

○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、その数字があっ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いう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という、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 質問するときに、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、そのままで、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のモデル事業ですが、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、ここも保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）いってしまふ。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。それでは議論の多かった 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 がん研究なんですけど、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、あっちが大事かなのですが、やっぱり常に、がん研究費が小額であるということを、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けれども、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ストラテジーを立てる、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 ページの下の方に (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ところ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 ページのところでは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で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います。

○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、そういうところを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、その点が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、日本でここと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う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。

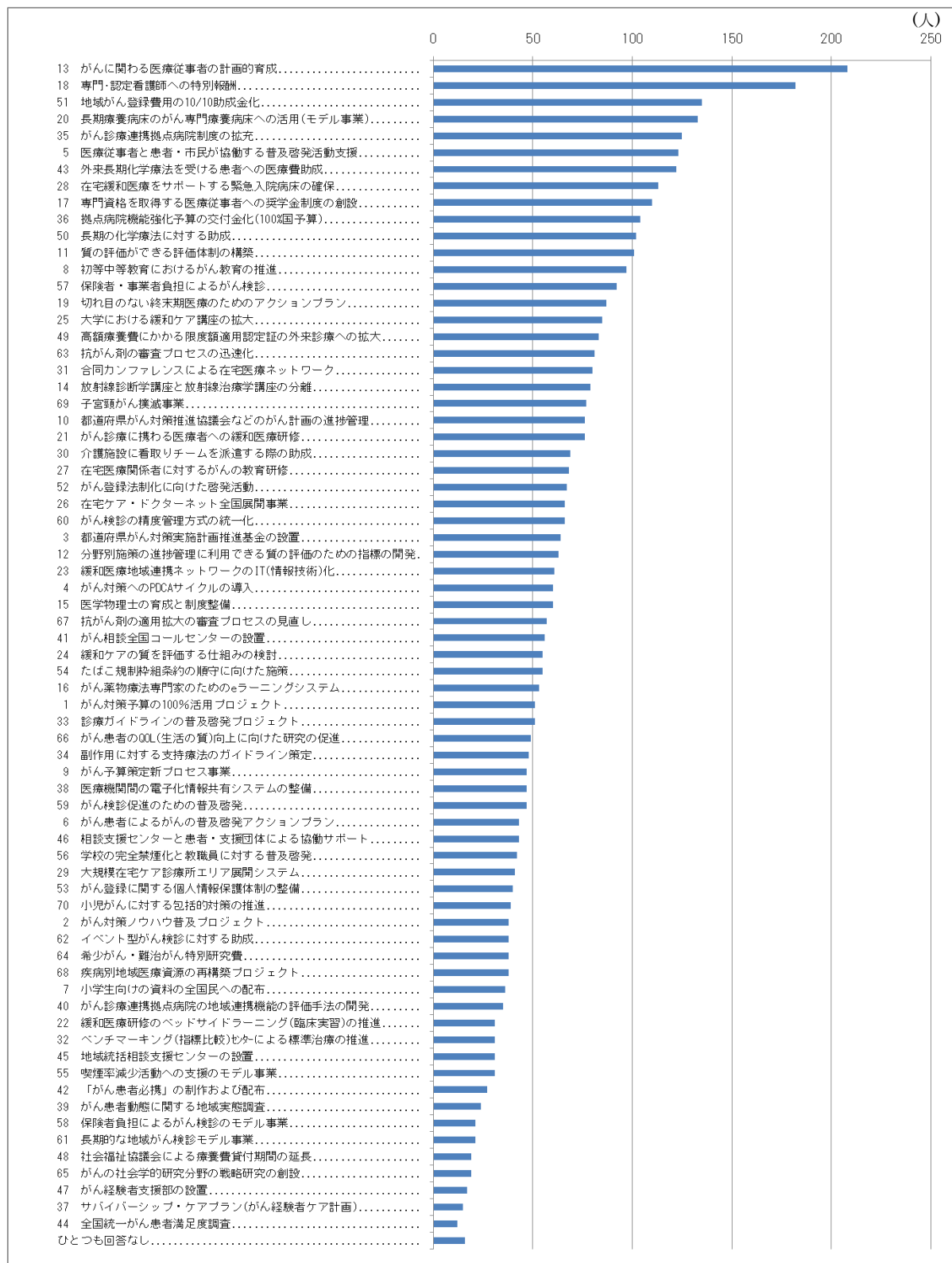
○埴岡委員 あまり宿題を増やしたくはないですが、これも ML 上で意見を総合して取りまとめたいと思います。ありがとうございました。全部は審議できなかったのですが、これまで出されていたものについては、おおよそカバーできたと思います。カバーできなかったものについては、おっしゃっていただければ、ML にて審議できればと思います。今日いくつか宿題を出させて頂きましたので、申し訳ありませんがお願いします。それから 2 点お知らせがあります。第 3 分冊の施策シートがございますが、今日準備が間に合わずお示しができませんでした。予算および診療報酬についてはシート化を出来ればと思っておりますが、制度面については、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います。3月4日を目途に仕上げて、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いますので、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

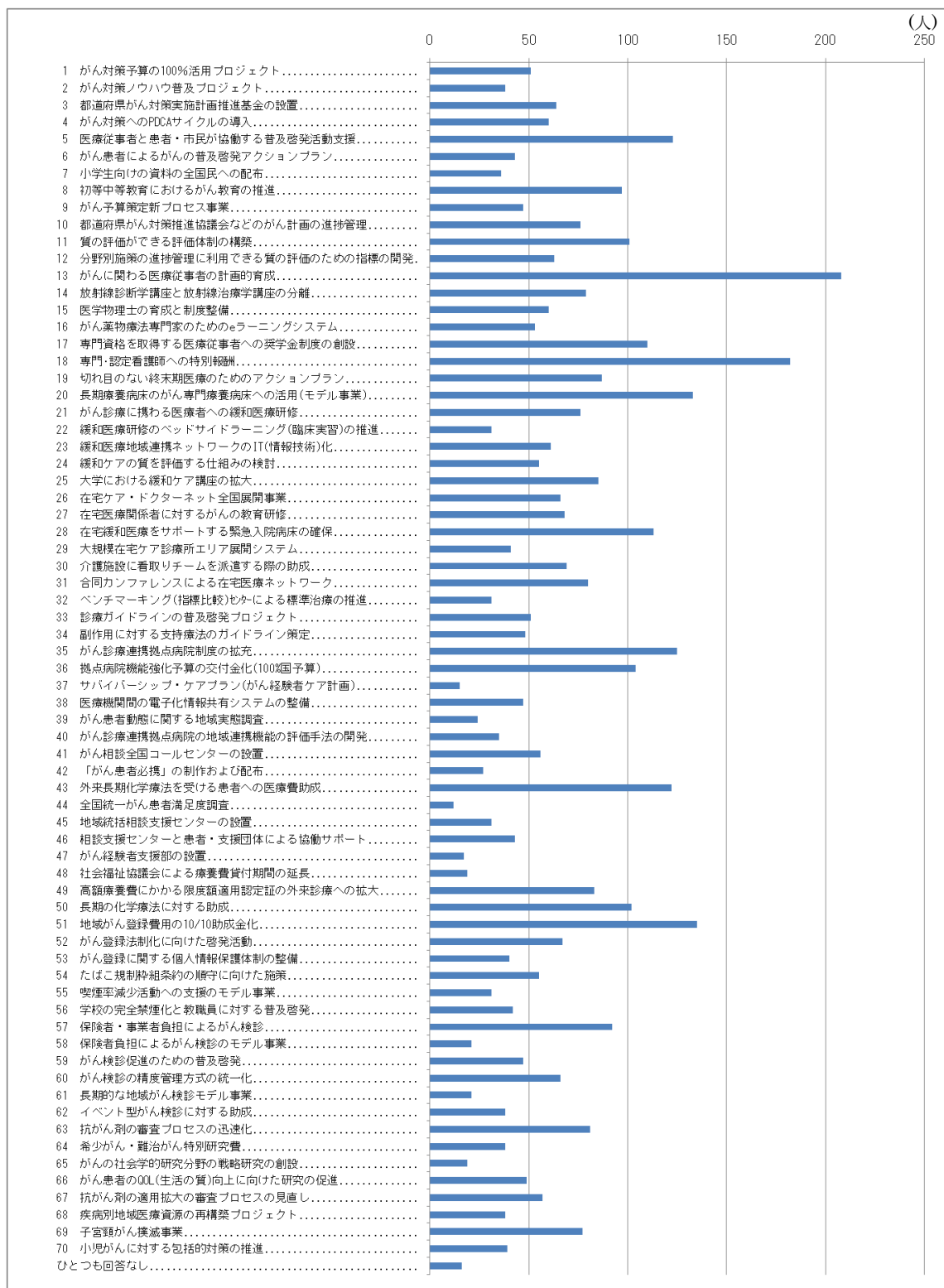
4-4-4 「平成22年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・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）



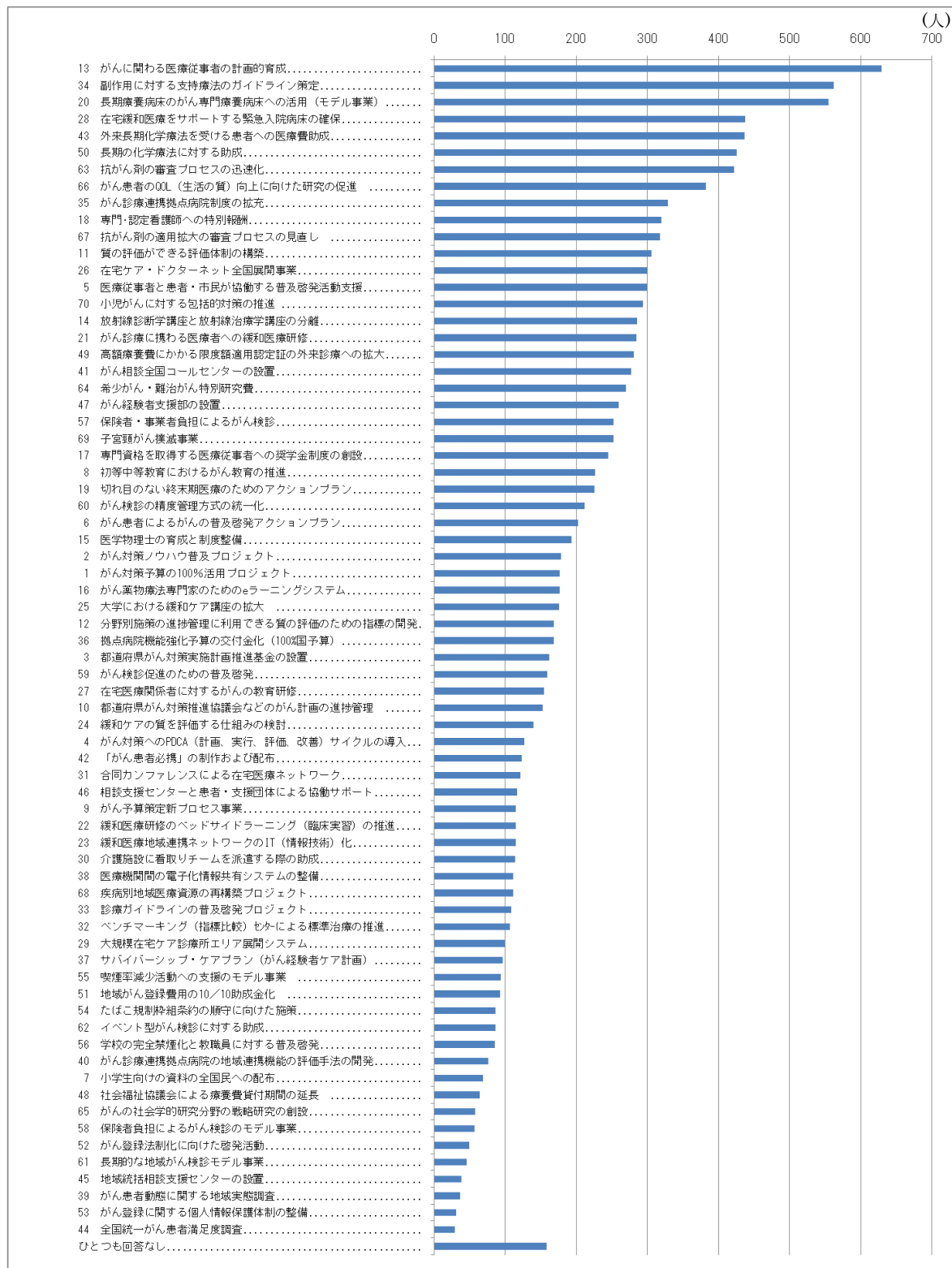
「平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・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）



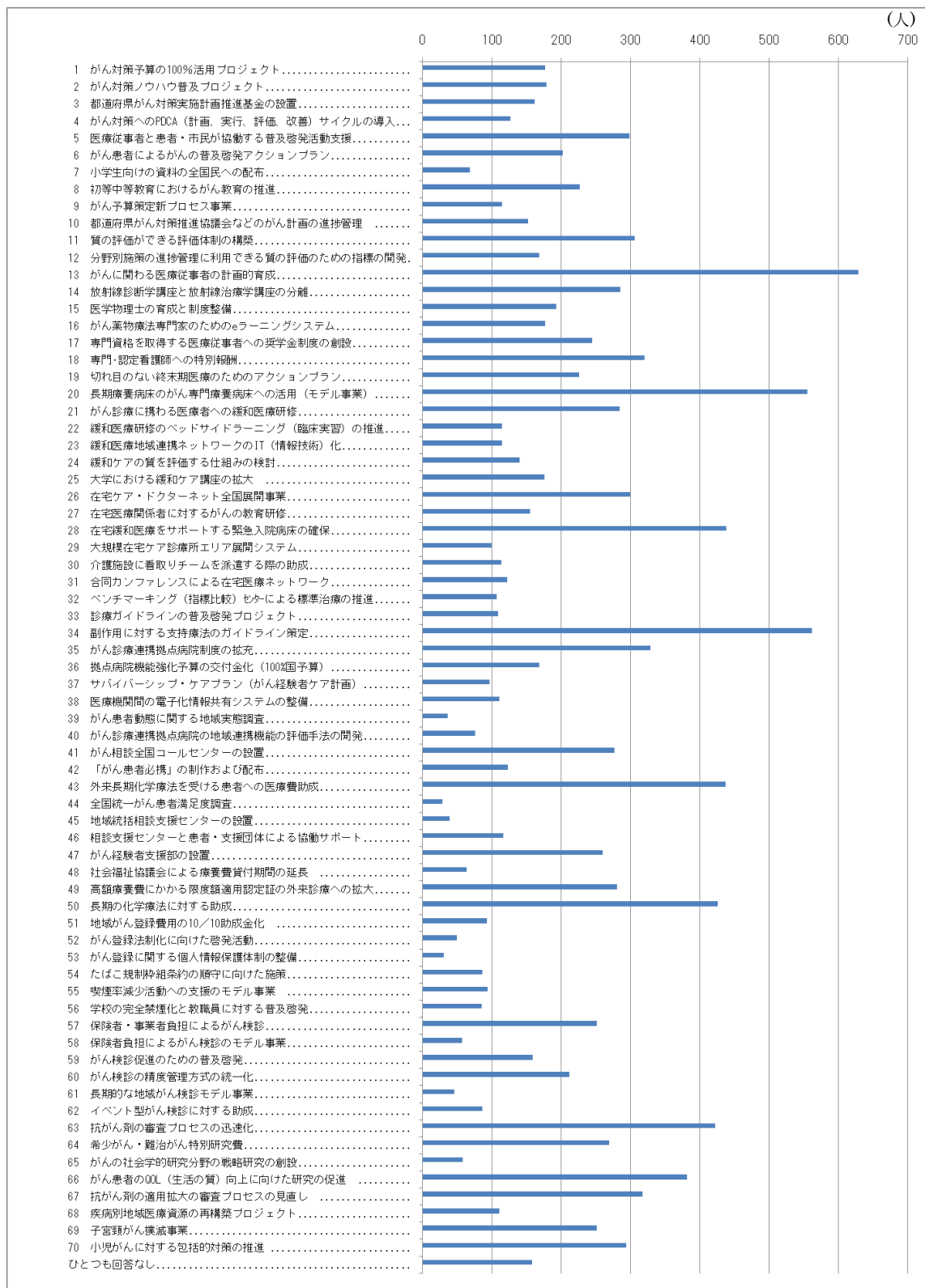
「平成 22 年度 がん対策予算に向けた提案書」の推奨施策に対して「必要性が高い」と回答した人数

・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

平成 22（2010）年 3 月 31 日

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

がん対策推進協議会

平成 22（2010）年 3 月 31 日

表:がん対策の「予算」に関する74本の提案例

	施策名	内容
全体分野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	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
全体分野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	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
個別分野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	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
個別分野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	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
個別分野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	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
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)		
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、治療薬の開発を進めます

	施策名	内容
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)		
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
個別分野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	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、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
個別分野7 がん登録		
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
個別分野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	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
個別分野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	検診費用の市町村・受診者負担を、メタ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
個別分野10 がん研究		
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	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
個別分野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	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
全体分野1 がん対策全般		
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
全体分野2 がん計画の進捗・評価		
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
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- 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
個別分野2 緩和ケア		
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
個別分野3 在宅医療(在宅緩和ケア)		
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
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- 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
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- 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
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- 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
個別分野7 がん登録		
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
個別分野8 がんの予防(たばこ対策)		
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
個別分野9 がんの早期発見(がん検診)		
-	--	--
個別分野10 がん研究		
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
個別分野11 疾病別(がんの種類別)の対策		
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

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

「 予 算 」

■施策(予算)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	A-1
4	施策名	がん対策予算の100パーセント活用プロジェクト
5	施策の概要(目的)	がん対策基本計画や予算に盛り込まれた施策が、国と地方自治体の予算編成上の問題により100パーセント活用できない問題点を整理し、その対策を講じていくことを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん対策予算の策定に関わる省庁および地方自治体
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	国と地方自治体の予算編成期のズレや、国と自治体の相互連絡の不足、国からの2分の1助成が申請しづらいなど、がん対策予算に関わる諸問題を明らかにするため、がん対策のアドバイザー2～3人を組織し、実地調査・ヒアリングを実施する。特に国から提示されたがん対策事業を、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。
8	施策の概要(事業の必要性)	
9	成果目標(数値目標)	22年度以降のがん対策関連予算の100パーセント活用
10	成果へのシナリオ	
11	成果の確実性	
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	1億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	
18	備考	

■施策(予算)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	A-2
4	施策名	がん対策ノウハウ普及プロジェクト
5	施策の概要(目的)	都道府県のがん対策の均てん化を行う。がん対策、がん予算、がん予算消化力などにおいて、地域で大きな格差が生じている。先行県のがん対策のノウハウを全都道府県に浸透させるチームを結成し、活動することで格差を解消する。
6	施策の概要(対象)	全国47都道府県の県庁のがん対策部署を主な対象とするが、都道府県のがん対策を進める当事者6者(行政、患者、医療者、政治、マスコミ、民間)の調整も支援する。
7	事業の概要(事業内容) (手段、手法など)	20人程度のチームを結成。一人が2、3県ずつ程度分担(または地方ブロックごとに3～4人が担当し、各県ごとに主担当と副担当を決める)し、その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う。いわばコンサルティング部隊である。米国疾病管理予防センター(CDC)の地域スタッフが実施しているのと同様の業務。
8	施策の概要(事業の必要性)	地域のニーズを聞くと、資金がないことはもとより、人、経験、アイデア、けん引役、調整役がいけないことの悩みも大きい。資金と人とノウハウをセットでほしいというのが希望である。そこで、地域担当のコンサルタントを付ける措置を行う。複数県を担当し、チーム内の情報共有も行うので、全国に好事例の知識移転もできる。
9	成果目標(数値目標)	47都道府県のがん対策の評価尺度を設定する。そのうえで47都道府県のがん対策のスコアを算定する。また、都道府県別の人口当たりのがん予算も計算しモニターする。がん施策スコアが現在の上位25%の点数に収れんすることを目標とする。がん予算に関しても同様。
10	成果へのシナリオ	まず国が本当に都道府県を支援しようとするメッセージが明確となり、県の積極性を引き出し、活性化を達成する。地域は、人、経験、アイデア、けん引役、調整役を得ることで安心して前向きに事業に取り組み、予算要求もできるようになる。そして、ニーズにあった予算が有効に活用され、成果が出るようになる。
11	成果の確実性	第三者的な組織に公募・競争的提案を経て委託する。委託する際には、管理職は民間から登用するなど、経営能力が十分であるかをチェックする。
12	エビデンスの状況	
13	ニーズの状況	
14	想定予算額	10億円
15	予算計算概算	
16	予算措置を行う省庁	厚生労働省
18	備考	