

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 2 部

施策提案シート

「診療報酬」

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	全体1
2	分野名	がん対策全般
3	施策番号	B-1
4	施策名	がん医療の質の評価
5	施策の概要(目的)	がん治療に関わる指標を収集・分析・公開するベンチマーキング(指標比較)センターの設置を促進することで、がん医療の質の向上をさせることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	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・公開するベンチマーキングセンター
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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る。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	例:診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において提示された資料、政策科学研究推進研究事業松田班による調査
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、評価指標の明確化や、がん医療の質向上を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	がん医療の質の評価と向上に関しては、「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[C-5]」、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	全体2
2	分野名	がん計画の進捗・評価
3	施策番号	B-2
4	施策名	がん医療の質の“見える化”
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院におけるがん医療の各分野の質を「見える化(可視化)」することで、拠点病院における医療の質を向上させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療連携拠点病院
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	例:診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において提示された資料、政策科学研究推進研究事業松田班による調査。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、評価指標の明確化や、がん医療の質向上を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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必要があると考えられる。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。
12	「予算」「制度」との対応	がん医療の質の評価と向上に関しては、「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[C-5]、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-3
4	施策名	放射線療法の推進
5	施策の概要(目的)	がんの放射線療法に関わる専門の医療従事者の配置を促進するとともに、放射線療法に関わる治療計画、治療、放射性物質の適切な管理などについて、診療報酬で適切な評価を行うことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの放射線療法に関わる専門の医療従事者の配置、放射線療法に関わる治療計画、治療、放射性物質の適切な管理など
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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う。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する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	放射線治療施設数は765カ所(平成19年現在)、放射線治療の認定医は615人(平成21年3月現在)、医学物理士は418人(平成21年7月現在)、放射線治療品質管理士は593人(平成21年7月現在)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、放射線療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置、放射線療法の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「放射線治療の専門医、診療放射線技師、医学物理士、放射線品質管理士の常勤での配置」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師」の配置を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われた点が挙げられる。また、「放射線治療に関わる医療」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「放射線治療病室管理加算」や「密封小線源治療における組織内照射」の点数が引き上げられた点や、「放射線同位元素内用療法管理料」において、対象疾患が拡大された点が挙げられる。また、強度変調放射線治療(IMRT)の大幅な適応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。さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	放射線療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置については、推奨施策「医学物理士資格の位置づけの明確化」[C-11]、「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]、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-4
4	施策名	化学療法とチーム医療の推進
5	施策の概要(目的)	がんの化学療法に関わる専門の医療従事者の配置を促進するとともに、化学療法の適切かつ安全な施行のための措置について、診療報酬で適切な評価を行うことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの化学療法に関わる専門の医療従事者の配置、化学療法のプロトコル(治療計画)管理や取扱いに厳重な管理を要する製剤の処理など
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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、さらなる評価を行う。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)管理や取扱いに厳重な管理を要する製剤の処理について、新たに評価を行う。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん薬物療法専門医数は306人(平成21年4月1日現在)、がん治療認定医数は5962人(平成21年4月27日現在)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料)。がん化学療法認定看護師数は415人(平成22年3月1日現在)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、化学療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置、化学療法の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「化学療法に関わる専門医や医療従事者の配置」は、平成22年度診療報酬改定において、一定程度反映されたと考えられる。例として、「専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置」を指定要件とするがん診療連携拠点病院について、「がん診療連携拠点病院加算」の引き上げが行われるとともに、同加算において算定要件に「がん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、評価されたと考えられるが、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	化学療法に関わる専門の医療従事者の育成と配置については、推奨施策「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」、「がんに関わる医療従事者の計画的育成」[A-13]、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-5
4	施策名	入院および外来化学療法の推進
5	施策の概要(目的)	入院化学療法と外来化学療法について、診療内容に見合った評価を行うとともに、外来化学療法部門における患者対応の充実を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	外来化学療法、入院化学療法、外来化学療法部門への主に患者対応を主とする看護師の配置
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	入院化学療法についても、十分な評価を行う。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する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	外来化学療法を実施している医療機関数は、990(平成17年)→1399(平成18年)→1722(平成19年)→2045(平成20年)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、化学療法や患者対応の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「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が、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	外来化学療法部門における看護師の配置については、推奨施策「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」、「がんに関わる医療従事者の計画的育成」[A-13]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-6
4	施策名	がんにおける診療項目の評価
5	施策の概要(目的)	がん医療を支える観点から必要と考えられるにもかかわらず、評価が十分でないと考えられる診療項目を診療報酬において評価し、その充実を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	手術療法、化学療法、病理検査、病理診断、がんセンターボード、外来服薬指導など
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	専門医が配置され、質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法において専門性の高い手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価する。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、がんセンタ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する。
8	施策の概要(必要性)	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、がんセンタ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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	外来服薬指導についての例として、外来での化学療法後、居宅で薬剤を持続注入した件数は、国立がんセンター中央病院でのFOLFOX療法(大腸がんに対する併用療法)について、1989件(平成19年度)→2012件(平成20年度)→1484件(平成21年度6カ月)(厚生労働省第155回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)。遠隔病理診断については、がん対策推進基本計画において、「医療機関の連携の下、適切な診断が行われるようにするために、遠隔病理診断支援等による医療機関の連携を推進していく」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、がん治療の充実を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	1
2	分野名	放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成
3	施策番号	B-7
4	施策名	高度医療
5	施策の概要(目的)	未承認薬役等を国内で安全かつ早期に利用できるようにする観点から、高度医療を利用しやすい制度とすることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	高度医療評価制度
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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応とするだけでなく、副作用対策などについても評価する。
8	施策の概要(必要性)	高度医療は、保険適用でない薬剤や医療技術を、医学の高度化やニーズに従って安全かつ低負担で行うことを趣旨としている制度であるが、申請件数が多い中でハードルも高く、その趣旨が十分に活かされていない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「薬事法の承認等が得られていない医薬品・医療機器の使用を伴う先進的な医療技術については、一般的な治療法でないなどの理由から原則として保険との併用が認められていないが、医学医療の高度化やこれらの医療技術を安全かつ低い負担で受けたいという患者のニーズ等に対応するため、これらの医療技術のうち、一定の要件の下に行われるものについて、当該医療技術を『高度医療』として認め、先進医療の一類型として保険診療と併用できることとし、薬事法による申請等に繋がる科学的評価可能なデータ収載の迅速化を図ることを目的として創設」(医政発0331021号「高度医療に係る申請等の取扱い及び実施上の留意事項について」)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、高度医療への対応やがん研究の環境整備を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	(「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」にはなかった新規推奨施策)
12	「予算」「制度」との対応	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ようにするという観点からは、推奨施策「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]、「コンパッション・ユース(人道的使用)制度の創設」[C-13]と、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	B-8
4	施策名	緩和ケア診療加算
5	施策の概要(目的)	外来診療での緩和ケアを充実させるとともに、緩和ケアに関わる医療従事者の配置と、緩和ケア病棟の拡充を進めることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	外来診療での緩和ケア、緩和ケアに関わる医療従事者、緩和ケア病棟
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	算定が入院患者に限定されている緩和ケア診療加算を、外来診療にも拡大する。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る。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	WHOの緩和ケア概念の変更やがん対策基本法の制定によって、がん治療当初からの緩和ケアが重視されるようになり、これまでの看取りによる緩和だけでなく、がん治療に伴う精神と身体への侵襲に対する緩和ケアも必要とされるようになってきたため、緩和医療へのニーズが増大している。一方、日本ホスピス緩和ケア協会の集計(平成20年)では、緩和ケア病棟数は182施設、病床累計数は3534床である(内科系学会社会保険連合平成22年度社会保険診療報酬改定提案書より、一部改変)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。がん対策推進基本計画においても、全体目標として、「すべてのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が定められ
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「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。
12	「予算」「制度」との対応	緩和ケアに関わる医療従事者の配置については、推奨施策「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]が、特に関係がある。緩和ケアに関わる施設や診療科の拡充については、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	B-9
4	施策名	緩和ケア研修修了者の配置
5	施策の概要(目的)	がん診療に携わる医療者への緩和研修の受講や修了者の配置を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん診療に携わる医療者に対する緩和ケア研修修了者
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会修了証書の交付数は、1071(平成20年12月31日)→3730(平成21年5月31日)→9274(平成21年10月31日)(厚生労働省第11回がん対策推進協議会資料より)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療に関わる医療者の緩和ケアへの理解の促進に関しては、推奨施策「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	
1	分野番号	2
2	分野名	緩和ケア
3	施策番号	B-10
4	施策名	緩和ケア病棟入院料の引き上げ
5	施策の概要(目的)	緩和ケアにおいて必要かつ適正な緩和薬物療法が行われ、緩和ケアを行う病床を確保することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	緩和ケアにおける緩和薬物療法や検査、長期療養病床におけるがん専門療養病床
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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する。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する。
8	施策の概要(必要性)	緩和薬物療法においては、患者の苦痛を取り除くために、必要かつ適正な投与量を確保することが必要であるが、DPCのために医療機関が赤字を強いられる場合が生じる。また、緩和ケア病床に長時間の待ち期間が発生しており、同様のケアができる施設の拡充が急務となっている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	WHOの緩和ケア概念の変更やがん対策基本法の制定によって、がん治療当初からの緩和ケアが重視されるようになり、これまでの看取りによる緩和だけでなく、がん治療に伴う精神と身体への侵襲に対する緩和ケアも必要とされるようになってきたため、緩和医療へのニーズが増大している。一方、日本ホスピス緩和ケア協会の集計(平成20年)では、緩和ケア病棟数は182施設、病床累計数は3534床である(内科系学会社会保険連合平成22年度社会保険診療報酬改定提案書より、一部改変)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。がん対策推進基本計画においても、全体目標として、「すべてのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が定められ
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	(「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」にはなかった新規推奨施策)
12	「予算」「制度」との対応	緩和ケアに関わる施設や診療科の拡充については、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-11
4	施策名	在宅医療の充実
5	施策の概要(目的)	在宅療養支援診療所を拡充するとともに、終末期にあるがん患者を受け入れる緊急入院病床を確保することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	在宅療法支援診療所、終末期にあるがん患者を受け入れる緊急入院病床を確保する医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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る。また、医療機関が終末期がん患者の緊急入院の受け入れること、およびそのために空床を確保することに対して、診療報酬にて評価する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	在宅療養支援診療所1施設あたりの在宅患者の受け持ち数が、100人以上である施設の割合は、3.9%(平成19年)→5.4%(平成20年)→5.9%(平成21年)であり、増加傾向にある(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、在宅緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「終末期にあるがん患者の緊急入院の受け入れ」の反映状況については、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が、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備に関しては、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」[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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-12
4	施策名	在宅医療ネットワークの構築
5	施策の概要(目的)	病院と在宅療養支援診療所、訪問看護事業所など、在宅緩和ケアに関する切れ目のない地域連携を促進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	病院、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所、地域連携クリティカルパスに基づく患者の紹介
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	病院と在宅療養支援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する。
8	施策の概要(必要性)	病院と在宅療養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、在宅地域連携クリティカル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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	在宅医療における連携状況について、在宅医療を行う医療機関に対してアンケート調査を行ったところ、「在宅医療に係る24時間診療体制の確保のための連携は良好である」との問いに対して、「そう思わない/全くそう思わない」との回答が32.0%、「専門的医療を提供するための連携が良好である」との問いに対して、「そう思わない/全くそう思わない」が32.7%(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、在宅緩和医療における医療機関の連携が不十分であるとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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が、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	切れ目のない在宅緩和ケアネットワークに提供に関しては、推奨施策「合同カンファレンスによる在宅医療ネットワーク」[A-34]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-13
4	施策名	医療と介護の連携
5	施策の概要(目的)	医療提供者と介護提供者の連携を促進し、がん患者が介護資源による効果的なサポートを得られるようにすることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	退院困難な要因を有するがん患者、介護保険施設、医療と介護の連携
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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る。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」(株式会社三菱総合研究所)によると、介護支援専門員の「他機関との連携に関する悩み」についての問いでは、「主治医との連携が取りにくい」との回答が57.2%、「主治医意見書を入力している割合」についての問いでは、「6~8割程度」、「1~4割程度」、「ほとんど入力していない」の割合が23.0%(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、医療と介護との連携が不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	「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が、さらなる評価の充実に向けて、引き続き検討される必要がある。
12	「予算」「制度」との対応	介護と医療の連携については、「介護保険法の改正」[C-24]、「介護施設に看取りチームを派遣する際の助成」[A-33]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	3
2	分野名	在宅医療(在宅緩和ケア)
3	施策番号	B-14
4	施策名	大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成
5	施策の概要(目的)	質の高い大規模な在宅療養支援診療所の拡充を促進するとともに、その診療所を活用した実地教育を進めることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	大規模な在宅療養支援診療所と、当該診療所での実地教育
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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する。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する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	在宅療養支援診療所1施設あたりの在宅患者の受け持ち数が、100人以上である施設の割合は、3.9%(平成19年)→5.4%(平成20年)→5.9%(平成21年)であり、増加傾向にある(厚生労働省第146回中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会資料より)
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、在宅緩和ケアを提供する医療資源が相当程度不足しているとの意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	在宅緩和ケアを提供する医療資源の基盤整備に関しては、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」[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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	B-15
4	施策名	DPCデータや臨床指標の開示
5	施策の概要(目的)	DPCデータや臨床指標の開示を行い、医療に質の向上を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	DPCデータや臨床指標の開示を行っている医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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る。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	例:診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会において提示された資料、政策科学研究推進研究事業松田班による調査
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、標準治療を行う医療機関や診療ガイドラインの活用を、診療報酬において評価することを求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	医療の質を「見える化(可視化)」することについては、推奨施策「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	B-16
4	施策名	診療ガイドラインの推進
5	施策の概要(目的)	診療ガイドラインの作成とその普及啓発の促進を目的とする。
6	施策の概要(対象)	診療ガイドラインを策定している医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において「科学的根拠に基づいて作成可能なすべてのがんの種類についての診療ガイドラインを作成するとともに、必要に応じて更新していくことを目標とする」とされている。診療ガイドラインが整備されることにより、どの地域においても質の高い有効な治療を受けることができる。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、診療ガイドラインの作成と普及を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	診療ガイドラインの作成と普及啓発については、推奨施策「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]、「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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	4
2	分野名	診療ガイドラインの作成(標準治療の推進と普及)
3	施策番号	B-17
4	施策名	セカンドオピニオンの推進
5	施策の概要(目的)	セカンドオピニオンの推進を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	セカンドオピニオンを受け入れた医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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る。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「患者自らが適切な治療法等を選択できるようにするため、担当医に遠慮せず、他の専門性を有する医師や医療機関において、治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)を受けられる体制を整備していく」とされている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、セカンドオピニオンの普及を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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、評価の充実にに向けて引き続き検討が必要である。
12	「予算」「制度」との対応	セカンドオピニオンや患者支援体制の充実にについては、推奨施策「地域統括相談支援センターの設置」[A-48]、「がん診療医療機関必携(仮)の作成・配布」[A-54]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	B-18
4	施策名	地域連携とその他の連携
5	施策の概要(目的)	がんの地域連携クリティカルパスの策定と普及による地域連携や、いわゆる病病連携や薬薬連携を含む面的連携の強化を推進することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	地域連携クリティカルパスを策定、活用する医療機関、病病連携や薬薬連携を推進する医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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る。また、いわゆる病病連携や薬薬連携、そして面的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る。
8	施策の概要(必要性)	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、策定・運用のために必要な調整にかかる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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「すべての拠点病院において、5年以内に、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)に関する地域連携クリティカルパスを整備することを目標とする」とされており、「厚生労働科学研究 全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発」(谷水班)において研究が行われている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、切れ目のないがん診療体制ネットワークを求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療体制ネットワークの整備については、推奨施策「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」[A-38]、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]などが、特に関係がある。
13	備考	

■施策(診療報酬)提案シート

番号	項目	内容
1	分野番号	5
2	分野名	医療機関の整備等(がん診療体制ネットワーク)
3	施策番号	B-19
4	施策名	がん診療体制の充実度に応じた評価
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院の指定を受けていない医療機関で、拠点病院の要件を満たしている医療機関について、診療報酬で評価することでその診療体制の維持、充実を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	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医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	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、評価する。
8	施策の概要(必要性)	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。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「医療機関の連携体制を構築し、切れ目のない医療の提供を実現することが望まれる」とされており、その実現のためには指定されたがん診療連携拠点病院の充実のみならず、地域の医療機関の診療体制の充実と連携が有効である。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングにおいて、地域の実情に即した拠点病院制度の運用を求める意見が出ている。
11	平成22年度診療報酬改定における反映状況	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。
12	「予算」「制度」との対応	がん診療体制ネットワークの整備については、推奨施策「がん診療連携拠点病院制度の見直し」[C-26]、「がん診療連携拠点病院制度の拡充」[A-38]などが、特に関係がある。
13	備考	