

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

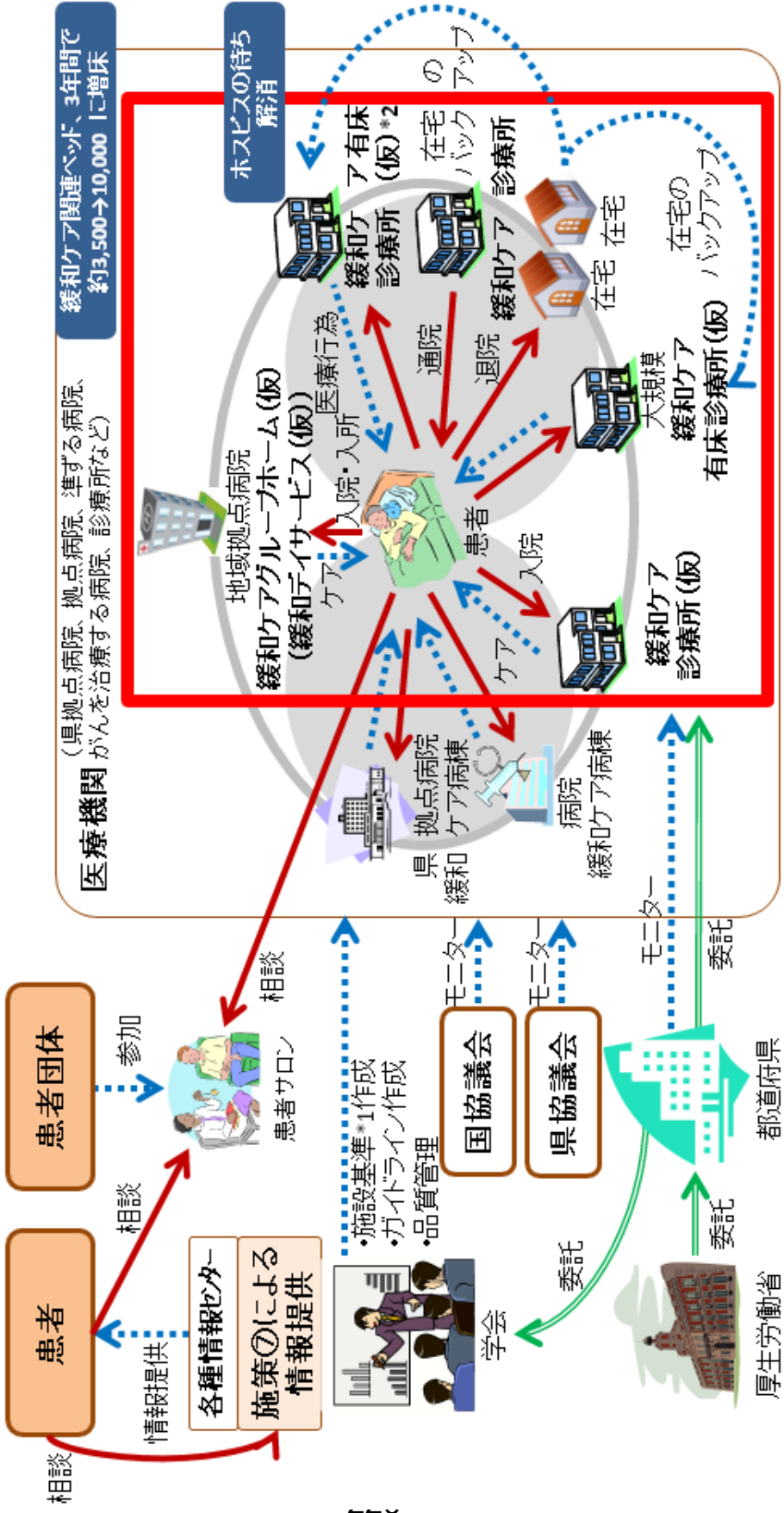
医療機関の設置主体（療養病床再編を支援する適切な組織／都道府県）

■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
- ・ 「大幅なキャンセル不足、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

実施番号A-13:がんに関わる医療従事者の計画的育成

実施番号A-13:がんに関わる医療従事者の計画的育成

実施番号A-13:がんに関わる医療従事者の計画的育成

実施番号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

■ 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）

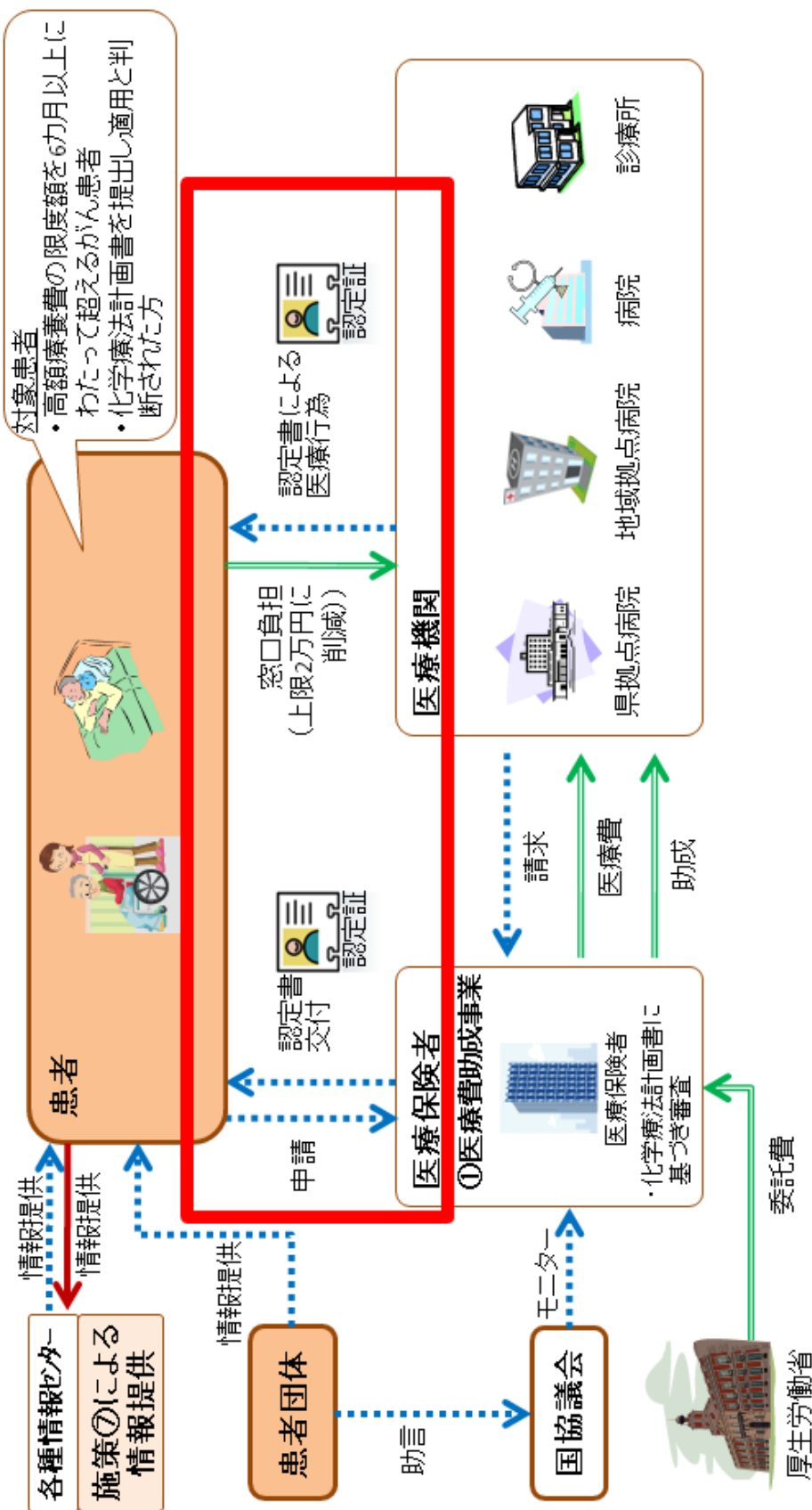
■積算内容

・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。