

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、それに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うけた支援員を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してほしい。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体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）