

■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、副作用対策などに関しても評価する。
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]、「コンパッションエート・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%、「主治医意見書入手している割合」についての問いでは、「6～8割程度」、「1～4割程度」、「ほとんど入手していない」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必要がある。
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	

■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-20
4	施策名	がん難民をなくすために努力している医療機関の評価
5	施策の概要(目的)	病診連携の充実に努めている医療機関を、診療報酬において評価することで、病診連携の推進を図り、いわゆるがん難民問題を解消することを目的とする。
6	施策の概要(対象)	病診連携の充実に努めている医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	地域におけるがん難民の数を把握し、発生原因、防止策を検討し、関係機関とがん診療ネットワークを構築して、その低減に向けて努力している医療機関を評価する。
8	施策の概要(必要性)	病診連携等の過程で連携がうまくいかず、患者が適切な医療機関を受診できなくなる、いわゆるがん難民問題が存在するが、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。
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、「平成18(2006)年度の医療制度改革においても、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することが打ち出されており、特に、がんをはじめとして法令で定められた4疾病及び5事業等について、連携体制の早急な構築が求められている」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、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「がん診療連携拠点病院加算」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必要がある。
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]、「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	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	B-21
4	施策名	相談支援センターの充実
5	施策の概要(目的)	がん診療連携拠点病院とその相談員の配置について診療報酬で評価し、相談支援体制を拡充す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相談支援センターとその相談員
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を取り入れる。
8	施策の概要(必要性)	がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談員については、相談員を配置するインセンティブが医療機関にないために、相談員の配置転換などに伴う離職率が高くなり、相談支援センターの質の低下により患者相談が不十分となっている。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	「相談員の異動が多く、相談員に必要な知識やスキルなどの質の確保ができない」「(相談支援センター相談員研修)受講者の約4割が異動する可能性」(国立がんセンターがん対策情報センター第8回運営評議会資料)があるなど、相談員の配置に対するがん診療連携拠点病院のインセンティブがないことにより、相談支援センターの体制の維持、整備が遅れている。
10	ニーズの状況	アンケートやタウンミーティングで、がん診療連携拠点病院の相談支援センターの体制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。
12	「予算」「制度」との対応	患者の悩みや不安に応える相談体制の拡充に関しては、推奨施策「がん相談全国コールセンターの設置」[A-44]、「地域統括相談支援センターの設置」[A-48]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	6
2	分野名	がん医療に関する相談支援および情報提供
3	施策番号	B-22
4	施策名	相談支援センターと患者団体の連携
5	施策の概要(目的)	がんの患者団体と拠点病院の連携を図り、ピアサポーターによる患者相談と支援の体制を充実させることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がんの患者団体との連携を進める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)	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(メディカルソーシャルワーカー)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する。
8	施策の概要(必要性)	国のがん対策推進基本計画にて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと患者団体等との連携が記されているが、医療機関へのインセンティブがなく、医療資源としての患者団体と相談支援センターの連携体制が進んでいない。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	がん対策推進基本計画において、「相談支援センターには相談員が専任で配置されているが、がん患者の生活には療養上様々な困難が生じることから、適切な指導助言を行うため、相談員を複数人以上専任で配置すること等が望まれる。その際には、相談支援に関し十分な経験を有する看護師等の医療従事者や患者団体等との連携について検討する」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で、医療機関とがんの患者団体との連携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。
12	「予算」「制度」との対応	患者支援団体と医療機関の連携体制については、推奨施策「がん患者連携協議会(仮称)の設置」[C-28]、「地域相談統括支援センターの設置」[A-48]「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]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	7
2	分野名	がん登録
3	施策番号	B-23
4	施策名	がん登録に関わる職員の配置
5	施策の概要(目的)	がん登録に関わる職員の配置を促進し、医療従事者の負担を軽減し、がん登録の推進を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	がん登録に関わる職員の配置する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が、国立がんセンターで研修を受けた診療情報管理士等の院内がん登録従事者を配置し、国が定める方式で院内がん登録を実施し、国立がんセンターにその情報を定期的に提供している場合について、がん診療連携拠点病院加算などで評価する。また、院内がん登録の対象となっていないがん患者においては、診療報酬を減算するなどの新しい考え方も検討する。
8	施策の概要(必要性)	がん登録の推進にあたって、登録事務に関わる職員の育成や採用にあたって負担が大きいにもかかわらず、配置に際しての医療機関のインセンティブに乏しいために職員の採用が進まず、他の医療従事者ががん登録に係る負担が及んでいる。
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、「がん患者を含めた国民に対して安心・納得できるがん医療を提供するなど、がん対策のより一層の充実を図っていくためには、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータが必要であるが、当該データを系統的に蓄積していく仕組みであるがん登録の整備が、我が国においては諸外国と比較しても遅れているという状況にある」「がん登録の実施に当たっては、医師の協力も必要であるが、その負担軽減を図りつつ、効率的に行っていくためには、がん登録の実務を担う者の育成・確保が必要であることから、こうした者に対する研修を着実に実施していく」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、がん登録に関わる職員の配置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、一定の反映があったと考えられる。例として、診断書の作成や診療録の記載等の書類作成業務が、病院勤務医の負担となっていることに鑑み、がん登録に関わる職員という明示的ではないが、病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価として、「医師事務作業補助体制加算」として、「15対1補助体制加算」「20対1補助体制加算」が新設されている。従来から、医師事務補助者の業務として院内がん登録に係る業務は認められているところであり、「医師事務作業補助体制加算」が院内がん登録のさらなる推進に寄与することも考えられる。実効性のある正確ながん登録のためには、診療情報管理士などによる登録業務が必要であり、「医師事務作業補助体制加算」の施設基準に、診療情報管理士の配置などの要件を加えるなど、評価の充実に向けて、引き続き検討が必要である。また、「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」が加えられた。同様に、診療情報管理士の配置を算定要件に加えるなど、医療現場に過度の負担とならないよう配慮しつつ、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	がん登録の推進に関しては、推奨施策「がん登録法(仮称)の制定」[C-29]、「地域がん登録費用の10/10助成金化」[A-55]、「がん登録法制化に向けた啓発活動」[A-56]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	7
2	分野名	がん登録
3	施策番号	B-24
4	施策名	地域・院内がん登録
5	施策の概要(目的)	地域がん登録および院内がん登録の推進を図ることを目的とする。
6	施策の概要(対象)	地域がん登録および院内がん登録に参加する医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	地域がん登録および院内がん登録に参加する病院について、登録数に応じて段階的に病院加算を新たに取り入れてはどうか。また、地域がん登録に参加しない医療機関または院内がん登録を実施しない医療機関について、診療報酬の減算を検討してはどうか。在宅療養支援診療所から地域がん登録事務局に対して死亡報告をする場合、その報告数に応じて段階的に診療報酬を加算してはどうか。
8	施策の概要(必要性)	地域がん登録および院内がん登録へ医療機関が参加するインセンティブが乏しく、医療機関の参加が進まない。また、がん患者の在宅死を把握する仕組みが確立していないため、データが不正確であり、がん登録全体の正確さにマイナスの影響を与えている。
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「がん患者を含めた国民に対して安心・納得できるがん医療を提供するなど、がん対策のより一層の充実を図っていくためには、がん対策の企画立案や評価に際しての基礎となるデータが必要であるが、当該データを系統的に蓄積していく仕組みであるがん登録の整備が、我が国においては諸外国と比較しても遅れているという状況にある」とされており、また個別目標として「院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況(診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など)を把握し、その状況を改善することを目標とする」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、がん登録の推進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、DPCにおいて新たに設けられた「機能評価係数」のうち、「地域医療指数」(地域医療への貢献に係る評価)においては、「地域がん登録」への参画を含めた評価がなされることとなったが、地域がん登録への参画が診療報酬上評価されたことは前進であり、今後、地域がん登録の推進につながるような病院の行動変化があるか注目していく必要があると考えられる。
12	「予算」「制度」との対応	がん登録の推進に関しては、推奨施策「がん登録法(仮称)の制定」[C-29]、地域がん登録費用の10/10助成金化[A-55]、「がん登録法制化に向けた啓発活動」[A-56]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	8
2	分野名	がんの予防(たばこ対策)
3	施策番号	B-25
4	施策名	たばこ依存への治療と禁煙対策
5	施策の概要(目的)	たばこ依存への治療機会の提供を充実、強化させるなど、たばこ規制枠組条約において求められている禁煙対策の推進を目的とする。
6	施策の概要(対象)	たばこ依存に対する治療、敷地内禁煙を実施していない医療機関
7	施策の概要(改定内容、新たに評価する内容など)	ニコチン依存症管理料については、禁煙指導・禁煙対策においてこれまで成果が上がっているため、今後更なる充実・強化をする。また、敷地内禁煙を実施していない医療機関においては、全ての診療報酬を減算するなどの新しい考え方を検討する。
8	施策の概要(必要性)	日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供や、その費用を妥当なものとするのが求められている。また、受動喫煙防止に関する厚生労働省検討会報告書にて、医療機関を含む公共的空間での原則全面禁煙が求められているにもかかわらず、対策が不十分である。
9	有効性(学会のガイドラインやエビデンスなどを含め)	日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、「たばこへの依存の治療(医薬品の製品の入手を含む。)の機会を提供し及びその治療の費用を妥当なものとするを促進するため他の締約国と協力すること。そのような医薬品の製品及びこれを構成する物品には、適当な場合には、医薬品並びに医薬品の投与及び診断のために使用する物品を含めることができる」「保健施設及びリハビリテーションのための施設において、たばこへの依存についての診断、カウンセリング、予防及び治療のためのプログラムを作成すること」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、たばこ対策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	「ニコチン依存症管理料」は、平成22年度診療報酬改定においても変化はなかった。今後、その「充実と強化」に向けて、引き続き検討が必要である。「敷地内禁煙を行っている医療機関の評価」は、平成22年度診療報酬改定において反映されていない。日本も批准している「たばこ規制枠組条約」では、たばこ依存への治療機会の提供など、たばこ対策への包括的な取り組みが求められており、診療報酬での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	たばこ対策の推進に関しては、「健康増進法の改正(受動喫煙の防止)」[C-30]、「健康保険法の改正(喫煙者而非喫煙者に関する保険料の取り扱い)」[C-31]、「たばこ規制枠組条約の順守に向けた施策」[A-57]、「喫煙率減少活動への支援事業」[A-58]、「学校の完全禁煙化と教職員に対する普及啓発」[A-59]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	10
2	分野名	がん研究
3	施策番号	B-26
4	施策名	高度医療への対応
5	施策の概要(目的)	がん研究促進の観点から、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)	がん研究の審査にて承認された研究においては、原則として高度医療にて未承認の薬剤を使用し、その他の診療は保険適応とする形で、高度医療との併存を原則として認める。ただし、この診療は、承認されたがん研究を行う施設実施医療機関の適応基準をクリアした施設に限定して臨床試験を実施し、高度医療以外の診療は保険で認める形とする。また、こうした研究については、可能な限り公開で研究を進め、研究の現状を見える化(可視化)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	研究の促進や、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]などと、特に関係がある。
13	備考	