

#### 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の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