行うのには無理がある）（医療提供者）
- ・専門機関と地域医療機関の役割分担、支援体制（地域医療機関のバックアップ体制）を県民に分かるように提示（医療提供者）
- ・がん診療連携拠点病院の指定は、原則、1医療圏に1拠点病院であるが、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮しない画一的な拠点病院の指定では、圏域によってがん診療連携体制構築の進捗にばらつきが生じ、がん医療の均てん化が図れないこと（行政）
- ・都道府県の整備意向を踏まえ、医療提供体制の状況や面積、人口などの実情を考慮した二次医療圏に複数拠点病院の指定がなされるよう、さらなる制度の運用改善を図る必要がある（行政）
- ・がん診療連携拠点病院加算なるものが診療点数上あるが、この点数を請求できるものは、「他施設でがんと診断されて入院してきたもののみ」との縛りがあるため、がん診療体制が構築されて集学的医療を行っても全く加算が出来ない。即ちがんに関しては早期発見・早期治療の考えがあり少しでも「がん疑い」があれば送られてくるため、当院で確定診断

から治療となり算定できない。この縛りは取り払ってほしい（医療提供者）

- ・拠点病院への補助金の少なさ。当県では、地域拠点病院への補助金は 300 万円にとどまり、国の補助金と併せても満額の半分以下（患者関係者・市民）

- ・拠点病院の機能強化事業は、1/2 の県負担が大きく、国の予算増に対応できない状況です。そのため、国立の拠点病院とそれ以外の機能強化事業費に格差がついています。離島地域の病院に対するがん診療の強化事業を 20 年度は、10/10 の補助事業を活用し実施しましたが、来年度は 1/2 事業しかないため県費負担が発生し、他のがん対策事業を縮小しました（行政）

- ・電子媒体を通して情報共有できるシステム構築を更に進めるべきと思われる。緩和ケアと連動するためには、介護まで含めて情報共有できるシステム構築が必要である。介護系の情報が ICF（国際生活機能分類）等の標準マスターと連動していない問題点も整備すべきと思われる（医療提供者）

- ・地域医療計画でがん医療の連携が図られているのでそれらを利用してがん登録の義務化と予算などをつけると連携がうまくいくように思う。拠点病院の整備のみでは不十分ではないか（医療提供者）

- ・地域連携クリティカルパスなどの活用による医療機関の連携が上手く機能していないことが多い（医療提供者）

- ・二次医療圏に一つという拠点病院の指定数の枠は、過疎地域においては適当と考えられるが、都市部においては全く不足している。医療機関の少ない地域においては、指定要件を満たさない病院も多いのかもしれないが、都市部では二次医療圏に要件を満たす医療機関が複数存在する。しかし現状の枠の場合、拠点病院の指定の制限のために、都市部でのがん患者の大半は非拠点病院での診療を受けざるを得ない状況にある（医療提供者）

- ・拠点病院の枠を二次医療圏ではなく、がん患者数毎に変更すべきである。候補の選択は都道府県が行うものであり、都道府県の実情に応じた選択が行われているのであって、国が予算の制限のために、都道府県の要求をのまないのであれば、ひいては都市部のがん患者の不利益につながる（医療提供者）

- ・都道府県として考えるがん拠点病院の適正数と国の定める「二次医療圏に一つ」という指定基準が一致せず、実態に即した拠点病院の整備ができていない。また、拠点病院の指定基準などが医療資源に比較的恵まれた東京を基準に設定されており、基準を厳格に適用すると、郡部の拠点病院の指定が取り消されるなど、かえってがん医療の均てん化に反する事態になりかねない状況である（行政）

- ・がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一カ所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件のかさ上げ（リニアック等の整備）に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である（行政）

- ・がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携クリティカルパスを利用する体制の構築が

難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である（行政）

・専門病院とかかりつけ医との連携がまだ構築されていない。かかりつけ医ががんの治療、緩和ケア、終末期治療などに携われるように、研修・教育が必要。体制作りも必要（医療提供者）

・拠点病院自らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっていないか？（患者関係者・市民）

・二次医療圏に1カ所といった地域がん診療連携拠点病院の制定は、二次医療圏の人口、交通網、保険医療機関数など各自治体間の大きな相違がある。診療連携拠点病院の制定に、各自治体の意向を十分に配慮する必要がある（医療提供者）

・5大がん全てに対応できる拠点病院は少ないのでは？ 地域や病院の特色を出し、地域で役割分担をする方向性が現実的かと考えます（医療提供者）

### 2-5-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-5-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

・医療機関整備、ネットワーク作りに予算が必要。とくに、がん診療連携病院をオンラインで結ぶためのシステムの構築と維持に対する継続的な予算立てが必要（医療提供者）

・ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。（医療提供者）

・二次医療圏ごとの「病院」「在宅ケア」「介護支援」の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。（患者関係者・市民）

・患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっているので、ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい（患者関係者・市民）

・評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価軸開発に予算をデータベースに資金を！！（医療提供者）

・今の使用しづらい予算ではなく、医療連携推進を具体的にサポートする予算（連携のための人員確保、ITネットワークの整備等）してほしい（医療提供者）

・一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。（患者関係者・市民）

・拠点病院に医療連携・研修のセンターを作り、予算措置を行う（医療提供者）

・がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える（行政）

- ・医療機関整備のための協議機関を作る。参加する委員には十分な報酬を与える（医療提供者）

#### 2-5-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・IT、チーム医療（医師、看護師、薬剤師、メディカルソーシャルワーカー、リハビリ、事務）が整備されている病院へ診療報酬を（医療提供者）
- ・病診連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。（医療提供者）
- ・ネットワークを利用する紹介の形態に対する報酬の創設（医療提供者）
- ・病院と診療所が連携するクリティカルパスを充実して行く必要があるが、多忙な日常診療を終わってから、医療機関同士で連絡をとりながらシステムを構築するのは、実は現場において非常なエネルギーを必要とする。このような努力をしている医療機関には一定のインセンティブを与えるようにすべきである（医療提供者）
- ・病院と連携医の間に入るコーディネーターが必要（医療提供者）
- ・がん拠点病院がない地域における、がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、経済的支援を行う。（行政府）

#### 2-5-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。（医療提供者）
- ・拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある（患者関係者・市民）
- ・ネットワーク構築に関するスタッフの派遣制度（医療提供者）
- ・拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク（枠組み）の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る（患者関係者・市民）
- ・遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医療費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている（医療提供者）
- ・リアルタイム（四半期）で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつけられるようにする（患者関係者・市民）
- ・がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設（行政）
- ・地方の実情に応じ、二次医療圏数にかかわらず、要件を満たす病院については積極的に指定願いたい

#### 2-5-4 分野内の横断的検討（再掲）

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、「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を行い、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」〔A-38〕による地域特性に応じた拠点病院制度の構築とあわせて、制度面での基盤整備を行う。これをもとに、「拠点病院機能強化予算の交付金化（100%国予算）」〔A-39〕を行い、拠点病院に対する国の支援を強化する。

また、「医療機関間の電子化情報共有システムの整備」〔A-41〕、「がん患者動態に関する地域実態調査」〔A-42〕によりがん診療ネットワークを強化するとともに、ネットワークその連携機能について「がん診療連携拠点病院の評価手法の開発」〔A-43〕により評価を行う。そのネットワーク間における治療やケア、フォローアップについては、「サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）」〔A-40〕により、患者が切れ目の無い医療を受けられるように配慮する。

なお、がん診療ネットワークについては、個別分野2「緩和ケア」の「切れ目のない終末期医療のためのアクションプラン」〔A-21〕、「緩和医療地域連携ネットワークのIT（情報技術）化」〔A-25〕などの施策や、個別分野3「在宅医療（在宅緩和医療）の在宅ケア・ドクターネット全国展開事業」〔A-29〕、「医療と介護の連携」〔B-13〕、「医療法の改正（大規模在宅緩和ケア診療所と地域在宅緩和ケア計画の規定）などの施策、個別分野11「疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕などの施策と、密接な関係があると考えられる。



## 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) サイトビジット（施設訪問）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、都道府県ごとにご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も進める。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な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は急務（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)

#### 2-8-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・たばこ価格値上げを含む禁煙推進のための各種施策や法制化の実施
- ・がんの予防や病態などに関する学校教育の充実
- ・生活習慣や食事の改善に関する国からの支援を含む研究や普及啓発の促進
- ・たばこ対策の推進にあたって必要かつ十分な予算を確保する
- ・たばこ税の税収をがんの予防や対策へ充当する
- ・学校におけるがんや禁煙に関する教育について文部科学省より予算措置を図る
- ・たばこ税を値上げし、がん対策予算に適用させる。
- ・子宮頸がんや喫煙によるがんなど、予防可能ながんに関して、予算措置をとる。

#### 2-8-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・禁煙外来を継続的に評価し、さらに受療しやすい環境を整備する。
- ・未成年者に対する禁煙治療を保険適用する。
- ・予防医学に対する保険適用を検討する。

#### 2-8-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・国を挙げた禁煙推進のための法整備を行う
- ・たばこ事業法を改正する
- ・国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する
- ・健康増進法第 25 条の受動喫煙防止義務を強化する

#### 2-8-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

##### 2-8-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・「禁煙目標」「受動喫煙防止対策」とともに目標が低く、公共施設や限られた路上での禁煙が少しずつ進んでいる状態で、成果が出ているとは言い難い（患者関係者・市民）
- ・神奈川県が受動喫煙防止条例を検討しているが、県境を超え顧客が他県に流れる懸念から反対の意見もあり、地域的な規制には限界がある（行政）
- ・たばこ対策は、医療関係者のみでは解決できない。禁煙指導的発想から、社会全体の種々の影響を考慮に入れた政策的な対応を考えるべき（医療提供者）
- ・食生活の指導と生活習慣の改善を浸透させにくい。禁煙と受動喫煙のない環境が整備されにくい（医療提供者）
- ・食生活の西洋化が特定のがんの増加につながっているとされる中、「食生活」の具体的な指導やがん予防へのエビデンスの情報収集が不十分（患者関係者・市民）
- ・喫煙対策が展開できる予算が十分でない（行政）

- ・医師、教育、行政と連携して行うための予算（学校、地域公会所等での講習会）が不足している（医療提供者）
  - ・効果が明確でない普及・啓発のための費用は、厳しい財政状況の中、認められにくい。
- 1/2 補助事業では、新規となると要望は困難な状況にあるが、10/10 の補助事業では現時点の補助基準から活用が難しい（行政）
- ・財政難のため、知識の普及に必要な経費の確保ができない（行政）
  - ・受動喫煙防止対策は、個々の県条例では困難（行政）
  - ・がんの原因と分かっているながら、たばこ対策がされていない（患者関係者・市民）
  - ・健康増進法及びたばこ枠組条約が定められているにもかかわらず、受動喫煙防止対策が不十分（行政）
  - ・未成年に対する喫煙防止対策が不十分（行政）
  - ・公共施設におけるたばこの自販機、分煙などがいまだに多い（医療提供者）
  - ・喫煙対策ががん対策基本計画の中に正しく位置づけられていない（その他）

### 2-8-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-8-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・がんの予防は、禁煙対策に尽きる。健康増進法を一步進め、公共の施設のみならず職場、飲食店の施設内禁煙を義務化すべき（医療提供者）
- ・禁煙について効果が大きいとされているのが、たばこの価格をかなり高額にするということであり、国税収入不足対策ではなく生活習慣病も減るとされ、医療費の低減につながるところ大であるとする（行政）
- ・FCTC（たばこ規制枠組み条約）に示されている各条項の履行は、批准国としての責務であることを厚生労働省はもっとアピールすべき（医療提供者）
- ・小中学校及び高等学校における学校教育においてがん予防教育を行うことで、比較的低予算で効果的な教育ができるのではないかと考える（その他）
- ・初等・中等教育における「がん＝国民病」の説明、たばこ、ドラッグ、生活習慣とがんの関連などの説明（患者関係者・市民）
- ・効果的・効率的な普及啓発事業を展開することが重要。地方自治体の財政事情が厳しい中、国から提供される普及啓発資料を効果的に活用する必要がある（行政）
- ・生活習慣病センターとがんセンター等が連携し、食事や運動習慣を是正できるよう指導体制を構築する（医療提供者）
- ・禁煙治療の質の維持向上と普及のための予算の確保と、健診の場における禁煙支援の実施のための予算の確保（医療提供者）
- ・たばこ税をがん予防の予算に回してほしい。たばこ対策の授業を、文部科学省の学校保健の範囲に入れる（患者関係者・市民）

- ・ 値上がりした増収益をたばこ葉農家の支援対策費に充てる（その他）
- ・ 啓蒙活動としてピンクリボンだけではなく、他のがんのキャンペーンにも予算を組むべき（患者関係者・市民）
- ・ 快適職場を支援する補助として、禁煙・分煙の取組についても補助対象とする（行政）
- ・ 文部科学省における予算化・厚生労働省から公共施設の禁煙の方針の提示（行政）
- ・ 値上げ分のたばこ税の増収をがん対策に回す（患者関係者・市民）
- ・ たばこ税はがん対策、特に学生のがん教育費用に使う（患者関係者・市民）
- ・ 禁煙運動に対する補助金の増加（医療提供者）
- ・ 未成年喫煙者への禁煙治療に医療費補助を行う（医療提供者）

#### 2-8-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・ 未成年者に対する、禁煙治療の保険適用化（行政府）
- ・ 禁煙外来を行っているところへの診療報酬を厚くする（医療提供者）
- ・ 禁煙治療に対する診療報酬の増加（医療提供者）
- ・ 喫煙者の自己負担金比率を上げる（医療提供者）
- ・ 禁煙治療の保険適用条件（喫煙指数等）を撤廃し、ニコチン依存症管理料を引き上げる（医療提供者）
- ・ 喫煙者のがん、心血管病診療の自己負担分を増加する（医療提供者）
- ・ 敷地内全面禁煙病院では診療報酬の増額をする（医療提供者）
- ・ 予防医学に対する保険適用（医療提供者）
- ・ 医療機関における禁煙指導条件の緩和（医療提供者）

#### 2-8-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・ 罰則を盛り込んだ法制化等、全国統一した施策が必要（行政）
- ・ たばこ事業法を廃止し、健康政策としてたばこ対策を位置付ける（行政）
- ・ 国レベルで公共施設や飲食店での禁煙を法制化する（患者関係者・市民）
- ・ 健康増進法第 25 条の受動喫煙防止義務を強化する（医療提供者）
- ・ 国または地方での禁煙に関する法令条例を整備する（その他）

#### 2-8-4 分野内の横断的検討（再掲）

日本は「たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約（たばこ規制枠組条約）」の締結国であり、条約で求められている諸施策の実施にあたっては、法制面での対応が不可欠であると考えられるため、「健康増進法の改正（受動喫煙の防止）」〔C-30〕により、たばこ事業法の廃止も含めた必要な法改正を行うとともに、「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〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」〔A-57〕により、たばこ価格やたばこ生産者への対策を行うとともに、「喫煙率減少活動への支援事業」〔A-58〕、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」〔A-59〕、「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕により、禁煙に関する普及啓発を進める。また、「たばこ依存への治療と禁煙対策」〔B-25〕により、たばこ規制枠組条約において求められている、たばこ依存への治療機会の提供を担保する。



## 2-9 分野9 がんの早期発見（がん検診）

### 2-9-1 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。

#### 2-9-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) 保険者・事業者負担によるがん検診 [A-60]

がん検診率 50%を達成するには、毎年少なくともあと 1,500 億円の検診費用が必要である。その費用の負担は、市町村財源や受診者負担では不可能であり、かつてのような交付金に戻すことも困難である。トータルな疾病管理の観点からも、がん検診機会を増やすためにも、メタボ健診と同様に、保険者負担・事業者負担によるインセンティブシステムを採用する。

##### (2) 保険者負担によるがん検診事業 [A-61]

がん検診受診率の目標は 50 パーセント以上とされているが、現状ではその上昇はあまりみられず、保険者負担による受診勧奨など、抜本的な見直しを伴う施策が考慮される必要がある。がん検診において一定の受診率が見込める実績のある地方自治体や地域を対象に、国民健康保険加入者を対象にして、胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、子宮がんについて、保険者負担によるがん検診を進める。

##### (3) がん検診促進のための普及啓発 [A-62]

がん検診の受診勧奨だけでは限界があり、がんに関する正しい理解の促進を通じて、がん検診を受診する意識を喚起することが重要である。がん検診に関する企業の取り組みを政府が主導することで、国民への明快なメッセージを提示する。例えば、がんの普及啓発を目的とした分かりやすい冊子を、企業とのタイアップをもとに作成、配布するとともに、学校におけるがん教育との連携も図る。

##### (4) がん検診の精度管理方式の統一化 [A-63]

がん検診の精度管理は地域間でほとんど統一されておらず、がん種間でも精度管理の質的な差異がみられることが、がん検診普及を阻害する要因の一つとして挙げられる。厚生労働省などにおいて関係学会との連携により、がん検診の精度管理に関する中央管理を行い、都道府県は解析スタッフ養成のため、精度管理に関する研修や、指導管理協議会の運営、市町村のがん検診の結果の登録を実施する。

##### (5) 長期的な地域がん検診事業 [A-64]

国内において極めて貴重な情報が得られつつある、循環器疾患における久山町地域の事業を参考に、がん検診に関する地域連携や協力が得られることが期待できるなど、モデル地区として一定の要件を満たす人口 10 万人までの市町村を対象に、がん検診の有効性や、がんのリスク因子解析などの情報を分析するために、「同一集団に対する繰り返しがん検診モデル」を、10 年単位で長期にわたり追跡調査する。

(6) イベント型がん検診に対する助成 [A-65]

アンケート調査によると、がん検診を知っていても、検診を受けられる機会がない、あるいは便利でないことから、実際に検診を受けない人が多い。移動検診車による検診の機会の提供、休日・夜間の駅前、デパート、繁華街等の住民が集まりやすい場所でのがん検診イベント開催などを対象に助成する。また、居住地以外でのがん検診を円滑に進めるための市町村間の連携体制を強化する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-9-1-2 「診療報酬」の推奨施策

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

### 2-9-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 高齢者の医療の確保に関する法律の改正 [C-32]

平成 20 (2008) 年度以降、がん検診は市町が実施する検診を、メタボ検診などの健康診断（特定検診）は健康保険が実施する検診を受けることとなり、がん検診と健康診断を住民健診で受診していた健康保険加入者の被扶養者などが減り、各地でがん検診受診率が大きく減少している。受診率向上のために、高齢者の医療の確保に関する法律の改正を行う。

(2) 健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者に関する保険料の取り扱い） [C-33]

がん検診受診率の向上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、がん検診受診者と未受診者とで保険料のインセンティブを導入することを検討する。

＜詳細は添付の施策提案シート個別票をご覧ください＞

### 2-9-1-4 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(2010)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、抜本的な見直しが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。

#### 2-9-1-5 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。

#### 2-9-2 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。

##### 2-9-2-1 意見の要約（問題点）

- ・がん検診の実施者が保険者と市町村とに分かれている
- ・がん検診の受診率算出や精度管理の方法が統一されていない
- ・がん検診に関わる医療機関や地方自治体のマンパワーが不足している
- ・がん検診の一般財源化により受診者が増えると市町村の負担が増える
- ・がん検診に関する普及啓発に対する予算が十分でない
- ・社会保険加入者ではがん検診受診の負担が大きい

##### 2-9-2-2 意見の要約（改善案）

###### 2-9-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・がん検診の受診率や精度管理の全国統一化
- ・土日や夜間受診など受診しやすい環境の整備

- ・学校教育やマスメディアを通じたがん検診に関する普及啓発
- ・特定検診と同様にがん検診を保険者負担とする
- ・がん検診受診者へのインセンティブを導入する
- ・がん検診にかかるマンパワーや検診車、民間団体等への予算措置を図る

#### 2-9-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

#### 2-9-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・がん検診の法制化
- ・がん検診の受診によるインセンティブまたはペナルティー制度の導入
- ・がん検診の受診に伴う労働法制上の対応

#### 2-9-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

##### 2-9-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・特定健診や特定保健指導などの実施主体は保険者だが、がん検診の実施主体は市町村であり、現場は大いに混乱している（医療提供者）
- ・労働者へのがん検診は一部の健康保険組合のオプションの位置づけにあり、社会保険の被扶養者が検診を受診しづらい（医療提供者）
- ・通常の検診実施義務者が、保険者と市町村に別れることにより、がん検診の受診率の把握がより困難になった（行政）
- ・がん検診受診率の算出方法の、統一した算出法がない（行政）
- ・早期発見のために検診は必要だが、例えば乳がんに関して、若い世代の意識がない。検診といっても触診だけでははっきりいって無意味（患者関係者・市民）
- ・市町村におけるがん検診において、老人保健法で国の補助があった頃とは違い、入札により毎年業者が変わることがあり、精度管理しにくい状況（医療提供者）
- ・受診者数が増えると、要精検者をフォローする二次医療機関のキャパシティが不足する。精検結果把握に協力しない医療機関もある（行政）
- ・いまの医師数では検診率アップは不可能（医療提供者）
- ・自治体のがん検診はほんの1~2名の職員で実施していると言っても過言ではなく、検診団体との調整や苦情対応、受診勧奨、追跡調査など多忙をきわめ、マンパワー不足はかなり深刻であり、職員の頑張りややる気以前の問題である（行政）
- ・がんについての正しい知識・姿勢を啓発するのは、メディアまかせではなく国が責任持

って行うべき。検診についての限界や適応など、得られる結果に対して見合う対象を明示して施行するよう、もっと細かな科学的な配慮が必要（医療提供者）

- ・がん検診の費用は一般財源化されており、検診の受診率が向上すれば、それだけ市町村の財政負担も増大することが懸念されている（行政）
- ・市町村はがん受診率向上のノウハウ（個別通知、セット健診）を知っているが、受診率が上がると市町村負担が増えることが受診率向上のネックとなっている（行政）
- ・がん検診の実施主体である市町村は、財政事情が厳しく財政的な支援が必要であり、検診費用については地方財政措置がなされているとはいえ、予算の範囲内でしか事業展開ができず、積極的な受診勧奨活動ができないジレンマがある（行政）
- ・働き盛りの年代ががん検診を受診するためには、企業においてはその受診の機会が設けられる予算がない（その他）
- ・市町村がん検診事業について、今年度から地方交付税が2倍になったとはいえ、市町村ごとの増額された措置額が明示されず、用途が限定されないのでは、がん検診事業費の拡大はあまり期待できない。もっと効果的な予算措置が必要（行政）
- ・総務省は、がん検診受診率向上のため昨年交付税を倍増したと発表した。その時期が遅かったこともあり、市町村の予算措置はほとんど前年同額である（医療提供者）
- ・女性特有のがん検診について、H22年度予算において補助率が2分の1であるが、年齢設定や検診手帳などの制約が多く、補助金の使い勝手がよくない。がん検診の受診率アップに伴い精密検査受診者も増加するが、受け入れる専門病院の不足が懸念される（医療提供者）
- ・がん検診の有用性がはっきりしない。費用対効果がわからない。精度管理が不安。がん検診が自由に受けられる施設がない（患者関係者・市民）
- ・国民健康保険、職域、被扶養者と、加入している医療保険者による検診できる内容の相違・職域・自己受診の数字が把握できる体制がないため、実際の受診状況が不明（行政）
- ・自覚症状がなく、お金や時間を使って、わざわざ自分から出向いて行く事は難しい。小さな頃から予防医学、検診について学び、なぜ検診が大切なのかを勉強すべき（患者関係者・市民）

### 2-9-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-9-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・社会保険のがん検診の実施の義務化（特定検診に準じて）。これができないなら、被扶養者がどこで受診できるかを国民に明示すべき（医療提供者）
- ・市町村事業におけるがん検診受診率算定式の全国統一化を図り、地域・職域を含めた正確ながん検診受診率の把握方法等について早急に検討・公表する（行政）
- ・人口動態統計なみのがん受診実態調査、その後の徹底した追跡調査をやるべき（行政）

- ・受診しやすい土日・夜間受診や、育児中の母親が受診できることよう、保育託児つきにするなど、がん検診の工夫を積極的に行う（患者関係者・市民）
- ・行政ががん検診 100 パーセント受診の宣言をし、量販店のポイント制度やがん募金の活用などを行うなど、もっと知恵を絞るべき（患者関係者・市民）
- ・小学生の学校教育に健康教育を取り入れ、成人に達した年齢者を対象に、検診受診を制度化して検診意識を高め、職場内検診を制度化する（医療提供者）
- ・ゴールデンタイムなどに、公共広告機構などからのテレビ広告を流す。国民ひとり一人に危機感を持ってもらい検診受診を促す（行政）
- ・がん検診の啓発にマスメディアの利用も大きな影響が得られるのではないか。乳がんのマスメディアを通じた啓発があったときに受診者が増えた（医療提供者）
- ・がん検診も保険者の責任として行わせる（医療提供者）
- ・がん検診の事業実施主体である市町村が、主体的に普及啓発活動やがん検診事業を展開できるような補助事業を創設する（行政）
- ・職場検診にがん検診を義務化し、毎年検診している人ががんに罹患した場合の優遇措置を設ける（初期検査無料など）とともに、がん検診受診をすべての生命保険加入の条件とする（患者関係者・市民）
- ・全検診受診者の国保税等の一部軽減分の負担など、検診受診者に対するインセンティブの助成（行政）
- ・がん検診への補助金が交付税との関係でできないので、独自検診や上乘せ検診等の補助が必要。精度管理や事業評価に対する助成も必要（行政）
- ・国際的に標準となりつつある、対象者名簿に基づいた非受診者への受診勧奨を行うマンパワーと予算が必要（医療提供者）
- ・検診にもお金をつけないと検診を受けない。特にマンモグラフィー、子宮がん検診のように検診車でまわるようにすると、もう少し受診率が増える（有識者）
- ・がん検診で民間団体を活用し、民間団体へ助成金を交付する（患者関係者・市民）
- ・市町村の検診費用を一般財源でなく、特定補助に戻した方がいいのではないかと（県庁担当者）
- ・実施主体である各市町はほとんどが財政難であり、地方交付税措置の増額等が「がん検診実施費用」に反映されていない。以前のような負担金としての交付が必要（行政）
- ・国が目標値を掲げている以上、目に見える形で（地方交付税ではなく、国負担金・補助金の形で）支援をしてほしい。また女性特有のがん検診推進事業など、国が主導して実施する事業については、全額国の負担で実施するようにしてほしい（行政）
- ・県単位などで新しい検診方式の実施を「特区」として認め、3-5年単位でその評価を行う制度が必要（医療提供者）
- ・費用対効果がはっきりしているがん検診に対してだけ予算をかける（患者関係者・市民）

### 2-9-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・高齢者のがん検診に診療報酬を設定する。早期発見のための公費負担がん検診は働き盛りの年齢層に対して行うべき（医療提供者）
- ・検診で要精査となって受診する初診患者に対して、一定の加算が算定できるしくみが望まれる。増加する検診に対して病院側の態勢を整えるのに必要な処置（医療提供者）
- ・検診を受けて、異常が発見された症例に対する患者自己負担の減額（医療提供者）
- ・検診を受けないで、がんになった場合は診療点数が高くなるようにする（医療提供者）

### 2-9-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・地域住民のがん検診の受診を法制度化し、すべての検診を含めたデータベースを構築する（医療提供者）
- ・保険者と市町村に別れ、受診率の把握が出来ないため一元化をはかることが必要（精度管理の面から、統計上も）（医療提供者）
- ・がん検診を受けると何か益になることを制度上取り入れるべき。例えばがんが発見された場合、保険者から診療費が補助されるとか（医療提供者）
- ・検診を受けないと国民健康保険税などの金額が上がる仕組みを導入（患者関係者・市民）
- ・自治体が行なう検診を定期的に受診した患者に対する減税制度の創設（医療提供者）
- ・小、中学校のカリキュラムに組み入れて、年齢に合った教育をする。教科書の改善（患者関係者・市民）
- ・休日検診を推進するよりも、企業か事業主が検診のための有給休暇を義務づける制度を考慮すべき（医療提供者）
- ・労働安全衛生法にがん検診の義務づけ（行政）
- ・検診率が高い県には、地方交付税を上乗せする（患者関係者・市民）

### 2-9-4 分野内の横断的検討（再掲）

「高齢者の医療の確保に関する法律の改正」〔C-32〕により、がん検診と特定検診との整合性を図るとともに、「健康保険法の改正（がん検診受診者と未受診者と非喫煙者に関する保険料の取り扱い）」〔C-33〕により、保険診療に予防医学の考えを導入することを検討する。

これと並行して、「保険者・事業者負担によるがん検診」〔A-60〕や「保険者負担によるがん検診事業」〔A-61〕により、保険者負担・事業者負担による受診勧奨を進めるとともに、「がん検診促進のための普及啓発」〔A-62〕による普及啓発や、「イベント型がん検診に対

する助成」〔A-65〕による受診機会の拡大を進める。また、「がん検診の精度管理方式の統一化」〔A-63〕や「長期的な地域がん検診事業」〔A-64〕により、がん検診の精度管理や、がん検診の有効性の調査を進める。

なお、がんに対する国民の理解と普及啓発が必要であるため、全体分野1「がん対策全般」の「初等中等教育におけるがん教育の推進」〔A-8〕などの施策と、密接な関係がある。



## 2-10 分野10 がん研究

### 2-10-1 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。

#### 2-10-1-1 「予算」の推奨施策

(1) 希少がん・難治がん特別研究費 [A-66]

罹患者数の少ない希少がんや、有効な治療法の確立されていない難治がん、あるいは5大がんの中にあっても極めて治療成績の悪いがんについて、有効な新規治療薬や治療法を研究・開発し、治療成績の向上を図ることを目的として、病態解明、予防・診断・治療等へ応用するトランスレーショナルリサーチ等、特別研究費に係る予算措置を行う。対象となるがんや研究の選定については第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(2) がんの社会学的研究分野の戦略研究の創設 [A-67]

現在の第3次対がん総合戦略研究において、がんの社会学的研究は一部行われているものの、基礎研究や臨床研究が主体であり、心理学、介護学、社会学、医療経済学、情報工学、ヘルスコミュニケーション、顧客満足度研究、政策提案などを含むがんの社会学的研究分野が不足している。第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(3) がん患者のQOL(生活の質)向上に向けた研究の促進 [A-68]

患者やキャンサーサバイバーのQOL(生活の質)向上に向けた研究のための臨床試験は、企業等のインセンティブが働かずほとんど存在しない。また、近年承認された新薬は作用機序が従来と異なり、新たな観点での有効性の評価や副作用対策が求められる。臨床試験のデザインを公募し、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行うとともに、結果を公表する。

(4) 各がん腫ごとの集学的標準治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援 [A-69]

手術療法、化学療法、放射線療法などの治療法を効果的に組み合わせる、集学的治療法の標準治療を確立するには、質の高い大規模比較臨床試験が必要とされるにもかかわらず、現状では研究費も不足しており、細分化された小規模な臨床試験が乱立している。がん腫や病期の対象を絞った集学的治療法の標準治療の確立を目指し、5年単位の戦略的な大規模臨床試験を促進するため、研究費を支援する。

(5) がん予防、検診など大規模長期研究を必要とする重点課題に対する支援 [A-70]

がんの予防や検診などの介入・方法論の有効性を検証するには、10年単位の長期、同一集団に対する追跡研究が必要であり、今後のがん予防対策にきわめて有用な知見をもたらす可能性がある。欧州ではすでに大規模研究が進行しており、アジア人を対象とする多国間臨床試験についても、世界的に関心が高いにもかかわらず、国内では公的研究費が皆無である。がんリスクの解明や、がんの予防、早期発見などのテーラーメイドのがん対策の実現を目指し、重点課題に対する支援を行う。

(6) ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進 [A-71]

国内における、がん新規治療薬の効率的な開発と、安全かつ速やかな標準医療化を促進するため、患者ゲノム情報に基づく副作用発現予測システム確立の研究事業を推進する。具体的には、企業、PMDA および臨床研究者が参画し、治験の段階から市販後まで、一貫して、患者の副作用情報とゲノム試料を収集する研究ネットワークと、そのゲノム情報解析により副作用予測を行う研究拠点の整備を推進する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-10-1-2 「診療報酬」の推奨施策

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるが、アンケートやタウンミーティングより診療報酬での対応を求める意見があったため、診療報酬での推奨施策を提案する。

(1) 高度医療への対応 [B-26]

がん研究の審査にて承認された研究においては、原則として高度医療にて未承認の薬剤を使用し、その他の診療は保険適用とする形で、高度医療との併存を原則とて認める。ただし、この診療は、承認されたがん研究を行う施設実施医療機関の適用基準をクリアした施設に限定して臨床試験を実施し、高度医療以外の診療は保険で認める形とする。また、こうした研究については、可能な限り公開で研究を進め、研究の現状を「見える化（可視化）」する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-10-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価 [C-34]

科学性、有効性、有用性などの観点から、がん研究費が適正に配分されることを目的に、第三者的な組織が選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を

創設するとともに、結果を公表する。あわせて、独立行政法人医療品医療機器総合機構法を改正し、がん研究成果を有効に評価できる仕組みを検討する。

#### 2-10-1-4 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（2010）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。

#### 2-10-1-5 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。

### 2-10-2 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。

#### 2-10-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ 基礎研究と臨床研究の相互応用が十分ではない
- ・ 研究成果が広く一般に伝わっていない
- ・ がん研究にかかる予算が十分ではない
- ・ 臨床研究と比べ基礎研究への予算が減りつつある
- ・ 大規模な研究に重点配分され小規模かつ自由な研究への予算が十分ではない

## 2-10-2-2 意見の要約（改善案）

### 2-10-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・がん研究に社会学的研究分野を含めた幅広い視点からのアプローチを行う
- ・研究成果を広く一般に伝えることのできる体制を整える
- ・様々な研究機関や医療職による横断的な研究体制を構築する
- ・臨床研究と基礎研究それぞれにバランスよく予算を配分する
- ・文部科学省のがん研究予算を復活し、厚生労働省研究予算も増額する
- ・がん研究予算への民間からの寄付を集めやすくする仕組みを整える

### 2-10-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での意見については、後記「寄せられたご意見」にて一部を紹介する。

### 2-10-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・研究報告のみならず、成果や業績を評価する仕組みをつくる
- ・患者関係者も交えた外部業績評価に基づく研究費の適正な配分
- ・研究者の所属組織を超えた研究ネットワークの形成

## 2-10-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

### 2-10-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・基礎研究と臨床研究が全く独立していて、成果を相互に応用する機会が乏しい。実際の臨床が多忙で研究する時間が十分にとれない（医療提供者）
- ・海外で研究している日本の研究者が戻ってきても、研究を続ける施設がないため研究を断念せざるを得ない現実がある（その他）
- ・どのような形で、効果が出ているのか、データを出してほしい。作成されたものが、広く一般に普及されていない（患者関係者・市民）
- ・一定の決まった施設に集中している（医療提供者）
- ・有名大学、有名センター以外にも人材はいる（医療提供者）
- ・疫学研究の遅れが問題（その他）
- ・それなりの予算ではあるが、必ずしも十分ではない（医療提供者）
- ・目の前の対策が重視され、研究が軽視されつつある（医療提供者）
- ・小さな、自由な研究にも予算をつけてほしい（医療提供者）
- ・国立大学は総定員法にて、研究者や研究助手がすでに雇えない状況（医療提供者）

- ・小児がんに対する研究が不足。晩期障害についても対策が不十分（患者関係者・市民）

### 2-10-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-10-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・世界との共同研究等で効率よい研究をするとともに、定期的に研究内容や結果を公表し、地域の住民と情報交換する（患者関係者・市民）
- ・臨床に役立つ研究の重点化（医療提供者）
- ・がん研究をがんのメカニズム研究に限定するのではなく、がん看護、がん社会学、がん経済学、がん政治学などと直結した研究も実施（行政）
- ・健康生成論やソーシャルキャピタル（社会資本）とがんの関係は、新規がん患者やキャンサーサバイバー（がん経験者）の支援につながることを確認すべき（その他）
- ・研究はそれを行う大学・研究機関を限定して人材を集め、そこで得られた成果を発信するというシステムにする（患者関係者・市民）
- ・特定のがん研究者ではなく、もっと幅広い医療職種が取り組める研究助成を（患者関係者・市民）
- ・施設間の情報等の連携強化（医療提供者）
- ・がんの基礎的研究が臨床に反映されていないとの批判があり、がん対策は主にがん医療に向けられている。短期的な視点に立てばこれは大変結構なことであるが、中、長期的な観点から、がん研究予算、特にがんの基礎研究予算を減じるべきでない（その他）
- ・文部科学省における科研費にがん予算を復活させるとともに、厚生労働省のがんの臨床研究予算も増額する（その他）
- ・研究予算は削減してはいけない（医療提供者）
- ・国がきちっと予算をつけて、公募制でテーマ登録すべき（患者関係者・市民）
- ・臨床研究に予算を十分に配分する（医療提供者）
- ・がん研究助成に関する寄付金は税金控除とし、研究施策の戦略決定の「見える化」「透明化」を確保するとともに、研究助成決定機関へのがん患者団体の参加を進める（その他）
- ・文部科学省のがん研究に係わる特定領域研究にかわる研究費の創出（医療提供者）
- ・がん研究予算の適正な配分と業績評価の必要性（医療提供者）
- ・基礎的な研究や希少がんへの研究など予算的な措置が大切（患者関係者・市民）
- ・予算が少なすぎる。新たな技術や薬剤に対する審査期間の大幅短縮、テーラーメイド治療の充実が必要（医療提供者）
- ・がん医療が国の基幹産業となるように予算額を増額する。日本の製薬企業が日本で新薬の開発（phase I 試験）ができるようにする（医療提供者）
- ・新薬や適応拡大の抗がん剤、新規の分子診断（遺伝子診断や遺伝子発現解析）の導入をより一層加速するために、医薬品医療機器総合機構（PMDA）での申請、審査、相談などの

体制を変えていく必要がある（その他）

### 2-10-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での推奨施策については割愛しているが、診療報酬での対応を求める意見が寄せられているため、その一部を紹介する。

- ・臨床試験を充実させるために、適応外抗がん剤に対する診療報酬を認める（医療提供者）
- ・臨床治験はインフォームドコンセントに通常の患者より多大な時間を費やす。現状これに対する対価が診療報酬上算定できない。これが算定できるようになれば臨床治験がより円滑に進むと考える（医療提供者）
- ・がん研究（学会発表・論文など）を一定のレベル行なっている施設に対しての報酬アップを（医療提供者）

### 2-10-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・有用性が確認された新薬が承認販売されるまでの可及的処置として、高度先進医療制度を拡大解釈し、ある程度簡便化して推進させる（医療提供者）
- ・研究体制の整った臨床試験グループが作成した計画研究に基づいた新しい薬物の研究は、なんらかの研究費で薬剤を手に入れ、混合診療での実施を可能とすべき（医療提供者）
- ・海外で認可されている薬について、もっと早く日本でも認可できるような制度をお願いしたい。がんが転移した場合、生存率が急激に下がり、待つ時間が大変惜しい（患者関係者・市民）
- ・研究予算の配分に関しては患者団体の代表も含めた外部評価を実施すべきで、真に成果の上がっている研究計画に適正に予算を配分するシステムをつくり、科学研究費など国税を投資するものに関しては、広く国民の理解を得る努力をするべき（医療提供者）
- ・特区として、研究者の所属機関の縛りを越えたネットワーク形成（バーチャルがん研究センターなど）を認め、競争的研究資金を従来の大学や研究所の単位ではなく、ネットワーク組織に大型予算化できるような制度を設けてはどうか（その他）

### 2-10-4 分野内の横断的検討（再掲）

「研究費配分機関（ファンディングエージェンシー）による研究審査と成果評価」〔C-34〕により、科学性、有効性、有用性の観点から、がん研究費が適正に配分される基盤整備を行う。これと並行して、「各がん腫ごとの集学的治療の確立のための大規模研究の促進に関する支援」〔A-69〕、「がん予防、検診など大型長期研究を必要とする重点課題に対する支援」〔A-70〕、「ゲノム科学に基づく大規模な副作用予測研究の推進」など、がんの予防や治療に関する大規模な研究プロジェクトに対する支援を行う。また、「希少がん・難治がん特別

研究費」〔A-66〕、「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〕により、がんに関わる周辺分野に対する研究についても、重点的に支援を進める。加えて、診療報酬に関して「高度医療への対応」〔B-26〕を行い、高度医療評価制度に関わる研究の促進を図る。

なお、本分野は研究の促進のみならず、患者や医療現場に未承認薬や未承認医療機器が早期に届けられるという観点から、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」の、「抗がん剤の審査プロセスの迅速化」〔A-19〕や「コンパッション・ユース（人道的使用）制度の創設」〔C-13〕などの施策と密接な関係があると考えられる。また、希少がん・難治がん研究の観点からは、個別分野 11「疾病別（がんの種類別）の対策」の「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕と、密接な関連がある。

## 2-11 分野11 疾病別（がんの種類別）の対策

### 2-11-1 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。

#### 2-11-1-1 「予算」の推奨施策

##### (1) 疾病別地域医療資源の再構築プロジェクト [A-72]

二次医療圏や県全域などで、疾病別に予防から検診、検査、診断、治療、緩和ケア、在宅ケアまで一貫して地域医療資源を再構築することで、疾病ごとの早期発見と治療の質の向上を達成し、「がん難民」を生まない状態を作り上げる。有識者や関係団体、行政からなるプロジェクト委員会を設置し、疾病ごとの医療資源と患者動向を調べ、地域での責任分担体制を構築するとともに、サバイバーシップ・ケアプラン（がん経験者ケア計画）を作成する。

##### (2) 子宮頸がん撲滅事業 [A-73]

子宮頸がんはワクチン接種と早期発見のための検診の普及により封じ込めることができる可能性があり、国際対がん連合（UICC）の国際ガイドライン等でもワクチン接種が推奨されているにもかかわらず、海外と比較して日本での対策の立ち遅れが目立つ。ワクチン接種を予防接種法に位置づけ、麻疹・風疹ワクチンと同時接種が行える環境を整備するとともに、検診率の向上により子宮頸がんの撲滅を目指す。

##### (3) 小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進 [A-74]

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、有効な新規治療薬や治療法を開発するのみならず、肉体的・精神的・社会的に大きな負担を強いられる小児がん患者や家族、長期生存者に対しては、社会的な支援（家族支援、院内学級、就労支援、保険加入）を行う。小児がんや希少がんに対して包括的な対策を推進するためのセンター的機能を有する拠点施設を整備し、ファンディングエージェンシー（研究費配分機関）機能を伴う小児がん研究事業などを推進する。第三者的な組織が研究の選定を実施し、患者関係者や有識者から成るパネルが検討を行う制度を創設するとともに、結果を公表する。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

#### 2-11-1-2 「診療報酬」の推奨施策

##### (1) 小児がんと希少がん [B-27]

小児がん専門施設・診療科や都道府県がん診療連携拠点病院などにおいては、小児がん



や診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人 T 細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での専門医による中央診断システム、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置し、チャイルドライフスペシャリストなどで対応している社会サポートに対して、さらなる加算をしてはどうか。

(2) 長期生存者のフォローアップ [B-28]

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っていることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(3) リンパ浮腫 [B-29]

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中 1 回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

＜詳細は別冊・施策シート集の個別票をご覧ください＞

### 2-11-1-3 「制度」の推奨施策

(1) 予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）[C-35]

予防可能ながんといわれる子宮頸がんについては、国内で年間 1 万人以上が発症し、そのワクチンについては海外で公費負担をしている国も多く、国内でも全額助成する地方自治体が広がるなど、同様の動きがみられる。現時点では任意接種にて合計 5 万円程度の費用負担となることから、子宮頸がん発症者数の減少による医療費抑制の効果も考慮し、予防接種法を改正し、同法に基づく勧奨接種とするとともに、地方交付税措置を充実することにより接種費用を公費負担とする。

(2) 小児がんと希少がんへの拠点病院制度 [C-36]

罹患者数の少ない小児がんや希少がんに対して、その診断から最新の治療までを提供するためには、がんの均てん化とともに集約化が必須である。発症数に見合った形で、小児がんや希少がんに対応した疾患別の拠点病院制度を地方ブロックごとに設置し、拠点病院制度の連携システムを構築する。当該拠点病院では中央診断を行い、症例を蓄積し治療成績を公開するとともに、小児がんや希少がんの臨床試験を中心とした研究を実施し、その結果を広く公開する。

### (3) 特定疾患研究事業の見直し [C-37]

特定疾患のうち45の疾患については、医療保険の自己負担について一部または全額を公費負担し、患者や家族の負担軽減が図られている。一方、小児慢性特定疾患研究事業では、悪性腫瘍はほぼ全額を公費負担しされている。20才を越えた小児がん患者や青年期のがんではこれらの公費負担がなく、長期に治療が必要な患者や家族に大きな負担となっている。そこで特定疾患研究事業にて、これら小児がん患者の成人期における経過観察や合併症、あるいは青年期に多い肉腫などの希少がんを特定疾患研究事業の対象としてに支援するとともに、その研究を推進する。

#### 2-11-1-4 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「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、各都道府県やがん診療連携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いえない。

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。

#### 2-11-1-5 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「小児がんと希少がん」については、平成 22（2010）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

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。

## 2-11-2 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。

### 2-11-2-1 意見の要約（問題点）

- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルスに関する対策が十分でない
- ・小児がん専門医や患児・家族・長期生存者への精神的・経済的支援が不足している
- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策の予算措置が十分でない
- ・小児がんについて小児慢性特定疾患の公費負担などが十分でない
- ・希少がんに対する対策が十分でない

### 2-11-2-2 意見の要約（改善案）

#### 2-11-2-2-1 意見の要約（予算の改善案）

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の推進
- ・小児がんに対する包括的な対策と患児・家族への支援
- ・ヒトパピローマウイルスやC型肝炎ウイルス対策のための予算措置
- ・小児がん患児や家族の経済的支援のための公費負担制度の拡充
- ・希少がんや難治がんに対応する基幹的施設の設置

#### 2-11-2-2-2 意見の要約（診療報酬の改善案）

- ・希少がんや難治がんに対する診療報酬での評価
- ・罹患者数が多いにもかかわらず死亡率が増加しているがんに対する診療報酬での評価

- ・薬剤や施設に多大な経費がかかる造血器腫瘍などの診療報酬での評価

### 2-11-2-2-3 意見の要約（制度の改善案）

- ・ヒトパピローマウイルスに対するワクチン接種の法制化
- ・希少がんの適用外使用を一定の基準や施設にて認める制度の構築
- ・小児がんの長期生存者に対する制度的支援

### 2-11-3 寄せられたご意見（コメント）から

下記に一部を紹介する。

#### 2-11-3-1 寄せられたご意見から（問題点）

- ・市町村が実施する 5 部位の検診については、胃であれば内視鏡、肺であれば CT、子宮であれば HPV 検査の実施など、現在国指針にない方法を行うべきとの意見もある（行政）
- ・予防できるがん（子宮頸がん）とそうでないものとを分けた理解が、市民に不足している（患者関係者・市民）
- ・がん検診や肝炎ウイルス検査（肝がん高リスク者の発見・受診勧奨）などは、市町村や都道府県事業となっており、医療機関委託での無料ウイルス検査は、人口の多い都市部でも実施されていないところがある（患者関係者・市民）
- ・がんは大人も子供もかかるのに、大人だけしか話が出てこないのはおかしい。小児がんにも全般のがん対策をしてほしい（患者関係者・市民）
- ・小児がん専門医が不足しているため、拠点病院が確立されていない。適切な治療をできる医師が不足しているために初期治療が迅速にされない（患者関係者・市民）
- ・子どもががんになった時、患児家族（兄弟を含む）の経済的、心理的支援が地域、病院により格差が大きい（患者関係者・市民）
- ・一般的なかぜや虫歯でも、小児がん経験者であることが地域の医師にわかると治療を受けられないことがある（患者関係者・市民）
- ・小児慢性特定疾患医療公費負担制度の見直し（患者関係者・市民）
- ・子宮頸がんの HPV ワクチンは、我が国でもやっと使用可能になったが、保険適用外（医療提供者）
- ・造血器腫瘍を取り扱う医療機関が極度に少なく、担当医療機関には多大な負担がかかっている。また、きわめて多忙である事から新規入局の医師も極少である（医療提供者）
- ・症例数の少ないがんを蚊帳の外に置かないこと。それぞれの患者にとって、自分がかかっている「がん」は唯一無二。行政は弱者救済が使命。弱者切捨てがあってはならない（患者関係者・市民）
- ・15～20 歳の治療より 15 歳以下の治療成績が良いために、高校生に小児領域治療が行なわれつつあり、高校生の小児病院などへの入院もみられる。高校履修が入院してもできるよ

うに体制を作りはじめることが必要（医療提供者）

・小児がん経験者の生存率が向上し、多くの人が社会復帰をしているが、身体障害手帳や療育手帳などの交付対象とならない程度ではあるものの、体力の無さや低身長や筋力の低さなど身体的苦勞や、臓器や内分泌の機能低下などで悩んでいて、生活や就労に困窮している仲間がたくさんいる（患者関係者・市民）

### 2-11-3-2 寄せられたご意見から（改善案）

#### 2-11-3-2-1 寄せられたご意見から（予算の改善案）

- ・パピローマウイルスのワクチン事業の開始を検討すべき（患者関係者・市民）
- ・小児がん患児を対象とする必要な補助教育制度、家庭訪問教師の配置。病弱児教育に関する制度化（患者関係者・市民）
- ・希少疾患である小児がん全般の情報をデータセンターで集めて、各病院で情報をとれるようにする（患者関係者・市民）
- ・小児慢性特定疾患についての見直しによる小児がん患児への経済的支援（患者関係者・市民）
- ・小児がん経験者の社会復帰が難しい。源泉徴収税を払えるような社会人になるための助成が必要（患者関係者・市民）
- ・小児科医（小児がん）育成の予算や、小児がん拠点病院確立のための予算（患者関係者・市民）
- ・小児がんの長期フォローアップのための専門外来の予算や、医師、患者、家族の勉強会の予算。大人のがんと同じように予算を付けてくれないと何もできない（患者関係者・市民）
- ・希少がんの全国規模の臨床試験を展開する。このための財源を予算化する（その他）
- ・精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置すべき（医療提供者）
- ・小児がんについて、小学校（教師や養護教諭、生徒など）などに配布する冊子やビデオの作成等、啓蒙活動予算が必要（患者関係者・市民）
- ・子宮がんの若年化と晩婚化は、少子高齢化対策を考えても、国家的な大問題。HPV ワクチン接種の公的援助。子宮がん検診、乳がん検診のクーポン事業の継続。乳がん罹患率の急増から、乳がん検診従事者の養成は急務（医療提供者）

#### 2-11-3-2-2 寄せられたご意見から（診療報酬の改善案）

- ・難治がんに対し積極的な対応をしている病院には診療報酬を厚くすべき（医療提供者）
- ・精巣腫瘍に限らず、診療の中核化により生存率の向上が期待される難治がん、希少がんを対象とした治療センターを設置した施設に限定した診療報酬を算定すべき（医療提供者）

- ・男女それぞれで最も高い肺がんと乳がんの死亡率が、欧米諸国のように低下傾向に転じない。それぞれの手術の報酬を加点する（医療提供者）
- ・造血器腫瘍は多くの薬剤や機器、病室（無菌室）に経費がかかる。DPC から外し出来高とすべき（医療提供者）
- ・リンパ浮腫の人のリンパドレナージマッサージの保険の適用。リンパドレナージマッサージの従事者の育成。専門医を置いてほしい（患者関係者・市民）

### 2-11-3-2-3 寄せられたご意見から（制度の改善案）

- ・子宮頸がん予防ワクチン全員接種へ。国策で取り組んでほしい（行政府）
- ・肝炎対策として、治療中の生活費と治療費の助成を（患者関係者・市民）
- ・小児特定慢性疾患対象年齢終了後の継続的補助（患者関係者・市民）
- ・小児がんにて、難病罹患手帳などがあれば安心して生きていけると思う（医療提供者）
- ・希少がんの保険適応外使用に関しては、一定の基準を満たした医療機関＋専門医のもとで使用することを承認する枠組みを新たに設定する（その他）

### 2-11-4 分野内の横断的検討（再掲）

小児がんと希少がんについては、「小児がんと希少がんへの拠点病院制度」〔C-36〕により、対策の拠点となる基盤整備を行うとともに、「小児がんと希少がんに対する包括的対策の推進」〔A-74〕による重点対策と、「小児がんと希少がん」〔B-27〕による診療報酬での裏付けを行う。長期生存者の支援については、「特定疾患研究事業の見直し」〔C-37〕により、小児がん長期生存者の治療に伴う経済的な負担の軽減を行い、「長期生存者のフォローアップ」〔B-28〕により、診療報酬での対応も行う。疾病別の対策としては、子宮頸がんに対する「予防接種法の改正（子宮頸がんワクチン）」〔C-35〕と「子宮頸がん撲滅事業」〔A-73〕、また、がんの種類別の医療資源の調査と構築を目的として、「疾病別医療資源の再構築プロジェクト」〔A-72〕を行う。

なお、長期生存者の支援については、個別分野6「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〕などが、密接な関係がある。

### Ⅲ おわりに

#### ・今後のプロセスの参考に

提案書取りまとめ担当ワーキンググループ（以下、がん WG）は、今回のがん対策に関する検討において、新たな取り組みに挑戦した。昨年の国のがん対策予算への提言だけでなく、診療報酬と制度改正についても検討範囲とした。またタウンミーティングは昨年度の 2 カ所から今年度は 6 カ所に増やした。時間など制約条件も多かったが、今後につながる新しい芽生えを含んでいるものとメンバー一同は自負する。

広く集めた意見はできるだけそのまま公表することとした。国および都道府県あるいは市区町村のがん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、都道府県の地域がん拠点病院連絡協議会委員、地方議会議員、政策研究者、調査研究者、患者・家族および国民一般などがこの資料を活用し、それぞれがあるべきがん医療を考えることが、医療政策を考えるリテラシー（考える力）を高めていくものとする。

#### ・平成 22 年度から 23 年度に、確実な変化と成果を

がん WG は、中期的な変革を望むと同時に、短期的な変化も望むものである。将来に先延ばしするのではなく、平成 23（2011）年度予算で可能な限りの大きさかつ多さの新しい対策を導入していただきたい。また平成 24（2012）年度の診療報酬改定に向けては、平成 22（2010）年度からの準備が必要である。制度改正についても計画的に順次、平成 22 年度から取り組み、平成 23 年度予算編成と平成 24 年度診療報酬改定に備えることが重要である。がん対策推進基本計画は 5 カ年計画であるが、平成 23 年度はもう最終年度である。本来開始時の平成 19（2006）年度ないしは 18（2007）年度に打っておきたかった施策も多い。危機感をもって遅れを挽回する気概が関係者一同に求められている。

#### ・謝辞

本提案書の作成のためには多くの方々の協力を得た。アンケート調査にご協力をくださった 47 都道府県庁、各都道府県のがん対策推進協議会等委員の方々。全国 6 カ所のタウンミーティングに参加してくださった人々。その他、多くの方面からのご意見をいただいた。

提案書まとめの機会をがん WG に与えてくださった厚生労働省には、その新しい考え方に賛同するとともに、何の干渉もなくがん WG の審議を見守っていただいたことに感謝の意を表したい。

本提案書作成にご協力をいただいたすべてのみなさまに、この場を借りて感謝申し上げます。

付録



## IV 付録

### 4-1 図示して説明する9本の施策

- 施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業
- 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業
- 施策③ がん専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター事業
- 施策④ 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事業
- 施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業
- 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業
- 施策⑦ 患者・家族のための、がん総合相談支援事業
- 施策⑧ がん患者満足度調査事業
- 施策⑨ サバイバーシップ事業

## 施策①

### 緩和ケアを担う施設などの拡充事業

#### ■要求要旨

がん対策推進基本計画（平成 19 年 6 月）では、緩和ケアについて、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」を重点的に取り組むべき課題として位置付け、がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることを求めている。厚生労働省は、「緩和ケアが、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、様々な場面において切れ目なく適切に提供されるとともに、がん患者と同様にその家族も様々な苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケア等の適切な援助を行う体制を整備していく必要がある」としながらも、その体制整備が遅れている現状にある。

体制整備が進まない大きな理由は、緩和ケア病棟の厳しい施設基準（医療機関のインセンティブ不足）や緩和ケアの担い手となる専門的な人材の不足が考えられる。一方で、この問題を緩和ケア病棟や療養病床などの病院施設の問題としてのみ捉えることなく、がん患者を対象としたグループホーム・デイサービスや在宅緩和医療を担う専門診療所の制度整備を行い、緩和ケアを担う多様な施設を充実することが重要である。また緩和ケア病棟の充実は、緩和ケア病棟の機能（困難が症状の緩和、レスパイト入院、看取り）を再確認するとともに、その機能に基づいた病床の有効活用が前提となる。

そこで、緩和ケアを担う施設の拡充事業の新たなメニューとして（1）緩和ケア病棟の病床数を増やすとともにその機能を明確にし、在院日数の短縮化および病床の有効活用を図って、緩和ケア病棟の入院待ちの解消を図る（2）介護 3 施設の転換施策を進める（3）在宅緩和医療をサポートする緊急入院病床（有床診療所の病床を含む）の充実と緩和デイサービス（仮）の制度化（4）緩和ケアを専門とする診療所を制度認定し、在宅緩和医療の充実を図って結果的に入院施設の負担を軽減する（5）緩和ケアグループホームなどを制度化し、病院以外の施設での緩和ケアを充実する一などを盛り込み、緩和ケアを担う施設のベッド数を 3 年間で約 3 倍の 1 万床を目指す。

なお、専門的な人材の育成については、施策番号 13「がんに関わる医療従事者の計画的な育成」により、並行して推進するものとする。また、診療報酬上では平成 22（2010）年度改定における「がん診療連携加算」の引き上げと対象拡大が評価されるが、本提案の新たな種類のベッドについても、同様の配慮を求める。

#### ■事業内容

（1）緩和ケア有床診療所（仮）と（2）緩和ケア診療所（仮）（3）緩和ケアグループホーム（仮）および緩和デイサービス（仮）一の整備を行う。

(1) 緩和ケア有床診療所（仮）は、緩和ケア病棟に準じた機能を有し、在宅患者の支援を必要に応じて行うを有するがん診療連携拠点病院との密な連携の下に、投薬量やメンタルケアの頻度が比較的少ない患者を受け入れる。

(2) 在宅緩和ケア支援病棟（仮）は、がん患者を診療する在宅療養支援診療所等との密な連携の下に、主治医の求めに応じて短期的あるいは断続的な入院の受け皿機能を担う。

この転換に伴う補助金を国が支援する。緩和ケア診療所は在宅において緩和ケアを専門に行うチームの中心に存在する診療所で、がん拠点病院、緩和ケア病棟などと連携をとりつつ、地域の診療所の連携の要として機能する。

(3) 緩和ケアグループホームは、独居などのため自宅での療養が難しい患者を対象とした医療法に束縛されない施設で、現在存在する認知症のグループホームがモデルとなる。がん患者の在宅療養を支援する緩和デイサービスの機能も整備する。

#### ■経費の種類／性格

補助金

補助率：10/10

#### ■補助先

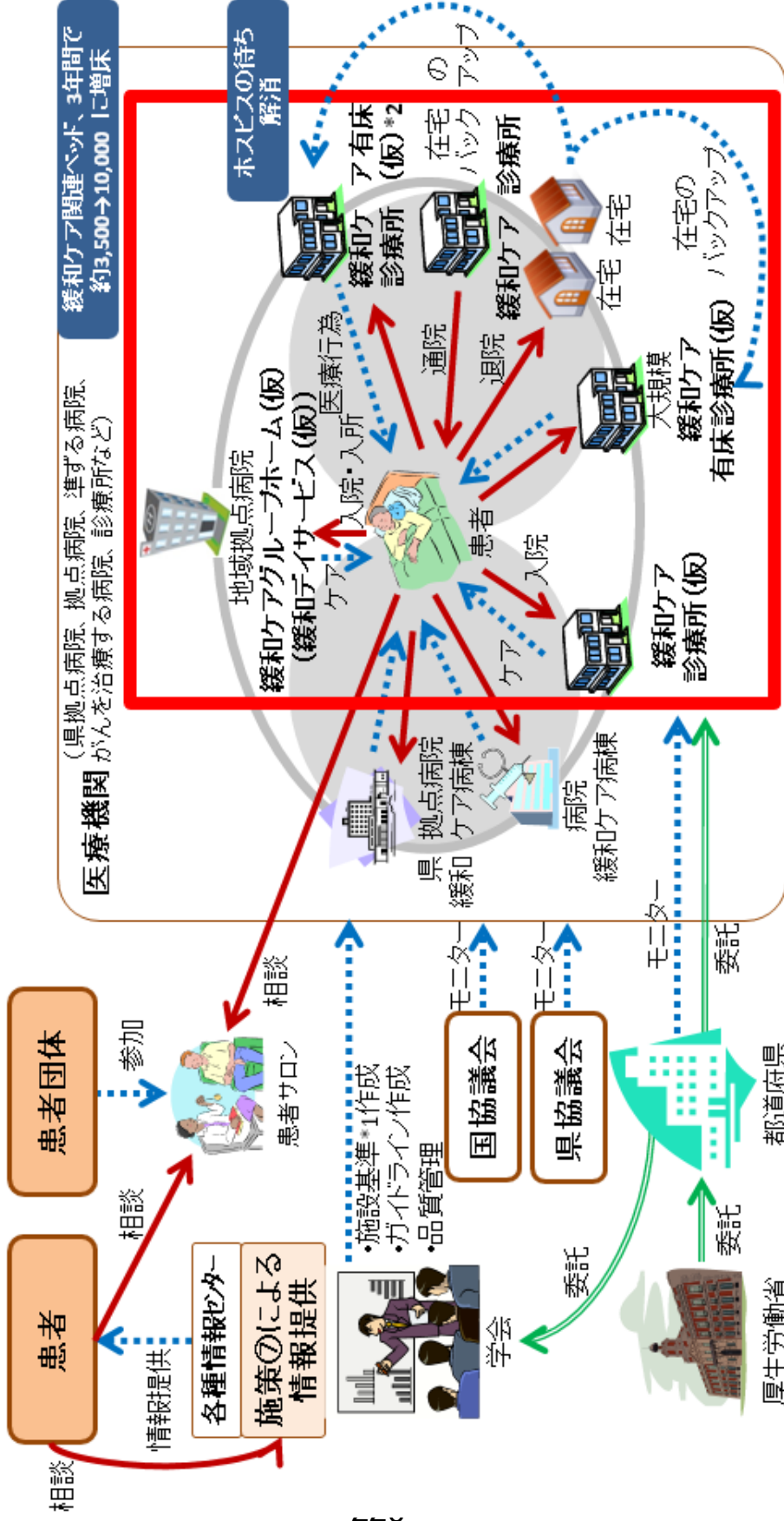
医療機関の設置主体（療養病床再編を支援する適切な組織／都道府県）

#### ■積算内容

・10億円（積算作業中）

# 施策① 緩和ケアを担う施設などの拡充事業

- ・ 緩和ケアを担う施設などの総合的な拡充を行う
- ・ 在宅ケアの後方支援施設が大幅不足しているため、在宅緩和ケア支援病棟をおく
- ・ 「大幅なキャパシティ不足、待ち時間、患者が施設を探す現状」⇒「比較的短期に左記の3問題を軽減」



関連施策:

施策番号A-22:長期療養病床のがん専門療養病床への活用事業

\* 1: 施設基準により、医師・看護師の配置基準は別途規定するが、更新制導入を視野に入れる。

\* 2: 診療報酬上では2010年度改定における「がん診療連携加算」の引き上げと対象拡大が評価されるが、本提案の新たな類型のベッドについても、同様

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

施策番号A-13:がんに関わる医療従事者の計画的育成

実施されるが、本提案の新たな類型のベッドについても、同様

→ 人、 → 新設機能、 → サービス・情報、 → 費用

## 施策②

### 長期の化学療法に対する医療費助成事業

#### ■ 要求要旨

がん対策推進基本計画において、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を実現することが目標として掲げられており、がん患者とその家族が安心・納得できるがん医療を受けられる仕組みが求められている。

新規抗がん剤の導入により治療成績の目覚ましい向上がみられる分野が出てきた一方で、そうした化学療法が高額であることや再発治療は無期限であることなどから、がん患者とその家族への経済的負担は大きい。既存の扶助・助成制度は対象と金額が限られており、経済的負担から治療の質を落としたり、治療を差し控えたりする患者が多数発生している。タウンミーティングやアンケートにおいて、患者・医療従事者ともに、患者の経済的負担軽減を求める声が多いことが確認されている。

高額療養費の限度額を6カ月以上にわたって超えるがん患者と化学療法計画書を提出し適用と判断された方に対しては、自己負担限度額（窓口負担額）を2万円に下げる措置を行い、保険者に対する必要な公的補助を行う。また、化学療法を外来にて行うことが進められていることから、高額療養費にかかる限度額適用認定証の発行を外来診療にも拡大する。特に高額な分子標的療法剤の使用は、指定された専門医によって科学的根拠のもとで使用し、データを収集することを条件に医療費の助成を行う。

化学療法計画書を提出し、適用と判断される方を対象とすることを検討する。

#### ■ 事業内容

長期にわたり高額な化学療法を受けるがん患者を対象とし、高額療養費制度の自己負担限度額を6カ月以上にわたって超える患者と化学療法計画書を提出し適用と判断された方に対しては、自己負担限度額（窓口負担額）を2万円に下げる措置を行い、保険者に対する必要な公的補助を行う。

（\*場合によって記述：適用されるがん種や薬剤について、がん対策推進協議会においてリスト化する）

化学療法を外来にて行うことが進められていることから、高額療養費にかかる限度額適用認定証の外来診療への適用拡大を行う。

#### ■ 経費の種類／性格

委託費

#### ■ 補助先

保険者（高額療養費の自己負担額減少によって財政負担を伴う組織）

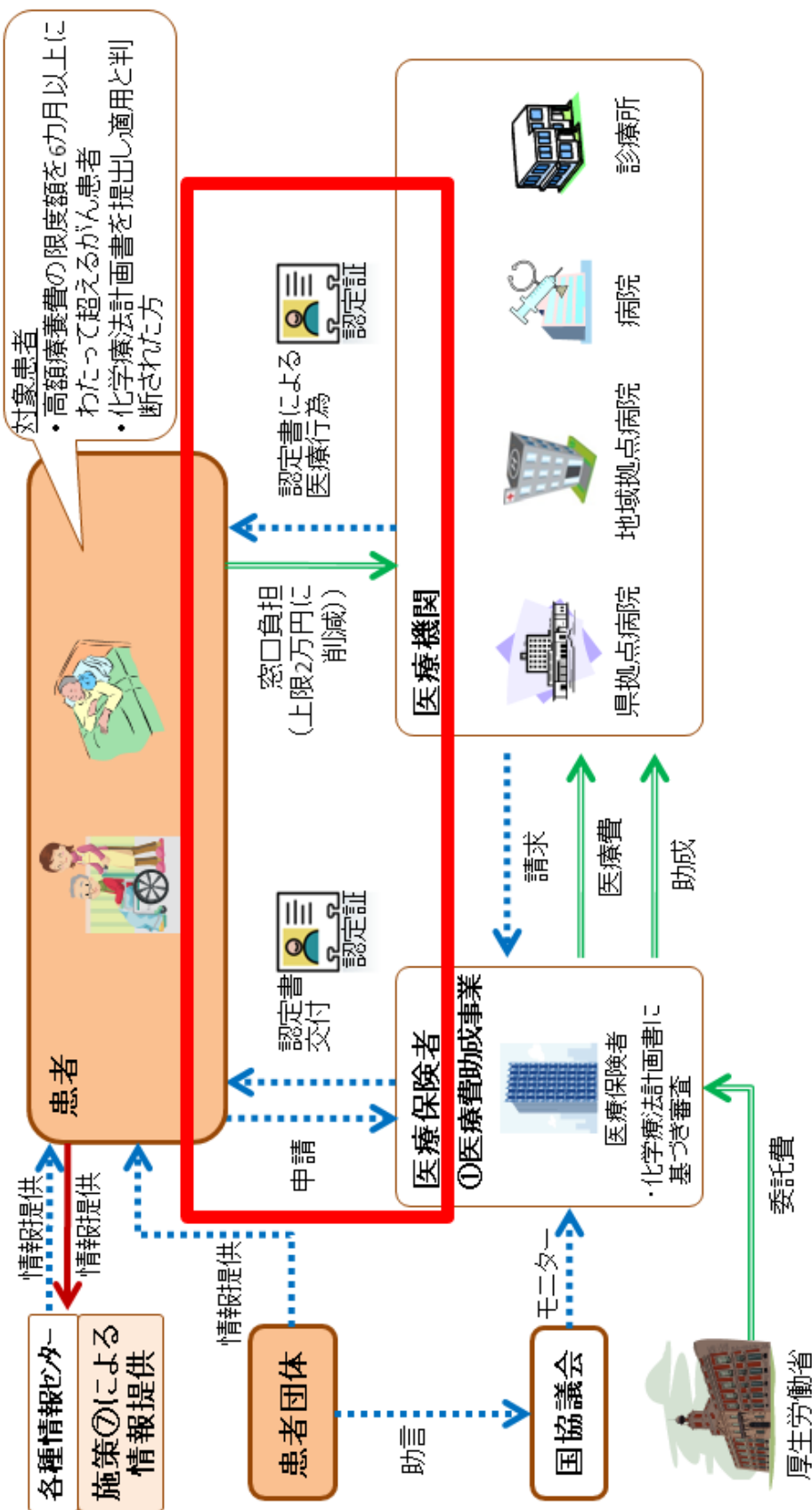
■積算内容

・10億円（積算作業中）

（＊推定には、対象疾患および対象患者数をシミュレーション計算する必要あり）

## 施策② 長期の化学療法に対する医療費助成事業

- ・ 長期に高額の治療をする患者の治療費を助成する
- ・ 高額療養費の限度額を6カ月以上超える者は、自己負担上限を月額2万円とする
- ・ 「自己負担額の増加で患者の経済的負担が高まり精神科にも圧迫。治療差し控えも発生」⇒「経済的負担、心理的負担を軽減」



関連施策:  
 施策番号A-53: 長期の化学療法に対する助成  
 施策番号A-52: 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  
 施策番号A-46: 外来長期化学療法を受ける患者への医療費助成  
 施策番号A-51: 社会福祉協議会による療養費貸付期間の延長

(c) 厚生労働省が対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

: 新設機能、
 → : 人、
 → : サービス・情報、
 → : 費用

### 施策③

#### がん専門・認定看護師・薬剤師等育成配置支援センター

##### ■要求要旨

がん対策推進基本計画の個別目標「放射線療法及び化学療法の推進並びに医療従事者の育成」においては、専門的ながん医療を推進していくため、専門的ながん診療を行う医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の卒後研修の強化、およびこれらの医療従事者が協力して診療にあたる体制の整備が必要施策として掲げられている。

このうち看護師については、近年がん治療およびケアにおいて高い専門性を持つ専門看護師・認定看護師等が日本看護協会における審査・認定のもと輩出されてきてはいるものの、多忙な日常業務の傍らでの資格取得は、当人および所属施設に負担が大きく、また資格取得者に対する評価も十分でないことから、普及が十分に進まないのが現状である。

がんの治療およびケアにおいて、専門知識と豊富な経験を有する専門・認定看護師が、患者のQOL(生活の質)向上に寄与する役割は大きく、また、専門・認定看護師を含むチーム医療が確立されることで、より専門的に高度な治療やケアを提供することが可能となる。このため、資格を取得する際、本人や所属施設に負担を減らすため、経済的・人的支援を実施することで、専門・認定看護師の養成を促進する。さらには、資格取得者に向けた生涯教育のプログラムを提供し、継続的な質の維持に努めることが重要である。薬剤師についても同じである。専門・認定看護師・薬剤師の育成にあたっては、平成22(2010)年度から開始される「がんに関わる医療従事者の計画的育成」事業による、必要数や適正配置の計画を参照することが求められる。

なお、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の診療従事者の専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフ配置の看護師配置条件に専門・認定看護師・薬剤師の要件を追記し、平成24年度診療報酬改定において、がん診療連携拠点病院に対して、専門・認定看護師への特別加算を行うことを目指す。

専門医療従事者の育成、さらに資格更新のためeラーニングシステムを導入し、専門科にアップデートな知識と情報を提供する。

##### ■事業内容

「がん専門・認定看護師育成配置支援センター」を設置し、以下の(1)～(3)の事業を実施する

(1) 専門・認定看護師の資格を取得しようとする者に、資格取得のための学費貸与・支給等を実施する。遠隔地や地方でも容易に情報や内容が学習できるeラーニングシステムの導入。

(2) 職員に専門・認定看護師の資格取得を奨励する医療機関に対し、職員が資格取得のための研修を受けている期間の負担(代替職員の雇用費用など)を補助する。



(3) 総合支援事業：①子育て休職中の人材の再雇用・再教育。②代替職員情報の収集・提供。③モデルキャリアプランの提供。④生涯学習の仕組みの提供。⑤全国のがん専門・認定看護師の配置状況の把握・表示。⑥がん専門・認定看護師に関する現場ニーズや質の調査——など

これにあわせ、厚生労働省は、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の診療従事者の専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフ配置の看護師配置条件に専門・認定看護師の要件を追記する。また、がん診療連携拠点病院に対して、専門・認定看護師の配置への特別加算を行う。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

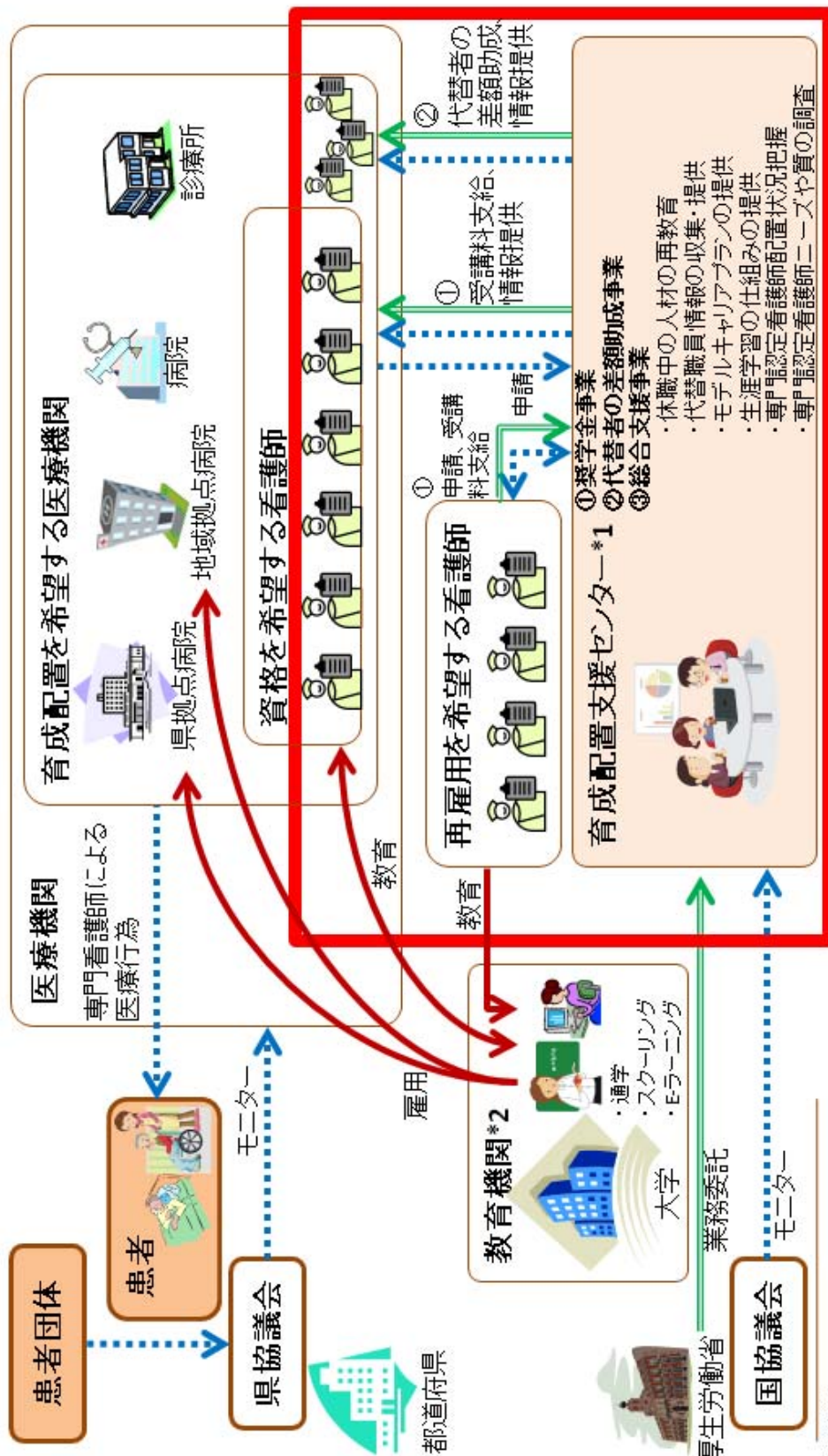
「がん専門・認定看護師等育成配置支援センター」の運営を委託するのに適切な機関

■積算内容

・10億円（積算作業中）

### 施策③ 専門・認定看護師・薬剤師等 育成配置支援センター事業

- ・ 育成配置支援センターを設置し、資格希望者への教育費補助を行う。医療機関には育成機関の負担の補助を行う。
- ・ 現職スタッフの専門資格取得に加え、現在求職中の者の再教育・再雇用の機能も持たせる。
- ・ 「チーム医療を行う専門的医療従事者の大幅不足」⇒「専門的医療従事者の充実とチーム医療の促進による均てん化の進展」



関連施策：  
 施策番号A-18: 専門・認定看護師への特別報酬  
 \*1: 薬剤師等に関しても同様の仕組みを創設する

\*2: 文部科学省「がんプロフェッショナル養成プラン」と連携

(c) 厚生労働省がんだ策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

: 新設機能、
 → : 人、
 ⇄ : サービス・情報、
 → : 費用

## 施策④

### 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事業

#### ■ 要求要旨

治療に伴う副作用を緩和し、痛みなどの症状をコントロールする支持療法は、がん対策推進基本計画の全体目標の1つである「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」において重要な役割を担っている。しかし依然として普及は進んでおらず、また医療機関における格差も大きい。この要因としては、支持療法における標準治療の未整備や情報不足などが指摘される。

同計画では化学療法や放射線療法の推進も個別目標として挙げられているが、こういった体制整備にも合わせ、副作用や合併症、後遺症に対する支持療法を広く適切に講じていくことは、患者のQOL（生活の質）を維持していくうえで非常に重要な課題である。

このため、関連学会や患者関係者などを含む“副作用に対する支持療法ガイドライン策定委員会”を設置し、海外の先行事例も参考にしつつ、患者・家族向け、および医療者向けの支持療法ガイドラインを策定する。また、現在では副作用を予想する検査も導入されつつある。こうしたガイドラインの公開にあたっては、全国のがん診療連携拠点病院を通じ各医療機関に冊子にて配布するほか、ウェブサイトでも一般公開をする。また策定後も定期的にガイドラインの改訂を行い、標準治療の見直しや患者意見の反映を図っていくことが求められる。この他、ガイドラインに基づいた支持療法を提供する医療提供者を増員するため、医療者向けのウェブサイトを通じた情報提供やeラーニング等にて研修を実施する。さらに、こうした、副作用や合併症、後遺症の状況を登録し、次世代の最適な治療に反映させる。

#### ■ 事業内容

##### (1) 支持療法ガイドライン策定事業

医療専門家と患者関係者を含む人員にて構成された“支持療法ガイドライン策定委員会”を設置し、以下の業務を行う。①患者・家族向け、医療提供者向けの支持療法ガイドラインを策定する。②支持療法に関するエビデンスづくりを奨励する。③定期的に、患者からの意見集約、医学的知見の増加、標準治療の変化などを踏まえ、国際的な情報も得てガイドラインの改訂を行う。④ガイドラインの広報を行い、最適な支持療法を示す。⑤ガイドラインの普及・順守状況をモニターする。⑥重篤な副作用はこのシステムによっても迅速に広報できるシステムとする。

##### (2) ガイドライン研修事業

策定されたガイドラインを現場の医療従事者に教育研修を行う。eラーニングを利用した

学習プログラムと、インターネットを利用した最新情報を提供する。

(3) ガイドライン普及啓発事業

国立がんセンターがん対策情報センター、がん拠点病院相談支援センターならびに新設される「全国コールセンター」、「地域統括相談支援センター」などにおいて、支持療法ガイドラインを一般に知らせ普及させる。そのために、冊子を作成し、ウェブサイトを活用する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

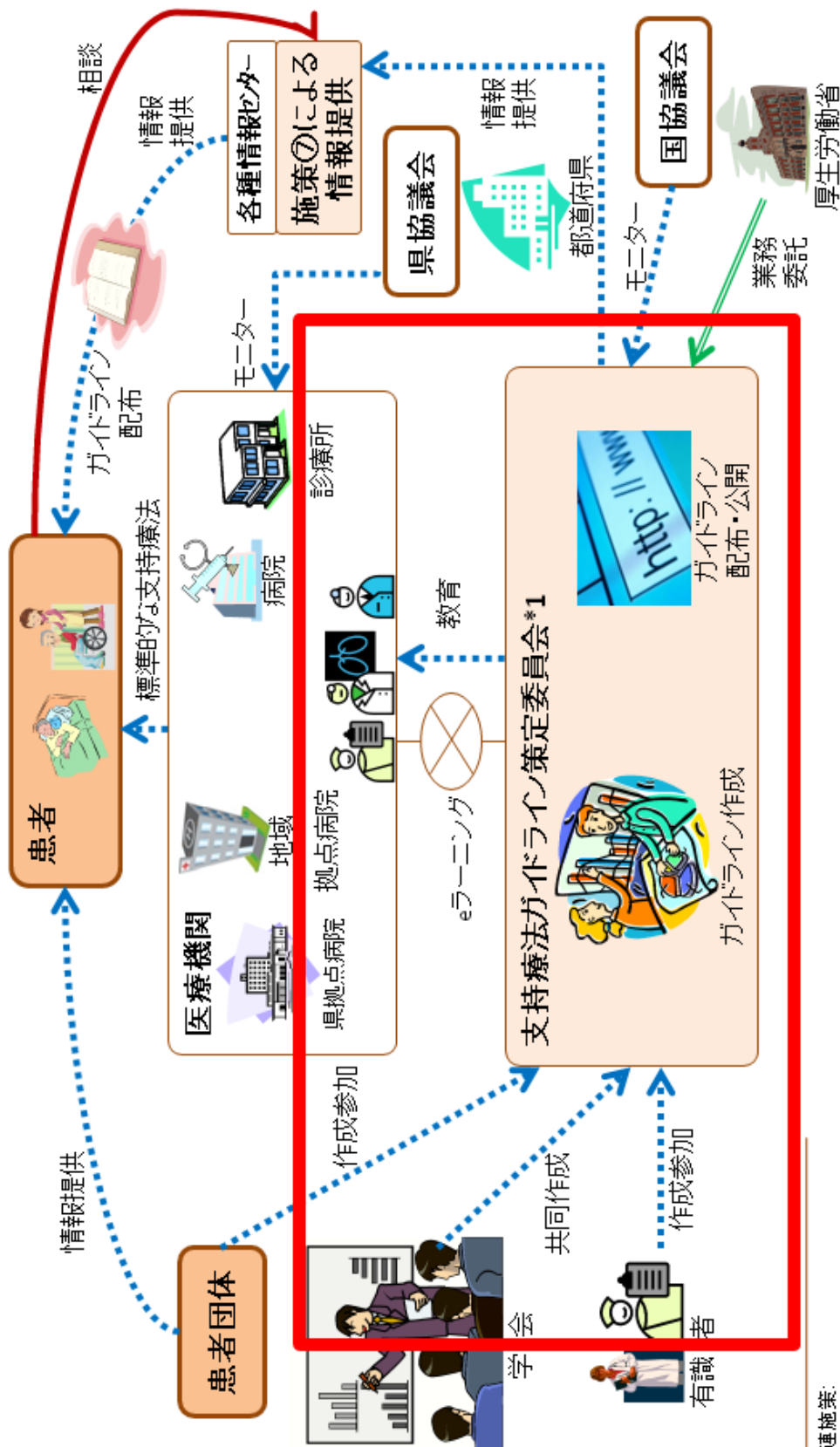
「診療ガイドライン策定委員会」の運営を委託するのに適切な組織機関

■積算内容

・1億円（積算作業中）

### 施策④ 副作用・合併症に対する支持療法のガイドライン策定・普及事業

- ・ 専門家に患者関係者が加わった委員会で、副作用と合併症に関する支持療法ガイドラインを策定する。
- ・ 現場への教育システムと一般への広報を行い、ガイドラインの実践を定着させる。
- ・ 「抑止可能な副作用・合併症の発生による患者のQOL(生活の質)の低下」⇒「支持療法の均てん化により患者の苦痛の軽減」



関連施策:  
 施策番号A-37: 副作用に対する支持療法のガイドライン策定  
 \*1: 定期的なアップデートを行う仕組み含む

(c) 厚生労働省がんだん策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

: 新設機能、  
→ : 人、  
→ : サービス・情報、  
→ : 費用

## 施策⑤

### 地域がん登録・全国集計活用事業

#### ■要求要旨

がん対策推進基本計画において重点項目に列挙されている地域がん登録であるが、その普及は大きく遅れている。地域がん登録データは、がん対策の根幹をなすもので、がん対策立案とモニターに活用される。がんの現況が分かることで、有効な対策への資源配分や死亡率の低減につながることで、将来的な予算や医療費の削減効果も期待できる。

地域がん登録が進展しない理由として、都道府県が費用負担をする財政力がない場合があること、個人情報保護法の影響でデータ収集が困難あること等が挙げられている。国の100%補助及び制度的後ろ盾があれば、ほぼすべての県での地域がん登録の実施が想定される。

また、これまでの地域がん登録データはほとんど活用されていない。今後は、管理・集計・分析・公表までの一貫業務としてフロー化し、全国統一の地域がん登録を実現し、全国地域がん集計センターにおいて公表する。既存の地域がん登録を活用しつつ、全国的な新・地域がん登録システムに移行する。さらに、地域における地域がん登録の実務に関わる人材を育成することで、都道府県に研修を受けた実務者を配置する。

地域がん診療連携拠点病院単位の院内がん登録とリンクさせることで、より質の高くさらにアウトカムのデータも評価可能な登録データを構築し、特徴ある病院、さらに疾患動向を検討し、次世代にがん診療に役立てる。

地域がん登録法の制定を並行して進める。

#### ■事業内容

地域がん登録・全国集計活用センターの新設と、地域がん登録・都道府県センターの全都道府県への設置により、新・地域がん登録システムを実施する。

「地域がん登録・全国集計活用センター」は、以下の事業を実施する。

- ①地域がん登録・都道府県センターの情報を集計し役立つかたちで公表。
- ②地域がん登録実務担当者の養成プログラムの開発と実施。
- ③統一的な新規地域がん登録システムの開発と推奨。
- ④既存の地域がん登録システムの統一化手法の開発と実施。
- ⑤既存の地域がん登録システムの調査解析。

「地域がん登録・都道府県センター」は以下の事業を実施する。

- ①都道府県は「地域がん登録・都道府県センター」を置く（既存の仕組みを活用してよい）。

②「地域がん登録・都道府県センター」は、地域がん登録業務を行い、都道府県内の地域がん登録データの集計（既存の仕組みがある場合は活用）、公表を実施する。

③都道府県は地域がん登録に参加する医療機関に費用を補助する。

④病院単位の院内がん登録を地域がん登録に連結するシステムを構築する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

地域がん登録・全国集計活用センターを委託するのに適切な組織

地域がん登録・都道府県センター（都道府県）を委託するのに適切な組織

地域がん登録参加病院（都道府県経由）

（＊将来的には診療報酬化が可能か検討する）

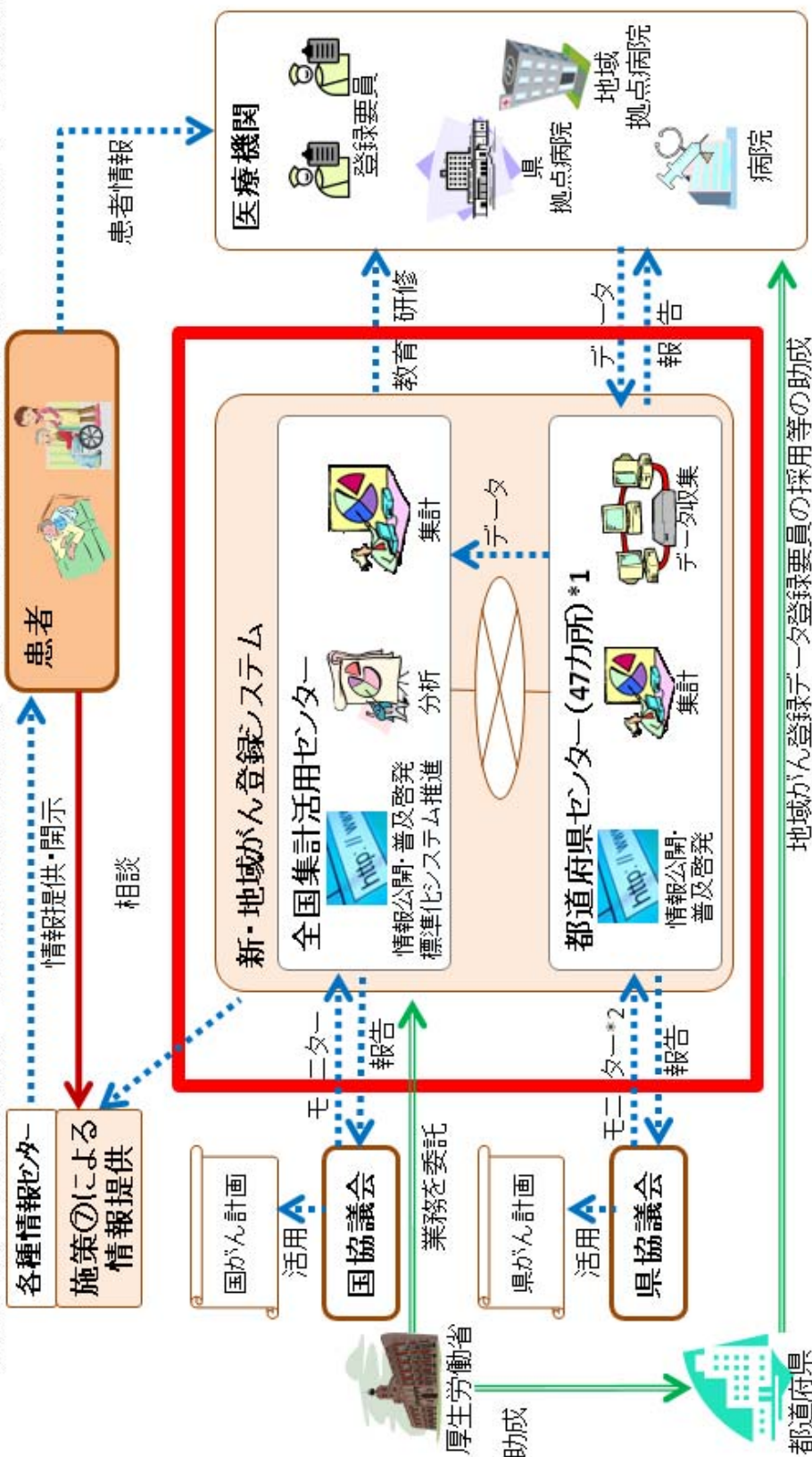
■積算内容

・10億円（積算作業中）



### 施策⑤ 地域がん登録・全国集計活用事業

- ・ 地域がん登録が全都道府県で地方自治体の責任で実施される「地域がん登録・都道府県センター」を設置する。
- ・ 全国の地域がん登録が統合され、活用されるよう、「地域がん登録・全国集計活用センター」を設置する。
- ・ 「精度が十分な地域がん登録は一部。活用されぬがん登録データ」⇒「がん対策の立案と死亡の低下に役立つデータを共有」



※並行してがん登録法の法制化をする

関連施策:  
 施策番号A-55: 地域がん登録費用の10/10助成金化  
 \*1: 既存の仕組みを活かすつ、適切な組織が実行し、新設も考慮に入れる  
 \*2: 個人情報取り扱い扱いも含めてモニターする

(c) 厚生労働省ががん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ



## 施策⑥

### がんベンチマーキングセンター事業

#### ■ 要求要旨

がん対策推進基本法の基本理念である第二条にある通り、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けるためには、アウトカム指標およびプロセス指標によってがん医療の質による評価ができる体制を構築していく必要がある。地域がん登録、院内がん登録などから得られるアウトカムデータ、臨床指標、DPC データなどから得られるプロセスデータ、がん診療連携拠点病院指定申請書などから得られるストラクチャー情報などを対象とし、情報の収集と分析および公表を担うベンチマーキングセンターを設立する。実施にあたっては、地域がん登録、院内がん登録、臨床指標、DPC データなどの研究班と連携し知見を活用する。また、施策⑧「患者満足度調査事業」のデータも取り込む。なお、現存する指標に関するデータを収集するだけでなく、より有益で実用できる指標の開発が必要であり、開発にあたっては研究班、研究費による活動と連携・コーディネートするとともに、ベンチマーキングセンターで採用すべきがんの医療の質の指標等を研究するため、心理学、介護学、社会学、消費者研究等の専門家、患者代表などの参加を得た研究も実施する。

#### ■ 事業内容

ベンチマーキングセンターは以下の3つの事業を行う。

##### ① ベンチマーキングセンター事業

第三者機関による地域がん登録、院内がん登録等による、アウトカム指標の収集と公表。臨床指標データ、DPC データ等による、プロセス指標の収集と公表。がん拠点病院等の機能情報等のストラクチャー指標の収集と公表。専門医、専門医療従事者の配置、その他、医療機関の連携など地域の面的な医療の質向上への貢献を示すデータ等の収集と公表。収集したデータを集計、分析、加工し、ベンチマークレポートを作成し、フィードバックする。公表の了解を得た情報に関しては、できるだけ一般に公表する。

ベンチマーキングセンター事業の評価に関する委員会を設置する。委員には、患者関係委員を複数含むこと。また、がん診療の関係者のみならず、心理学、介護学、社会学、消費者研究、経営等の専門家を含むこととする。

##### ② データ収集支援補助事業

医療機関においてアウトカム指標、プロセス指標などの採録、収集、システム構築、院内体制整備などを行うための技術支援、人員確保支援のための、資金を補助する。

##### ③ ベンチマーキングセンター業務開発研究事業

地域がん登録、院内がん登録、臨床指標開発、DPC データなど、要素となるデータの収集体制を推進し、連携を促進し、コーディネートを行う。常に、がん診療連携拠点病院やそ

の他のがん診療施設から指標を得る体制を構築する。また、よいがん診療を促進するための新たな指標の開発を行う。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

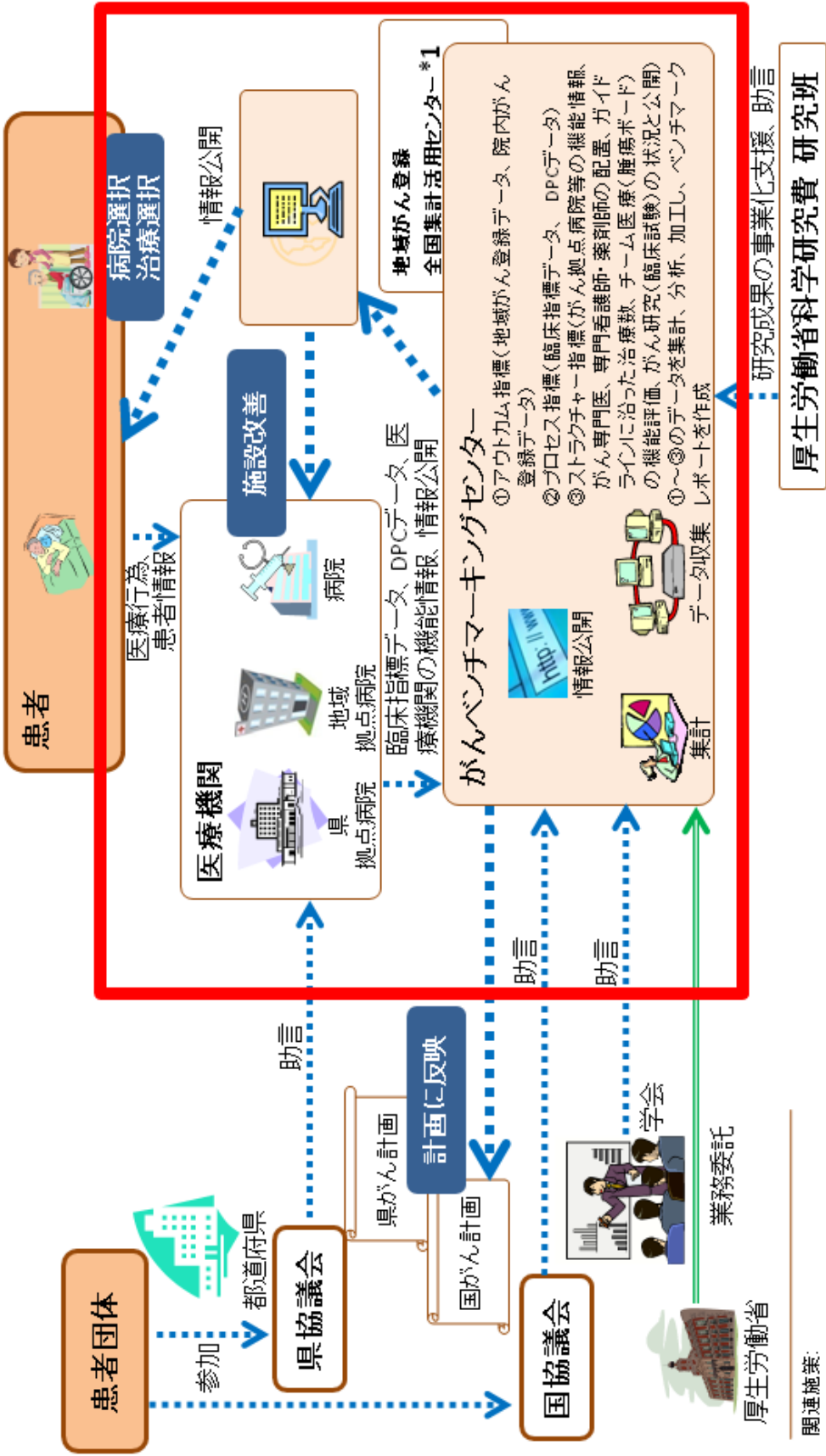
ベンチマーキングセンター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・10億円（積算作業中）

### 施策⑥ がんベンチマーキングセンター事業

- 治療成績、診療内容、医療施設機能情報を統合的に集計し、活用できるかたちにして患者と医療機関に提供する
- 医療機関にはベンチマークレポートをフィードバックし改善につなげる。患者・一般は治療選択・施設選択の参考情報を得る
- 「どこでどのようなどの程度の質の診療がされているか見えない」⇒「可視化が行われ医療提供者、受益者の両方にメリット」



関連施策:  
 施策番号A-35: 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  
 \*1: 施策⑤に示されている全国集計活用センター

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

## 施策⑦

### 患者・家族のための、がん総合相談支援事業

#### ■要求要旨

がん対策推進基本計画においては、「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が、死亡率の削減とともに二つの最大目標の一つとされており、その目標を達成する方策として、がん医療に関する相談支援の重要性が示されている。

相談支援に関する事業として、各地のがん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されているが、それだけでは十分な機能を発揮できておらず、ニーズにも十分に答えられていない。地域での相談支援センターごとの連携不足、疾病をよく知る患者視点からのサポートの不足など、不十分な点が明らかになっている。アンケートやタウンミーティングのご意見聴取、調査などによって分かった相談支援業務の不足を補い解消するため、以下の2つの事業を行う。

既に外国では実績のあるシステムとして知られている24時間対応の全国コールセンターが本国ではまだ設置されていない。本国の相談支援事業に海外で有効性が実証されているシステムを導入し、既存の相談支援センターの機能を強化させる。

また、都道府県単位の相談支援センターを設置する。

#### ■事業内容

(1) 全国で1カ所、「全国コールセンター」を設置する。

①24時間どこからでも受け付け可能であり、フリーダイヤルの無料電話相談コールセンター1カ所を設置する。コールセンターには訓練を受けた相談員を配置する。相談内容は一般的な対応が可能な範囲を中心とし、個別具体的な対応については「都道府県がん相談センター」あるいは拠点病院ごとの「相談支援センター」に振り分ける。

②ピアサポーター研修カリキュラムを作成し、提供する。

(2) 各都道府県単位で「都道府県相談センター」を設置する

①がん相談支援業務。現在、受療している医療機関から中立的立場で、治療、悩み、経済的対処などに関する幅広い総合的な相談支援を行う。また、医療機関の連携（病病、病診、診診）が切れ目なく行われるように、医療機関が主体的に連携を行うよう支援し、在宅緩和ケアを含む医療連携に関する相談にも乗る。医療現場に詳しい専門家（医師、看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護、福祉などの関係者）がアドバイザーとして中立的に相談をバックアップする。運営に関しては、都道府県（行政）と患者関係者を含む都道府県がん対策推進協議会などにより年に1度評価を実施する。全国で1カ所設置する「全国コールセンター」、拠点病院ごとに置かれている「相談支援センター」に関する情報提供も行う。

- ②都道府県単位のピアサポートセンターの運営を行う。「患者相談・全国コールセンター（仮）」が作成したカリキュラムに沿ったピアサポーター養成研修を実施する。都道府県ごとに「ピアサポートセンター」を設置。都道府県がん相談センター、県拠点病院・地域拠点病院・がんを診療する病院が設置している相談支援センターにピアサポーターが配置されることを推進する。また、ピアサポートセンターは、事項③の事業も行う。
- ③ピアサポートセンターは、「がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン」と「医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援」を実施する。

■経費の種類／性格

委託費

■補助先

「全国コールセンター」の業務を委託するのに適切な組織

「都道府県がん相談センター」の業務を委託するのに適切な組織

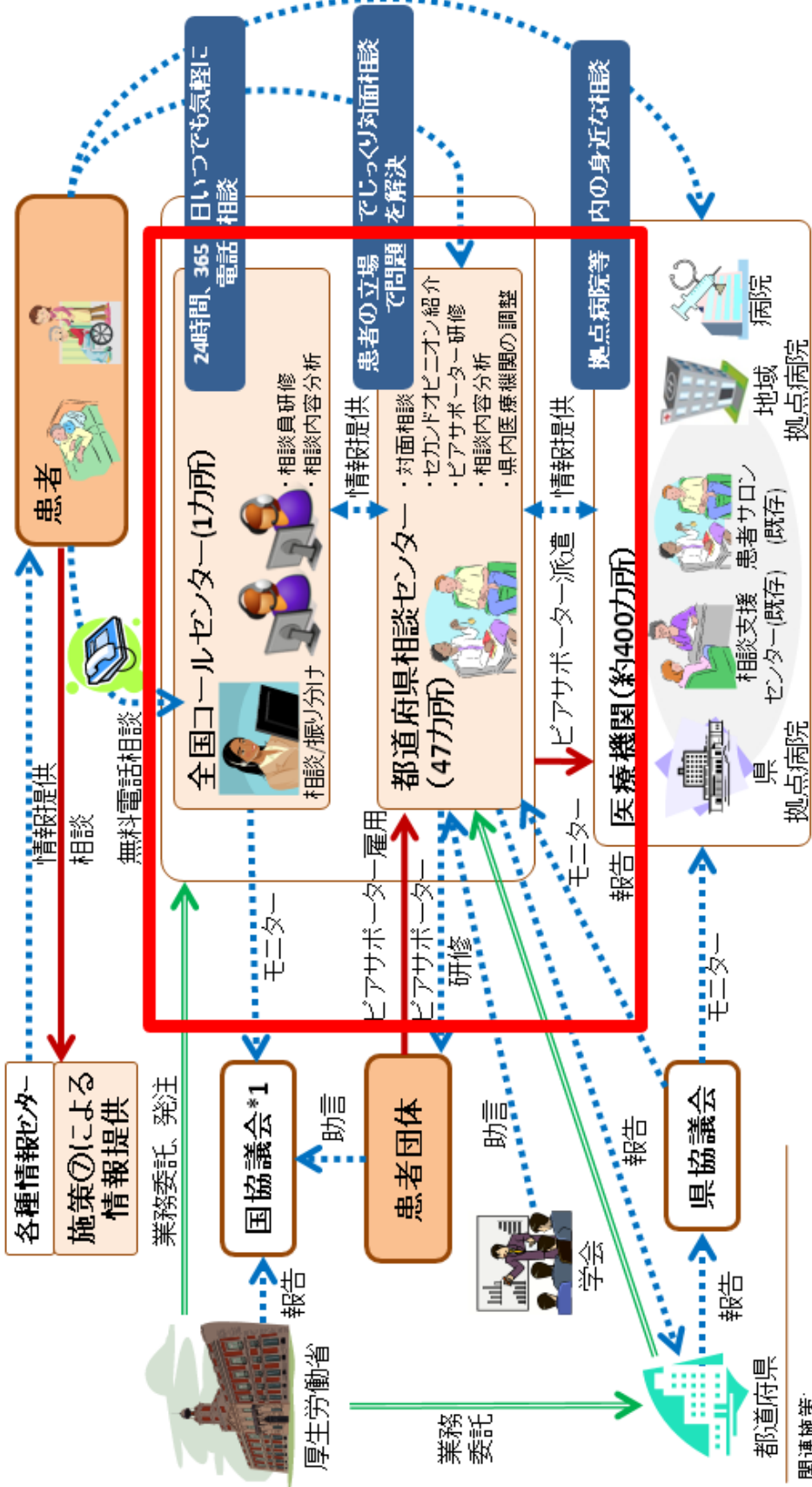
「ピアサポートセンター」の業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

・27.35億円（積算作業中）

### 施策⑦ 患者・家族のためのがん総合相談支援事業

- いつでもどこからでも無料電話で、気軽に相談できる「全国コールセンター」を設置
- 医療機関から独立し、患者の立場で相談を行う「都道府県相談センター」を設置
- 「気軽に相談できない」「相談が問題解決につながらない」「窓口が活用されていない」⇒真に患者に役立つ問題解決型相談



関連施策:  
 施策番号A-44: がん相談全国コールセンターの設置  
 施策番号A-49: 相談センターと患者・支援団体による協働サポート  
 施策番号A-6: がん患者によるがんの普及啓発アクションプラン  
 施策番号A-48: 地域統括相談支援センターの設置  
 施策番号A-5: 医療従事者と患者・市民が協働する普及啓発活動支援  
 \*1: 国協議会に、全国コールセンターをモニター担当委員を配置する

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

: 新設機能、
 → : 人、
 ⇄ : サービス・情報、
 ⇄ : 費用

## 施策⑧

### がん患者満足度調査事業

#### ■要求要旨

がん対策基本法においては、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができるようにすること」「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」とある。さらに、がん対策推進基本計画においては、「すべてのがん患者及び家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上」が、死亡率の削減とともに二つの最大目標の一つとされている。また、「国民ががんと向き合いがんと生きる」とのビジョンが示されている。

それにも関わらず、がん患者の苦痛や満足に関する現況把握や包括的な改善策が、ほとんどなされていないのが現状である。これまでのアンケートなどによる断片的な調査によると、がん患者の医療に関する満足度が必ずしも高くないことがわかっている。医療の質と均てん化に関しても改善の余地が示唆されている。よって、がん患者（家族・遺族含む）の受療に関する満足度調査を、全国的に実施する。それにより、患者満足度の向上を達成する。また、がん診療の質の均てん化にも役立つ。

#### ■事業内容

がん患者（家族・遺族含む）の受療に関する満足度調査を、全国的に実施する。全国 500 病院以上において治療を受けた、20 万人程度のがん患者から回答を集める。設置する「がん患者満足度調査センター」において集計、分析し、結果を公表する。結果は、全体・県別・二次医療圏・施設別などに整理し、当該施設にフィードバックする。また、同意がとれた施設については、情報を公表する。また、患者満足度情報に関する普及啓発事業を実施する。さらに、調査によって得られた結果に基づき、各都道府県において、満足度改善につなげる事業（患者満足度タウンミーティング）を開催する。満足度の経年変化をモニターし指標の向上を確認する。

#### ■経費の種類／性格

委託費

#### ■補助先

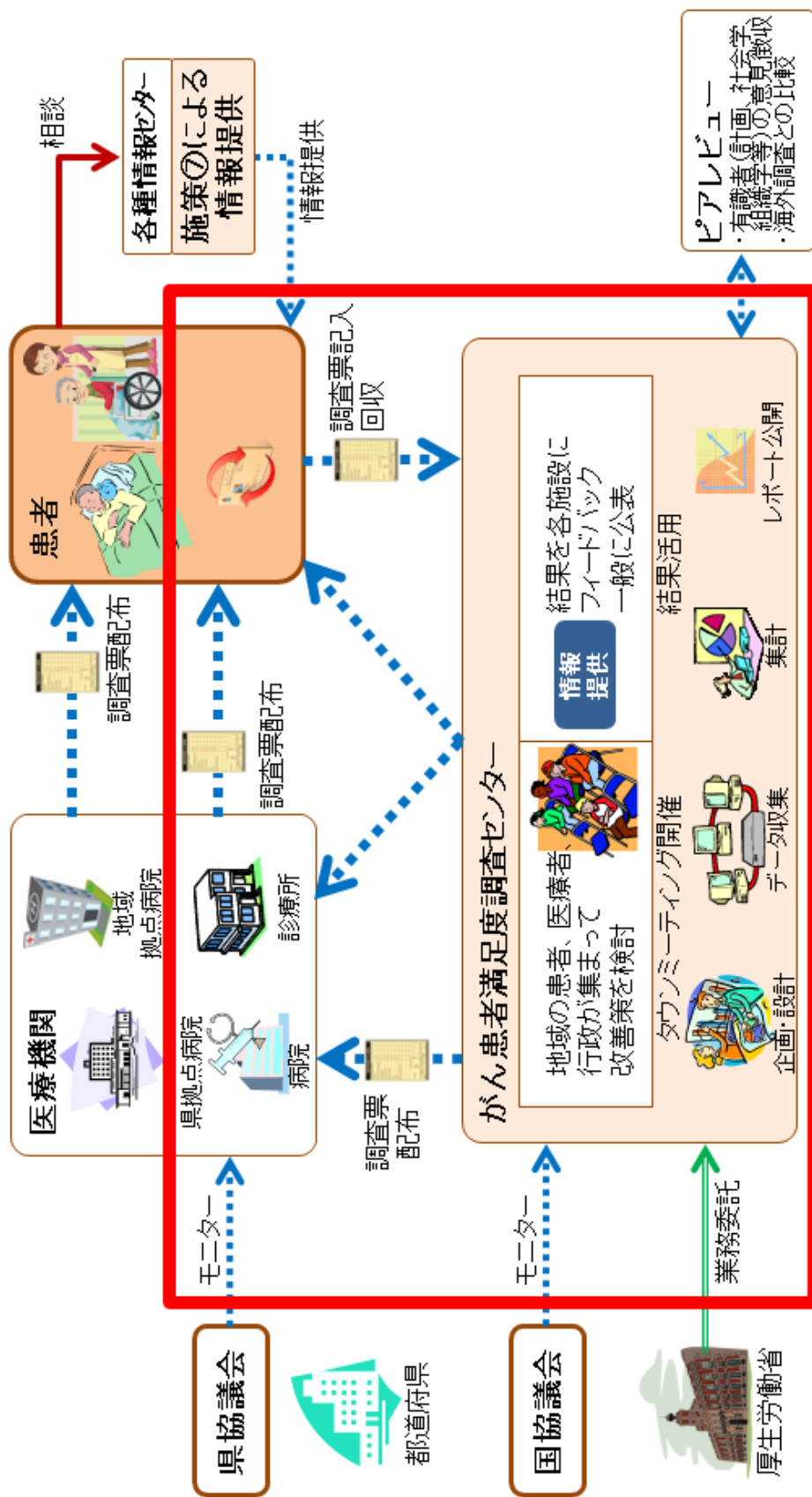
患者満足度調査センター業務を委託するのに適切な組織

#### ■積算内容

・ 15 億円（積算作業中）

### 施策⑧ がん患者満足度調査事業

- ・ 全国的にがん治療施設別の患者満足度を世界標準的な方法で計測し、フィードバックし、医療の質向上につなげる
- ・ 県ごとに多様な参加者による満足度向上のためのタウンミーティングを開催、調査に基づき地域の医療の質向上策を考える
- ・ 「低い質の治療の存在、患者の不満が多い、医療者は疲弊」⇒客観的な情報に基づき建設的なかたちで議論し満足度高める



関連施策:

施策番号A-47: 全国統一がん患者満足度調査

\*1: タウンミーティングとは、調査で得られた問題を六位一体で考える場

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

  : 新設機能、  
→ : 人、  
⇄ : サービス・情報、  
⇄ : 費用



## 施策⑨

### 希少がん・小児がん支援およびサバイバーシップ事業

#### ■要求要旨

がん対策推進基本計画では、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が全体目標として掲げられており、がんの治療中はもちろんのこと、その後の療養生活を含めてがんと生きる生活全体を通して苦痛を軽減することの重要性が示されている。また、患者本人だけではなくその家族への支援の重要性についても示されている。

治療成績の向上に伴い、小児がん長期生存者（いわゆるサバイバー）における就学や就労の問題、成人がんサバイバーにおける就労の問題、治療後の後遺症や精神面の問題、患者家族における負担の問題など、新たな問題の存在が明らかになってきており、早急な対応が求められている。

海外ではそれらの問題を、サバイバーシップ（がん経験者の遭遇する問題への対処）と位置づけ、サバイバーシップの支援に特化した機関が設立され、有効に機能している。よって、本国においてもサバイバーシップに関連する事業を中心に行う支援センターを設立し、今まで対応が不十分であった問題の解消を進める。

#### ■事業内容

小児対象、成人対象のサバイバーシップ・サポートセンターをそれぞれ全国に数か所、業務を行うのにふさわしい医療機関内に設置する。両サバイバーシップ・サポートセンターにおいては主に次の3つの事業を行う。すなわち、1. 特に治療後の肉体的・精神的・経済的問題を中心とした相談支援サービスの提供、2. サバイバーシップ・ケアプランの雛型作成と、全国の医療機関への普及事業、3. 希少がん、小児がんのデータ収集と、これらのがんの診療支援——である。

なお、サバイバーシップ・サポートセンターと地域が連携し、すべての患者や家族がサバイバーシップに関する支援を受けることができるよう、地域統括相談支援センター（施策番号 45 地域統括相談支援センターを参照）との連携体制を整備する。また、実際の相談支援については、がん経験者や家族などがピアサポーターとして相談業務を行う。

サバイバーシップ・ケアプランの普及事業の一環として、プラン作成参加施設に補助金を出すなどしてインセンティブをつけ、将来の診療報酬化につなげる。

#### ■経費の種類／性格

委託費

#### ■補助先

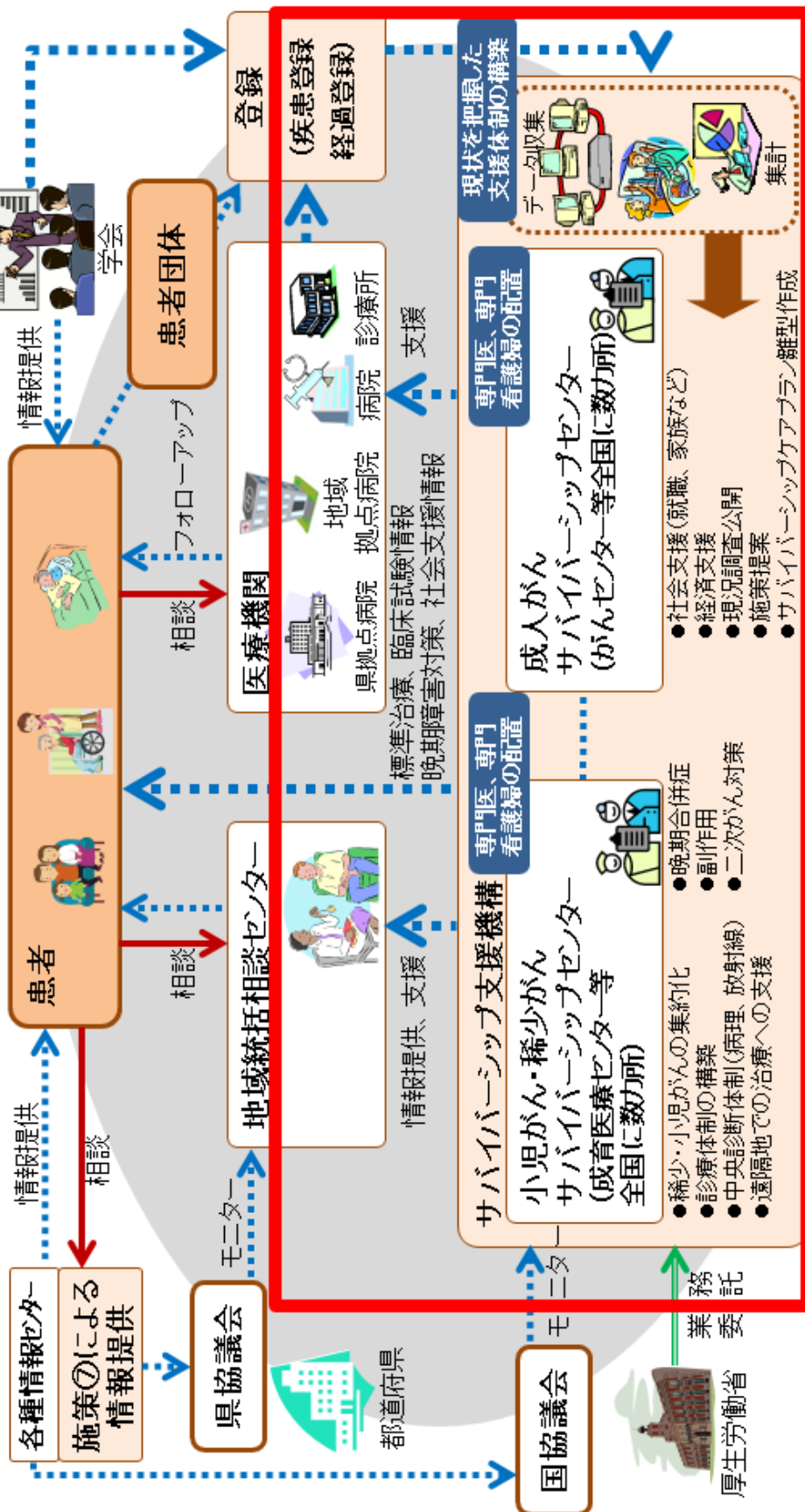
サバイバーシップ・サポートセンター業務を委託するのに適切な組織

■積算内容

- ・10億（積算作業中）

## 施策⑨ サバイバースタッフ事業

- ・ 小児と成人のがん経験者の晩期障害、こころのケア、経済的不安に関する支援に関して専門的に相談を提供する
- ・ サバイバースタッフケアプランを確立する。稀少がん・小児がんについて診療支援とデータ収集を行う
- ・ 「手つかずのサバイバースタッフ問題」⇒「がんと向き合い、がんと共に生きる社会」の実現



地方と中央が役割分担した  
効率よく支援するしくみ

関連施策:  
 施策番号A-19: 抗がん剤の審査プロセスの迅速化  
 施策番号A-20: 抗がん剤の適用拡大の審査プロセスの見直し

(c) 厚生労働省がん対策推進協議会 提案書取りまとめワーキンググループ

## 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

平成 21 年 12 月 4 日

厚生労働大臣  
長妻 昭 様

厚生労働省がん対策推進協議会会長  
垣添 忠生

### 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 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中央社会保険医療協議会（中医協）などにおいて取りまとめられる内容を踏まえて行われることとなる。第 10 回厚生労働省がん対策推進協議会（平成 21 年 6 月）においては、がんに関わる診療報酬についての提言の必要性について指摘があった。また、第 10 回厚生労働省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」を来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、がん対策推進協議会での議論との整合性を図るべきとの指摘があった。中医協においても、平成 22 年度改定における 22 項目の「今後の主な検討項目例」に、がん領域があげられている。

がん対策推進協議会は、「平成 22 年度がん予算提案書～元気の出るがん対策～」を平成 21 年 3 月に厚生労働大臣に提出した。この提案書において指摘したがん対策・がん診療における問題点は、がん予算だけによって対処できるものだけでなく、診療報酬改定によって初めて解決が見出されるものが多い。

これらをふまえ、がん対策推進協議会では、がん医療の推進に関する診療報酬での対応についての意見をとりまとめ、平成 22 年度診療報酬改定に向けたがん対策を推進するための評価の検討について、長妻昭厚生労働大臣に提出するものである。

## 平成 22 年度診療報酬改定に向けた がん対策を推進するための評価の検討について

国民の死亡原因の第一位であるがんの対策については、平成 19 年のがん対策基本法の施行を契機として、様々な施策が推進されてきたものの、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が実情である。

長期にわたって持続可能な医療提供体制を維持するにあたっては、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、コンセンサスを経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。また、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、がん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画を遂行するためには、がん医療に関する診療報酬による評価を充実させることが不可欠である。

がん医療の推進については、社会保障審議会等でも「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」とされており、がん対策基本法やがん対策基本計画においても、「放射線療法及び化学療法の推進」「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が記されている。また、「がん難民」問題等の解決には、拠点病院と地域の医療機関の連携や、在宅医療・訪問看護の充実も重要である。平成 22 年度診療報酬改定に向けた検討については、今後、中医協などの場において行われることとなるが、こうした視点をふまえてがん対策の充実が図られるために、平成 22 年度診療報酬改定において適切に評価されるよう配慮を求めるものである。

(※) なお、社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成 22 年度診療報酬改定の視点等について」では、診療報酬改定にあたっての方向性として、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」の「2つの重点課題」と、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」「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」「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」の「4つの視点」が示されている。

以下、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、参考として例示するとともに、それらの項目が上記「2つの重点課題」「4つの視点」とどのように関連しているのかについても提示する。

## 参考資料

## 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

(各事項とテーマとの関係を示す一覧表)

「平成22年度診療報酬改定の『視点等』と『方向』について」(次ページ参照)における「重点課題」「視点関係」と関連がある場合に○

通し番号	分野番号	分野	個別記号	提案事項	重点課題1	重点課題2	視点関係1	視点関係2	視点関係3	視点関係4
1	全体	がん対策全般にか かる事項	ア	がん医療の質の“見える化”			○	○		○
2			イ	がん医療の質の評価			○	○		○
3	個別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	ア	放射線療法の推進		○	○	○		
4			イ	化学療法とチーム医療の推進		○	○	○		
5			ウ	入院および外来化学療法の推進		○	○	○		
6			エ	がんにおける個別診療	○		○	○		
7	個別2	緩和ケア	ア	緩和ケア診療加算			○	○		
8			イ	緩和ケア研修修了者の配置			○	○		
9	個別3	在宅医療(在宅緩 和ケア)	ア	在宅医療の充実			○		○	
10			イ	在宅医療ネットワークの構築			○		○	
11			ウ	医療と介護の連携			○		○	
12			エ	大規模診療所と医療従事者の育成			○		○	
13	個別4	診療ガイドラインの 作成(標準治療の 推進)	ア	DPCデータや臨床指標の開示			○	○		○
14			イ	診療ガイドラインの推進			○	○		○
15			ウ	セカンドオピニオンの推進			○	○		○
16	個別5	医療機関の整備等 (がん診療体制ネッ トワーク)	ア	地域連携とその他の連携			○		○	
17			イ	がん診療体制の充実度に応じた評価			○		○	
18			ウ	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価			○		○	
20	個別6	がん医療に関する 相談支援および情 報提供	ア	相談支援センターの充実			○	○		
21			イ	相談支援センターと患者団体の連携			○	○		
22	個別7	がん登録	ア	がん登録に関わる職員の配置		○	○			
23			イ	地域・院内がん登録		○	○			
24	個別8	がんの予防(たばこ 対策)	ア	たばこ依存への治療と禁煙対策			○			○
—	個別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・制度面等で対応)						
—	個別 10	がん研究	—	(診療報酬以外の補助金・科研費・制度面等で対応)						
25	個別 11	疾病別対策	ア	小児がんと稀少がん	○		○			
26			イ	長期生存者のフォローアップ	○		○			
27			ウ	リンパ浮腫			○	○		

※通し番号誤りのため No.19 は欠番

## 平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

社会保障審議会等において厚生労働省より提示されている資料「平成22年度診療報酬改定の視点等について」の内容

重点課題 関係	重点課題1	救急・産科・小児・外科等の医療の再建  【含まれる内容の例】 ①有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進 ②小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ③新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ④急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化 ⑤手術の適正評価
	重点課題2	病院勤務医への負担の軽減  【含まれる内容の例】 ①看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価 ②看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価 ③医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
4つの視点 関係	視点関係1	充実が求められる領域を適切に評価していく視点  【含まれる内容の例】 ①質の高い精神科入院医療の推進 ②歯科医療の充実 ③イノベーションの評価 *がん医療の推進 *認知症医療の推進 *新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進 *肝炎対策の推進
	視点関係2	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  【含まれる内容の例】 ①医療の透明化・分かりやすさの推進 ②医療安全対策の推進 ③心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現 ④重症化の予防
	視点関係3	医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点  【含まれる内容の例】 ①質が高く効率的な急性期入院医療の推進 ②回復期リハビリテーション等の機能強化 ③在宅医療・在宅歯科医療の推進 ④医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進
	視点関係4	効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点  【含まれる内容の例】 ①後発医薬品の使用促進 ②医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映

がん対策の推進にあたって、診療報酬において評価を検討すべき具体的な項目を、以下に概説する。

## **全体分野 がん対策全般にかかる事項**

### **(1) 現状と課題**

#### (ア) がん医療の質の“見える化”

がん医療の質のいわゆる「見える化」（可視化）が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。

#### (イ) がん医療の質の評価

がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。

### **(2) 論点**

#### (ア) がん医療の質の“見える化”

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセス指標やアウトカム指標に関する情報を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行うベンチマーキングセンターをがん診療連携拠点病院等に設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

#### (イ) がん医療の質の評価

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討してはどうか。

## **個別分野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) 現状と課題**

#### (ア) 放射線療法の推進



放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医（例：放射線腫瘍学会認定医）、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士及び放射線品質管理士の配置の必要性がかねてより指摘されている。また放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理についても、適切な評価がされていない。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医（例；臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医）、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。

(ウ) 入院および外来化学療法の推進

外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていないとともに、また外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している。

(エ) がんにおける診療項目の評価

手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、カンファレンスにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。

## (2) 論点

(ア) 放射線療法の推進

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行ってはどうか。また、放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）、アイソトープ内用療法、放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をしてはどうか。

(イ) 化学療法とチーム医療の推進

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行ってはどうか。また、レジメン（投与

計画)委員会における化学療法のプロトコル(治療計画)管理や危険製剤の処理について、新たに評価を行ってはどうか。

(ウ)入院および外来化学療法の推進

入院化学療法についても、十分な評価を行ってはどうか。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討してはどうか。

(エ)がんにおける診療項目の評価

専門医により質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法における技量の必要な手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価してはどうか。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をしてはどうか。

## **個別分野2 緩和ケア**

### **(1) 現状と課題**

(ア)緩和ケア診療加算

緩和ケアは入院患者のみならず、外来患者にも必要とされているにもかかわらず、緩和ケア診療加算を算定できるのは一部の入院患者に限定されている。また、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているにもかかわらず、点数が低い。

(イ)緩和ケア研修修了者の配置

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、がん診療連携拠点病院の義務としての研修が不十分になっているとの指摘もあり、研修修了者の配置に対する医療機関のインセンティブもないため、研修の受講や修了者の配置が促進されない。

### **(2) 論点**

(ア)緩和ケア診療加算

算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大してはどうか。また、緩和ケア診療加算の点数や、専門性の高い医療従事者を配置する緩和ケア病棟の入院基本料を引き上げてはどうか。

**(イ) 緩和ケア研修修了者の配置**

がん診療に携わる医療者への緩和研修について、①国立がんセンター、日本緩和医療学会の緩和ケア指導者研修の修了者、②国の定める基準に基づく12時間コースの研修の修了者、③その他、①②に準ずる座学やロールプレイ、実地研修など、一定の質が担保された研修の修了者の医療機関への配置に対して、診療報酬にてさらなる評価を検討してはどうか。

**個別分野3 在宅医療（在宅緩和ケア）****(1) 現状と課題****(ア) 在宅医療の充実**

がん終末期における在宅医療は、患者の全身状態の不良などにより、医療者や家族の負担はきわめて大きいにもかかわらず、病状急変時の緊急入院病床の整備等により、手厚い在宅医療を提供する施設に対してなど、全般にわたって診療報酬の評価が低い。

**(イ) 在宅医療ネットワークの構築**

病院と在宅医療支援診療所との連携や、病院（医師）と訪問看護機関（看護職）との連携、在宅医療病診連携パスの策定を通じた連携が不足しているために、在宅医療の効率的なネットワーク構築が進んでいない。

**(ウ) 医療と介護の連携**

がんの在宅緩和ケアでは、病院や在宅医療支援診療所など医療提供者のみならず、介護提供者と医療提供者との連携が必要であり、退院困難な要因や介護を必要としているがん患者については年齢を問わず、職種を越えた緊密な連携が求められるが、その連携は不十分であり、介護資源による効果的なサポートが得られていない。

**(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成**

質の高い在宅医療を提供し得る大規模在宅ケア診療所への診療報酬での評価の不足により、在宅緩和医療の量的拡大とハブ化が遅れている。また、医療従事者が実地にて在宅緩和医療を学べる施設が少なく、医療従事者の育成が進んでいない。

**(2) 論点****(ア) 在宅医療の充実**

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を引き上げてはどうか。また、医療機関が空床を確保し、終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れを行うことに対して、診療報酬にて評価してはどうか。

(イ) 在宅医療ネットワークの構築

病院と在宅診療所の合同カンファレンスの開催や、病院と訪問看護事業所との連携、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介に対して、診療報酬にて新たに評価してはどうか。

(ウ) 医療と介護の連携

後期高齢者退院調整加算について、後期高齢者への限定をなくし、退院困難な要因を有するがん患者などについても算定を可能とするとともに、保険医療機関のみならず介護保険施設への転院や、退院後の医療と介護の相互連携についても、新たな考え方を取り入れてはどうか。

(エ) 大規模診療所と医療従事者の育成

質の高い在宅医療を提供し、地域における在宅緩和ケアを普及させる機能を有するスタッフの充実した大規模な在宅療養支援診療所に対して、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。また、それらの施設を緩和ケアにおける専門教育機関として認定し、診療報酬での新たな評価を検討してはどうか。

## **個別分野4 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進）**

### **(1) 現状と課題**

(ア) DPC データや臨床指標の開示

標準治療の推進と医療費の適正化において、DPC の果たす役割は重要であるが、DPC による評価見直しを適時かつ適正に進めるための、DPC データや臨床指標の開示が十分でなく、がん医療の質の向上を阻害する一因となっている。

(イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインが、全てのがんにおいて策定されておらず、策定されているがんについても更新が十分でないために標準治療の推進が遅れ、不適切な治療が行われる一因となっている。

(ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンについて、セカンドオピニオンを提供する医療機関の負担が大きいかかわらず、現状では紹介する医療機関のみに診療報酬上の評価がされており、セカンドオピニオンの推進を妨げている。

## (2) 論点

### (ア) DPC データや臨床指標の開示

個別診療行為の評価や病院全体の評価に資するための DPC データや、死亡率、寛解率等のアウトカム指標に基づくデータを解析し、住民に対して公開している医療機関に対して、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

### (イ) 診療ガイドラインの推進

がんに関わる診療ガイドラインの策定されているがんでは、学会等により策定されたガイドラインに基づいて院内クリティカルパスを作成し、患者・家族への説明を行い治療を行っていることに対して、診療報酬にてさらなる評価をしてはどうか。

### (ウ) セカンドオピニオンの推進

治療の質を担保するセカンドオピニオンの推進に資するために、セカンドオピニオンを紹介した医療機関のみならず、セカンドオピニオンを受け入れた医療機関においても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

## **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）**

### (1) 現状と課題

#### (ア) 地域連携とその他の連携

国のがん対策推進基本計画にて、地域連携クリティカルパスの推進が定められているが、負担の大きさに比して医療機関でのインセンティブがなく、普及が進んでいない。また、いわゆる病病連携や薬薬連携についても、十分な評価がされていない。

#### (イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

都道府県がん診療連携拠点病院制度と地域がん診療連携拠点病院が整備、指定されているが、拠点病院の指定要件を満たしながらも、地域の事情により指定されていない医療機関が存在し、がん診療連携拠点病院加算などの支援策が存在しない。

#### (ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、病診連携の充実に努めている医療機関が評価されず、がん難民問題解消に対する努力が進まない実情がある。

## (2) 論点

### (ア) 地域連携とその他の連携

がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及を推進するために、診療報酬において新たに評価する項目を取り入れてはどうか。また、いわゆる病病連携や薬薬連携の推進についても、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れてはどうか。

### (イ) がん診療体制の充実度に応じた評価

地域の事情により、がん診療連携拠点病院の要件を満たしていながら、その指定を受けられない病院に対し、放射線治療、化学療法、緩和ケアをはじめとする診療体制が整っている医療機関に対して、現在のがん診療連携拠点病院に準じた診療報酬が確保できるよう、評価してはどうか。

### (ウ) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価してはどうか。または、がん患者に対して適切な医療機関の紹介をせず、結果としてがん難民を生み出している医療機関について、診療報酬を減算してはどうか。

## **個別分野 6 がん医療に関する相談支援および情報提供**

### (1) 現状と課題

#### (ア) 相談支援センターの充実

がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。

#### (イ) 相談支援センターと患者団体の連携

国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。

## (2) 論点

### (ア) 相談支援センターの充実

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。

### (イ) 相談支援センターと患者団体の連携

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。

## **個別分野 7 がん登録**

### (1) 現状と課題

#### (ア) がん登録に関わる職員の配置

がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者にがん登録に係る負担が及んでいる。

#### (イ) 地域・院内がん登録

地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握するデータが不正確であり、がん登録全体の正確さに影響を与えている。

## (2) 論点

### (ア) がん登録に関わる職員の配置

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。

#### (イ) 地域・院内がん登録

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。

### **個別分野 8 がんの予防（たばこ対策）**

#### **(1) 現状と課題**

##### (ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

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や、その費用を妥当なものとするのが求められている。また、受動喫煙防止に関する厚生労働省検討会報告書にて、医療機関を含む公共的空間での原則全面禁煙が求められているにもかかわらず、対策が不十分である。

#### **(2) 論点**

##### (ア) たばこ依存への治療と禁煙対策

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。

### **個別分野 9 がんの早期発見（がん検診）**

#### **(1) 現状と課題**

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。



## **個別分野 10 がん研究**

本分野については、主に補助金、科研費、制度面などにて対応すべき分野と考えられるため、診療報酬での対応策については割愛する。

## **個別分野 11 疾病別対策**

### **(1) 現状と課題**

#### **(ア) 小児がんと希少がん**

小児がんや希少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。

#### **(イ) 長期生存者のフォローアップ**

がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。

#### **(ウ) リンパ浮腫**

リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。

### **(2) 論点**

#### **(ア) 小児がんと希少がん**

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人T細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での診断、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置している場合に対して、さらなる加算をしてはどうか。

#### **(イ) 長期生存者のフォローアップ**

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っている

ることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れてはどうか。

(ウ) リンパ浮腫

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性腫瘍や治療に対して入院中1回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価してはどうか。

### 4-3 拠点病院提案書

がん対策推進協議会会長 垣添忠生様

がん対策推進協議会  
提案書取りまとめワーキンググループ  
平成22（2010）年3月11日

#### がん診療連携拠点病院制度の見直しについて

がん対策推進協議会（以下、「協議会」）の提案書取りまとめワーキンググループ（以下、「がんWG」）においては、全国6カ所のタウンミーティングと都道府県がん対策推進協議会等委員へのアンケート等によって、がん対策に関する提案について、「予算」、「診療報酬」、「制度」の各側面から、意見集約を行ってきた。その中で、がん診療連携拠点病院制度（以下、「拠点病院制度」）に関しては、「患者」、「医療現場」、「地域」のいずれの立場からも、現状の問題点と改善案が多数出された。

そこでがんWGにおいては、こうした意見を踏まえて、拠点病院制度の包括的見直しを提案するものである。協議会において、がん診療連携拠点病院制度見直しのための分科会を設置するなどし、新拠点病院制度を取りまとめることを提言する。

#### 1. 集まったご意見について

都道府県がん対策推進協議会等委員を対象としたアンケートにおいては、拠点病院制度など、医療連携ネットワークに関するご意見が約200人からあり、タウンミーティングで集められたご意見シートにおいては約100人からあった。

集まった意見を分析したところ、拠点病院制度に関する問題点が広く認識されており、改善の方向について具体的な意見が多数あった。

これらを元に、がんWGは制度面での対応として「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕を推奨する。

##### 「がん診療連携拠点病院制度の見直し」〔C-26〕

提供される医療の質の高さや、地域のカバー率、面的連携の強化、患者目線での運営など、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、がん診療連携拠点病院の指定要件について、がん対策推進協議会にて検討の上、改正する。特に、拠点病院の役割に鑑み、患者やその家族から、セカンドオピニオンや相談支援の求めがあった場合は、適切かつ迅速に応じるよう努めることを通達するなど、患者や家族に配慮した運用を求める。

本文書は、その方向をより詳しく記述したものである。

## 2. 新制度において留意すべき点について

がん診療連携拠点病院制度の見直しを、下記のような観点に留意して進めるべきである。

- ①均てん化と切れ目ないがん医療の面的展開に関して貢献する医療機関へのインセンティブが働くこと
- ②医療機関が継続的に質の向上に取り組むインセンティブが働くこと
- ③地域の面的カバーの拡大と、医療の質の向上の両面でのインセンティブが働くこと
- ④大都市、地域の中核都市、地方都市、過疎地のいずれにおいても、適応できる仕組みであること
- ⑤医療従事者の育成確保のインセンティブが働くこと
- ⑥患者・家族の目線で拠点病院のあり方を見直すこと  
——など。

また、具体的な改正点としては、次のような点を検討すべきである。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること
- ⑥県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること  
——など。

こうした方針に合わせて指定制度を再構築し、その上で国の予算措置も強化し、質の担保に伴い診療報酬上の評価もさらに高めるべきである。

.....

□現状の問題点と議論の方向について

多数の意見を踏まえ、がんWGは拠点病院制度の現状の問題点と改正の方向を、下記のように整理する。

**(1) 指定要件など**

① 拠点病院の質：

拠点病院の外形基準を満たしていても、必ずしも質の高い臨床面での対応が実践されているとは限らない。質を高めるために指定要件を厳しくすることは重要であるが、それが全国一律に課せられると、地域においてがん診療に関して重要な役割を果たしている病院が指定を受けることができず、拠点病院の空白地域が生じる。一方で、拠点病院の指定を受けても、質を確保するためには病院側に人的資源、財政的資源が不足している。

○改正の方向

- ・外形より診療、連携、相談などの質の担保に視点を移していく。
- ・拠点病院が質の確保のために資源を投入できるように人的、財政的支援を強化する。

② 質の担保：

審査の基準が主に外形的な項目となっており、拠点病院の自己申告に基づくこともあり、必ずしも質が担保されていない。アウトカム指標や質的な評価尺度による評価や、外部の専門家によるサイトビジット（施設訪問）などの考えが導入されていない。

○改正の方向

- ・実際の拠点病院の診療やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動や質を客観的な立場から審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院別の患者満足度調査を定期的に行う

③ 患者のカバー率：

拠点病院が、どの程度地域のがん患者をカバーしているかについては十分に精査されていないため、正確に把握されていないが、地域によって2割～8割といった開きがあることが予想される。拠点病院のがん医療の質を高めても、カバー率が低い地域では、地域の医療機関との連携をよほど強化しない限り、拠点病院を利用する患者だけの範囲の質の担保にしかならない。また、拠点病院が患者受け入れのキャパシティを、急速に拡大できるわけではない。現行の制度において、地域における患者の面的カバー率が考慮されていない。

## ○改正の方向

・二次医療圏や都道府県ごとに、拠点病院／拠点病院との連携医療機関が地域のがん患者をどの程度カバーしているかを示すカバー率を都道府県が公表する。また、それを拠点病院の評価の要素とする。

## ④ 拠点病院の質とカバー率の背反：

拠点病院の質を早く高めるためには、指定要件を厳しくして拠点病院の数を厳選すれば良いという考えがある一方で、患者カバー率が下がることが危惧される。カバー率を高めることに重点をおくと、現状より質が低下する懸念がある。質とカバー率の両方を向上させる仕組みが明確となっていない。

## ○改正の方向

・拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

## ⑤ 地域特性への対応：

現在、二次医療圏を基本的な指定単位としているが、二次医療圏の人口は大きな開きがある。人口の少ない二次医療圏では、拠点病院として機能するのに十分な体制を整備する資源を確保することが困難であり、人口が多い二次医療圏では、拠点病院だけでは地域の患者の一部しかカバーできない。また、大都市圏、地方都市圏、へき地・離島圏それぞれにおいて、拠点病院に期待される機能が一部異なるが、現在の指定要件は基本的に1種類だけであり、地域特性が考慮されていない。

## ○改正の方向

・拠点病院の指定の要件に、二次医療圏の人口、地理的特性、がん患者数、医療機関の施設の規模などを勘案する。

・〔再掲〕拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんの特化した有床診療所）——などと多様化させる。

## ⑥ “がん種特化型病院”への対応：

現在の拠点病院制度の指定要件においては、5大がん（胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、肺がん）のすべてに関して、手術療法、化学療法、放射線療法のいずれもが実施可能な体制を有することを求めている。一方、消化器系がんや乳がんにはほぼ特化して大規模な診療を実施している医療機関も存在する。専門的な治療を推進していくためには、がん種ごとの集約化が必要である。一方で、診断から治療、緩和ケアまでを含む一連のがん診療に求められる包括的な機能は、そのような専門家された医療機関では整備しにくい。このような病院に関する位置づけの議論が十分に行われていない。

### ○改正の方向

- ・ “がん種特化型病院”を制度化する方向で検討をする。その際、備えておくべき機能と連携機能を明確にする。
- ・ [再掲] 拠点病院を階層化するとともに、複数の機能モデルを導入する。たとえば、拠点病院A（すべての高い要件を満たしている病院）、拠点病院B（多くの要件を満たしている病院）、拠点病院C（特定の種類のがんに特化している病院）、協力医療機関（拠点病院と連携・協力している病院または診療所）、がん診療専門診療所（がんに特化した有床診療所）——などと多様化させる。

## (2) 評価など

### ① 現状把握：

拠点病院が果たしているがん診療に関して、その領域、内容、活動量、質などについて現状の把握できていない。拠点病院が一致して共通のフォーマットで情報を共有し、日本のがん診療の現況と推移を「見える化（可視化）」できるようになっていない。そのため、拠点病院へのさらなる資源投入を提案する際の説得材料が不十分であり、ひいては、拠点病院制度に基づくがん医療が効果を発揮しているのか、どのようながん対策が有効なのかなどが、把握できない。

### ○改正の方向

- ・ 拠点病院を対象に、第三者的な組織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、治療成績のほか、組織運営、地域連携、医療の質・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。
- ・ ベンチマーキングセンターを設置し、安定的に運営する。
- ・ 拠点病院が、院内がん登録、地域がん登録、DPCデータ、臨床指標データ、医療機能情報などの情報をベンチマーキングセンターに提供する仕組みを構築する。

### ② 制度の公平性：

拠点病院となることを希望する病院が複数ある場合、都道府県がいずれの病院を推薦するかの決定過程は必ずしも明確ではない。一方、拠点病院に指定されると、病院は一定のブランド力を得て患者がより集まる要因となりえる。また、拠点病院に対しては国の補助金や診療報酬上の評価などの優遇があるため、同じ二次医療圏でほぼ同等ながん診療を行っている病院があった場合でも、収益性が異なってくる。拠点病院への補助金の額は、病院の規模やがん患者数などによって区別がない。一方で、設置主体が独立行政法人ではない場合、都道府県が拠点病院に対して支払う補助金の2分の1が国庫補助される。そのため、拠点病院が受け取る補助額は、都道府県によって国庫補助基準額の5%程度から100%程度までの大きな格差が存在する。さらに、拠点病院に課せられた機能を十分に果たしていないところもあるが、それも優遇的な取り扱いの対象となっているのが現状である。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院の実際の活動量やアウトカムを評価できる指標の開発を進める。
- ・病院訪問の導入など、活動量や質を第三者的な専門家が審査できる方法を導入していく。
- ・拠点病院資格の指定の認定および更新に関し、地域特性に応じた要素を拠点病院の評価に取り込む仕組みを導入する。

#### ③ 面的な連携体制へのインセンティブの不足：

がん拠点病院には当該病院を受診する入院・外来患者への診断・治療などの医療サービスおよび相談サービスを提供するだけでなく、その二次医療圏全体のがん診療サービスの質の向上（均てん化）に寄与することが期待されている。拠点病院、拠点病院と連携する病院、がんのケアをする診療所、在宅緩和ケアにかかわる医療従事者などによる連携体制の構築を、拠点病院が牽引していくことも期待されている。しかし、現状では、拠点病院はもっぱらの病院の機能強化に力点をおく場合が多い。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院による二次医療圏の面的な均てん化努力を、評価する指標を策定する。
- ・医療法に基づき、二次医療圏におけるがんの医療機関の連携と、役割分担に関する施設名を記載した計画を策定して、地域全体の均てん化に対して取り組む。

#### ④ いわゆる「がん難民」問題：

がん対策基本法の制定および、がん対策推進基本計画の策定にあたっては、いわゆる「がん難民」問題への対処を求める声に対応した側面が大きかった。すなわち、初期治療を終えたあと、進行がんや再発がんの患者で継続的な治療を受ける医療機関を見つけることが困難で、十分な治療やケアが受けられないといった状況にあるケースが多数存在していることが指摘されている。拠点病院は、病院の連携を進め、連携コーディネーターを育成す



るなど、「がん難民」問題を解消することが期待されているが、そうした動きは広まっていないのが実情である。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院が協力医療病院と連携して、がん患者の目線に立って治療・ケアを行うことを評価する仕組みを考える。
- ・地域連携クリティカルパスに基づいて、診断、治療、ケアが施されたがん患者数を公表する。

#### ⑤ 経済的インセンティブ（補助金、診療報酬）：

拠点病院へのインセンティブは主に2つある。

設置主体が独立行政法人でない場合、拠点病院に指定されると国と都道府県から「がん診療連携病院機能強化事業」への補助金が交付されるが、求められる要件・機能に比べ、補助金の額が少ないとの指摘が多い。また、平成21年度の国庫補助基準額は、1病院当たり都道府県がん診療連携拠点病院が2800万円、地域がん診療連携拠点病院が2200万円である。独立行政法人に対する補助は100%であるが、それ以外には都道府県が策定する補助額を国と都道府県が2分の1ずつ折半することになるため、都道府県によって拠点病院が受けられる補助額は異なり、基準額の100%から5%程度までのばらつきがあるのが現状である。独立行政法人以外が設置する拠点病院に対しても、2分の1補助から10分の10補助への切り替えを望む声が多い。

また、診療報酬においては、拠点病院には「がん診療連携拠点病院加算」が適用される。すでにごんと診断されている患者を入院治療する病院に、患者一人あたり一回の加算が認められる。平成22（2010）年度診療報酬改定では、評価が引き上げられた。また、国の指定する拠点病院のみならず、都道府県が指定するいわゆる“準拠点病院”に対しても、評価ができるようになった。

拠点病院への診療報酬と補助金の役割が明確に理解されていない。診療報酬と補助金の役割分担については、拠点病院としての質の高い診療をするための恒常経費については、診療報酬が負担すべきであり、拠点病院としての機能を整備するための初期投資的な資金や、相談支援、がん登録など診療行為ではないが、拠点病院として必要不可欠な領域を担う人件費などについては補助金が分担すべきである、といった整理が必要である。

#### ○改正の方向

- ・拠点病院別に、受けている経済的インセンティブと指定要件を満たすために付加的に実施するのに必要なコストとを比較し、ギャップの状況を調べる。
- ・拠点病院へのインセンティブが不足している場合、補助金および診療報酬を引き上げる。
- ・都道府県によって拠点病院への経済的インセンティブが異なることにならない仕組みを

作る。

#### ⑥相談・支援業務の内容

すべての拠点病院は相談・支援センターを設置し、院内のみならず地域の患者・家族らのための相談支援業務を行うことになっている。しかし、病院によって相談件数、相談内容などに著しいばらつきが見られている。窓口担当者のスキルもまちまちである。また、真に患者の側に立った相談や中立的な対応も、十分に浸透していない。本当の患者・家族の問題解決を十分に提供するには至っていない。

#### ○改正の方向

- ・病院の立場でなく真に患者擁護の立場から相談・支援が行われるような指針づくりや研修教育を行う
- ・窓口の設置だけでなく、相談件数や患者への問題解決提供度などを評価する仕組みを検討する。
- ・相談支援窓口の後方スタッフとして、からだ、こころ、経済の支援をできる専門的スタッフを育成する

#### (3) 制度の骨格など

##### ① 役割分担（集中と分散）：

医療従事者の不足と偏在によって、医療現場では、人的な医療資源の不足を訴える声が強。都道府県内の医療資源をすべての拠点病院に均等に配置し、すべてのがんの種類、進行期などに対応できる機能を維持するといった方向は、全体の機能の希薄化を招き、その都道府県の全体最適化にはつながらない。都道府県内の患者動態と医療資源を洗い出し、その結果に基づき、がん診療体制の最適化の視点に立ち、関係団体、関係者が集まって、中期的な医療資源の配置計画を検討し、医療機関連携・役割分担に関する包括的な協定を締結し、その達成に向けて具体的な調整を進めていくという動きがほとんどなされていない。

#### ○改正の方向

- ・都道府県、二次医療圏ごとに患者の動態と医療資源の配置を洗い出し、それに基づいて中期的な医療資源の配置計画を策定する。
- ・配置計画に基づいて貢献した医療機関に、インセンティブを加える仕組みを作る。

##### ② 準拠点病院制度：

現在、拠点病院制度を補うため、10都道府県が独自にいわゆる「準拠点病院制度」を実施しており、77病院を指定している。都道府県によってその指定基準が異なり、補助金の有

無や水準も異なる。地域特性に応じた制度という利点もある反面、患者・家族が混乱しないように一定の共通の説明なども必要である。なお、診療報酬においては「がん診療連携拠点病院加算」に関して、拠点病院のみならず準拠点病院もその対象となった。拠点病院に準拠点病院を加えることで患者カバー率が高まる利点があるが、必要な体制を備えていない病院がむやみに指定を受けることがないように注視していくことが必要である。

#### ○改正の方向

- ・全国の準拠点病院制度の現況と指定要件、準拠点病院による診療の内容などを把握する。
- ・準拠点病院も含めた現況把握、第三者的組織による評価の仕組みと、準拠点病院も含めたインセンティブ体系を作る。

#### ③ 制度の運営：

拠点病院制度の運営に関しては、5つの側面から議論が必要である。(1) 制度設計 (2) 評価・モニター (3) 指定検討会の運営および事務 (4) 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (5) 都道府県がん診療連携協議会——である。

(1) の制度設計に関しては、その分担が不明確であった。「がん診療連携拠点病院の指定にかかる検討会」（以下、指定検討会）は、主として指定要件による病院の指定の可否の判定を所掌していた。しかし、拠点病院制度そのものの基本設計や指定要件の大幅見直しに関する提言をする検討会ではなかった。この点については、厚生労働省がん対策推進室（以下、対策室）の役割であったと考えられる。対策室が制度設計をするにあたっては、協議会が設置された平成19（2007）年7月以降は、協議会の意見を尊重すべきであり、協議会は拠点病院制度の制度設計を検討する役割を負うべきである。

(2) の評価・モニターに関しては、指定検討会が指定の可否を審査し、更新についても指定検討会が審査をしてきた。指定申請の書類は広範にわたっている。指定の審査は書面で行われ、一部ヒアリングが行われる。指定要件が外形的であるが、実施している医療行為の量と質あるいはアウトカムを測る必要がある。また、実態を把握するため、サイトビジット（施設訪問）の仕組みを取り入れ、書面審査から、医療の質に関する訪問審査を取り入れた実質審査へ移行するべきである。

(3) の指定検討会の運営および事務については、拠点病院の数も増えていることもあり、体制の強化が求められる。また、今後、拠点病院制度が改正・強化されるとさらに事務量が増えることが考えられる。

(4) 「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」が、都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化やすべてのがん診療連携拠点病院間の連携強化について協議するため設置されている。国立がんセンター総長が議長を務め、事務局は国立がんセンターがん対策情報センターがん対策企画課に置かれている。全都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院（以下、県拠点病院）が参加している。県拠点病院の均てん化のペースを上げるには、地域と

現場ニーズの吸い上げ、議長・事務局と県拠点病院の双方向的な対話、県拠点病院のモチベーションアップ、各地の好事例などノウハウの交換などを強化する必要がある。また、患者関係委員などを含むがん対策推進協議会委員の陪席を得るなど、多様な立場の関係者とも十分に対話を行うことが重要である。

(5) 「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」(以下、整備指針)において、県拠点病院が、「都道府県がん診療連携協議会」(以下、拠点病院協議会)を設置することになっている。設置はされているものの活動の活発さと成果については、都道府県ごとに異なっているのが実情である。拠点病院協議会が主体となって、地域の診療体制の役割分担、計画的な医療資源の配分なども含めて、地域のがん診療計画の策定に積極的に関与することが期待される。拠点病院協議会において、患者委員が参画しているところとそうでないところに分かれている。がん対策は医療機関の努力だけでは推進できないことから、地域の患者関係者、県協議会などとの連携も図り、公開で開催したり、マスコミへの積極的な広報なども含め、開かれた運営に努めるべきである。

#### ○改正の方向

- ・がん対策推進協議会が拠点病院制度の設計と評価に関与する。
- ・指定、更新にあたり、第三者的な組織による訪問審査を導入する。
- ・より精緻な運用のために、指定に関する検討会の事務を外部の団体に委託することも含めて、検討する。
- ・「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」の企画・運営にがん対策推進協議会が関与し、会議を広く公開し、内容を活性化する。
- ・「都道府県がん診療連携協議会」の活動内容について、毎年、活動報告集を作成するなどして、活動が活発で成果を上げている地域のノウハウが各地に広がるようにする。
- ・年に一度、現場ニーズと好事例を持ち寄る「拠点病院・全国大会」を開催するなどして、ノウハウ移転とモチベーションアップに資する。

#### ④ 機能と役割の範囲：

現在の制度は、拠点病院に関しては、診療体制の整備と、緩和ケア、患者の相談・支援、院内がん登録の3点への取り組みに補助金が出ているかたちである。また県拠点病院には、研修などの取り組みにも補助金が出されている。拠点病院に求める機能と役割の拡大の議論はありえる。たとえば、普及啓発や研究に関しても役割とし、応分の補助をする仕組みを導入することも検討課題として考えられるが、こうした機能と役割の拡大については、検討がされていない。

#### ○改正の方向

- ・がんの予防、早期発見、均てん化に関する普及啓発を実施することを拠点病院の業務に

位置付け、それを実施する拠点病院には、それに対する補助金の仕組みを作る。

・数カ所程度の拠点病院において、がんの臨床研究や社会学的研究を行い、それに対する補助金の仕組みを作る。

⑤ 「予算」「診療報酬」「制度」の間の横断的検討：

拠点病院への補助金、診療報酬上の評価、それらの前提ともなる制度改正が体系的に戦略的に検討されていない。予算、診療報酬、制度によって、担当する部局や関連する部局が異なる。このため、政策変更がタイムリーでなく、効果が最大化されていない懸念がある。

○議論の方向

・協議会が、予算、診療報酬、制度を横断的にモニターする。

・制度改正にあたっては、拠点病院制度のあるべき姿について、厚生労働省内の関係部局、関係府省が横断的に議論する。

\*参考資料

「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～」(159～168 ページ)

\*\* 「平成23年度 がん対策に向けた提案書」内の関連施策(番号は施策番号)  
(太字は特に関連が強い施策)

「**がん診療連携拠点病院制度の見直し**」〔C-26〕

「がん対策へのPDCA(計画、実行、評価、改善)サイクルの導入」〔A-4〕

「**質の評価ができる評価体制の構築**」〔A-11〕

「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」〔A-12〕

「**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**」〔A-35〕

「診療ガイドラインの普及啓発プロジェクト」〔A-36〕

「副作用に対する支持療法のガイドライン策定」〔A-37〕

「**がん診療連携拠点病院制度の拡充**」〔A-38〕

「**拠点病院機能強化予算の交付金化(100%国予算)**」〔A-39〕

「サバイバーシップ・ケアプラン(がん経験者ケア計画)」〔A-40〕

「**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**」〔A-43〕

「全国統一がん患者満足度調査」〔A-47〕

- 「がん医療の質の評価」〔B-1〕
- 「がん医療の質の“見える化”」〔B-2〕
- 「DPCデータや臨床指標の開示」〔B-15〕
- 「診療ガイドラインの推進」〔B-16〕
- 「地域連携とその他の連携」〔B-18〕
- 「がん診療体制の充実度に応じた評価」〔B-19〕
- 「がん難民をなくすために努力している医療機関の評価」〔B-20〕
- 「相談支援センターの充実」〔B-21〕
- 「相談支援センターと患者団体の連携」〔B-22〕
- 「がん登録に関わる職員の配置」〔B-23〕
- 「地域・院内がん登録」〔B-24〕

「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の設定（ベンチマーキングセンター）の設置（C-5）」

## 4-4 その他 参考書類

### 4-4-1 タウンミーティング概要

# がん対策に関するタウンミーティング 意見概要

がん対策推進協議会提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者と現場、地域の声」を広く集約するため、6 か所にて「がん対策に関するタウンミーティング」（主催：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、協力：各県庁）を開催した。

会場では、都道府県がん対策担当者、都道府県がん対策推進協議会等委員、それ以外の一般の来場者（患者・市民、医療従事者、その他）の順に来場者から意見を聴取した。発言は「予算」「診療報酬」「制度面」の視点に留意して、1分程度でお願いした。

ここでは、各タウンミーティングでいただいた、会場からの意見（発言）の概要を項目別に記載した。

#### 島根県

参加者数：123人 意見シート数：90

日時：平成22（2010）年1月10日（日） 13時30分～16時30分

会場：島根県立大学短期大学部出雲キャンパス（島根県出雲市西林木町151）

#### 【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・ 予算の仕組みとして、国が予算立てし、2、3月に予算内容が分かるため、次の年度に使いにくいのが現状。がん対策推進室の方に地方にきていただいて、実際に地方行政と意見交換していただかないと、きちんとした対策予算は作れないのではないか（行政関係者）
- ・ 予算増額の項目に放射線療法、化学療法はあるが、外科療法が欠けるのはよくない。見直しの際に記載をお願いしたい。アクションプランには手術に関することも入っている（行政関係者）
- ・ 県外の専門看護師養成機関に行くには、休職か退職しかない。各県に一つずつ整備しても良いのでは（行政関係者）

- ・県の予算はトータルとして予算化されているのではなく、細切れになっているため使い切れない。包括で予算を使えるようにして、法律に基づく裏付けを作っていただきたい（行政関係者）
- ・経済的に弱い併存疾患の高齢者向けのガイドラインがない。現場への丸投げになっているため、道筋を示してほしい（医療提供者）
- ・患者家族も厳しい状況。メンタルも含めたケアがないため、患者の前に家族がぼててしまう。家族ケアの制度が必要。相談支援と情報提供が欲しい（患者・家族）

#### [放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・薬物専門医など専門医の手当は何もない。結局ルーチンの仕事をしている。レベルアップしていかない（患者・家族）
- ・医療者が少ない。臨床試験を行わないと治療ができないこともあり、専門医が足りない。しかしながら、厚労省だけでなく文科省も、各都道府県の予算を地域差なく一律に縛って減らした。そのため、一時的に他県から若い人材を呼ぶにも、予算もポジションもない。地域の状況を勘案していただき、新たな人材を配置できるような予算立てをしていただきたい。新しく来てもらっても地域で働くポストがないのが現状（医療提供者）
- ・研修予算の弾力化が必要。研修に行けない放射線技師もいる（医療提供者）
- ・看護師の養成数を見ると、養成校のある県が突出している。養成校の設置基準では4年制大学でないといけなため、島根に多い短大や専門校が活用できない。専門職育成に関して、制度的な問題がかなり生じている（医療提供者）
- ・放射線、化学療法の医師が少ない。放射線 4~5 人、化学療法に関してはほとんどいない（患者・家族）
- ・化学療法が必要と言われても、経済的に無理ということで断った例もある。費用軽減を（患者・家族）
- ・高度医療機器を入れても使える専門医がいない。専門医の育成を（患者・家族）

#### [緩和ケア]

- ・在宅医療（緩和）に関して、医師でターミナルに関わりたい方と関わりたくない方がいる。7対1加算で空いた病床を使って、緩和ケア病床ということはできないだろうか。また、院内の患者を自宅に帰らせ、開業医が往診することも考えてはどうだろうか。現状としては、5年前から緩和ケアの体制がほとんど進んでいない（患者・家族）
- ・緩和ケアで医師研修が始まっているが、医師研修した側にも2日かけるメリットを示してほしい。研修価値を付けるためにも、修了書を専門医の要件とする制度が必要では（医療提供者）
- ・医療の質の問題で、研修にいったら緩和ケアができるというのは言い過ぎである。基本的な理念を厚労省で考えていただき、見直していただきたい（医療提供者）
- ・勤務医は厳しい状況の中で踏ん張っている。その中でも緩和医療は時間と心のゆとり



が必要な医療のため、人と診療報酬による評価が必要（医療提供者）

- ・医療チームで緩和ケアとインフォームドコンセントを取り組めるように、報酬化をしていただきたい（医療提供者）

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・在宅看護サービスを受ける若年の患者さんの負担に関し、医療保険の自己負担比率を3割から1割にさげてほしい（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・がん診療連携拠点病院の指定要件が厳しくなることは質の向上の面から考えて良いことだが、均てん化の面では厳しい。拠点から外れる病院が出てくる。地域の実情に応じた拠点病院の指定が必要ではないか（行政関係者）
- ・治療の均てん化が熱心に行われており、拠点病院は6カ所あるが、人口では診療圏が7万人くらいのところもある。集約化が行われていないため、医師の習熟度が上がっていない。地域の拠点はどのくらいの規模が適切と考えるのか。たくさんありすぎるのも問題である（協議会委員）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・島根大附属病院でがんの相談支援研修を行った。同じように、相談員の人数を増やして、スキルを向上させるためにも、県下の病院でも実施できるような予算措置をしていただきたい（行政関係者）

[がん登録]

- ・地域がん登録は、法制化して、国の責務として行ってほしい。都道府県独自の予算ではできないところもある（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・たばこ対策は、欧米に比べて遅れている。啓発として学校教育にたばこ対策のカリキュラムを組み込むことを、近い将来実現していただきたい（患者・家族）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・検診受診者に対し、市町村が実効的な支援をできるような支援・予算がほしい。検診実施主体は市長村で、県は啓発・制度管理・評価などを行うことで支援する仕組みが良い。また、受診率向上のためには、中小企業の支援も必要で、健康保険者に義務付ける制度も必要（行政関係者）
- ・女性特有がんの検診でクーポンを配布したのは、啓発として取り組みやすかった。ただ、受診対象者が5歳刻みであったので、最低5年はこの制度でお願いしたい。国のガイドラインで年1回とあったが、対象者の間隔は5年であり、国で整合性の配慮をお願いしたい（行政関係者）
- ・検診を進めていくことが重要で、受診率が低いから対応できることもある。いきなり受診者が増えても、不景気と医師不足の影響で、検診の体制がとれず、対応できない

こともある。偏在をなくしていくことが重要（医療提供者）

- ・受診率を50%に上げるには、今までの方法では無理。“もし、がんと言われたらどうなるのだろうか”と考えると、経済的な不安から検診を受けたくない気持ちになる。検診で見つかった人は自己負担ゼロにするぐらい大胆な発想が必要（患者・家族）

〔がん研究〕

- ・抗がん剤で、肺がん・乳がんに使えて、膀胱がんでも使えるという海外のエビデンスがあっても、保険適用外になっているものがある。こうした保険外診療が実際は行われているのが現状。ドラッグラグ、承認のスピードアップを（医療提供者）（患者・家族）

〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

- ・がんを予防できるワクチンがあるのなら、全ての子供に受けさせてあげるべき。子宮頸がんのワクチンの国による支援をお願いしたい（患者・家族）
- ・リンパ浮腫でリンパマッサージの保険適応を。リンパ浮腫の専門医、看護師の育成と、外来の設置を希望する（患者・家族）

〔その他〕

- ・30代で乳がんと宣告され、再就職の面でも大変厳しい。自分で治療費を稼がないといけない。がん患者の就職支援、再就職までの支援を（患者・家族）

## 広島県

参加者数：138人 意見シート数：10

日時：平成22（2010）年1月17日（日） 13時30分～16時30分

会場：広島YMCAホール（広島市中区八丁堀7-11）

### 【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・各都道府県のアクションプランに基づく、交付金にしばられない予算措置を、がん対策に係る一括交付金制度の創設を希望する（行政関係者）
- ・厚労省に対して、予算について3月にヒアリングをしていただき、8月に概算を出してから、12月まで予算の動きが伝わってこない。都道府県には12月にしか予算の情報が来ないため、次年度への対応が困難、改善を（行政関係者）
- ・がん条例の制定にあたっての国レベルでの応援がほしい（患者・家族）
- ・転移・再発患者は、障害のある方も多いため、高度医療への経済的援助が必要。外来で抗がん剤治療を行っている患者では、高額医療金の切れ目が命の切れ目になっている（患者・家族）
- ・末期がん患者が在宅に変えて介護保険の申請をしても、審査結果が遅いため、間に合わないことがある。介護保険の見直しが必要では（患者・家族）

## 〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・放射線専門医や化学療法専門医の育成のための予算確保を。そのための休業補償や、育成のための予算配分を大学に（協議会委員）
- ・在宅で独り暮らしの患者さんの生活を支えるために、保健医療福祉師の育成や福祉施策が必要。また、がん患者コーディネーターの養成も必要である（協議会委員）
- ・多くの友人が病院をたらいまわしにされ、手遅れになっている。知識の豊富な分析型の医師ではなく、直観力があり、正確に症状をよみとることができる医師が必要（患者・家族）

## 〔緩和ケア〕

- ・緩和ケア研修の受講者数の目標がない。受講者に対して、インセンティブ、専門医認定への要件などを検討していただきたい（行政関係者）
- ・緩和ケアの病床が必要。患者は待たないで入りたいが空き状況を得るのは難しい。全国的な空きベッドの情報を知ることができるようにしてほしい（患者・家族）
- ・休日、特に連休に、拠点病院から麻薬が出ずに困った。麻薬の供給体制の整備が必要（患者・家族）

## 〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・外来通院治療の患者さんへの、在宅支援におけるミーティングや緩和ケアには、報酬がつかない。在宅、病院もボランティアになっている。診療報酬の拡充を（医療提供者）

## 〔診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）〕

## 〔医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）〕

- ・相談支援業務など拠点病院の制度は、あまりにも偏っている。拠点病院でないのがん病院でないということぐらいに。専門病院をもっと利用していただきたい（医療提供者）

## 〔がん医療に関する相談支援と情報提供〕

- ・来年度、「患者必携」を新しい患者に配布するが、新規患者だけではなく、全ての患者に配布して欲しいという声がある。こうした声に応えるようなものを作成していただきたい、そして配布するための予算をいただきたい（行政関係者）
- ・病院のがんサロンを充実させるために、がん体験者が患者をサポートする仕組みとして、ピアサポーター養成のための支援をしていただきたい。サロンがサービス部門ではなく、診療報酬によって対応できるようにしていただきたい（患者・家族）
- ・がん治療に関する知識のない方が多い。がん情報の勉強会を開くなど、地域で情報を共有できるようにしていきたい（患者・家族）
- ・インターネットを活用できない人のためにも、自治会や町内会の回覧板などでの資料を通しながら意識付けをしていただきたい（患者・家族）

## 〔がん登録〕

- ・地域がん登録制度の法制化をお願いしたい。現在はボランティアでやっているが、予算化、診療報酬化ということも考慮してほしい（医療提供者）

## 〔がんの予防（たばこ対策）〕

- ・国をあげてタバコを吸わない対策を考えることが必要。学校現場で禁煙教育を行い、がんについて学習する機会を設ける。これらを当たり前のこととして伝えることが必要（協議会委員）

## 〔がんの早期発見（がん検診）〕

- ・検診受診率を上げるには、数学的なリテラシーを上げることも必要。国民にマスコットを考えてもらうのと同じような考え方で（医療提供者）
- ・国レベルで、がん検診の受診者数の実態を把握することが必要（行政関係者）
- ・がんセンターの疫学研究と違う結論が出てくるともあり、悩ましいところもある。研究を一元的に、厚労省やセンターでやっていただければ、変な混乱もないのでは（メディア）
- ・乳がんの若年化が問題となっている。検診は40、30歳代から、マンモではなくエコー検診を実施していただきたい（患者・家族）
- ・検査するにあたり、施設の収益性を考えると、必ずしも精度が高いからといって、受け入れられない矛盾が生じている。1人あたりの精度を保つためのガイドラインが必要（医療提供者）
- ・マンモ撮影しているものとしては、無料検診クーポンの配布によって、今後どの程度受診者数が増えるのかわからないまま、はじまっている。現場の体制基盤の整備ができていないし、人もふやせていないのが現状。制度の展望を知りたい（医療提供者）

## 〔がん研究〕

- ・治験の情報が得られないので一般公開していただきたい。だれにでもわかるように、最新の抗がん剤に関する情報を公開してほしい（協議会委員）

## 〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

- ・血液がん、卵巣がん、稀少がんへの対策が外されている傾向がある。5大がん以外のがん患者への経済的支援を（患者・家族）

## 〔その他〕

**福岡県**

参加者数：73人 意見シート数：59

日時：平成22（2010）年1月23日（土） 13時30分～16時30分

会場：ナースプラザ福岡（福岡市東区馬出4-10-1）

## 【会場意見】

### 〔がん対策全般〕

- ・困っている人を支援できるように、予算が増えるように議論していく。また、誘い合っていてがん検診に行ってもらえるように啓発にも呼び掛けたい。リレーフォーライフ福岡では2000人以上参加していただいたが、多くの方にがん対策を知ってもらえるように工夫することが重要（県議会議員）
- ・政権交代して、いろいろな事業が突然入ってきたが、市町村の多大な協力でなんとか実行することができた。しかしながら、もう少し事前に、プロセスから伝えていただけると現場は混乱しなくて済む（行政関係者）
- ・このタウンミーティングには、いくらかかっているのか。タウンミーティングが手段や目的になってはいけない（患者・市民）
- ・新しい施策がどんどん入っていく中で、市町村が合併して、スタッフの数が減り、現場は混乱している。例えば、検診受診率を50%に上げるために実施すること、啓発や広報活動、医療機関との調整に必要な人員を考慮して、人員と予算を割り当てていただきたい（行政関係者）
- ・治療費が高額なため、最善の治療を選択できない患者もいる。また、治療のために仕事を退職しても、再就職が困難なことが多くみられる。がん患者に経済的な支援を、高額医療だけでなく、日常的な面からもお願いしたい（協議会委員）
- ・できるだけこのような会を開いて、国や県に意見を届けることが必要（協議会委員）
- ・患者にとって治療の経済的負担は切実な問題であり、例えば混合診療に関しても、患者の視点から議論していただきたい（患者・家族）

### 〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・医師の育成が縦割りになっている。チーム医療で一番いい治療ができるようにしていただきたい（患者・家族）
- ・外来での化学療法のサポートが不足している。化学療法に関しては、薬剤師の介入が少ない。薬剤師にサポートしていただいて、副作用をへらすことができるようにしていただきたい（患者・家族）

### 〔緩和ケア〕

- ・二日間の研修会では、病院を離れて参加することが困難なため、単位制にして、多くの内科医が受けられるようにしていただきたい。専門医では知識が集中してしまうので、広く経験と知識の持った医師の育成も必要（医療提供者）
- ・緩和ケア病棟がうまく機能していないように思われる。患者としては行きたくないイメージ。患者の身体の痛み、心の痛み、経済的な痛みを考慮して対応していただきたい（患者・家族）

### 〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・山口県では、在宅緩和ケアが手薄なため、診療報酬をはじめとした対策をすすめてい

きたい（県議会議員）

- ・訪問看護ステーションの看護師の確保が難しい。安定した運営ができるように診療報酬の見直しと、病院との連携が必要（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・がんサロンと電話相談センターの設置をお願いしたい。がん患者は、誰かに相談することで、救われる（協議会委員）
- ・患者をサポートする方（患者ボランティア）の育成トレーニングに関しても、行政からの支援をお願いしたい（患者・家族）
- ・相談支援に関しては、看護師、SW では遠慮してしまうこともあるため、医師が参加することも必要。医師の参加で、ワンランク上の相談支援が行えるはず（患者・家族、医療提供者）
- ・セカンドオピニオンを保険診療で行えるようにすることで、多くの患者が利用でき、セカンドオピニオンの意義が出るのでは（患者・家族、医療提供者）
- ・拠点病院以外の病院のがん医療の実態は、格差が非常に大きい。がんセンターで、相談支援の内容から、医療の実態を調査していただきたい（患者・家族、医療提供者）
- ・相談支援の制度化をしていただきたい。がんを身近に経験した仲間が相談を聞くことは、本当の患者の声を聞くためにも必要（患者・家族）
- ・小児がん体験者とその医師の立場が低い。病院で利益が少ないと言われ、人手が少なく、専門医が疲れてしまっている。もう少し点数を上げて、立場を向上させて、人手が増えるようにしていただきたい（医療提供者）
- ・NPO、ボランティアをうまく活用して、社会全体でがん対策を行う仕組みを作ってほしい。その際国や県の予算を使うことが望ましい（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録に報酬を加えることで、登録が進むのでは（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・学校教育で、徹底的にたばこの害を教えていただきたい（協議会委員）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・がん検診の費用を現場で使いやすいようにしていただきたい。厚労省の説明では、予算を2倍にしたというが、市町村の担当者にはどのくらいの予算がきているかわからないのが現状。交付税としてきているために、現場では検診としては使いにくいことを知っていただきたい（行政関係者）
- ・検診に関して、病院でいろいろな検査を一括して受けられるとか、全ての検診を受けたら割引になるとか、イベント以外のことでも受診率が上がるための創意工夫をしていただきたい。（協議会委員）

- ・ 検診のクーポン券が配布されたが、開封していない方もいる。もっと啓発して、しっかりと伝達することが必要（患者・家族）

## 〔がん研究〕

- ・ 治験のスピードアップをしていただき、新薬の使用、そして保険適用できる時期を早くしていただきたい。がん治療の一番のベースになっているところである（患者・家族）

## 〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

- ・ 小児がんの対策がほとんどない。就労問題での支援をしていただいて、小児がん患者でも、一般の方と同じように社会貢献できるような施策をお願いしたい（協議会委員）
- ・ 小児がん経験者は、死ぬまでずっと支援が必要なわけではなく、必要なときに、必要なだけ支援をしていただきたいと思っている。成人のがんと異なるため、誤解されている部分があり、多くの方に、実際を知っていただきたい（患者・家族）
- ・ 小児がんに関しては、主治医が長期でフォローアップできる体制が理想（患者・家族）
- ・ 乳がんは、再発すると、使える抗がん剤が減ってくる。保険適用の迅速化をお願いしたい（患者・家族）
- ・ 小児がんに関する、産業分野での理解がほしい。生命保険に入れない実情もある（患者・家族）

## 〔その他〕

- ・ がん患者を解雇しないような会社は、例えば社会保険料が上がるペナルティーを付けるなどの就労支援対策を検討していただきたい（患者・家族）

**新潟県**

参加者数：25人 意見シート数：16

日時：平成22（2010）年1月24日（日） 13時30分～16時30分

会場：新潟県医師会館（新潟市中央区医学町通二番町13番地）

**【会場意見】**

## 〔がん対策全般〕

- ・ 国の予算の付け方に対して、県の予算の付け方は異なり、都道府県毎に格差がある。県の財政が厳しいなかでそのまま付けることができないのが現状。予算を10/10付けるには、包括的な審議が必要（行政関係者）
- ・ 総務省からの予算がおりにきた時期が遅すぎて、検診に反映させることは困難だった。事前に見込み予算などを伝えていただければ、準備できるのだが（行政関係者）

- ・治療費が高額なために、治療を断念した患者もいる。高学療養費のシステムにも矛盾点が多いのではないかと、見直しが必要なのではないかと（患者・家族）
- ・がん治療費の貸付制度に関しても、患者がわかるように、まとめた案内がほしい（患者・家族）
- ・貸付制度と合わせ、患者支援に関することをまとめて、患者必携に掲載する予定（協議会委員）

#### 〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・医師の育成として研修に予算を付けているが、拠点病院のみの対象となっているため、その他の病院から研修を受ける場合は、費用を払ってもらうことになる。実態にあっていないように思われるため、研修対象を拡大する制度も必要では（行政関係者）
- ・医師、看護師の育成は急務、特にがん治療に関わる医師が不人気分野でもあり、誘導することが必要（協議会委員）
- ・外科医自体が減っていることに問題意識を持たねばならない（医療提供者）
- ・医師の計画的育成において、それぞれの分野で、どういう専門医がどのくらい必要なのかをみていくことが必要（協議会委員）
- ・在宅に関しては、均てん化は、どこでも受けられるように広げることを意味しており、各診療科の細い専門的な知識ではなく、生活支援のできる幅広い知識が求められる（協議会委員）
- ・拠点病院の医師は地域の医療を担う専門的知識を有し、在宅医療をする診療所の医師のバックアップも兼ねることで、地域医療の質を向上することができるのでは（協議会委員）

#### 〔緩和ケア〕

- ・緩和医療に関しては、勤務医と開業医のあいだで、コメディカルも巻き込んで、ミッションを共有することが必要（協議会委員）

#### 〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・介護保険の認定は40歳以上に限られているため、20～40歳までのがん末期の方でも、介護保険が適用されない。したがって、20～40歳までで、在宅することは困難であり、救済措置もしくは改正をしていただきたい（患者・家族）
- ・介護保険自体が、がん患者にはなじまないため、法律自体から見なおすことが必要（協議会委員）

#### 〔診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）〕

- ・国は学会間の温度差をどのようにとらえているのか、学会間の連携も必要では（医療提供者）

#### 〔医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）〕

- ・拠点病院の支援の考え方として、地域の実情（人口や予算）に応じた指定の在り方が必要なのでは（行政関係者）



- ・「がん対策推進基本計画」により二次医療圏に一つ整備されているが、どういった内容が本当に必要か、地域の実情にあった形で、再整備することも必要になるのでは（行政関係者）
- ・拠点病院は優れた病院というイメージが強く、多くの患者が集まってくるため、全ての患者に対応しきれていない。現在ある資源を有効に使えるように、診療所や、拠点以外の病院との連携が必要（協議会委員）
- ・拠点病院が独り歩きすると、多くの医師、患者が拠点病院を目指す恐れがある。拠点病院以外の病院のモチベーションをあげるためにも、「がん診療協力病院」とネーミングを付けるなどの対策が必要だと思われる（医療提供者）
- ・どこまでの病院で標準治療を行うのか、その場合は医師の育成が追い付くのか、将来どのように機能分化していくべきかを、きちんと計画立てる必要がある（協議会委員）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・今日、タウンミーティングがあることを知ったのは5日前だった。本当は、もっと来たい人がいたのではないか。もっと多くの方に、早く適切な方法で伝えていただきたい（患者・家族）

[がん登録]

- ・がん登録をやっていない県もあると聞くと、本当に必要なのかと疑問に思ってしまう。やっていない県があるなかでやるには、やるべき根拠がほしい。インセンティブが欲しい（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・神奈川県で受動喫煙の条例ができてから、県の今後の対策が問われるようになってきているのだが、国がどう考えているのかわからない。きちんと方針が見えるような、エビデンスに基づいた、たばこ対策を見せてほしい（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・予算をいただいても、予算が伝わるタイミングが遅かったため、市町村で計画をたてて、使用する時間が足りない（行政関係者）
- ・検診受診率をあげるためには、受診率の高い職域の税金を優遇したり、保険診療で受診できるようにしたり、ポイント制を導入するなど、具体的な手段を行わないと、検診に行くという意識改革は困難（協議会委員）
- ・受診者（個人）に対して、保険料を減額するなどインセンティブを付けることにより、受診率を向上することができるのではないかと（医療提供者）
- ・検診を受ける、受けないは個人責任だが、“検診は治せるがんを見つけるためもの”という教育が必要。また、検診で見つかったがんなら、がん保険に入れるというような仕組みがあってもよいのでは。反対に、検診を受けないで見つかったがんには保険が適用されないなどのペナルティーがあってもよいのでは。（医療提供者）
- ・是非、今回のがん検診の予算を継続していただきたい。せつかくのいい流れを続けて

いただきたい（医療提供者）

- ・子宮頸がんのワクチンの公費負担を検討してほしい（医療提供者）
- ・検診とセットにして、ワクチンを公費で行う方が、啓発もでき効果的である（協議会委員）
- ・検診を受けなかったがん罹患者の、高いがん治療費のために、高い保険料を払っているという現実を知っていただきたい（医療・提供者）

〔がん研究〕

〔疾病別（がんの種類別）の対策〕

〔その他〕

## 青森県

参加者数：135人 意見シート数：90

日時：平成22（2010）年1月31日（日） 13時30分～16時30分

場所：青森県医師会館（青森市新町2丁目8-21）

### 【会場意見】

〔がん対策全般〕

- ・がんの対策や指標が定められているが、最終的な目標である死亡率減少に向けて、どのように繋がっていくのかロジックが必要。検診受診率の考え方、指標についての研究、繋がりの考え方を示してもらいたい（行政関係者）
- ・患者会を立ち上げたが、お金がない。お金がないと何もできない。県で支援していただきたい。（患者・家族）
- ・患者会と相談支援センターが連携したり、いくつかの患者会が連携することで、県が予算を出しやすくなる場合もある（協議会委員）

〔放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成〕

- ・医師が不足しており、専門医の確保が大変である。県も議論しながら対策を立てているが、一人前なるためには8～10年かかるため、そのタイムラグをどうするか。青森県は死亡率が高く、努力しているのだが、費用がないため、厳しい状況である。死亡率の高い県に対して、特別な支援が必要なのでは（県議会議員）
- ・専門医の育成が重要。青森は医師数174人／10万人でワースト4位。研修予算はあるが、医師が研修を受けるために病院を離れることができない。都道府県の拠点に来てもらって研修してもらうことや、代診できる医師の確保も考慮する必要がある（行政関係者）
- ・中央に行くのではなく、地方にきてもらうことも必要。月1回きていただくだけで地

方のレベルが上がる。地方にいて教育することもミッションとして考えて欲しい（医療提供者）

- ・県の病院に化学療法指導で伺っているが、7人の外科医がおり、以前は、乳がん診療の薬物療法を本格的にできていなかったが、あつという間にレベルが向上した。公務員の法律で兼業できないことや医局のしがらみで他の地域での診療ができないこともあり、問題である。公務員法を改訂するなどして、均てん化のために医師が動くことも必要（医療提供者）
- ・専門医として勘違いしている医師も多いため、専門医として実力のある人に報酬を与える制度が必要（医療提供者）
- ・化学療法認定看護師を育成するために来たが、定員割れしている。中堅以上の看護師が病院を離れることは困難で、病院から派遣されてこない。また、講師の確保も難しい。育成側と派遣する病院への経済的なバックアップをお願いしたい（医療提供者）
- ・放射線療法で、物理士を雇用できているところは県立中央病院しかない。大学病院では、国家資格ではない、報酬がないとの理由で雇用できない。診療報酬化と制度化をお願いしたい（医療提供者）

[緩和ケア]

[在宅医療（在宅緩和ケア）]

- ・在宅が進まない理由として、帰りたくても帰れないのが現状。歩けるときから介護認定し、在宅、病院での介護を充実させていくことが必要（医療提供者）

[診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）]

[医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）]

- ・高度医療機器は、拠点病院が分散してはできないこと。2~3カ所に絞って、がん専門医療高度機関に集約するべき。反対に、再発と緩和は各地域で分散して行うべき（医療提供者）
- ・地域の拠点病院はがんセンターのミニ版ではない。地域のがん患者の情報をとってくるところである（協議会委員）
- ・70本の施策で拠点病院の拡充と機能強化予算の100%化とあるが、これは重要なこと。実現の見通しはあるのか（県議会議員）
- ・乳がんの診療を一人で行っている。各地の実情をどれだけの地域の方がわかっているのか。ネットワークを国が包括的に行うことに加えて、県も地域の実情をみていただきたい（医療提供者）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・MSWはきわめて少ないため、オーバーワークしている。しかし、患者からはとても感謝されている。診断した時点で医師の後にMSWがいる状況にして欲しい。拠点病院だけでなく、具体的に、SWにも報酬をつけていただきたい（医療提供者）
- ・タウンミーティングについて県民のどれだけが知っているのか、本当に困っている人

が来ているかはわからない。青森県の意見の代表といえるのだろうか（患者・家族）

- ・年間 5400 件のうち 6 割はお金の相談である。お金のことに詳しい SW が必要。また、きちんと聞ける専門的知識を持った相談員の配置が必要。外来だけでは対応しきれない（医療提供者）
- ・相談支援センター担当者の研修を受けた方のうち、半年の間にその担当を外れる方が 4 割もいるため、スキルが向上しない。患者相談に関する医療機関の意識が低いのでは。診療報酬上の評価も必要では（協議会委員）
- ・サロンをしているが、がんになったらがんになったと前向きにやっつけていけるように、がんになって社会に出れなくなることを無くすことが必要。悩んで、うつ病になる人も多く、3~4 割いる（患者・家族）

#### [がん登録]

- ・がん登録を忙しくて進められないため、職員を雇ってほしい（行政関係者）
- ・がん登録の生死の確認対応がばらばらで、個票がみられない。住基ネットを使っているということにしないとできない。全国統一の規約を（協議会委員）

#### [がんの予防（たばこ対策）]

- ・タバコの若年者対策が必要、若者も禁煙外来の対象にすることも検討（行政関係者）

#### [がんの早期発見（がん検診）]

- ・市町村によっては、検診に一所懸命な所もあれば、関心が低いところもある。死亡率通減に効果があるならば、検診を義務化しないと効果があがらない（行政担当者）
- ・がん検診を受けたらポイントがたまり、無料になるような制度があってもいいのでは。死亡率が高い要因としては、二次検診を半年から一年放置する人が多いことが挙げられ、再検診のコールが重要（患者・家族）
- ・受診率については、胃がん、大腸がんが高いが、二次検診が低い。結果が怖いといったことや、費用のことで受診していない。患者のインセンティブ、例えば交通費を出すとかが必要では（協議会委員）
- ・保険診療で検診できないことがネックである。クーポンの利用率は 10%にも達していないのが現状で多くの自治体でうまくいっていない。支払基金に入れて保険診療で検診できるようにすれば、検診率が上がるのでは（医療提供者）
- ・子宮がん、乳がんを検診できる場所は限られているため、クーポンで、市町村の負担がなく、全国どこでも受けられる体制ができればいい。また、検診時に配布するがんの解説書があまり役立っておらず、検診を続けていただく動機付けになっていない（医療提供者）
- ・実際の体験を伝えることで、関心が高まり、早期発見できることもある。特に乳がんは自分で見つけることができるがんなので、生の声を聞いていただくことが重要。体験発表の機会を与えていただきたい（患者・家族）

#### [がん研究]

- ・厚生科研のがん研究に、地域看護師のがん看護に関する研究を、予算を付けて加えてほしい。現在ファシリテーターで細々としている（医療提供者）

[疾病別（がんの種類別）の対策]

[その他]

## 長崎県

参加者数：85人 意見シート数：66

13時30分～16時30分 意見シート数：430

会場：NCC（長崎文化放送）スタジオ（長崎市茂里町3-2）

### 【会場意見】

[がん対策全般]

- ・厚労省の交付決定の内示が遅いため、実施期間が短く、単年度の場合は、執行が遅くなると十分な効果が出ない。内示を早くするか、見込みについて情報提供が必要（行政担当者）
- ・タウンミーティングを開くことで何かが変わるに違いない。70の施策を見ると、がん対策が遅れていたことをつくづく感じる。今困っている人を支援することが大切。育成を変えるといてもすぐには変わらない。長期的、短期的にどう変化させていくのか、そのためにどう行動していくのか、考え方から、省庁と連携していきたい（協議会委員）
- ・長期的なもの、今すぐのものを分けて提案することが大切。そうしないと、やりやすいところから行われてしまう。メリハリを（協議会委員）
- ・以前は、県の委員として患者と医師が加わって、行政と話し合いをする場があったが、平成15年の一般財源化で無くなってしまった。県の課題もこの場で対応でき、地域皆で考える場でもあった。是非、復活してほしい。（医療提供者）
- ・がん医療は、障害者の軽減制度を利用できないため、がん患者で障害者手帳をもらうことができない。また、社会福祉協議会の貸付制度は返済見込みがないと借りることができないため、活用度が高くない制度である。がん患者に特化した公費の支援制度をお願いしたい（医療提供者）
- ・障害者手帳は、終末期のときにならないと申請できず、待つうちに亡くなるひともいる（がん対策推進協議会委員）
- ・肝炎で基本法が制定されたが、障害者手帳が申請できるのは、重篤化したLC、HCCでChildPugh10点以上ないといけないため、ほとんど対象にならない状態。認定基準を緩和して、早い段階で救済、支援できるようにしていただきたい（患者・家族）

[放射線療法および化学療法の推進と医療従事者の育成]

- ・文科省でがんプロ指導を行っているが、5年でなくなってしまう。ぜひ、継続してほしい

い。医師、看護師、薬剤師、物理士を養成しているが、インセンティブがない。診療報酬をいれていただきたい（協議会委員、医療提供者）

- ・70本の施策で、化学療法の助成とあるが、化学療法は経済的な負担が非常に大きいため、他の治療の方と差がない形での改善を望む（医療提供者）

〔緩和ケア〕

- ・国にならって実施しており、国から1/2補助をいただいている。しかし、国が提案したのだから全額負担して欲しい。一般財源は苦しく、県予算は厳しい（行政関係者）
- ・緩和病棟は病院でないと報酬がでないため、診療所は報酬が出ない。制度の改善が必要で、診療所でも報酬が出るように、「病院等」としていただきたい（行政関係者）

〔在宅医療（在宅緩和ケア）〕

- ・24時間体制で訪問看護師を行っている。看護師の職場離れが加速し10カ所も閉鎖した。私たちの平均年齢も44.5歳となり高齢化が進んでいる。人手を増やせるように、在宅にも目を向けていただきたい（医療提供者）
- ・訪問看護にあたり、3割の患者負担を考えると、回数で制限してほしくない。ケアしていても請求できないから、多く訪問できない。ターミナルでみられるようにしていただきたい（医療提供者）
- ・研修で在宅の機会がない。医学部教育のなかで、在宅緩和を知る機会を与えてほしい（研修医）
- ・医師も今までの勤務に加えて、在宅緩和を自分の時間を削って行っている。医療従事者は、単価半分で、自己犠牲で成り立っている。改善をお願いしたい（行政関係者）
- ・ホスピスの新設予定がないことは問題である。高齢化で独居が増え、在宅で看護している人が多い。現在のホスピスは古くて汚いとの評判なので、県予算を組んで新設するか増やしていただきたい（患者・家族）

〔診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）〕

- ・標準治療の情報がないため、医師から見放されてネットで探している。患者に選択肢として情報を流してほしい。そして、他の選択肢も情報として流してほしい。そのための研究対策費も付けてほしい（患者・市民）

〔医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）〕

- ・拠点病院として6病院が指定されているが、同じ力量の病院なのに、拠点病院になれたところと、なれなかったところがある。拠点病院でないということで、拠点に指定されている病院に患者が移動してしまっているため、均てん化ではなく、実質、格差が広がっている。本当の均てん化をめざすためにも拠点制度の見直しを行うべき（協議会委員）
- ・地域拠点と県拠点病院で、さらに実績に応じて予算の上積みしてほしい。15万のパソコン1台さえもなかなか買えないのが現状で、フレキシブルな予算にいただきたい。また、非常勤しか雇用することができないため、常勤への道を開いていただきたい

い（医療提供者）

- ・拠点の更新の書類は 1000 項目の膨大な内容であり、チェックされているのか疑問である。証拠を積み上げて不正を許さない、公平な制度にしていきたい。サイトビジットや査察もしていきたい（医療提供者）

[がん医療に関する相談支援と情報提供]

- ・相談支援や患者団体をサポートするためにストレートに使える予算がない。病院中心になってしまうが、機能強化事業で、患者会の支援、育成を盛り込んでいただきたい（行政関係者）

[がん登録]

- ・がん登録の予算の制度化をしていただきたい。35 の区市しか行われていないため、罹患情報がわからない。自治体としては、予算措置をして、全国的な展開となるようにルール化を求めたい（行政関係者）

[がんの予防（たばこ対策）]

- ・受動喫煙の相談を良く受け、施設に働きかけをしているが、管理者の判断になる。平成 15 年の健康増進法では努力規定にとどまるため、実行性のある法整備を確立していただきたい（行政関係者）

[がんの早期発見（がん検診）]

- ・受診率向上に取り組んでいるが、市町村が主体となっているため、頑張っている市町村が財政負担をしており、持ち出しになっている自治体もある。インセンティブを予算に入れることが必要（行政関係者）
- ・検診を行っていただくにあたり、市町村の単価がバラバラで、価格の交渉を個々で行っている。単価で 3 倍くらい格差がある。統一した単価にしていきたい（行政関係者）
- ・県で 50%受診率を目標としており、TV、ラジオ、新聞で啓発を行っている。国もメディアを活用して、大きく啓発していただきたい（行政関係者）
- ・受診率のデータは市町村だけでなく、企業や事業所のデータも必要。次年度は女性のクーポン券の配布を行うが、もちろん次々年度も続けていただき、5 年刻みで実施するならば、しっかりとしたシステム作りをお願いしたい（行政関係者）
- ・検診を国保で進めることも重要だが、財政的に厳しいため、国の責任で財政支援していただきたい。メディアを活用した啓発もお願いしたい（行政関係者）
- ・小中学校の保険教育にがん検診のことを入れていただきたい。教育委員会に働きかけても効果がない。実際に検診を受けて治療する人の方が、医療費はかかっている（患者・家族）
- ・文科省と経産省が、小学生のころからがんの啓発をするように、危険性を訴えるべき。検診車で検診を行っているが、スタッフは冷遇されている。受診者は増えているが、検診できるようにスタッフを育てるには 3 年もかかることを知っていただきたい（医

療提供者)

- ・五島は HCC が多く、ウイルス肝炎が多いため、早期発見のための検診が重要である。普及のために広報しているが、なかなか検診に行ってもらえない。企業団体にも予算化して、医療者と患者会の連携、講演も重要で、実効性のある対策が必要（患者・家族）

[がん研究]

[疾病別（がんの種類別）の対策]

- ・あまり小児がんのことが知られていない。制度がないため、社会に進出できないでいる。胸を張って社会に貢献できるように、制度、法制化していただきたい（患者・家族）
- ・C 型肝炎で、副作用の辛い人が行っている IFN 少量長期が、対策法から除外された問題。認めていただきたい（患者・市民）

[その他]



#### 4-4-2 提案書とりまとめワーキンググループ 第1～5回会議 議事概要

第1回 平成21（2009）年11月25日（9：30～12：30）

##### 出席委員（50音順）

天野委員、内田委員、川越委員、郷内委員、中川委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、前川委員、南委員、三好委員、安岡委員

##### 議事次第

【説明事項】：ワーキンググループのこれまでの経緯について

資料：評価指標案アンケート（委員意見まとめ）、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～、施策予算提案集、東京・宮城タウンミーティング意見シート集計結果、都道府県アンケート回答集、がん対策推進室提供資料

内容：前回のプロセスを振り返った。提案書は、平成21（2009）年2月の第9回がん対策推進協議会で採択され、3月19日に舛添厚生労働大臣（当時）に提出された。策定プロセスと内容から高く評価されており、各政党や超党派議連からもヒアリングを受けた。前回の提案書作成プロセスと内容の成果が確認された。

【審議事項1】：ワーキンググループ（がんWG）の事務局について

内容：前回と同様、がんWGの開催運営に関しては、厚生労働省がん研究助成金「がん医療政策提案に向けた研究」班を活用し、がんWG事務局機能を、がんWGの取りまとめ責任者である埴岡が所属する日本医療政策機構・市民医療協議会ユニットのスタッフが受け持つことを確認。今回も前回同様の事務局体制で臨むこと、がん対策推進室はオブザーバー参加であることで、合意された。

【審議事項2】：ワーキンググループの取りまとめの進め方

内容：第10回の協議会で、がんWGによる幅広い議論の必要性が指摘されており、今回のがんWGは、予算以外の論点として、診療報酬と制度も含めて検討することを提案。予算、診療報酬、制度の3点で提案書を作成することで、合意された。

【審議事項3】：ワーキンググループの今後の予定について

（3-1）アンケートの予定について

内容：前回と同様に、都道府県協議会等委員、都道府県庁がん対策担当者を対象に、アンケートを実施することを議論。アンケート様式は、前回のフォーマットを参考にしてたたき台を作成し、それをMLで審議し、完成させることで合意された。

（3-2）タウンミーティングの予定について

内容：開催回数は5回程度で、開催する都道府県は、県庁のがん対策担当者に希望を伺い

「手あげ方式」で決めることを提案。開催場所に関して、様々な意見を交し、手あげを尊重しつつ決定していくことで、合意された。また、今回のがんWGで、提案書素案審議と最終案審議の2回の会議を公開で行うことを議論。昨年は公開としなかったが、今年は公開が望ましいとして、公開で行うことが合意された。

**【参考検討】：評価指標の検討について**

資料：評価指標アンケート（委員提出意見まとめ）

内容：がん対策基本計画の現状の評価指標の問題点と、新しい評価指標案について委員から意見集約シートで集めた意見をもとに、評価指標のあり方と具体例について参考検討の位置づけで議論した。アウトカム指標などによって、がん対策の質と効果を計測する方向で考えていくことが重要であることを確認した。

**【審議事項4】：診療報酬および制度面の提案内容の検討について**

資料：がん領域における診療報酬改定にかかる検討事項について（たたき台）、診療報酬対策案アンケート（まとめ）

内容：がん対策に関する必要な「診療報酬」と「制度」の施策に関して、事前に委員から意見シートによって意見を集約。その資料を参考とした。特に、診療報酬の推奨施策に関して、12月2日のがん対策推進協議会に提出すべく議論した。事前集約意見をもとにした「がん領域における診療報酬改定にかかる検討事項について」に基づき審議した。会議で出た意見を踏まえて修正し、12月2日の協議会に提出することで合意した。

**第2回 平成21（2009）年12月1日（18：30～21：00）**

出席委員（50音順）

天野委員、江口委員、川越委員、郷内委員、野田委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、前川委員、安岡委員

議事次第

**【審議事項1】：タウンミーティングの進め方について**

資料：④タウンミーティング開催企画案、⑤前回タウンミーティング開催チラシ

内容：タウンミーティングの構成は、前年度をおおよそ踏襲することとして内容を議論。前半はがん対策現状などの概説、後半はフロアから意見を聴取する。ご意見シートによって来場者から意見を集める。この前年度の進め方は好評であったとして、このまま踏襲することで合意された。開催にあたり、地元の都道府県庁や医療者団体、患者団体の協力を得る。開催場所の選定方法について議論した。47都道府県の「手あげ方式」にて意向を確認し、都道府県のがんの現況の格差などを考慮し、がんWGで選定することとなった。

**【審議事項 2】：アンケートの進め方について**

**資料**：⑥アンケート実施企画書

**内容**：基本的に前回の方針を踏襲することとしつつ議論。対象は、都道府県庁がん対策担当者と、47 都道府県のがん対策推進協議会委員。今回は、都道府県がん診療連携協議会委員を加えることとする。学会については、がん WG 委員より意見を集め、対象を明確にしたうえで実施することを検討する。以上、前回方針を踏襲しつつ、進めることで合意した。

**【審議事項 3】：がん対策における現状の問題点に対する制度面の対策について**

**資料**：⑦平成 22 年度予算提案書にて提示されたがん対策の各分野における問題点、⑧診療報酬対策案アンケート（まとめ）（委員から診療報酬と制度に関する意見を事前集約した資料）

**内容**：前回提案書にて提示したがん対策各分野における問題点を参考に、どのようながん対策の制度改正が必要か議論した。また、委員から事前に意見を集約した資料を元に議論した。省庁横断的な取り組みや在宅ケア、予算の評価、医療費の増額などの問題とその対策案が議論され、提案書への盛り込みに向けて理解を深めた。さらに意見集約を継続して取りまとめていくことが合意された。

**【審議事項 4】：厚生労働省平成 22 年度概算予算要求について（フリーディスカッション）**

**資料**：⑨厚生労働省提出資料

**内容**：前回の提案書が推奨した 70 本の施策が、平成 22 年度概算要求でどの程度実現しているのか議論した。概算要求で対応されたとされる項目であっても該当しないと考えられる事項、該当しているか情報不足で不明であるものが多いなどの意見があった。事業費の内容、プロセスを明確にし、評価、フォローする PDCA サイクルを回せるようになっているか確認することが必要であるなどの意見も出た。引き続き、情報収集に努めながら、推奨施策の実現状況の評価について、検討することで合意した。

**【報告事項 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」提出について**

**資料**：③平成 22 年診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について

**内容**：診療報酬改定におけるがん領域に関する提案について、委員からの意見集約と前回審議を踏まえて取りまとめ、12 月 2 日のがん対策推進協議会に提出される提案書が報告された。社会保障審議会でも中医協の診療報酬改定の方針についての議論があり、基本方針として、2 つの重点事項と 4 つの視点があげられているが、今回はがん領域に関する提案をそれらと関連付けて提示することで、説得力を強化したことが説明された。

【報告事項 2】：「平成 23 年度がん対策に向けた提案書作成にあたってのスケジュール」提出について

資料：②提案書作成にあたってのスケジュール

内容： 前回合意されたスケジュール案の確認。予定どおり、12 月 2 日の協議会に提出し、本スケジュール案に沿って進めていくことが説明された。

### 第 3 回 平成 21 (2009) 年 12 月 23 日 (13 : 00～16 : 00)

#### 出席委員 (50 音順)

天野委員、江口委員、川越委員、郷内委員、野田委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、前川委員、南委員、安岡委員

#### 議事次第

【報告事項 1】：都道府県タウンミーティングの開催について

資料：②タウンミーティング開催日程案、②都道府県タウンミーティング開催についての意向確認

内容： 前回会議の議論を踏まえ、メーリングリストにて審議し、タウンミーティングの開催場所と日程を決めていた。開催場所は、手を挙げた県のうち、がん死亡率が中央値より悪いところとし、青森県、新潟県、島根県、広島県、福岡県、長崎県となっていた。タウンミーティング当日の進行は前年度を踏襲し、委員はタウンミーティングに可能な範囲で参加し、当日の役割を分担することを確認した。

【報告事項 2】：がん対策に関するアンケートの実施について

資料：③がん施策・予算提言アンケートシート（前回分）、③がん施策に関するアンケートシート、④がん対策に関するアンケートについて

内容： アンケート用紙の内容を確認した。今回のアンケート用紙は、分野ごとの問題点を記載いただいた後で、予算・診療報酬・制度の順に改善案を記載してもらうこと、インターネットとファクスで受け付けることが報告された。

【報告事項 3】：「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」提出について

資料：⑤がん対策に関する評価、⑤がん対策推進協議会の提案する「平成 22 年度診療報酬改定にかかる検討事項例」、⑥報道資料、⑦診療報酬に関する今後の論点について

内容： がん WG でとりまとめた診療報酬に関する提案書について報告した。提案書は協議会審議していただき、他の委員の追加意見を反映させて、12 月 4 日に協議会から厚生労働大臣宛てに提出された。中医協では 12 月 16 日に審議され、保健局医療課の出した論点整理に関する資料と、協議会の提案書を照らし合わせながら議論された。このようなことは極めて異例であり、提案書が一定の影響を与えたことが報告された。

【審議事項 1】：がん対策における現状の問題点に対する制度面の対応について

資料：⑧制度面対策アンケート（まとめ）（委員から制度に関する意見を事前集約した資料）

内容：がん対策における現状の問題点と、問題点に対する制度面での対応策に関する委員からの意見を集約した資料をもとに議論。看護師のあり方や位置づけに関する意見が多かったため、がん医療における看護師の役割の重要性に鑑み、協議会にて看護師の立場を代表する委員にもヒアリングしたいとの意見があった。それも含め、引き続き提案書に盛り込む制度面の提案を検討していくことで合意された。

【審議事項 2】：がん予算の評価について（フリーディスカッション）

資料：⑨厚生労働省提供資料

内容：昨年度の提案書の平成 22 年度予算での実現状況について、がん WG として一定の見解を出すことを議論。意見を集約して、具体的な見解を示していくことで合意された。

#### 第 4 回 平成 22（2010）年 1 月 12 日（16：00～19：00）

##### 出席委員（50 音順）

天野委員、江口委員、川越委員、郷内委員、埴岡委員、檜山委員、前川委員、三好委員、安岡委員

##### 議事次第

【島根県のタウンミーティング報告】：1 月 10 日に開催し、約 120 人が参加したことを報告。県庁、患者、医療者、議員、メディアなどが参加し、医療者からは地域医療の厳しい実情に関する発言もあり、活発な議論が行われた。この結果を今後の取りまとめに活かしていく方針が共有された。

【審議事項 1】：今年度提案書の方向性について

資料：②今年度提案書の方向性と概要について

内容：提案書の構成を審議した。基本的に昨年度と同様に、要旨、提案書本文、施策シート集、アンケート回答集、タウンミーティング意見集の 5 分冊。予算のみならず、診療報酬と制度もテーマとする。またテーマを横断的に説明する部分も入れる。また、昨年提案書の平成 22 年度予算での実現状況に関する進捗報告（プログレスレポート）を入れることも合意された。

【審議事項 2】：がん対策における現状の問題点に対する制度面の対応について

資料：③制度面での対応に関する意見抽出（案）について、④がん対策に関連する主な医療関係の法律／がん対策に関連する主な審議会、検討会、研究会など

内容：提案書の制度面に盛り込む内容を審議した。がん対策に関連する主な医療関係の法

律／がん対策に関連する主な審議会、検討会、研究会などの資料を参考にした。これまでの意見を踏まえて作成した制度に関する提案例のリスト素案をもとに、さらにMLにて委員より意見を集約していくことで合意された。

【審議事項3】：平成22年度予算案への「平成22年度提案書」の反映状況について

資料：⑤⑥「平成22年度がん対策予算に向けた提案書」への平成22年度概算要求での対応状況（委員からの意見集約）、⑦がん関連予算項目別経年変化、⑧がん対策の推進（厚生労働省提供資料）

内容：平成22年度予算案への「平成22年度提案書」の施策の実現状況に関する、がんWG委員の意見集約資料をもとに審議した。多くの委員は、反映度が低いとの認識であることが報告された。平成22年度提案書の反映状況については、各委員が引き続き意見を出していくことで合意された。また、がん対策予算に関する推奨施策のうち、特に図示をして訴求していく施策を作ることになった。出席委員から図示して推奨する施策として何を取り上げるべきか意見を集めた。がん対策の13のテーマごとに担当委員を決め、意見のとりまとめを行っていくことを合意した。

【審議事項4】：がん領域における診療報酬での対応について

資料：⑨診療報酬に関する今後の論点、⑩がん対策推進協議会の提案する「平成22年度診療報酬改定にかかる検討事項例

内容：中医協（12月16日）で、保健局医療課から提示されたがん対策の診療報酬に関する6つの論点について、がんWG委員の意見を集約した資料を共有した。論点として示されたものの範囲が狭いもの、論点にさえ上がっていないところもあることが確認された。提案書の最終取りまとめでは、診療報酬での提案について、タウンミーティングにおける意見も踏まえたものを提出することになり、引き続き意見を取りまとめていくこととなった。

【ご意見聴取】がん対策における看護職のあり方について（永池委員）

内容：がん対策推進協議会の永池京子委員をゲストに迎え、医療従事者の役割について問題意識を述べていただき、意見交換を行った。地域の看護師数の不足、訪問看護の問題などが議論され、全般的に切れ目のない組織機能になるように、今後も提案を続ける必要性などが指摘された。

## 第5回 平成22（2010）年1月28日（13：00～16：00）

出席委員（50音順）

天野委員、江口委員、埴岡委員、檜山委員、前川委員、三好委員、安岡委員

議事次第

【タウンミーティング報告】広島、福岡、新潟で行われたタウンミーティングについて報

告。意見集約シートを書いてくださる参加者が 8 割ぐらいで、満足度が高かったとする参加者が多い。地域毎のタウンミーティングの内容を比較、評価して、今後の活動を向上していくことの重要性も指摘された。

**【審議事項 1】：日程と役割分担について**

資料：②-1 都道府県がん対策推進協議会委員/がん対策担当者アンケート（平成21年度）集計、②-2 都道府県がん対策推進協議会委員/がん対策担当者アンケート回答集（自由記述）、②-3 がん対策に関するタウンミーティング（平成21年度）会場意見シート集計、②-4 がん対策に関するタウンミーティング意見シート集計結果（自由記述）、②-5 がん患者意識調査概要、②-6 分野ごとの最終意見集約シート、②-7 制度面（国や地方自治体の法律・政令・通達・規則などによる定めや規制）の対応に関する追加意見について、②-8 70本施策のうちポンチ絵化する施策の抽出、②-9 がん対策推進協議会提案書取りまとめWG 予定、②-10 分野ごとの委員担当について

内容：がん WG の会議日程の変更として、2月8日をキャンセルし、2月16日に第6回、3月1日に第7回を開催（共に公開）することになった。各委員の分担分野を決めたうえで、2月3日までに、タウンミーティングとアンケートの意見を踏まえ、自身の担当分野について取りまとめ意見を出すこととなった。また、特に図示をして推奨する施策について、議論した。さらにメールで審議して決定することとなった。

**【審議事項 2】：提案書の骨子について**

資料：③-1 今年度提案書の目次（案）について、③-2 提案書パート見本（個別分野）、③-3 施策提案シート（昨年度の記入例）

内容：今回の提案書の骨子を、目次案とパート見本をもとに、審議した。昨年度の提案書の構成を踏襲しつつ、本年度は、診療報酬と制度の推奨施策リスト、これまでの提案の反映状況などを加筆する。アンケートやタウンミーティングの声を集約して提案書を取りまとめるという方針が、改めて確認され、提案書の骨子は合意された。

**【審議事項 3】：提案書の分野別の総合取りまとめについて**

資料：④施策（予算・診療報酬・制度）提案シート一覧

内容：「予算」「診療報酬」「制度」の3領域の提案候補施策の総括一覧表をもとに、がん対策の分野別に3領域の横串を通した議論を進めることとした。特に、がん登録とがん診療連携拠点病院制度の改革について、3領域を通した議論を行った。がん登録は法制化の必要性が指摘された。がん診療連携拠点病院制度に関しては、別途、大幅見直しを提言することが合意された。

**【審議事項 4】：提案書における主要論点のスタンスについて**

資料：⑤提案書における主要論点のスタンス（案）

内容：アンケートやタウンミーティングによる聴取意見の中間集計結果や、これまでの意見集約や議論などを基にして、提案書における主要論点のスタンスの確認を行った。がん対策の現状に対する基本認識や、政策立案プロセスに関する認識、がん対策の「予算」「診療報酬」「制度」の現況に対する認識、「予算」「診療報酬」「制度」の分野横断的な検討、平成21年度提案書の平成22年度予算への反映状況などについての考え方を確認した。患者にとって不十分な医療が存在すること、医療従事者の育成へのインセンティブ確保など、数点を加筆して成案とすることになった。



#### 4-4-3 提案書とりまとめワーキンググループ 第6～7回会議 議事録

平成 22 (2010) 年 2 月 17 日 (水)

第 6 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、江口委員、川越委員、郷内委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、三好委員、安岡委員

○埴岡委員 この会議は、「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」(以下、WG) と、厚労省という名前がついていますが、通常のワーキンググループとは趣旨が異なっておりますので、私の方からご説明をしておきたいと思っております。我々が一番大事にしておりますのは現場主義でございます。治療や闘病、あるいはケアは現場で行われているため、机上の空論で考えず、一人でも多くの声を聞いていこうというのがモットーです。委員は 14 人おりますが、いくら頭の中で考えても分からないであろうということで、アンケートを実施したり、現場に足を運びタウンミーティング(以下、TM)で皆さんのご意見を聞くなど、現場主義を第一にしております。

それから国の政策は国ではなく、国民皆で作らましようというのも我々WGのモットーです。患者さんや医療関係者、立法府や行政、メディアや民間の方にも入って頂いて意見を集めようというモットーでやっております。またプロセス論という意味で、意見集約のプロセスを大事にしております。いわゆる国や行政が作ったシナリオを微修正することではなく、更地から多くの意見を集めて、問題抽出をし、そこから推奨施策をまとめるということをやっております。

それから、議題の設定、会議の招集、当日資料、議事運営、資料の取りまとめ等、すべてWGが主体的に考えて進めております。後ほどご紹介しますTMやアンケートの実施、提案書の素案も委員が分担して取りまとめたものを合体させるという形でやっております。厚生労働省の方は陪席されますけれども、基本的に意思決定や方針には関わらないということをお言及しておきます。

我々は、国民挙げて作る意見書や提案をいわゆる編集作業をしている形になっております。またメーリングリスト(以下、ML)も作っております。会議の場だけでなく、事前に意見集約シートというものを用い、節目節目で出来るだけ全員の意見を集め、取りまとめるようにしております。そういう意味で通常の会議と全く違う形でやっているということにも触れておきます。それでは、事務局の方から資料に基づいて経緯説明させて頂きたいと思っております。

○事務局 事務局より説明させていただきます。私は取りまとめ責任者の埴岡が所属する特定非営利法人日本医療政策機構の沢口と申します。よろしく申し上げます。まずは、お手元の資料をご確認ください。資料 1 は議事次第になります。資料 2 は WG による提案書取りまとめの経緯について書かれています。資料 3 は、都道府県がん対策推進協議会等委員・がん対策担当者アンケートについて、資料 4 は、がん対策に関する意見収集についてです。資料 5 (前半) と資料 5 は 2 つで 1 セットになりまして、がん対策に向けた提案書です。資料 6 はアンケート回答集です。続きまして資料 7 については意見収集回収結果。資料 8 は、施策 (予算、診療報酬、制度) 提案シート一覧です。最後に、資料 9 が推奨施策 (制度について) で、全部で 9 点になります。

それでは取りまとめ担当委員のご紹介に進みます。まずご出席されている方より、天野委員、江口委員、郷内委員、川越委員、埴岡委員、檜山委員、本田委員、三好委員、安岡委員。内田委員については、本日遅れていらっしゃるということです。他の委員はご欠席ということで承っております。

このまま続きまして、WG のこれまでのとりまとめの経緯についてご紹介させていただきます。資料 2 をご覧ください。この WG とは、がん対策推進基本計画に基づき施策の検討を行い、協議会より厚生労働大臣に提出される提案書を取りまとめることを目的として、協議会会長の発議により設置されたものです。協議会委員の有志 14 名により構成されています。

プロセスについてですが、WG は昨年度に引き続き設置されているもので、昨年度は TM (各地に赴いてイベントのような形で市民の声を聞く会) やアンケートで寄せられた皆さんの声をもとに、予算に対する 70 本の推奨施策を取りまとめ「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～」として平成 21 年 3 月に厚生労働大臣に提出されました。本年度も、TM やアンケートを通じて、患者と現場、地域の声を広く集約して、平成 23 年度がん対策予算に向けた提案書を取りまとめる議論を重ねてきたところです。

これまでの経緯を簡単に説明しますと、12 月 2 日には「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」を提出しました。こちらについては本協議会でも承認され、中医協においても参照されたと理解しております。その後は各地での TM を重ねながら提案書を取りまとめておりまして、日ごろから日常的に ML などを通じて、お集りの皆様には議論を重ねてきて頂きました。本日初めて公開の会議となるわけですが、「平成 23 年度がん対策予算に向けた提案書の素案」を提示させて頂いております。こちらについて議論する場として位置付けております。3 月に入りましたら引き続き成案に向けた議論を行い、3 月中を目途に厚生労働大臣に提案書を提出する運びとなっております。施策づくりの流れもご紹介させていただきます。TM やアンケートなどを通じて現場から意見を抽出するという流れとなっております。解決策の提案ですが、予算・診療報酬・制度の 3 点それぞれによる解決を重視した取りまとめ作業を、委員の皆様にして頂きました。

続きまして資料 3 についてご紹介します。こちらは患者と現場、地域の声をひろく集約

するために、関係者を対象としたアンケートを実施し、都道府県がん対策推進協議会やがん診療連携協議会、都道府県のがん対策担当者などを対象としたアンケートを実施しました。有効回答者数は 520 名、延べ回答数は 2482 コメントを頂いております。都道府県の協議会自体の構成は医療者が中心となっていることから、その内訳が回答者数にも反映されています。このほか TM の募集広告および実際の TM の光景を写真にて掲載しています。参加者は総計 579 名、その場で集めた意見シートは 430 枚となっています。これまでの経緯については以上でございます。

○埴岡委員 ありがとうございます。経緯を知って頂いたほうがよいと思ひましてご説明させて頂きました。これまで TM やアンケートで意見を集めてきたわけですが、委員の方々には何十時間といった手間をかけて意見取りまとめして頂いてきました。これまでの作業で感じられたことなどありますか。この間、郷内さんは ML にも感想を書かれていましたが、いかがでしょうか？

○郷内委員 昨年は東京都と宮城県の 2 カ所で開催したわけですが、2 回で TM の参加者は総計 130 人くらいの参加者だったと思います。今回は 6 回で 579 人という大勢の方々にご参加を頂いたということ、アンケートは昨年の 3 倍以上ということ、非常にたくさんの意見を頂いたということ、読むのは大変だったのですが、医療者、患者、行政それぞれの立場からの声をたくさん読ませて頂いて、きちんとがん対策をやらなければならないという声は各地域の方面で高まっていると思ひました。

○埴岡委員 檜山委員は小児科のドクターで、広島ご出身なので、広島 TM 開催にもご尽力を頂いたわけですが、ご感想や地域の反応などを教えて頂ければ。

○檜山委員 檜山でございます。今回は初めて WG に入れて頂いたのですが、是非広島でということで開催をお願いさせて頂きました。患者、医療者、行政の意見がひとつの方向に向いているなというのが非常に分かりやすく実感ができて、そういう意味ですごくよかったと思います。そういうものを上手く取り上げて吸い上げていくのが我々の役目だと思ひています。

○天野委員 天野でございます。私は全ての会場で TM を見させて頂いたのですが、全ての会場で「がん対策を向上させていく」という意味では、立場を超えた一体感があつたと思ひます。私は患者の立場として参加させて頂いたので、会場で多く出ている意見を一つご紹介させて頂きますと、金の切れ目が命の切れ目という趣旨のコメントが多数あり、患者委員として何とかしなければと思ひました。

○川越委員 私は新潟と青森だったのですが、会場は熱気にあふれていまして、エネルギーをもらいました。いろんな立場の現場の声が反映されていると実感しましたが、少し患者さんの声が弱かったんじゃないかなという印象を持ちました。それから、テーマにあわせて議論されてきたわけですが、テーマによってはコンセンサスのとりきれていないものもあり、テーマによってデコボコがあつたという印象を持ちました。がんは患者にならないと分からないという難しいところがあります。経済的な差し迫った危機感は当事者にな

らないと分からない。そういったことを今後考えていけたらと思いました。

○埴岡委員 今川越さんがおっしゃったように、いろんな意見をそれぞれの委員が、これから背負ってそれを解決していくということだと思います。私がひとつ印象的だったのは、いくつかの会場で終了時に「今日来て良かったですか？」と聞いたところ、前から見える限り全員の方が挙手して頂いたのが、また皆さん高揚した雰囲気の中で帰っていかれたのが印象的です。

さてご紹介コーナーは以上にして、いよいよ審議の方に入っていきたいと思います。それでは、議題の「平成23年度がん対策予算に向けた提案書」素案の検討についてです。関連資料につきまして事務局からご説明をお願いします。

○事務局 続きまして、資料5以降についてご紹介させていただきます。資料5（前半）と資料5と書いてあるものについてはセットとお考えください。「提案書5点セット」のうちの本編にあたる部分でございます。こちらは完全な未定稿でございますが素案という形で示しています。内容ですが、資料5（前半）の内容としては、がん対策の現況やWGの位置づけ、TMやアンケートの意見回収プロセスなどをご紹介します。資料5は、1ページに提案の骨子が載っています。がん対策の総論と分野別施策に分けまして、各推奨施策を載せています。分野別施策については、がん対策推進基本計画の分野にもとづいてこちらで整理したものになっています。資料6については、パート1、パート2に分けまして、冒頭にアンケート用紙があります。これはウェブまたは紙で皆さまのご意見を集める際に使用したものです。パート2については、昨年度の予算提案書70本のうち必要度の高いものについて10項目を選んでいただく形になっております。その後自由記述のコメントを載せています。アンケートの集計結果が載せてあります。資料7については、TMで集められた意見シート。こちら分野は先ほどと同じく予算・診療報酬・制度という形で分けて掲載しています。最後のページにアンケートフォームが載っています。資料8については、予算・診療報酬・制度について、各分野で横断的な議論いただくために作成したリストです。資料9ですが、予算・診療報酬については、既に十分なお議論が尽くされて、コンセンサスが得られていると理解しておりますが、制度についてはもう一度この場でご議論頂くということで資料を用意しております。以上です。

○埴岡委員 資料説明ありがとうございました。少し私から、どういう形でこれを取りまとめたかということをご説明させていただきます。資料6と7に、膨大なご意見が集まっています。かなりアンケートの設問は難しいものだったのですが、これだけ熱心に記載して頂いています。地域でがん対策を担っている方々がいかに真剣に考えているかだと思います。資料7については、TMで集めたものでございます。こちらは一般の患者さんも来られていますが、これだけ色々なご意見を寄せて頂いています。

委員はこれらすべてに目を通して、さらに各委員が2分野ずつを自分の担当として受け持ちまして、コメントを読んだうえで、問題点と改善案の論点抽出をして施策にまとめたということでございます。まず資料6、7の意見集からコメントを抽出し、さらに問題点と

改善案を抽出し、その論理から出た推奨施策を予算、診療報酬、制度で挙げています。つまり WG が一種のエディターとして現場の声を集めて、集約したというプロセスをとっています。委員の皆さん、何か説明し落としたものがあればお願いします。

それでは、審議に入っていきたいと思います。審議については、「制度面の選択と概要について」「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」の順で進めてまいります。まず「制度面の選択と概要について」です。予算や診療報酬の提案に関しては、これまでも十分に議論深まっております。本日 34 本の制度面のご意見を抽出して出しておりますが、これについて固めていきたいというのが今からのパートです。TM やアンケートでの意見を集めながら同時並行で、WG 委員の中でも制度改正について何をすべきか数回審議を重ねてきました。そこで粗い抽出までは済んでいたんですけども、今日、最終的に TM とアンケートの意見もすべて集約した 34 本を見ますと、これまで挙がっていたものが半分くらい、新たに挙がってきたものが半分くらいになっておりますので、全体を通して見ながら、さらにブラッシュアップをして、最終成案にしていきたいと思います。

それでは資料 9 および、補助資料として資料 8 をご覧ください。資料 9 について 2 分野ずつくらいご意見を伺っていきます。委員の方には直前ではありますが、資料をご覧になって頂いているのでコメントをご用意頂いていると思いますので、どんどん挙手をして頂ければと思います。まずは全体分野 1 と全体分野 2 にわたる合計 6 本の推奨施策のブラッシュアップについて、いかがでしょうか。

○天野委員 2 頁にあります (3) の「がん対策白書 (仮称)」についてですが、かねてより、国のがん対策というものが必ずしも施策ごとに十分な可視化ができていないということを感じておまして、そういった意味で、このがん対策白書の位置づけは非常に重要と感じております。協議会の承認を得た形で、是非実効性のあるものにして頂きたいと思います。

○郷内委員 全体分野 2 のがん計画の進捗と評価についてですが、この (1) にある「がん診療連携拠点病院の機能評価を行う公的第三者機関であるベンチマーキングセンターの設置」という項目を私からも提案させて頂きました。今年も 2 月にがん診療連携拠点病院の更新ということ会議がなされていますが、拠点病院の在り方や指定要件はかなり見直しが必要ではないかという意見が TM から多数出ていますが、これをきちんと評価するという意味で、このベンチマーキング (指標比較) センターは早急に設置することが必要ではないかということで重点的に挙げさせて頂きました。

○埴岡委員 WG では、がん診療連携拠点病院についての意見がかなり多く出ていることを受け、現在の指定要件とは全く別の、新しい改訂版のがん拠点病院の仕組みについて WG から別途、それだけを書きだした提案をしようということが合意されております。3 月 1 日の会議には素案について皆さんに審議頂くことになると思いますので、補足しておきます。

○本田委員 がん診療連携拠点病院の機能評価を行うことは非常に重要だと思います。ただ、この文言の書き方なのですが、これがとても重要で、拠点病院というものは何かを見直していくなかでも、かなり絡んでくると思っております。つまり症例数とか治療成績を

中心にしてしまうと、拠点病院が自分の所の治療しか考えなくなると思うのですが、がんの治療をしているのは拠点病院だけではなく、いろんな病院と連携していく必要があるので、この書き方を注意しないと逆の方向に進んでしまう可能性もあるということを申し上げたいです。

○埴岡委員 本田委員にご参加頂いた TM でも熱心な意見が出て、今の制度だと楽をしたところがよくなってしまふ、面的展開でしっかりよいことをやったところがむしろ得にならないという逆インセンティブみたいな話も出ていましたので、その辺りの文言を盛り込んだ文章に変えるということでしたが、是非本田委員に模範文を作成して頂きたいと思えます。

○檜山委員 公的第三者機関というのが何回か出てくるんですね。今、本田委員が言われたように、何をどういう人たちがやるのかをきちんと明記したほうがよいと思えます。出来たら、患者さんや法律家などが入るべきだろうと思えますが、どういう立場のメンバーの方を組み込んで、きちんと第三者機関として位置付けたらいいのか、我々も提言したほうがよいかと思うので、その辺りを少しまとめて頂くと皆さんも分かりやすいかと思えます。

○埴岡委員 1つはどういう立場の方が、どういう要件とやり方をやっていくかということ、もう一つは固有名詞でならしていけるかという両面がありますよね。前者については市民参加にするとか審査委員会を設けるといことは書きこみやすいのですが、名指しで書くとなると、結構政治的な場面もありまして、論争になる場合もあるかもしれませんので、われわれとしては、あるべき論中心で、書ける場合は書いて、書けない場合は、どういう姿勢でどういうものを整えた組織がやるべきかということを書くということで、そこは注意して皆で洗い直しましょう。

○郷内委員 全体分野 2 の (2) の患者関係委員を含む都道府県がん対策推進協議会の義務化についてですが、私は青森県と新潟県の TM に参加しましたが、その 2 県ともがん対策推進協議会における患者の参画が弱いという印象を持ちました。現状として各都道府県によっては患者の参加にバラつきがあるということが現状ではないかと強く感じています。都道府県ごとの協議会の中で患者の声を反映していくシステムを明確にして頂くことが必要で、それが都道府県ごとのがん計画の進捗管理や評価につながると確信しています。ここは強くお願いをしたいと思います。

○埴岡委員 ありがとうございます。次の分野に進みたいと思えます。分野 1 の医療従事者の育成から、緩和ケア、在宅緩和ケア、について続けてご意見頂ければと思えます。

○川越委員 ここは私が関係していたところなのですが、気づいたことがあるので発言したいと思います。ひとつは表現の間違いですが、(3)にある「専門・認定看護師」の制度は学会認定ではなく日本看護協会が行っている活動だと思えます。ここは是非関連するところの目を通して頂いたほうがよいと思えます。それから、「位置づけや質の担保も必ずしも明確ではない」という書き方も、認定するところの名誉にかかわるところもあると思

ますので、この辺のところを確かめたほうがよいと思いました。

○埴岡委員 頂いたコメントをそのまま足し合わせて書いたところもありますので、若干吟味されていないところや、事実確認できていないところもありますが、素案の素案ですので、その作業プロセスをご理解頂ければと思います。もう一度 WG 委員の方に精読を頂くということと、施策によっては当該の方や有識者の方にも目を通して頂いて、3月の本協議会提出までにブラッシュアップをしていく必要があると思います。

○檜山委員 専門医制度のあたりの記述ですが、ご存知のようにがん薬物療法専門医が既に標榜可能な専門医として平成 20 年か 21 年に出てきていると思うのですが、そこにどうのせていくのかどうか、というところが少しくリアでないかなと思って読ませて頂きました。学会独自で認定を行っているという言葉が繰り返し出てきていますが、そのレベルの差異を評価する第三者機関が出てくるべきではないかと思います。そういうところをきちんと説明しないといけないと思います。学会としてはかなり多数専門医を出されているところもあり、いわゆる質の担保がうまくいっていない専門医も現実にはあるので、その辺りをどう制度化していくか、もう一步踏み込みが必要ではないでしょうか。

○埴岡委員 7人の医療関係者の委員の方がいらっしゃいますので、この辺りの知見はかなりその方々に負って頂かなければならないと思います。大幅に書き方を変えて頂いたり、まだまだ制度も精査して頂く必要があると思います。

○江口委員 学会合同の認定などにより専門医の見直しはすでに始まっています。名称と専門医制度の整合性を整理していかないと雲をつかむような話になってしまう。資格にはインセンティブという提案があるけれども、実際に資格をどうクオリファイするかについてまで踏み込まないと、はっきりとした文章としては書けないと思う。

○埴岡委員 了解です。この辺りは ML などを使って全面書きなおしを図っていきたいと思います。

○本田委員 大雑把すぎて、制度を正確に言っていないところが多々あると思います。現状をもう少し認識したような文言を入れたうえで書かないといけないと思います。

○埴岡委員 かなり専門的な分野ですので、14人で知恵をあわせて揉んでいって、専門家の知恵もお借りしてというプロセスになると思います。

○郷内委員 (6)について、大学運営費交付金の見直しとあるんですが、お金だけの問題ではないような気がします。今走り出しているがんプロ養成プランについては、素晴らしいプログラムを構築しているのですが、それを受講する入学生の人集めに苦労している現状があります。大学の中だけでの努力だけでは人材養成は大変なので、この辺りは書きこみを強化して、重きを置いていく必要がある。

○埴岡委員 ありがとうございます。ここで注釈をしますと、WGは昨年70本の施策を出しましたが、モットーとしては、現場で聞いた問題やアイデアについては、出来るだけなんとか出来ないだろうかという発想で、「岩だから動かない」ではなく、「岩を動かせば変わるんじゃないの」という発想ですので、かなり荒削りですけれども、大胆な発想からス

ターゲットして取りまとめていくというアプローチになります。

○川越委員 育成の問題について、4 ページの (6) についてですが、講座設置などが記載してありますが、これから一番大きな問題は腫瘍外科医というか、いわゆる外科医が減っているということを実際に考えておかないといけないと思います。この制度にのるべきかはわかりませんが、その視点は重要。また 3 ページの (3) の「補助看法の改正」についてですが、ナースプラクティショナー (NP) について医師の包括的指示のもと、とありますが、看護師の裁量権拡大ということになるとと思いますが、これは医師法、補助看法の整合性を密にとっていく必要があると思います。

○埴岡委員 次回 WG 会議までの 10 日間と、さらに本協議会議までの 3~4 日間で精査していきたいと思います。

○江口委員 NP については議論されているところですが、この文言だと医師の包括的指示のもと抗がん剤治療を NP の働きと設定されることの危険性もあるので、ここは慎重に吟味していくべきだと思います。同様に薬剤師のほうも医師の包括的指示で抗がん剤の調剤・投与とありますが、このようなことは現在でも実際に行われますので、何を指しての表現かが分かりづらい。これは (2) ~ (4) にも関わってくると思うのでもう一度見直しが必要でしょう。

○埴岡委員 文言修正については ML で可能なので、ブラッシュアップを図っていききたいと思います。骨太な問題点なども頂ければと思います。

○郷内委員 在宅医療の (3) 介護保険法の改正について、患者サイドからすると末期がんという宣告を受けないと介護のほうには移行できないというのは、患者に末期がんであることを告知する是非も含めて議論が尽くされていない。申請をするのにも時間がかかる。末期がん患者の要介護認定という前提について検討するという視点を盛り込んで頂きたい。

○川越委員 介護保険法の改正について、現場としては大事なところだと思っています。問題はたくさんあって、認定の問題、マネジメントの問題、そもそも医療のウェイトが大きい在宅医療ですから、介護の方が中心になってマネジメントするのが適当かどうかという問題がある。介護保険法改正というか、現場が使いやすい、患者さんにフィードバックするようなものにしていくことが大切なので、ここは力を入れてやるべきだと思います。私も協力したい。

○埴岡委員 大きなテーマですので是非ご協力お願いします。少し解説をしますと、我々 WG 委員の立場は、いわゆる板挟みの作業になります。TM などで聞いた沢山のご意見をプレッシャーとともに背負っているわけですが、目の前には制度面の複雑で難解な壁があるなかで、我々はそれをどれだけ編集者としてまとめていって、中間者としてソリューションをしていくか、そしてそれが既存の行政マンや専門家でなく、我々チームとしてどれだけ解決の道筋をつけていくかが求められていると思います。それでは次の方。

○安岡委員 介護保険についてですが、最近 40 歳以下の独居の方が自宅で亡くなる人が多いのですが、介護保険が使えない。こういうことも考慮に入れてやって頂きたい。



○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「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、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声は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いましたが、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いました。

○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いました。

○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とンドン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% 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だと思います。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の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。

○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、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とを懸念しております。

○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、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事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用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くするべきだと思います。

○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。

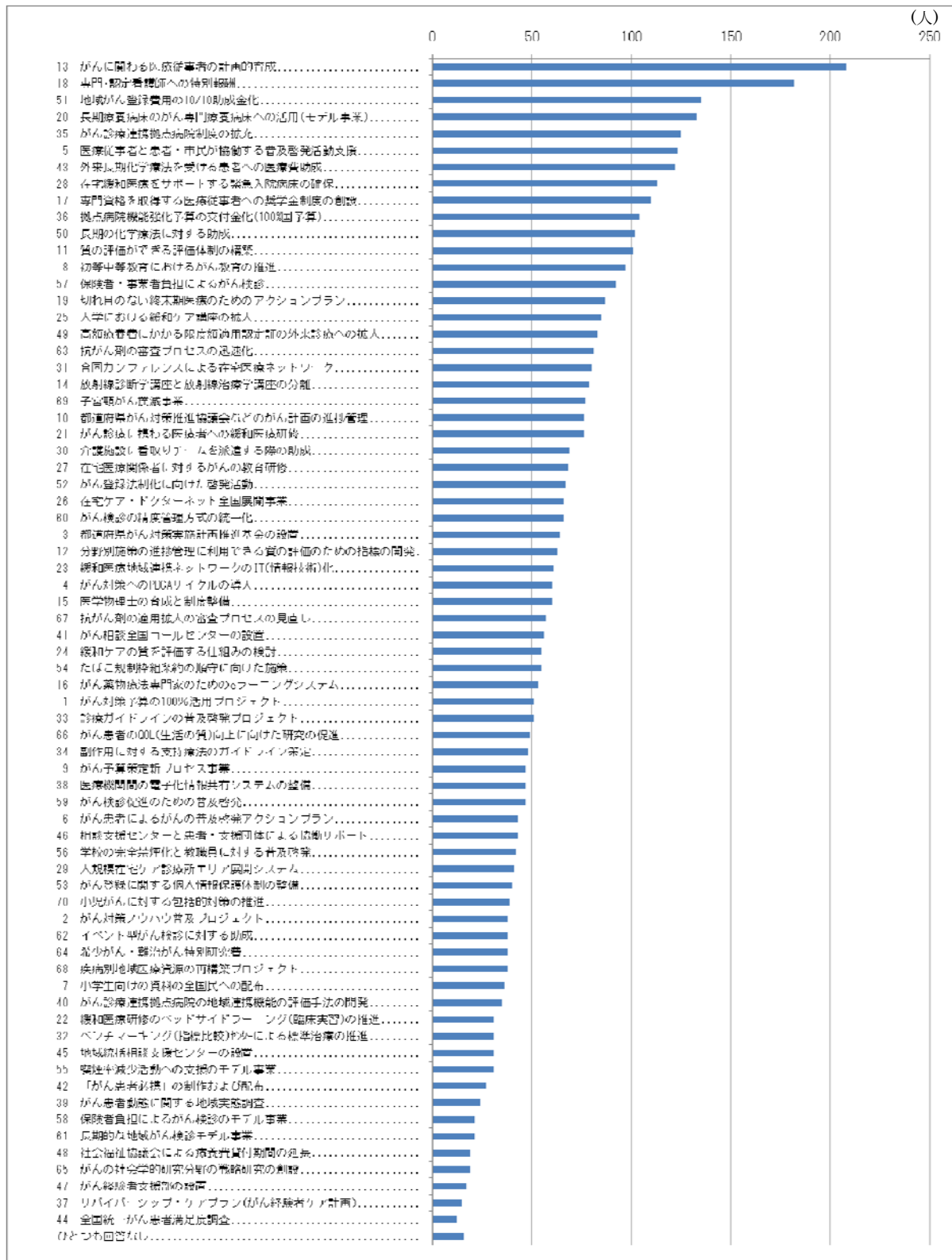
○埴岡委員 あまり宿題を増やしたくはないですが、これもML上で意見を総合して取りまとめていきたいと思います。ありがとうございます。全部は審議できなかったのですが、これまで出されていたものについては、おおよそカバーできたと思います。カバーできなかったものについては、おっしゃっていただければ、MLにて審議できればと思います。今日いくつか宿題を出させて頂きましたので、申し訳ありませんがお願いします。それか

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

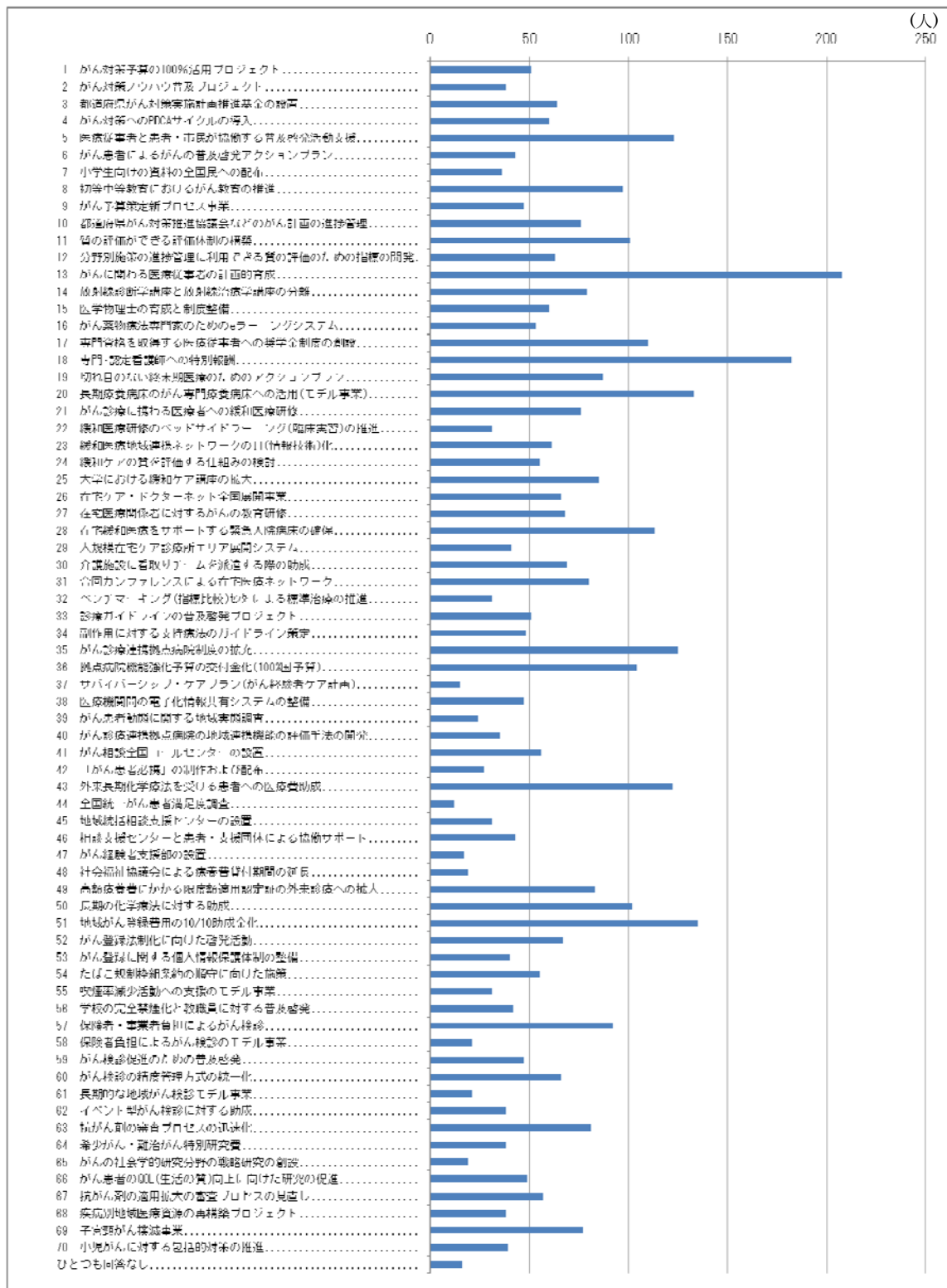
・都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート（回答者数順）





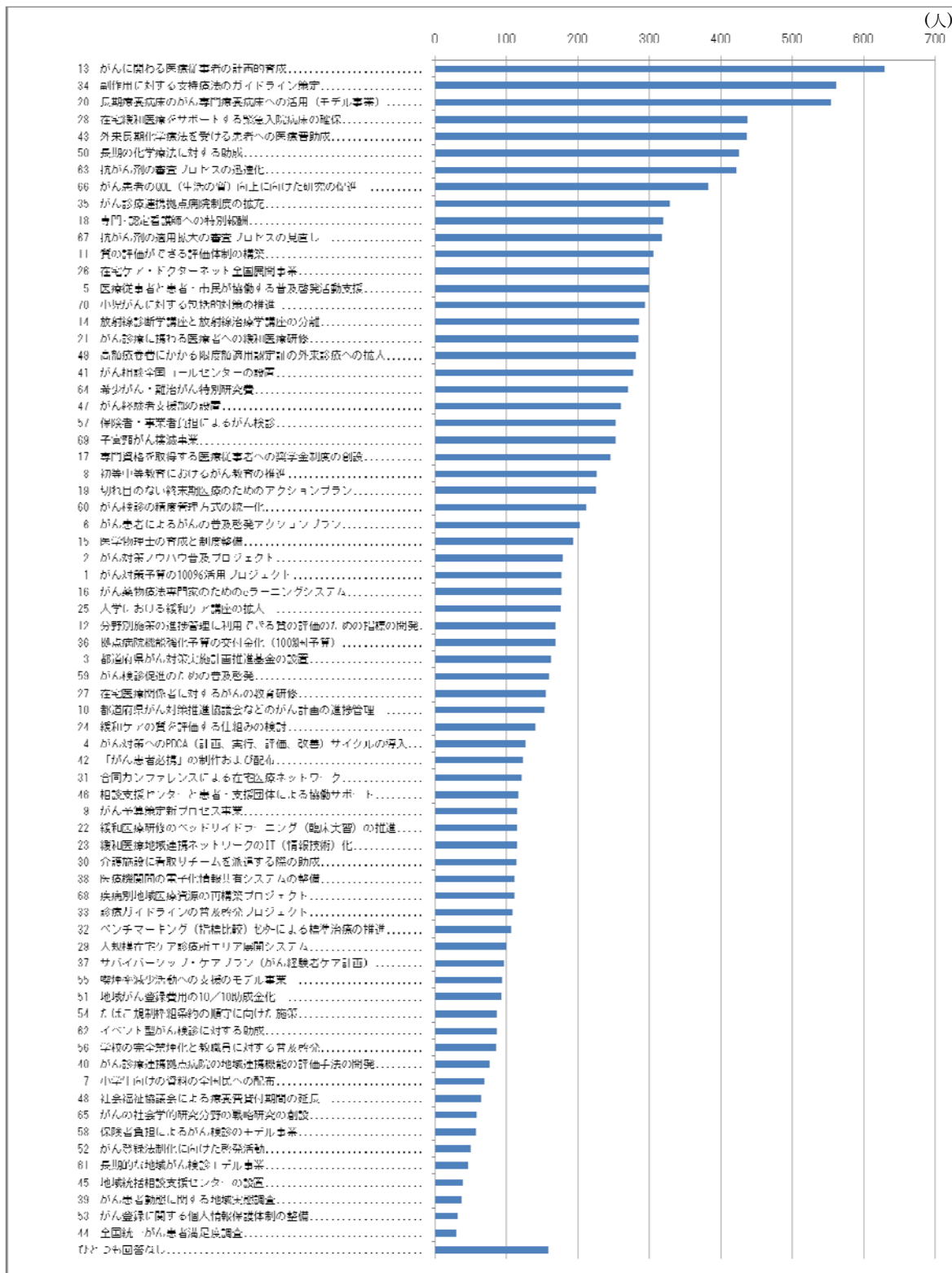
「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・都道府県がん対策推進協議会等委員アンケート（施策番号順）



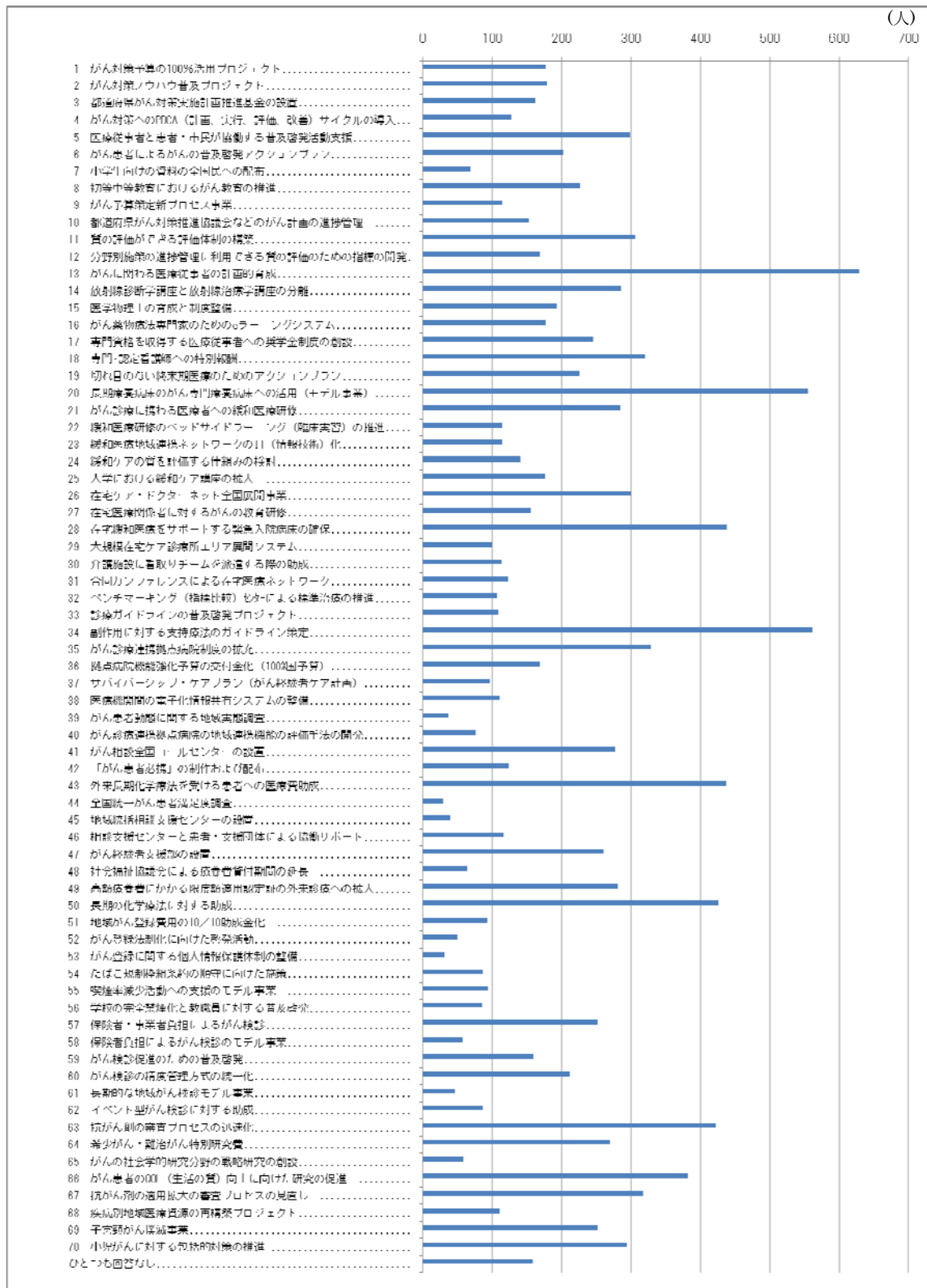
「平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・日本医療政策機構 患者アンケート（回答者数順）



「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

・日本医療政策機構 患者アンケート（施策番号順）



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～

第 1 部 本編

がん対策推進協議会（提案書取りまとめワーキンググループ）

平成 22（2010）年 3 月 11 日