

2011（平成 23）年 1 月 17 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

がん対策推進協議会、集中審議の進め方について

がん対策推進協議会（以下、協議会）の集中審議においては、下記の 2 点に配慮して進めることを提案する。

1. まず、2010（平成 22）年度内（現委員任期中）の集中審議に関して全体スケジュールのイメージ（回数、時間、テーマ割、意見取りまとめのかたちなど）を、確認・合意してから進める。
2. 2010（平成 22）年 12 月 10 日の前回（第 16 回）協議会における事務局提出資料 3 「がん対策推進協議会において今後集中審議する課題」において、「がん計画（全体目標とその評価指標と尺度）」と「第 2 期がん対策推進基本計画（骨子案、構成や柱など）」について列挙されていた。これについては、集中審議の前半に審議する。また、集中審議のテーマごとにこの 2 点については確認をする。

上記提案について、各委員のご意見も踏まえて、協議会会長および事務局から具体的な集中審議スケジュール案を提示するよう、お願いいたします。

(2011年1月17日 再提出)

2010年11月26日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

「がん対策推進協議会の運営の見直しに関する意見書」

への対応の進捗状況についてのお尋ね

平成22年10月6日および11月19日に提出された「がん対策推進協議会運営の見直しに関する意見書(以下、意見書)」においては、協議会運営における広範な問題点が指摘された。その後、集中審議の実施など、がん対策推進基本計画に関する実質的議論を行うとの側面に関しては、一部、改善案が出されたものの、その他の指摘点に関しては、まだ、見解と改善案が示されていないと考えられる。意見書で指摘されたそれぞれの点について、検討状況と改善案をお示しいただくよう、ここにお願い申し上げます。

(2011年1月17日 再提出)

2010年11月26日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

協議会集中審議の枠組みについて

協議会の集中審議においては、特に下記の点に留意して進められるようお願いしたい。

1. 2011年3月に、第2期がん対策推進基本計画（以下、第2期基本計画）の骨子案を作成することとすべきである。
2. 早期に、第2期基本計画の構成や柱（章建て）や目次の概要を議論すべきである。
3. 第2期基本計画においては、基本計画と共に、国の毎年の実施計画（アクションプラン）を作成すべきである。
4. 第2期基本計画においては、目標と対策（事業・活動）の影響の因果関係（ロジックモデル）を明確にすべきである。
5. 早期に、全体目標とその評価指標と尺度を検討すべきである。
6. 分野別目標は、アウトカム指標とする。プロセス指標も加えてもよい。
7. 集中審議においては事前に全委員から意見出し用紙によって意見を集めるべき。

(2011年1月17日 再提出)

2010年11月26日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

がん診療連携拠点病院制度のあり方について

提案書取りまとめワーキンググループでは、「患者」「現場」「地域」の声をとりまとめ、本協議会の承認を受けて厚生労働大臣（当時）に手交された「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」においては、がん診療連携拠点病院制度の抜本的な改革が提案されている。

その趣旨に鑑み、「患者」「現場」「地域」の意見が、次期基本計画に反映され、実効性のあるがん対策が行われるよう、改めて次の提案を行う。

(現状)

第1期計画には、施設数及びクリティカルパスの整備状況の目標しか定められていないため、がん診療連携拠点病院について、十分な機能が果たされているか、診療の質が担保されているかといった評価基準が存在しない。

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」では、指定要件を定めているが、同様に外形的な評価のみがなされ、新規指定や指定更新が行われている現状にある。

(取り組むべき施策)

○拠点病院制度の抜本改革

「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を改正し、指定要件を含め、以下の視点から拠点病院整備の抜本改革を行うべき。

- ①拠点病院のタイプを複数分けすること（全がん種タイプ、特定がんタイプなど）（要件をすべてクリアしている拠点病院、それ以外の拠点病院など）
- ②連携に関する評価を取り入れること
- ③地域の医療計画において記載した役割分担に位置付けること
- ④指定要件について訪問審査の考えを取り入れること
- ⑤病院機能、プロセス指標、アウトカム指標をチェックするための第三者的な組織によるベンチマーキングセンターを設置すること

(2011年1月17日 再提出)

⑥県がん拠点病院連絡協議会、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会などに、患者代表の参加を必須とすること

○果たすべき機能の評価

新たな指定要件で求められる機能については、実際に有効に使われているかどうかを観測できる仕組みを構築し、そのデータを患者・市民に公表すべき。

○診療の質の評価

実際に行われている診療の質が明らかになるよう、評価指標を定め、質の高い施設には診療報酬等でインセンティブを設けるなど、拠点病院が自律的に診療の質の均てん化を図るような仕組みを構築すべき。

(目標の方向)

すべてのがん患者が、その居住する地域に関わらず、地域簡潔型を基礎とした、質の担保された切れ目のない医療とケアを受けられる。

(個別目標)

・拠点病院間の連携による患者カバー率の達成目標を都道府県ごとに設定し、がん診療連携拠点病院連絡協議会等で報告し、各拠点病院が果たすべき機能や診療体制のあり方について見直しについて検討を行う。

・年に1度、患者満足度調査を行い、その結果を各拠点病院にフィードバックすることで、診療に従事する医療提供者のコミュニケーション力向上、患者の満足度の向上が測れるようにする。

(指標設定の例)

・指標① 地域がん診療ネットワークの質指標スコア*

数値目標 (例) 平成24年度上位25%値を平成28年度に全地域が達成

指標設定* 地域がん診療ネットワークの質指標 (研究事業を実施して開発)

・指標② 地域がん診療ネットワークの質指標スコア計測率

数値目標 平成24年度100%計測

指標設定 指標①に同じ

以上

※別添資料

「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」より、がん診療連携拠点病院に関する部分を抜粋。

第3部 都道府県がん対策推進協議会等委員/がん対策担当者 アンケート回答集

※「拠点病院」関連のみ抜粋

a. 医療機関の連携等(がん診療連携ネットワーク)				現状の課題や問題点	改善のアイデア		
ID	属性	氏名	回答者居住地		予算について	診療報酬について	制度面について
1213	県庁担当者	若井 俊文	新潟	各病院でがん診療体制は整いつつあるが、ネットワーク構築となると電子カルテの互換性の問題があり、スムーズな連携を構築する困難性に直面している。			
1214	県庁担当者		石川	拠点病院が中心となりネットワークをつくる為の制度、予算の充実。			
1215	県庁担当者	安藤 幸史	静岡	がん診療体制は西部では担当病院が決まっているが、医師の異動が毎年あり、年度別に医師機関の指定をすべきである。			
1216	県庁担当者	服部 正興	三重	市民公開講座などやってはいるが、病院のHPなどに掲載されていない場合も多く、探するのが大変である。もっと分かりやすく開示できないものか。例えば、三重中央医療センターの2月14日の講座はセンターのHPには見当たらず、三重大学医学部附属病院の2月11日の申込書に参考程度に書いてあるだけであった。			
1217	県庁担当者		奈良	拠点病院以外の病院・開業医の医療提供体制が把握できていない。医療体制のネットワーク作りを、医師個人のつながりに頼っている。			診療体制ネットワーク(地域連携クリティカルパス)に記載されるうえでの、医療機関の連携作り。
1218	県庁担当者		広島	各病院が放射線などの最新鋭の器械と優秀なスタッフを抱えることは不可能である。広島市では広大、県病院など拠点病院が中心になって、広島駅北口の広場に「国際がんセンター建設構想」がある。これが実現すれば少ない経費で大勢の患者が最先端の治療を受けることができる。	前記の構想が各県に建設されれば全国民が地方の格差なしに、高度な治療を受けることができるようになる。		
1219	県庁担当者			・地域の均てん化を進めるためには、拠点病院に準ずる病院を整備する必要がある。・都道府県がん診療連携拠点病院が、都道府県がん診療連携協議会の開催のみでなく、実質的にネットワークを形成することができる取組が必要である。	前記のことを実施するための補助制度。	地域連携クリティカルパスの診療報酬の点数化。	
1220	県庁担当者			がん診療体制のネットワークは、がん診療連携拠点病院を中心に行う体制を検討しているが、術後のかかりつけ医との連携に地域連携バスを利用する体制の構築が難しい。診療報酬での対応だけでなく、化学療法などがん医療の研修をかかりつけ医に行う体制の整備が必要である。		がん医療における地域連携バスの利用に対し、診療報酬の加算。	

1/19

				現状の課題や問題点	改善のアイデア		
ID	属性	氏名	回答者居住地		予算について	診療報酬について	制度面について
1221	県庁担当者			地方における地域の医療連携は、がん診療連携拠点病院の機能強化が鍵となる。	がん診療連携拠点病院の国からの指定を踏まえ、機能強化については、すべて国の予算で対応するか、又はある一定程度の事業費規模まで国が対応すれば、少なくとも新聞報道などであった事業費規模による地域格差は生じなくなると考える。		
1222	県庁担当者			地方や離島で医師が少ない所では無理がある。			
1223	県庁担当者			がん診療連携拠点病院については、二次医療圏ごとに一か所整備し、がん医療の均てん化を推進することとしているが、指定要件の嵩上げ(リニアック等の整備)に伴い、医療資源の乏しい地域において、拠点病院を置くことは困難である。	がん相談支援、がん登録、地域におけるがん医療連携等の取組について、がん拠点病院がない地域における取組について、助成事業を行う。		がん診療連携拠点病院が整備できない二次医療圏域において、がん拠点病院に準ずる病院を整備する制度の創設。
1224	県庁担当者			拠点病院だけでは連携推進が困難。	拠点病院に準ずるような機関に対する補助金があればよいと思う。		
1225	県庁担当者			がん診療連携拠点病院の認定について。			原則1医療圏1箇所の見直し。
1226	県庁担当者			がん診療連携拠点病院は医療圏に1か所という制約があるが、この1か所ではなければならない、という根拠が明確でないため、同規模の病院が複数ある場合、医療者や患者からの疑問に答えられない。現実的には、公が行う病院機能評価として見られていることもあり、このことが、病院間の適正な競争や連携を妨げる結果となっている。			現実的には、大きな医療圏では、1つの拠点病院が、すべての圏域内の医療施設との連携を図り、研修を行い、カンファレンスを行うことなど不可能である。拠点病院の指定は、医療機能評価のように基準を満たしたところすべてに資格を与えることとすべきではないか。
1227	県庁担当者			がん診療連携協議会が、県・地域がん診療連携拠点病院を中心に定期的に開催されており、地域連携クリティカルパスの作成に向けた検討が行われている。			県・地域がん診療連携拠点病院、がん診療ガイドラインに沿ったがん医療を実施する医療機関及び、かかりつけ医の役割を明確にし、がん治療、緩和ケアともに切れ目のない医療提供体制の整備を目指す。
1228	患者関係者・市民(協議会委員)		北海道	都道府県の実状を十分考慮した指定基準の運用、実態に即した拠点病院の整備ができていない。			均てん化は大切であるが、高質な治療機材の設置や人員の配置基準を、その地域の実情にあわせて役割分担を可能とする。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の問題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1229	患者関係者・市民(協議会委員)	堀内 淳子	宮城	拠点病院目らが「プレーヤー」であり、地域のがん医療の「司令塔」の役割を十分に果たせていない。そもそも拠点病院を頂点とするピラミッド型の医療連携という構想は、現状になじまなくなっているのか? 面的な水平型ネットワークのようなフラットな連携こそが今後求められると思う。患者の身体へのケアだけでなく、「生活支援」の視点に立った多職種連携の強化を願う。	2次医療圏ごとの「病院」<在宅ケア><介護支援>の連携が構築されているエリアには、「地域連携」に対する補助金を手厚く出してほしい。医療圏内で「完結」できるようなパッケージとしてのがん診療体制を構築している地域への「交付金」でも良い。ただし交付金が別の目的に使われないように、用途を限定することが大事。		
1230	患者関係者・市民(協議会委員)		秋田	関係病院の忌憚のない意見交換会の継続開催。			
1231	患者関係者・市民(協議会委員)	中野 貞彦	東京	医師会の協力が不可欠であり、また患者代表も加わってその地域のネットワークづくりを行うよう、患者代表参加をすすめてほしい。			
1232	患者関係者・市民(協議会委員)	若尾 直子	山梨	小さな地方自治体では、そこそこの規模の総合病院が多く、専門性がわからない。そのため、それぞれの専門性が特化できず、経験値不足の専門家が育たない。または優秀な人材に見放されてしまう。	症数の医療機関同士で役割分担を行う仕組みに予算を配分する。	専門医の患者数によって加点を変える。	まず一般に向け、医療はお金がかかることを啓発することが必要。そして状況に応じて受診する施設が違ふことを啓発する。そのうえで医療資源が重複しないような制度を考える。
1233	患者関係者・市民(協議会委員)	石田 秀生	三重				拠点病院の特色の周知。連携の強化。
1234	患者関係者・市民(協議会委員)	末松 智子	滋賀	がん診療体制ネットワークは進んでいないと思う。	予算をとってほしい。		各々の部位のがん医療のネットワークを構築してほしい。
1235	患者関係者・市民(協議会委員)	佐藤 好威	京都	拠点病院、協力病院、かかりつけ医、24時間介護診療所、訪問看護ステーション、薬剤師を組み込んだ地域医療体制のグランドデザインを作成し、医療者・医療機関のネットワーク(枠組み)の中に、それらを集約する中立公正な情報センターを作る。	患者本位の医療は、患者に納得いく情報が届くかどうかにかかっている。ここに予算をかなり注ぎ込んで欲しい。	前述。	前述内容の実行。
1236	患者関係者・市民(協議会委員)	馬詰 真一郎	奈良	奈良県では緩和ケア病床が、いまだに1施設20床のみで、改築予定の病院に10床の計画がある、というだけである。			奈良県の5医療圏ごとに緩和ケア病床の開設をぜひご検討お願い申し上げます。
1237	患者関係者・市民(協議会委員)		広島	拠点病院ばかりに注目して、そのほかの病院が蚊帳の外になっているのは大問題。がん情報の公開についても、先ず、拠点病院そこで確立したものを他の病院に展開するというが、拠点病院以外にも、A病院は例えば、胃がんについては症例数も多く、生存率も高いなどあるのに、先ず拠点病院というのはちよつとおかしい。			拠点病院中心のやり方を軌道修正して、もっと広く一般病院にも門戸を開くべき。

3/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の問題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1238	患者関係者・市民(協議会委員)		山口	がん診療についてのネットワークは必要だと思う。どこに属しても、どこで治療を受けても、皆平等であってほしい。手術を受けた病院から、転院して治療を受ける際に拒否されたり、セカンドオピニオンを求めたても医師から嫌味を言われたり、追い出されたり(実際にある本音の話)そんな事がないようにしてほしい(患者から望むネットワークとして)。	医療側のネットワークはよくわからないが、国で予算を対応して欲しい。	診療での対応はわからない。	患者側からみた、病院の質も評価に取り入れた方がいいと思う。
1239	患者関係者・市民(協議会委員)	小野 光則	愛媛	がん診療連携協議会が活発に対策をすすめているので期待している。患者の個人病歴、治療歴など医療情報を本人が管理して、どの病院に行っても医療者に履歴説明ができる。	自分のマイカルテを作成しておく。		
1240	患者関係者・市民(協議会委員)		福岡	患者は主治医から離れるのを不安に感じる。二か所の病院にかかることと高額医療費が使えないことによるなど経済面のリスクもある。			同じ病気の治療(ネットワークでの紹介)は、合算して高額医療費が使えやすいような体制が欲しい。
1241	患者関係者・市民(協議会委員)	秋岡 淑文	鹿児島	近年、取組の前進を評価できるが体制整備に差が見られる。			
1242	患者関係者・市民(協議会委員)			各々の医療機関の整備は徐々に進んでいるように思う。がん診療体制ネットワークは全く進んでいないと思う。各々の部位のがん医療のネットワークを構築すべき。	予算を確保すべき。		
1243	医療提供者(協議会委員)	藤森 敏昭	北海道	推進計画の全体目標項目に「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向上」を掲げている。がん患者の治療中、治療後の咀嚼機能の充実及び口腔ケアはその目標達成に大きな役割を担うものなので、がん治療と歯科医療連携を項目として明記してほしい。			がん治療における歯・口腔管理システムの確保。
1244	医療提供者(協議会委員)		北海道	ターミナル時期を見られる病院が少ない。または混んでいる。			
1245	医療提供者(協議会委員)	中村 踏夫	北海道				地域とのネットワーク(インターネットを通じた)の構築により、他病院との画像データ・採血データのやりとり、ネットワーク回線を用いた金庫・遠隔医療、処方、なども可能にし、患者情報・治療情報を円滑に交換できる仕組みが必要。
1246	医療提供者(協議会委員)	上村 恵一	北海道	行政の指導力が発揮されていない。コメディカルを積極的にネットワークに参加させる動きが少ない。医師会と行政が連携していない。			
1247	医療提供者(協議会委員)		北海道	全てが、各病院の担当者のボランティアにてなっている。	当然、国から見直しをもつた、担当係官を期間限定でよいので派遣する。その予算の配分。	前記予算のため、診療報酬のアップ。	
1248	医療提供者(協議会委員)	有本 卓郎	北海道	拠点病院も様々あり、凹凸が大きい。評価をしっかりとやってもらいたい。国民ニーズからみた視点が良い。赤ちゃん治療(ピンピン コロリ がん治療など)。	評価軸を国民ニーズとすり合わせる。評価期間前に予算をデータベースに資金を!	もう少し国民が、宣伝ではなく、結果をみて選択できるように暮らしの手帖のような物を医療評価に導入すべき。	同前記。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1249	医療提供者 (協議会委員)		北海道		連携や相談に対して報酬がつくようにする。	行政主導で整備する。	診断直後の心のケアが必要な患者が多いと思う。
1250	医療提供者 (協議会委員)		岩手	地域連携バスの作成や運用に要する体制や経費が相当の額になるが、医療機関にとってあまりメリットがない。	連携の度合に応じた補助金の増額。		
1251	医療提供者 (協議会委員)	小川 芳弘	宮城	まだまだ地域による診療レベルの差がある。			
1252	医療提供者 (協議会委員)		宮城	田舎の中核病院では高齢者の進行がんの手術を担当。また田舎の中小病院は再発例、進行例を押しつけられる。終末期医療担当となっている。医療スタッフのモチベーションが維持できない。患者さん、ご家族は高度な治療を最後まで要求することが多い。		終末期治療をまじめに行っているところへの重点配分。在院日数縛りがあり、急性期の中核病院しかない地域では問題となっている。DOCではがが依拠治療しか考えられない。	
1253	医療提供者 (協議会委員)		宮城	地域連携に向けて登録医を中心に研修会を開催しているが、実際に「がん診療・緩和ケア」を継続できる登録医が少ない。			
1254	医療提供者 (協議会委員)	安藤 ひろみ	宮城	在宅医と病診連携をとることに積極的な病院が少ない。また、大きな病院だとその一部の科とはうまく連携できても他科におなじ病院内でコンサルトを受けるときなどスムーズにいかないことがまだにある。病院内連携の乏しい機関に出会うことは早急に解決されなければならない課題である。			
1255	医療提供者 (協議会委員)	柴田 浩行	秋田	特に医療過疎地域における乏しい人員の効率的な運用のための配置と集中。			特に医療過疎地域における乏しい人員の効率的な運用のための配置と集中のために医療機関の枠組みを超えたネットワーク体制の整備と運用。
1256	医療提供者 (協議会委員)	安藤 秀明	秋田	自治体の協力が少なく、知障も低レベルで丸投げ状態。	がん対策推進委員会の担当を数名、専従にする自治体寄付講座として大学にがん対策推進講座を作る。		
1257	医療提供者 (協議会委員)	橋本 正治	秋田	まだ、精に就いたばかりでなんともいえない。			とにかく人材。
1258	医療提供者 (協議会委員)		秋田	ネットワーク化は重要であるが、連携バスの作成など大変であるので、国で難形を作ってほしい。			
1259	医療提供者 (協議会委員)		秋田	医療機関間のネットワークをもっと協力にそして医学教育機関もがん治療が縦割りでないことを自覚すべき。			
1260	医療提供者 (協議会委員)		山形		都道府県拠点病院への援助を増やすべきである。		
1261	医療提供者 (協議会委員)	新澤 晴英	山形	地域がん診療連携拠点としての整備が人的、設備的に現在のところ厳しい状況である。	医師の負担の軽減のためラック的人員配置のための助成制度、あるいは交付金措置などを検討していただきたい。	がん診療連携バスに対しての診療報酬上の加算。	地域がん診療ネットワークの整備を行政の責務で制度を作る。

5/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1262	医療提供者 (協議会委員)	熊谷 幸広	福島	地域ごとに差が大きすぎる。		標準診療レベルを満たしているかどうかで評価する。	
1263	医療提供者 (協議会委員)		茨城				自院で治療を受けなかった患者のフォローまで、地方の拠点病院では物理的に受けられない。初めにかかったところへ戻す決まりを作ってほしい。
1264	医療提供者 (協議会委員)		茨城	ネットワーク一般に言えるのは、電子カルテの充実と統一、さらにセキュリティ。			
1265	医療提供者 (協議会委員)		茨城	がん診療に関する地域連携ができていない。	がん診療拠点病院にはかり予算配分しても、地域連携はできない。		地域連携クリティカルバスを県などに整備する。
1266	医療提供者 (協議会委員)	古川 欣也	茨城	二次医療圏と実際の患者の来院する医療圏が異なっている。			
1267	医療提供者 (協議会委員)	大原 深	茨城	がん対策基本法の姿勢は、がん診療の底上げには良いかも知れませんが、がん診療を牽引して行く中心的病院の充実には適さないかも知れません。			中心的病院に対し、ものではなく人を定着させる措置が必要だと思います。
1268	医療提供者 (協議会委員)	土田 昌宏	茨城	小児がんは希少であり1施設で治療する症例が少ないため、専門的経験の蓄積が得られにくい。専門治療施設を、地域ごとに集約して配置する政策的な取組が必要である。	遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。		遠方から病院に入院通院する患者のための配慮が必要である。医療費は公費でまかなえるが、家族の交通費にたいする援助がなく、かなりの負担となっている。
1269	医療提供者 (協議会委員)		栃木	①診療連携拠点病院数の決め方。②拠点病院、その他の病院、診療所のネットワークがない。栃木県は広域2次医療圏5区分に従っての数となり、同規模、群馬県よりはるかに拠点病院が少ない。	その他病院、診療所にもインセンティブが必要。		対人口で病院数を決定すべき。
1270	医療提供者 (協議会委員)		栃木	在宅を診てくれる開業医のボトムアップ。		在宅緩和ケアの診療報酬のアップ。夜間も出て行ってもらえるような往診料のアップ。	
1271	医療提供者 (協議会委員)	十川 康弘	栃木	5大がんの地域連携バスが全国で検討されているが、多くは術後生存し続ける方を対象とした経過観察である。早期からの緩和ケア導入を考慮したバスを推進すべきと考える。			
1272	医療提供者 (協議会委員)	大竹 一栄	栃木	人材が確保できない。設備投資ができない。	前記理由から、国が全ての患者の診療を請け負う。	増額以外に無い。	「専門医療機関」の定義を明確化すること。
1273	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英章	埼玉	がん治療の外來化や緩和ケアの推進、在宅ターミナルケアなど地域連携の必要性が高まってきているが十分ではない。ネットワークシステムの構築や連携医士の確保などが必要。			
1274	医療提供者 (協議会委員)	伊藤 博	埼玉	地域がん医療従事者の数、質は地域により大きな隔たりがあり、患者の利益を優先して考えた場合、一律に年限を定めた必須条件は厳しいものとする。また、啓蒙活動にも課題が残る。			
1275	医療提供者 (協議会委員)		埼玉	人、金、物が不十分である。	多いほうがよい。	がん診療体制ネットワークの整備されている病院には診療報酬を厚くすべきである。	難しいとおもう。

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1276	医療提供者 (協議会委員)	埼玉	埼玉	・拠点病院補助金が全国と比較すると格差がありすぎる。 ・埼玉県は少なすぎて拠点病院としての取り組みが限られてしまう。	予算の統一。		国での基準が必要ではないか。
1277	医療提供者 (協議会委員)	東京	東京	高齢化そのほかの要因により、脳血管障害、心疾患、糖尿病などなど並存疾患のあるがん患者が増加しており、総合的な医療の提供という点で、がんに特化した施設は不利になりつつあると思う。			
1278	医療提供者 (協議会委員)	東京	東京	具体的な目標が見えてこない。			
1279	医療提供者 (協議会委員)	東京	東京	患者さんへの説明不足。患者さんのメリットが少ないと失敗する可能性がある。		患者さんのメリットになるようにすべき。	
1280	医療提供者 (協議会委員)	岩波 理	東京	非常に難しい問題だと思う。ある程度、行政の指導力が必要なのではないか。	ネットワークのための、事務員の増員のための予算、ネットワークのための連絡会開催のための予算措置などが必要。	現在は、がん拠点病院に一方的に紹介されてくるだけで、がん拠点病院はパンク状態になっている。患者が戻っていくような、医療報酬の工夫が必要と思われる。	どの地域に、どのような機能、能力を持った医療機関があるかわからない。地域・地域に、コーディネーターのような役割を果たせるスタッフを配置する必要がある。
1281	医療提供者 (協議会委員)	東京	東京	整備のための予算の不足、自由度の少なさ。	自由度を高くする。	均てん化は大切であるが、高度がん医療を行う病院を階層化する必要がある。この階層化に伴い、診療報酬での差別化を行う。	
1282	医療提供者 (協議会委員)	東京	東京	外来化学療法室の整備不足。①例えばベッド数あたりの看護師数不足。②薬剤師の服薬指導不足。③医師の診療室が近くに用意されていない。		②外来化学療法室における薬剤師の服薬指導を点数化する。	①②施設基準を検討する。
1283	医療提供者 (協議会委員)	山下 孝	東京	医療機関同士のネットワークは大変遅れている。本来競争する分野ではなく協働する分野であるからである。webを使ったネットワークを進めるべきである。クラウドの利用検討も必要。	医療機関整備のための協議会連携を作る。参加する委員には十分な報酬を与える。これらの委員の報酬は少なすぎる。やる気が起こらない。	病院連携をしている施設には診療点数を当分の間、あげるなどして促進する。連携のための予算を病院で組めるくらいの診療報酬の増加が必要である。	定期的に医療機関の内容を検査する機関を作る。全国的に見て回る位がよい。退職したがん専門病院の管理者が適任であろう。
1284	医療提供者 (協議会委員)	池田 徳彦	東京	都心部では、がん診療の中でも治療を行う施設は十分にあると思うが、放射線治療を行う施設や緩和医療を行う施設は十分ではない。	放射線治療や緩和医療の施設拡充に対する補助。施設の集約化。	放射線治療や緩和医療の診療報酬の増加。	がん相談窓口で無料相談も良いが、自施設を含め他施設に放射線治療や緩和治療など紹介した場合に診療報酬を受けられるようにする。
1285	医療提供者 (協議会委員)	東京	東京	クリティカルパスの導入。		クリティカルパスの診療報酬化。	
1286	医療提供者 (協議会委員)	小池 哲雄	新潟	研修会・勉強会が主催者側のボランティアである。	研修会・勉強会に予算を付ける。	連携に関する評価を行う。	
1287	医療提供者 (協議会委員)	新潟	新潟	近くがん診療拠点病院があり、機能分担できていない。			人口の少ない医療圏は1つの病院で良い。
1288	医療提供者 (協議会委員)	新潟	新潟	地域連携バスを作成しても、それを実際に運用することとは、拠点病院にとっても診療所にとってもかなりの負担となる。		地域連携バスの点数化が是非とも必要。	

7/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1289	医療提供者 (協議会委員)	黒崎 功	新潟	個々の病院単位ではなく、少なくとも各県に独立したネットワーク担当施設を造るべきであると思われる。			
1290	医療提供者 (協議会委員)	薄田 芳丸	新潟	分野(1)と同様に、拠点病院に患者が集中しているが、他院へ患者を紹介するようなネットワークはできていない。			
1291	医療提供者 (協議会委員)	澤崎 邦彦	富山	現在は未整備ではありますが、決して押し付けやトップダウンの方法でなく、当事者同士の意見で進めて欲しい。			
1292	医療提供者 (協議会委員)	柴田 和彦	富山	圏が二次医療圏にまで口をさすのはどうか。			都道府県拠点病院までの指定にとどめ、都道府県内の対策は、地域拠点病院の指定も含め、それぞれの都道府県に任せればよいのではないかと、医療圏の状況は、都道府県によって大きく異なり、一律に二次医療圏に1か所の地域拠点病院というしくみはナンセンス。
1293	医療提供者 (協議会委員)	石川	石川	病院間での協力が不十分。			定期的ミーティングの義務化。
1294	医療提供者 (協議会委員)	石川	石川	国でネットワークをつくれればよい。各自自治体(各県)で行われているが、全国規模にしてしまっ、各地で同じような会が行われないように、国でスケジュールを決める。	前記のほかが予算削減になる。	国で計算。	不要。
1295	医療提供者 (協議会委員)	片山 真次	福井	拠点病院が都市、県庁所在地に集中し、地方都市で拠点病院の求められる診療レベルや設備を維持することができない。	地方拠点病院に地方のスタッフ、設備を集中して効率の良い施設展開をする。	がん拠点病院における診療報酬をアップする。専門医が拠点病院で診療した場合の報酬を大きくアップする。	がん専門医の高い報酬を担保して、定員制とし、その地位も向上させることで、地方病院での勤務へのモチベーションを高める。
1296	医療提供者 (協議会委員)	横渡 智美	岐阜	ネットワークがこれからは一番重要とされる課題である。このネットワーク作りが医療関係でもっと話さなければならない。これも時間が取れていない。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたらと思う。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたらと思う。	ネットワークシステムとして、がん拠点病院から地方の病院、そして開業医との連携プレー、末端に行かなくてもせめて地方の病院までいけるような予算の算出できたらと思う。
1297	医療提供者 (協議会委員)	小川 和代	岐阜	ネットワーク機能が上手く働き、患者に精神的な負担をかけずに診療が受けられる体制はまだ整っていないと思う。			薬局でのアピールも効果があると思われる。
1298	医療提供者 (協議会委員)	飯嶋 理	静岡	病一診(内科)、診(医科)一診(歯科)連携体制の構築。行政等による支援システムの構築。			国レベルで機能的・効率的なフローチャート等の作成。

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の問題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1299	医療提供者 (協議会委員)		静岡	地域では、県立などのがんセンターがその中心的役割を果たすべきだが、どういった患者をがんセンターが積極的に受けるべきなどの、ルールが無いように感じられる。全国のがんセンターをとりまとめる部署で、憲法のような、がんセンターの本来的存在意義に立脚したルール作りをすべきと思う。例えば、再発して一般病院で治療に難渋している患者は受けない一方、早期の初回手術対象例は喜んで受けるなどの、独自ルールを敷く科もあるが、そのような所には患者を送るのも困難であるし、送る気にもなれない。			
1300	医療提供者 (協議会委員)		静岡	各都道府県で体制の充実度に温度差がある事?			
1301	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がんのショートステイ施設の設置。			
1302	医療提供者 (協議会委員)		静岡	がん診療連携拠点病院が中心となり病病、病診の連携を作ることが理想と思うが、理念や、経済的な差等の異なる別々の組織が実際に協力し合うのは、協力し合うことによるお互いの利益がなければ、なかなか総論では賛成でも各論にはいるとお互いの利害関係が前面に出てくる人が多いように思う。			
1303	医療提供者 (協議会委員)		静岡	静岡市ではSネットと称する静岡医師会、清水医師会と公的6病院のあいだでの連携が進められ、共通クリニカルパスが実施されている。そのためには病院内の地域医療連携室の役割が大きく、連携に関する予算措置が必要である。		地域連携ががんクリニカルパス加算を要望する。	
1304	医療提供者 (協議会委員)	川口 実	静岡	ネットワークの整備は必要である。しかし拠点病院は紹介患者だけ受けるようにすべき。		紹介患者診療は優遇し、非紹介患者には患者負担を重くする。	
1305	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん診療に携わる開業医の熱意に差がある。	医療機関の負担がないように、国もしくは地方自治体で予算を配分してほしい。	がん診療体制ネットワークに参加する医療機関にそれなりの診療報酬を設定する。	ITでオンライン化を。
1306	医療提供者 (協議会委員)	大野 稔人	愛知		ネットワーク作りのため、予算が必要である。		
1307	医療提供者 (協議会委員)		愛知	がん地域連携バスの推進。			がん地域連携バスの活用で診療報酬を付ける。
1308	医療提供者 (協議会委員)		愛知	各診療科間の症例検討が弱い(CancerBoardが不十分)。			CancerBoardの定義を明らかにして、それをある程度がん拠点病院の必須項目として加算を取れるようにする。

9/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の問題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1309	医療提供者 (協議会委員)	矢口 豊久	愛知	病院と診療所の連携が今後重要と言われているが、急な体制作りが進んでいて、診療所が追いついていない。ネットワークはがんだけでなく、平成19年に施行された改正医療法により、医療計画制度の下で、いわゆる4疾病5事業ごとに、医療連携体制を構築することとなった。診療所一人の医師でこれらすべてを受け入れるのは困難で、病院と診療所の連携を行う前に、医師会の中で、分担が必要と考える。医師会の中での連携なくして病院と診療所の連携は円滑には行かないであろう。また病院同士の連携も地域によっては進んでいないのが現状である。	病院同士のインターネット高速ネットワーク回線の構築に予算をさくべきであろう。病院間情報ネットワークのインフラ整備である。	連携実施に対して、診療所側にも病院側にも診療報酬上の加算を設けるべきである。これが、連携推進を誘導すると考えられるが、算定条件をきびしくするとますます医療機関の疲弊が助長されるので、算定条件の設定は慎重に決める必要がある。	病院と診療所が連携するクリティカルパスを充実して行く必要があるが、多忙な日常診療を終わってから、医療機関同士で連携をとりながらシステムを構築するのは、実は現場において非常にエネルギーを必要とする。このような努力をしている医療機関には一定のインセンティブを与えるようにすべきである。
1310	医療提供者 (協議会委員)		三重	地域がん診療拠点病院の拡充。	国の予算の拡大。	充分な手当を。	拠点病院の算の評価法の確立。
1311	医療提供者 (協議会委員)	中瀬 一則	三重	拠点病院間でがん種による診療格差が大きい。			拠点病院間でそれぞれの特徴を生かしたがん診療での役割分担ができるように都道府県主導で進めてほしい。
1312	医療提供者 (協議会委員)	千葉 勉	京都	これは今の拠点病院体制を充実させる。	拠点病院に対して、本当はもっと予算は必要。特に人件費。	がんの報酬を上げないと医療機関の整備は困難。	専門医の増加、サポート体制構築のためのコメディカルスタッフの強化。
1313	医療提供者 (協議会委員)	高土原 正人	京都	医療機関の質並びに数は、地域によって相当な違いがありネットワークの構築は中等度の広域医療圏で個別に整備されるべきと考える。都道府県の発想は公的医療機関に偏重する傾向があり、末端の医療を支えている医療機関を軽視している。病院の集約化は更なる医療圏を招くと考えている。			
1314	医療提供者 (協議会委員)	清水 義博	京都	連携を組む医療機関同士の情報の共有化が不足。電子カルテの情報をWEB等を利用して個人情報を保護された状態でIT技術で共有化する。	前記に予算計上。	診断、手術、化学療法、緩和、在宅と、5つ以上の医療機関で加算される場合の診療費軽減と逆に医療機関は紹介及び受け入れ報酬制度導入。	患者個人の電子媒体によるどこでも使用できるカルテ作成。
1315	医療提供者 (協議会委員)		京都	情報の共有化(充分なる個人情報管理)。			個人情報と情報の共有化。
1316	医療提供者 (協議会委員)	角江 司	大阪	5大がん地域連携クリニカルパスを大阪府として作成し、運用を開始しているが、困難な面が多々あるのが現状。			
1317	医療提供者 (協議会委員)		大阪	都道府県がん診療拠点病院が、もっと指導力を発揮できるように、予算上および制度上の工夫が必要と考える。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の問題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1318	医療提供者 (協議会委員)	隠岐 尚吾	大阪	急性期病院での診療を終えた後のターミナル患者の疼痛コントロール等、緩和医療を支援していただける医療機関が少ないため、ホスピスまでの間に産業病状中心の病院が積極的に緩和ケアの患者を受けやすく出来る診療体制(診療報酬的内容)が必要と考える。また、二次医療圏に1つのがん診療連携拠点病院が原則となっているが、対象人口等も大きな問題と思われる。個々の医療施設の致的な評価だけでなく、質的な評価が見い出せておらず、内容が異なっているのではないかと。	がんに特化した内容ではないが、病院と診療所の医師の報酬に對して同等の内容にならなければ、過酷な病院勤務医の確保が難しく、予算編成時に具体的な方策と最低限の予算枠が確保できなければ、医療船体を招く可能性があると考え(行き場の無い患者を作り出す可能性がある)。	入院が必要と様々な条件で判断された場合、患者を区分する介護度など、介護保険料の様な明らかに病院としてメリットが無い区分領域は無くして、入院が必要だと判断がされる患者に対しては、その時点で加算が必要ではないでしょうか。更に、診療報酬による収益は、必ず利益に繋がらないと、医療レベルの維持が出来なくなるため、今後の医療に對して最低限の要件であると考え。*質の評価を取り入れた上での報酬を!	地域連携で機能分化した内容を特化しなければ、目的に合った結果が望めない状況であるため、一医療機関が患者に理解を求めるとは、国としてがん等を一医療機関で診る事は無く、複数の主治医が係わる事を国民に對して周知する必要性があると考える。まずは、かかりつけ医に診てもらえなければ病院には行けないぐらいの医療システム体制が、必要と考える。
1319	医療提供者 (協議会委員)	清原 久和	大阪	がん患者の救急対応を促進する。		DPCの場合、救急での1日目、2日目を出来高に。	
1320	医療提供者 (協議会委員)	西村 亮一	兵庫	個別の医師や病院どうしの繋がりによるネットワークが存在するのみ基幹病院を中心とした囲い込みが進む可能性がある。	地域全体でのネットワーク用情報交換システム構築のための予算。	病院単位ではなく、地域全体でネットワークを構築しているところを評価 在宅医療を支えるバックアップ入院のための病院を評価。	地域全体が参加するネットワークの整備 在宅医療を支える医師が相談出来る体制の整備ネットワークのためのIT資源を医療機関に提供。
1321	医療提供者 (協議会委員)	松末 智	奈良	現在では予算面を含めて、地域拠点病院計画は国と県とが折半して実行する図柄になっているが、この為、県内ネットワーク構築まで十分進んでいないのが現状である。これは各県での事情も異なる為取り組みに差があるかと思うが、制度的に都道府県の役割分担が明確になっていないことも原因であると考え。従って、県及び地域拠点病院は国の管轄(予算も含めて)にして、県内がん診療ネットワークは都道府県の管轄とすれば、今まで地域拠点病院に拠出していた交付金をそちらに回せるだろう。勿論、これには根本的予算の増額が前提となるが。			
1322	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	県がん拠点病院1施設と地域拠点病院5施設は決定している。その他、がん診療連携拠点病院の指定を県として検討している。現在ワーキンググループを作って選定作業に入っている。			A(課題や問題点)に関連してがん診療連携病院の指定を県から受けるためには、それなりの整備が必要。投資してそれなりのメリットがあるのが、対象病院は心配している。
1323	医療提供者 (協議会委員)		和歌山				

11/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の問題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1324	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	病診連携バス推進中とのことだが、当院のような地方病院のまわりの開業医では、担がん患者さんというよりも『ややこしくしてHigh riskな患者さんはまず診てくれない。自宅で看取るということもほとんど不可能である。ましてや開業医レベルでの化学療法や支持療法はまず受け入れてもらえない。そんな地方の現状をご存知なのではないか? 全国の医療機関が、たとえばがんセンターと地域病院のような責任感と連帯感を持ってがん診療にかかわってくれるとは思わない。予算や報酬で解決する問題とも思えない。			
1325	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	緩和ケア病棟が不足していないか?			
1326	医療提供者 (協議会委員)	平野 勇生	和歌山	各診療所・各病院のケア能力をお互いに把握しきれず、連携がすすまない。			具体的なケア実績および診療実績の公開(病院も診療所も)制度を整える。
1327	医療提供者 (協議会委員)	山口 和哉	和歌山	自医院、病院の患者数が減ることが問題となる場合がある。患者の利益だけを優先していくと、経営上厳しくなる場合がある。			
1328	医療提供者 (協議会委員)		和歌山				なかなかいい制度というかネットワークができません。これはそれぞれが管理するか、管理にかかると人材、人件費、場所、道具の問題もあると思います。現実的なモデルを示してほしいと思う。
1329	医療提供者 (協議会委員)		和歌山	厚労省が医局制度をつぶして、それまで各医局が持っていた専門的技術習得の道筋を壊したのだから、専門技術習得のための研修施設を作るべき。	研修を受け入れてくれる施設には受け入れた人に応じて予算を配分。研修を受けに来たのは医療に貢献しようとするモチベーションの高い人なのだから、無給なのはあまりに酷。宿舎なども配慮すべき。	一定の研修を積極的に受けさせている病院に重点的配分を。	がんセンターのテレビカンファが全国どの病院でも見られるようになればよいと思う(ストリーミング)。
1330	医療提供者 (協議会委員)		鳥取	がん診療連携拠点病院でありながら、早期のがんでも治療していただけない病院がなっているのが現状。			
1331	医療提供者 (協議会委員)	山下 裕	鳥取				
1332	医療提供者 (協議会委員)		岡山	各都道府県にまかされすぎて、各都道府県によって差が大きい。			
1333	医療提供者 (協議会委員)	きむら 秀幸	岡山	岡山県では2次医療圏5つのうち2つに地域がん診療連携拠点病院がない。県南の拠点病院がカバーしています。地元の中規模病院を准拠点病院として育てる。そのために親病院が人事交流する。	全国規模のがん患者満足度調査(3~5万人)を5年に1回行う。地域ごとの特徴が出るので、今後の施策策定の基準になる。		がんサロンも、開催するのに、人手と場所が要る。

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1334	医療提供者 (協議会委員)	片岡 健	広島	特に地方では、がん拠点病院は名ばかりで、専門性が担保されていない。	がん拠点病院の医師には、少なくとも、各診療分野の専門医、専門看護師などを配置する。	専門医などには厚い配慮を！	法制化も可能か？
1335	医療提供者 (協議会委員)	篠崎 勝則	広島	2次医療圏に1か所といった地域がん診療連携拠点病院の制定は、2次医療圏の人口、交通網、保険医療機関数など各自治体間の大きな相違がある。診療連携拠点病院の制定に、各自治体の意向を十分に配慮する必要がある。	地域がん診療連携拠点病院への予算配分において、国家予算の割合を増加させ、地方負担を減少させ、更なる地域がん診療連携拠点病院の選定につながるようにする。		在宅緩和ケアにおけるネットワークシステムの確立在宅緩和ケアを含めた、がん診療連携拠点病院制度の見直し。
1336	医療提供者 (協議会委員)		広島	がん拠点病院→一般病院→開業医の情報交換システムが存在していない。	前記ネットワークの整備に対する補助金を(別例 画像のコンサルティングシステム等)	前記ネットワークを利用する紹介の形態に対する報酬の創設。	ネットワーク構築に関するスタッフの派遣制度。
1337	医療提供者 (協議会委員)		広島	がんネットを使っている医療機関同士の情報・意見交換。	がんネット、テレビ会議システムの設備がないところについての予算措置。		
1338	医療提供者 (協議会委員)	岡 正朗	山口	ネットワークに関しては、拠点病院だけでは不十分。多くの医療機関が参加できる仕組みが必要。			
1339	医療提供者 (協議会委員)	宮下 洋	山口	がん拠点病院を中心とした、ネットワークの成立のために、地域連携の充実を図る。医師会の登録医との協力関係。			
1340	医療提供者 (協議会委員)	山本 運人	山口	地域医療の実情に応じたネットワーク作りが必要。			崩壊寸前の地域医療に直面する地方では、地域医療再生計画の中でのネットワーク作りが必要である。
1341	医療提供者 (協議会委員)		山口	地方では、まだまだ基幹病院と一般病院、診療所との診断、治療に対する思想、懸隔など大きな格差があるのも事実。今後、このあたりを拠点病院が中心となって改善していく必要がある。			
1342	医療提供者 (協議会委員)		徳島	人口単位ごとの病院・診療所の機能分担のモデル・指針を示し、都道府県主導で実行すべき。	人口単位ごとの病院・診療所の機能分担のモデル・指針の作成。	都道府県の主導に応じた機能を分担する場合は加算。	
1343	医療提供者 (協議会委員)		香川	委員以外にはあまり知られていない登録制度が統一されていない。			例えば、救急のように一次二次三次のような医療機関の整備。
1344	医療提供者 (協議会委員)		香川	最終的責任が不明瞭になる可能性がある。		最後に診療する場合(受付血的診療施設)の診療報酬点数の改正。	
1345	医療提供者 (協議会委員)		香川	緩和ケア病床の増床。			
1346	医療提供者 (協議会委員)	吉澤 深	香川	地方における医師不足は深刻で、特にがんの手術治療に当たる外科系医師数は壊滅的である。	外科系医師数および手術件数とその成績に応じた、がん拠点病院支援予算を策定する。	がん拠点病院と一般病院のがん手術点数に格差を設ける。	がん拠点病院の基準を5大がんのすべてにおいて満たす、現在の「がん診療連携拠点病院」とは別に、随時別に認定される「特定拠点病院」がグループ的に集合して形成する「ネットワーク拠点病院」を認定する。がん診療の底上げに貢献すると考えられる。

13/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1347	医療提供者 (協議会委員)		香川	県単位で、ネットワークを管理する事務局を設立し、県が事務対応するようにする。			
1348	医療提供者 (協議会委員)	津村 真	香川	専門病院とかかりつけ医との連携がまだ構築されていない。かかりつけ医ががんの治療、緩和ケア、終末期治療などに携われるように、研修・教育が必要。体制作りも必要。			
1349	医療提供者 (協議会委員)	愛媛	愛媛	がん診療連携拠点病院間でインターネットがつながり、患者情報とかが共有できたらいいと思う。			
1350	医療提供者 (協議会委員)	谷水 正人	愛媛	連携のコーディネーター担当者がない。	連携の担当者を増やす。	連携バスに大きな診療報酬を与える。	拠点病院に医療連携・研修のセンターを作り、予算措置を行う。
1351	医療提供者 (協議会委員)	亀井 治人	愛媛	拠点病院といっても、がん診療において他施設に指導力を発揮するに当たって何の権限もない。一般国民に向けて拠点病院のあり方が広告、広報されているわけではないし、患者の認識も進まず、施設の間で円滑を進めていても、国民の意識は均てん化に向かない。認知され、他病院が競争でなく協力を願う、体制ができるまで、日が暮れて連なお進まずという印象。			
1352	医療提供者 (協議会委員)		高知		予算の使い方に関して、いつまでと期限を設けず、各地域の要望を聞き、話し合いを重ねたうえで計画をすすめていってほしい。いつも行き当たりばったりのような気がする。		
1353	医療提供者 (協議会委員)	田村 和夫	福岡	分野(1)から(5)まで述べたように、医療機関の設備、ネットワーク作りについては、片手間でできないので専任の事務や医師が必要である。	医療機関整備、ネットワーク作りには予算が必要。とくに、がん診療連携病院をオンラインで、結ぶためのシステムの構築と維持に対する継続的な予算立てが必要。	がん専門病院に対する診療報酬の加算。	がん診療連携病院のオンライン化。
1354	医療提供者 (協議会委員)		福岡	がん診療体制ネットワークは、欧米のものをそのまま移行しており、我が国にはそぐわない点が多く見られる。現在の医療体制では医師が行うには時間的にも無理があり、看護師などのメディカルが主体となって進める必要がある。とくに、私立病院や診療所では十分なメリットがなければやれないため、メリットが十分あるようにしないと発展しないし、継続もできない。	同前記。		
1355	医療提供者 (協議会委員)		福岡				ITのネットワークシステム等の構築の充実を図る(病院→診療所→在宅医)。
1356	医療提供者 (協議会委員)		福岡			がん診療連携病院に診療点数を加算し、患者を集約するようにする。	

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1357	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	都道府県⇄地域がん拠点病院の連携。			
1358	医療提供者 (協議会委員)		佐賀	IT化の推進と、医師が端末の前で長々と事務作業しなくて良い様に医師補助事務者の増員を。			
1359	医療提供者 (協議会委員)	湯ノ谷 誠二	佐賀	古い枠を取り去り、地域単位あるいは県単位でネットワークを整備する必要がある。		クリニカルパスなどで、連携が確立した際の報酬のアップ。	
1360	医療提供者 (協議会委員)	佐藤 英俊	佐賀	各医療機関が「単独完結型」になっていて有機的なネットワーク体制ができていない。			経営母体の違いを超えた相互診療支援体制を認める必要がある。
1361	医療提供者 (協議会委員)	高祖 順一	佐賀	大学病院、地域基幹病院、開業医及び薬局への一元的情報開示と共有が最も必要と感じる。	ネットワーク構築とランニング経費の育成と助成。	講師派遣病院に対する施設補助算定。	
1362	医療提供者 (協議会委員)	朝長 万左男	長崎	高額医療機器の整備がすすむよう国が支援などもつ。	高額医療機器の整備がすすむよう国が支援などもつ。	標準治療と先進医療の区分を明確にしてそれぞれに対して加算措置を行う。	
1363	医療提供者 (協議会委員)		長崎		ネットワークにエントリーしてきちんと活動を行っている拠点病院に対する評価、DPC係数等。		
1364	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん診療連携拠点病院制度の拡充。	重点的な取り組みを行う施設に対する増額。		
1365	医療提供者 (協議会委員)		大分	がん診療連携拠点病院の基準とする条件の緩和。			特定臓器のがんの診療連携拠点病院の認定。
1366	医療提供者 (協議会委員)		大分	地方の二次医療機関であるが、大学病院などで急性期医療を終了した患者の受入機関とならざるを得ず、ターミナルの患者でベッドが埋まってしまう。本来の機能を発揮できない。医師の疲弊の原因ともなっている。			がん治療に関わるコーディネーターの養成(交通整理をする人)。
1367	医療提供者 (協議会委員)	濱砂 重仁	宮崎	公的病院しか認められないがん拠点病院は、あり方そのものを検討すべき。消化器がん等は放射線療法の施設がない所でも認定すべき。		外科医が全国的に少なく、がんと診断されても4ヶ月～6ヶ月待ちのイギリスみたいにならないように、国は早急に対策を立てるべし。今回どれ位、診療報酬が上がるのか分からないが期待する。	手術を現在行っている外科医の数を国は把握すべき。
1368	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	5大がん全てに対応できる拠点病院は少ないのでは？ 地域や病院の特色を出し、地域で役割分担をする方向性が現実的かと考える。			
1369	医療提供者 (協議会委員)		鹿児島	専門職(医師 看護師 薬剤師など)の育成費用は全て病院負担医師の負担増(臨床研究 がん登録 学会患者登録など) クラークの確保は現状では、病院負担の分が大きい。		前記負担感の改善には、診療報酬の見直しが必要。	

15/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1370	医療提供者 (協議会委員)		沖縄	患者の大病院嗜好がなくなる限り、ネットワークの活用は難しいと思われる。患者の意識を変える活動、教育、広報活動の充実に必要と思われる。			
1371	医療提供者 (協議会委員)			ネットワークの実体化。			病院経営上以外のハード面の確立。
1372	医療提供者 (協議会委員)			あまり進んでいない。			
1373	医療提供者 (協議会委員)			医療機関同士で重複して検査を行ったり、がん登録に関しても重複して登録作業をしている。	医療機関相互の情報連携システム整備の予算を作る(補助金等)。		とりあえず、がん診療連携拠点病院同士でネットワークをつくるよう、施設基準に盛り込んではどうか。
1374	医療提供者 (協議会委員)			緩和ケア病院が少なすぎて、自宅で看取りができない人(独居、老々介護等)が安心して療養できる場所がない。施設でも入所できないところが多い(介護従事者だけの看取りは難しい)。	ナーシングホームをつくる。ただし疼痛コントロールのできる住居の確保が必要。施設に24時間看護師を配置する。		
1375	医療提供者 (協議会委員)			がんの患者さんを引き受けやすいように診療報酬など経済的なサポートを希望する。			
1376	医療提供者 (協議会委員)			積極的に関わり、医療関係者へ周知させることを促進していかないとなかなか進まないと思う。			
1377	医療提供者 (協議会委員)			大型機器更新時の予算付 強化事業補助金の使用制限の緩和、使用自由度の拡大。	がん関連研修への参加費・旅費等の補助、時間外手当等の支給補助。	がん関連資格の有無による報酬上のインセンティブ。	
1378	医療提供者 (協議会委員)			実質なかなか機能していない。機能しているのは顔の見える医療スタッフ同士だけのことが多い。多忙な中で新たに顔が見えるようになるのは無理。	日中でもカンファレンスのために病院・診療所業務から離れることができるようにしなければいけないと思う。カンファレンスが夜間では、一部のスタッフしか参加できずでも無理。	前記を達成できるような報酬。	
1379	医療提供者 (協議会委員)			ネットワークの地域での拠点がどうしても公立・公的施設に偏り、既得権益に類似したものに感じられる。			自治体としての拠点はがんセンターまたは成人病センターなるものに集約した方が地域病院としてはわかりやすい。
1380	医療提供者 (協議会委員)			各医療機関の治療成績、治療内容が分からない。			統一したデータベースにし、公開する。
1381	医療提供者 (協議会委員)			イニシアティブをどこかにとるべきであるも、なかなか困難であった。	イニシアティブをとる施設に多くの配分をし、そこから予算を分けるようにすれば少し良くなるのではないかと。		もう少し患者本位の医療を考えて欲しい(本音と進前が見え隠れしすぎているように思う)。
1382	医療提供者 (協議会委員)			都会、田舎の地域差に応じたネットワーク作りの実例、またはあり方を紹介して頂きたい。	増やしてほしい。	上げてほしい。	精度に応じた望まれる実体というものを具体的に提示して頂きたい。
1383	医療提供者 (協議会委員)			インターネットがらみになるため、かなりの必要経費が発生する。現在のよう、病・医療をつぶすような方向にすすんでいる現状では、表現には程遠い。			

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1384	医療提供者 (協議会委員)			地域によって行政の関与レベルに大きな差がある。各地域の医師会同士の連絡体制が整っていない。			5大がんの連携バスの運用として、行政レベルで声をかけ始動している。
1385	医療提供者 (協議会委員)				予算を増やす。		都道府県を通してでなく直接病院へ資金を提供する。
1386	医療提供者 (協議会委員)			病院のネットワーク関連部門の強化。		がん診療連携バス加算。	
1387	医療提供者 (協議会委員)			地域連携が是非必要フォローアップバスで十分。			病院と連携医の間に入るコーディネーターが必要。
1388	医療提供者 (協議会委員)			CCSに対する理解がある成人診療科の選定、公表なども早期より課題として取り組むべき政策と考える。		CCS患者の経費軽減。	
1389	医療提供者 (協議会委員)			がん診療連携拠点病院の整備について、承認のハードルが高く、クリアしたとしても診療報酬上のメリットがほとんどない。また、2次医療圏におおむね1施設という根拠が理解し難い。		がん診療連携拠点病院は、条件をクリアする為に、人的にもまた設備的にも多額の投資を行っている。DPCの調整係数的な形での診療報酬上のメリットを強く望む。	条件を満たせば承認して、拠点病院の数を増やす。
1390	医療提供者 (協議会委員)			がん拠点病院が公立病院に偏っている。人材に重点を置くべき。連携バスをはじめがん診療連携の体制作りができていない。今のままではがん拠点病院を頂点とする序列化であり「ネット」ではない。公立病院への患者集めに過ぎない。	公的病院に偏った加算の見直し。		
1391	医療提供者 (協議会委員)			連携する医療機関が少ない。			
1392	医療提供者 (協議会委員)			がん診療は救急医療と違い各地域にある必要は必ずしもないと考える。高度医療機関を配置しそこに集約化を図るべきであると思う。	地域がん診療連携拠点病院にかかる予算が少ないので、数を減らして1つの病院に予算を多く割り振る。		
1393	医療提供者 (協議会委員)			病診連携を推進する必要があると思われる。	予算も必要と思われる。		

17/19

ID	属性	氏名	回答者 居住地域	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1394	医療提供者 (協議会委員)			患者さんが「かかりつけ医」を持ち、何でも気軽に相談ができるようになることは望ましいことであると思う。しかし、患者さんはがんセンターあるいは地域がん診療連携拠点病院での診療を望んで受診をされるわけなので、ここからまた地域に戻っていただくには「かかりつけ医」だけでなく、安心に対する何かかのインセンティブが必要になってくると思われる。また「かかりつけ医」に対しても、新たに抗がん剤等を購入する必要があるが出てくる。その患者さんが予期せず入院するようになった場合には在庫を抱えてしまうといった問題も生じてくる。がん診療連携拠点病院から地域へ患者さんがスムーズに流れることで、がん診療連携拠点病院の機能が維持されることには重大な意義を感じる。このシステムをうまく運用していくためにはもう少し互いのインセンティブが必要になってくると思われる。	愛知県ではがん診療連携拠点病院ごとにネットワークを作るように指導されている。しかし、均てん化という観点からは各がん診療連携拠点病院で各々ネットワーク作りを行うのではなく、愛知県全体として取り組む必要があると思われる。そのためにはアンケート調査、ネットワークをうまく運営していくための会議等に対する予算が必要になってくると思われる。	ネットワークをうまく船出させるためには他の地域連携バスと同様にがんの地域連携クリティカルバスに対する診療報酬の算定が必要だと思う。	がん診療連携拠点病院の機能を維持していくためには是非必要なネットワークだと思う。ただし、家族と一緒に暮らしてみえる患者さんが多く住んでみえる地域や核家族化の進んだ地域、独居老人の多い地域等地域格差が非常に大きいと思う。多分同居家族の多い地域を想定して考えられているシステムと思うが、そうでない地域では受け皿となる療養型病床群が不足している。そのような療養型病床群を確保する必要があると思う。
1395	学者・研究者 (協議会委員)		埼玉	医師会、行政、拠点病院間での診療役割分担の明確化。連携強化。	定期的な会合を予算化する。	地域性を重視した診療報酬をきめ細かく。	
1396	学者・研究者 (協議会委員)		兵庫			がん診療拠点病院と十分なネットワークが実現できている病院や診療所に対しては、プラス評価(報酬)が必要	
1397	学者・研究者 (協議会委員)			推進してほしい。			
1398	学者・研究者 (協議会委員)			多くの医療機関のネットワークへの参加とその実力に応じた役割分担。		それぞれの役割を担うにふさわしい診療報酬の確保。	
1399	学者・研究者 (協議会委員)			がん診療連携拠点病院の推薦や指定にあたっては、都道府県の計画をもっと尊重するべきである。			都道府県の意向、特徴を踏まえた制度、指定要件に改定する。
1400	その他(協議会委員)		北海道	北海道というと、北沢医学部、札幌医大、旭川医大があって、それぞれ先生もプライドがあり、連携がうまく取れない感じがする。妻が乳がんと診断されたとき、別の大学の先生にセカンドオピニオンを受けたいと言ったら、露骨に嫌な顔をされた。セカンドオピニオンを聞く権利が患者にはあるということを徹底すべきだ。			出身大学の壁を超えた地域の専門医リストをつくり、各病院に置いてもらいたい。
1401	その他(協議会委員)		山梨				あれば活用しやすいし有効に思うが日々変わる現場で対応できるか？

ID	属性	氏名	回答者 居住地	現状の課題や問題点	改善のアイデア		
					予算について	診療報酬について	制度面について
1402	その他(協議会委員)	村上 隼夫	静岡	都道府県及び地域のがん診療連携拠点病院の数を制限することについて、他のがんの早期発見・診断及び標準的治療を行っている病院またはターミナルケアを行っている病院、診療所及び薬局等の間の連携や協働するネットワークの構築が十分でない。			前記ネットワーク構築について、行政が関与と協力を努めること。
1403	その他(協議会委員)	山内 雅弥	広島	拠点病院と、それ以外のがん診療を行っている病院との格差が目立つ。全体の医療の質向上をについても検討すべきだ			拠点病院とは別立てで、「〇〇がん診療専門病院」といった制度も検討してはどうか。
1404	その他(協議会委員)			専門病院での外来化学療法を地域医療機関との連携に拡充すべき。			医療機能情報提供制度による各がんの地域連携バス運用状況を公表。
1405	その他(協議会委員)			拠点病院の機能強化と役割遂行に伴う予算措置。			がん診療拠点病院と地域ネットワークの整備、連携強化。
1406	その他(協議会委員)			拠点病院へ集約すべきがんと主に一般病院で対応すべきがんとの類別。			
1407	その他(協議会委員)			もっと制度が浸透してネットワークが十分活動し始めるとがん対策もいい方向に向くと思う			
1408	その他(協議会委員)			できている感じがしない。			
1409			北海道	地域差があると思う。拠点病院間の連携がない。何らかの対策が必要。お互いにサポートしあう。刺激しあう関係。			
1410				ガイドラインの周知と併せ、拠点病院による高度の医療提供を構築するべきと考える。	最新医療等への予算は当然考えられねばならない。		

第4部 ～みんなでがん対策を考えよう～がん対策に関するタウンミーティング 意見シート集計結果
 ※「拠点病院」関連のみ抜粋

6.医療機関の連携等(がん診療体制ネットワーク)					改善のアイデア			
ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	予算について	診療報酬について	制度面について
392	患者関係者・市民		青森	青森	現状がどうなっているか、一般の人にまで伝わっていない。	モデル事業による啓発、検証。	評価。一律ではなく、コスト努力に見合せてメリハリを。	関係者が合意すれば実験的な取り組みにも手当を。
393	患者関係者・市民		青森	青森	青森県においても、がんセンターを作り、がん患者だけを専門の医療スタッフが診る体制を作ってほしい。			
394	患者関係者・市民		青森	青森	地方においても中核的病院と、身近な地域の医療機関との格差があると思うので、それを補うネットワークを整備してほしい。	医師の研修のほか、ITを活用したネットワークの構築に取り組んでほしい。		
395	患者関係者・市民		新潟	新潟	外来化学療法室に専門知識を持った専従の医師が少ない。(配置されている)少人数の認定看護師がパートの看護師さんを指導して治療している現状は問題である。		医師の専従(または専任)者の配置をもつて、現状の500点にプラス加算を設定する。	外来化学療法室の設置における、医師、看護師、薬剤師の配置。基準を現状以上に明確化し、各職種の専門性も含めて制度化する。
396	患者関係者・市民		新潟	新潟	自宅ががん治療(ターミナルケア)が受けられない。			
397	患者関係者・市民		島根	島根	都会と地方とではずいぶん格差があると思われる。地方においても都会と同じように治療ができるようにしてほしい。			地方の病院においてもそれぞれ専門医が必要であり、そのための研修等が義務付けられ、専門医の養成に努めてほしい。
398	患者関係者・市民	多久和和子	島根	島根	医療にかかわる人材不足が大きく、拠点病院としての運営が難しい病院もある。島根県は、東西に長く、山間僻地・離島をかかえている。			拠点病院だけに力を注ぐのではなく、拠点病院を中心にして県内全体の医療が展開できるようにする必要がある。
399	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院から地域へ戻るときの医療・介護体制が分からなくて、スムーズな対応を受けていない。			リアルタイム(四半期)で全国版で各地の医療・福祉情報を集約できないか。相談を受けてもどこへ患者の療養生活をゆだねられるのか道をつくれるようにする。
400	患者関係者・市民		島根	島根	複数の診療科にかかる割合が多いので医療費がかさむ。患者の負担が大きい。			がんセンターがあればよい。
401	患者関係者・市民	加山益雄	島根	島根	私方の中山間地での医療機関ではがん治療は受けられず、広島、江津、出雲、浜田と遠方まで行かなければ受けられない。			
402	患者関係者・市民		島根	島根	拠点病院で体制が不十分。		診療報酬をアップ。	相談専門員への手当等の検討。
403	患者関係者・市民		広島	広島	医療連携が不十分。介護施設在宅連携etc。介護現場でのがん患者の増加。	介護現場の医師・看護師etcの研修。	がん患者(介護)の症状緩和の点数化。	医療連携の強化。

1/3

6.医療機関の連携等(がん診療体制ネットワーク)					改善のアイデア			
ID	属性	氏名	回答者居住地	開催地	現状の課題や問題点	予算について	診療報酬について	制度面について
404	患者関係者・市民		広島	広島	地域で治療の質など格差がある。受けたい治療等を見つけても、遠方のため通院できない。又、地域連携が取れない。			
405	患者関係者・市民	新山みわ	広島	広島	自分の住む広い南北地域に一つだけ。それさえ、いつまで拠点病院でいられるかわからない状態。広島と言えど、広島市に入院、治療は大変。			高齢者の多く住む地域こそ、その地域に合った病院の形にしてほしい。具体的には分からない。
406	患者関係者・市民		福岡	福岡	現状認識は5年ほど前の経験(体験)での応答である。既に差をつけていたら失礼。例えば一つの内科のみでの対応であり、横つながり=他診療科医との連携がほしい。	一つのがん医療体制ネットワークを重視して、かかわるチームに平等に予算を配分し、また、その結果も医療チームは報告する。		「予算について」の回答と同じ。
407	患者関係者・市民	林志郎	福岡	福岡	病気が複数重なったとき、病院が複数になったときに、診療情報の共有がしやすいように、引っ越しや他県でのセカンドオピニオン等もスムーズに。			
408	患者関係者・市民		長崎	長崎	医療機関・センターが遠く、ネットワークの充実を望む。			
409	患者関係者・市民	橋本憲一	長崎	長崎	がんについての知識・技術をしっかり持った医師の養成を、実際にあった話で、がんが進行して直ぐ手術しなければ、拠点病院に指定されている病院で言われたが、他の病院で異常無しと診察。現在も健在。	地域の拠点病院として指定されている病院の医師は特に、しっかりした技術・知識の再教育養成が不可欠。		
410	患者関係者・市民		青森		医療機関によって非常にばらつきがある。	例えばベトナムなどは果敢でさえ無い、鳴海病院まで行く。他の設備も古い。		最新情報の共有化。知識(医師)のレベル(地方に来ると低いと思う。全国一律のレベルにしてほしい)。
411	患者関係者・市民		島根			地方にも先進医療の技術向上及び整備について予算で不十分と思う。患者負担の軽減をしてもらいたい。国、県の大規模な助成をお願いしたい。	診療報酬については新しい治療については少しはアップしても良いのではないかと。	医療の進歩は日々あると思うので、法律、政令等、全国統一になるよう情報公開をお願いしたい。
412	患者関係者・市民		島根		住んでいる場所によって受けられる医療の水準が違うのは、命の格差、重さに違いを社会的につけていようなもの。均質なハード整備は無理だが、適切な医療につなげるソフト、つないだ後の受診支援が必要。	もっと何に使われているか、本当に生きたお金になっているかのチェック、評価が必要。緊急対策でついたお金も随分あるが、中には効果が疑問な使い方もある。	遠くから受診している人の分を上乗せしてほしい。	制度があることが末端の患者・家族に伝わっていない。
413	患者関係者・市民		島根		がん総合の窓口がほしい。		全身に転移した場合、一つ一つの科を通る。これをまとめてほしい。	
414	患者関係者・市民		広島		広島市に近い所では、ネットワークが出来ていると思うが、地方では形だけで中々患者さんやご家族に満足してもらえていない。	どこにどう使われているか、ガラスばりにならない。	ガラスばりにならないと言えない。	患者さんやご家族にどのようなネットワークを利用でき、どう良かったかなど、結果を知ることだと思ふ。

ID	属性	氏名	出身者 居住地	開催地	現状の課題や問題点	運営のアイデア		
						予算について	診療報酬について	創成面について
415	立法府	奈良岡克也	青森	青森	がん死亡率の高い地方の医療機関の整備は遅れているのが現状ではないか。この点に関する国の支援が必要ではないか。	70本推奨施策例の個別分野5の35と36の内容について、ぜひ早急を実現させ、地方のがん医療制度・体制をつくるべきである。		
416	行政府	宮川隆美	青森	青森	数少ないがん専門医と少ない予算が中小医療機関に分散しており、業学的な良いがん医療ができない状況にある。	死因の1位のがんである以上、もっと他分野を減らしても(特に公共事業)予算をがん医療に向けるべきである。	高度医療の診療報酬をもっと上げ、逆に一般診療所レベルでできるものを減らすべきである。	県に1〜3ヶ所程度のがん専門医療機関にがん診療を集約させ、予算を高額医療機器の購入等、分散させずにつかうべき。専門医と機器を集中させよ。再発治療や緩和ケアは、これとは別に地方で各地で行うべきである。
417	行政府		青森	青森	医療機関の地域格差、経済基盤が低い。専門医がいない。IT開発が遅れている。	医療のネットワーク化を進める。かかりつけ医の活用。		
418	行政府		青森	青森	本県では、高度ながん診療を専門的に行う体制が整っている病院は限られており、地域によっては治療のため遠くの病院まで通ったり、遠くの病院に入院しなければならない状況にある。	体制整備のためには、病院の努力だけでは難しく、国において必要な予算を措置することが望まれる。また、現在の単年度予算だけでは限界があり、補助金等についても、複数年に亘る使用が可能となる仕組みが必要である(例えば基金の創設など)。		各地域の中核病院において、規模は小さくとも必要最低限のがん診療は行えるくらいの体制整備が可能となるような対策が必要と思われる。
419	行政府		新潟	新潟	拠点病院の指定要件として、医療従事者の配置など、多額の費用負担が発生するものがあるにも関わらず、拠点病院に対する補助等が少なすぎる。	拠点病院に対する補助金の額の引き上げ、対象の拡大。	診療報酬の引き上げ。	

2011 (平成 23) 年 1 月 17 日

厚生労働省健康局総務課
がん対策推進室長殿

がん対策推進協議会委員
埴岡 健一

がん対策の政策評価の方法と整合性について

1. 「がん診療連携拠点病院」について集中審議をするに当たって、「がん拠点病院制度」あるいは「がん診療連携拠点病院機能強化事業」に関して、政策評価(事前評価、事後評価)の仕組みを、事前に決めておく必要がある。
2. その際、第2期がん対策推進基本計画における個別分野(例:医療機関の整備等)の目標および評価指標などと、整合性が取れるものとしておく必要がある。
3. 政策評価については、下記の参考資料(2ページ以降)のような厚生労働省の既存の仕組みを参考にしつつ、都道府県や海外における評価方法の好事例も踏まえたうえで、事前評価/事後評価の評価シートをあらかじめ作成しておく必要がある。
4. 第2期がん対策推進基本計画の開始に当たって、2012(平成24)年度予算策定時から、がん拠点病院制度のみならず、がん対策の各分野の主な施策や事業に関して、このような政策評価シートを作成する必要がある。
5. がん対策推進協議会において、これらの政策評価ツールを活用しつつ、がん対策全般の評価を定期的に進捗管理することが必要である。そのため、がん対策推進基本計画の分野別目標や評価指標、中間評価、政策評価シートなどの仕組みに整合性があるように、当初から設計しておくことが重要と考えられる。

・平成22年度実績評価書(平成21年度の実績の評価)「政策医療を向上・均てん化させること」について(参考として添付)

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/10jisseki/dl/hyouka/1-4-1.pdf>

・在宅緩和ケア対策推進事業

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/10jigyoku02/dl/hyouka/1-1-1.pdf>

・がん検診実施体制強化モデル事業(参考として添付)

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/10jigyoku02/dl/hyouka/1-11-9.pdf>

・マンモグラフィ検診従事者研修事業

<http://www.mhlw.go.jp/wp/seisaku/jigyoku/10jigyoku02/dl/hyouka/1-11-9.pdf>

「政策医療を向上・均てん化させること」について

平成22年8月

医政局政策医療課[池永敏康課長]

1. 政策体系上の位置付け

厚生労働省では、基本目標>施策大目標>施策中目標>施策小目標を設定して政策を実施しています。本施策は施策中目標に当たり、政策の体系上の位置付けは次のとおりです。

【政策体系 (図)】

基本目標Ⅰ 安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
施策大目標分野	地域医療体制の整備	医療従事者の確保	利用者視点に立った医療サービスの促進	政策医療(がん、脳卒中、心臓病等)の推進	感染症、難病等対策	医薬品・医療機器の適切な利用の推進	血液製剤の安定供給	ワクチンの安定供給	新医薬品・医療機器の開発促進	医療保険制度	健康づくりの推進	健康危機管理

施策中目標

1 政策医療を向上・均てん化させること

※ 並列する施策中目標はありません。

【政策体系 (文章)】

基本目標Ⅰ 安心・信頼してかけられる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること

施策大目標4 国が医療政策として担うべき医療(政策医療)を推進すること

施策中目標1 政策医療を向上・均てん化させること

(関連施策)

特になし

(予算書との関係)

施策を実施するために必要な経費を計上している。

2. 施策の概要

本施策は、次の施策小目標を柱に実施しています。主な事務事業等や設定している指標・目標値は別図（政策体系）を参照下さい。また、本施策の実現のために投入している資源は次のとおりです。

(施策小目標)

(施策小目標1) 政策医療を開発・確立すること

(独立行政法人国立高度専門医療研究センターで実施する政策医療の開発・確立に関する評価については、独立行政法人通則法（平成11年第103号）に基づく独立行政法人評価委員会が行う業務実績評価によるものとする。)

(施策小目標2) 政策医療の均てん化を図ること

(独立行政法人国立高度専門医療研究センターで実施する政策医療の開発・確立に関する評価については、独立行政法人通則法（平成11年第103号）に基づく独立行政法人評価委員会が行う業務実績評価によるものとする。)

(予算)

	H18	H19	H20	H21※評価対象年度	H22
予算額 (決算額)(百万円)	25,673	25,546	28,472	34,356	

3. 施策を取り巻く環境 — 評価の前提

(1) 施策の枠組み（根拠法令、政府決定、関連計画等）

国が医療政策として担うべき医療（政策医療）については、医療政策における国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）の位置づけを踏まえ、がん、脳卒中、心臓病等の分野ごとに、施設の有する機能に応じて、診療・臨床研究・教育研修・情報発信を行うことで、効率的かつ効果的な政策医療の開発・確立を図る。

(2) 現状分析（施策の必要性）

国立高度専門医療センター（ナショナルセンター）は、がん、脳卒中、心臓病など、その制圧が国民的課題になっている疾病について、高度先駆的な医療技術の開発・普及、病因・病態の解明、新たな診断・治療法の開発・研究、専門的従事者の研修及び情報発信を総合的・一体的に行うための中核的機関として設置され、従来よりその研究への取り組みなどにより、政策医療の着実な推進に取り組んでいます。

また、国のがん戦略の推進など、国の医療政策上のニーズに対応する観点から、ナショナルセンターとして特定の疾患に関する全国の中心的機関としての機能強化を一層推進するとともに、今後その機能の更なる充実・強化を行うこととしています。

その際、現在、がん対策で進められているようなナショナルセンターと地方の中核拠点病院との連携を念頭に置いて、都道府県の医療計画等との連携を図りつつ、ナショナルセンターにおいては、各政策医療分野の研究、医療、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的医療の研究開発、高齢者の在宅医療システムの全国への普及等を行う役割を担うとともに、政策提言を行うことができる方向で、平成 22 年度から研究開発型の独立行政法人である国立高度専門医療研究センターとなったところです。

(3) 施策実施上の留意事項（総務省、会計検査院等による指摘）

特になし

4. 評価と今後の方向性

指標・目標値の動き等をもとに、本施策を評価し、今後の方向性をまとめました。施策小目標ごとの詳細な評価は、5.を参照下さい。

(指標・目標値)

指標と目標値 (達成水準/達成時期)						
アウトプット指標						
		H17	H18	H19	H20	H21
1	国立高度専門医療センターの職員の発表論文数(掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的科学雑誌に掲載された科学論文) (前年度以上/毎年度)	2,963	2,961	3,073	3,145	3,783
	達成率	111.5%	99.9%	103.8%	102.3%	120.3%
2	国立高度専門医療センターのホームページへの年間アクセス数 (前年度以上/毎年度)	7,037,146	18,337,788	26,196,683	36,830,123	49,589,087
	達成率	117.7%	260.6%	142.9%	140.6%	134.6%
【調査名・資料出所、備考等】						
<ul style="list-style-type: none"> ・指標1及び2については、医政局政策医療課調べ。 ・指標1については、未確定のため今後変更の可能性あり。 						
参考統計						
	* 【】内は、目標達成率 (実績値/達成水準)	H17	H18	H19	H20	H21
1	政策医療に係る研究機能(研究部の数)(単位:数) (前年度以上/毎年度)	97 【101.0%】	97 【100.0%】	97 【100.0%】	97 【100.0%】	99 【102.1%】
2	治験受入件数(単位:件数) (前年度以上/毎年度)	472 【110.3%】	464 【98.3%】	427 【92.0%】	533 【124.8%】	641 【120.3%】
3	研修会受入人数 (対前年度増/毎年度)	4,922 【207.1%】	8,201 【166.6%】	12,215 【148.9%】	23,397 【191.5%】	17,391 【74.3%】
【調査名・資料出所、備考等】						
<ul style="list-style-type: none"> ・参考統計1については、研究所等に設置する研究を所掌とする部の数であり、医政局政策医療課調べ。 ・参考統計2、3については、医政局政策医療課調べ。 						

(指標の分析：有効性の評価)

高度先駆的な医療技術の開発・普及、専門的従事者の研修等を通じ政策医療の向上・均てん化を図るため、多数の論文の発表、ホームページを通じた情報発信、研修会等を通じた地域の医療従事者の質の向上による人材育成といった取り組みを行っているところです。発表論文を通じて、研究開発の成果を普及していくこと等により、高度先駆的な医療技術の普及が効率的かつ効果的に図られており、平成21年度の論文発表数は前年度より大幅に増加し3500件以上の論文を発表しています。ホームページへの年間アクセス数についても前年より大幅に増加するなど、施策目標をほぼ達成したものと評価できます。

(効率性の評価)

小目標1：ナショナルセンターにおいては、高度な医療を開発・確立するため、研究開発の推進に取り組んでおり、研究成果を活かすための一環として、論文という形で発表していくことを通じて、研究成果の共有などを図っており、効率的に政策医療の開発に寄与していると評価できます。

発表論文数については、平成21年度は前年度より大幅に増加し3500件以上の論文を発表しています。また、研究部数が前年度より増加し、治験受入件数も前年度より大幅に増加し、平成21年度においては600件以上の治験を行っていることから、今後も、更なる増加が期待され、ひいては政策医療の確立が期待されるところです。

小目標2：ナショナルセンターにおいては、開発確立された高度な医療を均てん化するため、地方の中核的な医療機関との連携を図るとともに、医療従事者等に対する研修や国民、医療従事者向け情報発信をホームページの活用により行うことで、効果的に政策医療の向上、均てん化に寄与していると評価できます。ホームページアクセス数については、平成21年度においては平成20年度と比べ大幅に増加しており、評価できます。

研修会受入人数は、平成21年度は前年度より減少したものの、2万人近くの人数を研修会で受け入れています。今後も引き続き積極的な研修の実施を行うことにより、政策医療の均てん化等、着実な推進を図っていくこととしています。

(今後の方向性)

ナショナルセンターは、行政改革推進法（平成18年法律第47号）及び特別会計に関する法律（平成19年法律第23号）により、独立行政法人に移行させるとともに、国立高度専門医療センター特別会計が平成21年度末をもって廃止されることとなりました。

このため、高度専門医療に関する研究等を行う独立行政法人に関する法律（平成20年法律第63号）に基づき、国の医療政策として、国民の健康に関する影響のある特定の疾患に関する高度かつ専門的な医療等の向上を図ることを目的とした研究開発型の独立行政法人である、国立高度専門医療研究センターへ平成22年4月より移行しています。

5. 評価と今後の方向性（施策小目標ごと）

施策小目標ごとの評価と今後の方向性は次のとおりです。指標・目標値の動きは別図を参照下さい。また、個別の事業ごとの評価は別表を参照下さい。指標の出典等は9. 参考を参照下さい。

(1) 施策小目標1「政策医療を開発・確立すること」関係

(指標・目標値)

指標と目標値（達成水準／達成時期）						
アウトプット指標						
		H17	H18	H19	H20	H21
1	国立高度専門医療センターの職員の発表論文数（掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的科学雑誌に掲載された科学論文）（前年度以上/毎年度） ※施策中目標の係る指標1と同じ	2,963	2,961	3,073	3,145	3,783
達成率		111.5%	99.9%	103.8%	102.3%	120.3%
【調査名・資料出所、備考等】						
<ul style="list-style-type: none"> ・指標1については、医政局政策医療課調べ。 ・指標1については、未確定のため今後変更の可能性あり。 						
参考統計						
* 【】内は、目標達成率（実績値/達成水準）		H17	H18	H19	H20	H21
1	政策医療に係る研究機能（研究部の数）（単位：数）（前年度以上/毎年度）	97 【101.0%】	97 【100.0%】	97 【100.0%】	97 【100.0%】	99 【102.1%】
2	治験受入件数（単位：件数）（前年度以上/毎年度）	472 【110.3%】	464 【98.3%】	427 【92.0%】	533 【124.8%】	641 【120.3%】
【調査名・資料出所、備考等】						
<ul style="list-style-type: none"> ・参考統計1については、研究所等に設置する研究を所掌とする部の数であり、医政局政策医療課調べ。 ・参考統計2については、医政局政策医療課調べ。 						

(事務事業等の概要)

各ナショナルセンターに設置している研究所において、特定の疾患の調査及び研究を行うため、以下の事務事業等を実施

- ・研究所運営事業

各ナショナルセンターに設置している研究所において、特定の疾患の調査及び研究を行う。

- ・治験推進事業

各ナショナルセンターにおける高度な医療環境を活用し、民間企業等から治験の受託を推進する。

- ・大型研究事業

がん、循環器病、精神・神経疾患、国際医療協力、成育医療、長寿医療の各分野において研究事業を行う。

(評価と今後の方向性)

○研究所運営事業（別表1-1参照）

○治験推進事業（別表1-2参照）

○大型研究事業（別表1-3参照）

ナショナルセンターにおいては、高度な医療を開発・確立するため、研究開発の推進に取り組んでおり、研究成果を活かすための一環として、論文という形で発表していくことを通じて、研究成果の共有などを図っており、効率的に政策医療の向上・均てん化に寄与していると評価できます。

発表論文数については、平成21年度は前年度より大幅に増加し、3500件以上の論文を発表しています。また、研究部数が前年度より増加し、治験受入件数も前年度より大幅に増加し、平成21年度においては600件以上の治験を行っていることから、今後も更なる増加が期待され、ひいては政策医療の確立が期待されるところです。

*各事業の詳細な評価は、別表を参照下さい。

(2) 施策小目標2「政策医療の均てん化を図ること」関係

(指標・目標値)

指標と目標値（達成水準／達成時期）						
アウトプット指標		H17	H18	H19	H20	H21
2	国立高度専門医療センターのホームページへの年間アクセス数（前年度以上/毎年度） ※施策中目標に係る指標2と同じ。	7,037,146	18,337,788	26,196,683	36,830,123	49,589,087
達成率		117.7%	260.6%	142.9%	140.6%	134.6%
【調査名・資料出所、備考等】 指標2については、医政局政策医療課調べ。						
参考統計						
*【】内は、目標達成率 (実績値/達成水準)		H17	H18	H19	H20	H21
1	研修会受入人数 (対前年度増/毎年度)	4,922 【207.1%】	8,201 【166.6%】	12,215 【148.9%】	22,397 【183.4%】	17,391 【74.3%】
【調査名・資料出所、備考等】 参考統計1については、医政局政策医療課調べ。						

(事務事業等の概要)

- 各種研修事業
レジデント研修、受託研修や地域の医療従事者を対象とした研修等を通じて人材育成し、医療の均てん化を進めていく。
- 政策医療に関する情報発信事業（一般向け・医療者向け）
各国立高度専門医療センターが各分野において全国の中核医療機関や（独）国立病院機構をはじめとする医療機関等に情報発信する。

(評価と今後の方向性)

- 各種研修事業（別表2-1参照）
- 政策医療に関する情報発信事業について（別表2-2参照）
ナショナルセンターにおいては、開発確立された高度な医療を均てん化するため、地方の中核的な医療機関との連携を図るとともに、医療従事者等に対する研修や国民、医療従事者向け情報発信

をホームページの活用により行うことで、効果的に政策医療の向上、均てん化に寄与していると評価できます。

ホームページアクセス数については、平成 21 年度においては平成 20 年度と比べ大幅に増加しており、評価できます。研修会受入人数については、平成 21 年度は前年度より減少したものの、2 万人近くの人数を研修会で受け入れています。今後も引き続き積極的な研修の実施を行うことによって、政策医療の均てん化等、着実な推進を図っていくこととしています。

*各事業の詳細な評価については、別表を参照下さい。

6. 施策の随時の見直し — 現状把握の取組

特になし

7. 評価結果の政策への反映の方向性

(1) 予算について

以下の□で囲んだ方向で検討します。

- ・ 廃止
- ・見直しの上（増額／現状維持／減額）
- ・見直しをせず、現状維持

(2) 税制改正要望について

(3) 機構・定員について

国立高度専門医療センターを平成 22 年 4 月から独立行政法人しました。

- ・より積極的な研究を実施するため、国立高度専門医療センターを非公務員型の独立行政法人とすることにより、約 5,600 人程度を国の行政組織の定員から減員しました。
- 今後の運営については、各センターの中期計画に基づくものとします。

(4) 指標の見直しについて

特になし

8. 有識者の知見の活用について

独立行政法人化後の運営については「独立行政法人評価委員会」にて委員の方に意見をいただいています。

9. 参考

本評価書中で引用したデータは以下のサイトで一部確認できます。
サイト名について特に記載のないものは、厚生労働省ホームページです。

4 関係

国立がん研究センター	http://www.ncc.go.jp/jp/
国立循環器病研究センター	http://www.ncvc.go.jp/index.html
国立精神・神経医療研究センター	http://www.ncnp.go.jp/
国立国際医療研究センター	http://www.ncgm.go.jp/imc/home.htm
国立成育医療研究センター	http://www.ncchd.go.jp/
国立長寿医療研究センター	http://www.ncchd.go.jp/

10. 添付資料等一覧

本評価書の添付資料は以下のとおりです。また、本評価書中で言及した新しい事業や税制改正要望について、事前評価を実施しているものについては掲載先のURLをあわせて示しています。

別図 政策体系（1-4-1）

別表1-1「研究所運営事業」（事業評価シート）

別表1-2「治験推進事業」（事業評価シート）

別表1-3「大型研究事業」（事業評価シート）

別表2-1「各種研修事業」（事業評価シート）

別表2-2「政策医療に関する情報発信事業について」（事業評価シート）

平成22年度目標・達成手法等確認シート

①施策目標番号	②責任課室(課室長名)	③施策目標(幹)	④施策目標(枝)及び個別目標	⑤目標達成手法(◎は評価対象)	⑥指標(アウトカム指標は網掛け)	⑦目標値(達成水準/達成時期)	⑧最新値(年度)【達成率】	⑨指標把握予定時期	⑩迅速・こまめな把握の検討結果			
基本目標Ⅰ 安心・信頼してかかれる医療の確保と国民の健康づくりを推進すること												
I-4-1	医政局政策医療課	I-4-1 国が政策医療として担うべき医療(政策医療)を推進すること	I-4-1-1 政策医療を向上・均てん化させること		<施策目標に係る指標>							
					1 国立高度専門医療センターの職員の発表論文数(掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的科学雑誌に掲載された科学論文)	前年度以上/毎年度	3,783(21年度)【120.3%】	毎年度1回	現状の把握頻度で十分			
			2 国立高度専門医療センターのホームページへの年間アクセス数	前年度以上/毎年度	49,589,087(21年度)【134.6%】	毎年度1回	現状の把握頻度で十分					
			個別目標1	政策医療を開発・確立すること(独立行政法人国立病院機構で実施する政策医療の開発・確立に関する評価については、独立行政法人通則法(平成11年法律第103号)に基づく独立行政法人評価委員会が行う業務実績評価によるものとする。)	◎研究所運営事業◎治療推進事業◎大型研究事業	<個別目標に係る指標>						
			1 国立高度専門医療センターの職員の発表論文数(掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的科学雑誌に掲載された科学論文) ※施策目標に係る指標1と同じ	前年度以上/毎年度	3,783(21年度)【120.3%】	毎年度1回	現状の把握頻度で十分					
			個別目標2	政策医療の均てん化を図ること(独立行政法人国立病院機構で実施する政策医療の開発・確立に関する評価については、独立行政法人通則法(平成11年法律第103号)に基づく独立行政法人評価委員会が行う業務実績評価によるものとする。)	◎各種研修事業◎政策医療に関する情報発信事業(一般向け・医療者向け)	<個別目標に係る指標>						
			1 国立高度専門医療センターのホームページへの年間アクセス数 ※施策目標に係る指標2と同じ	前年度以上/毎年度	49,589,087(21年度)【134.6%】	毎年度1回	現状の把握頻度で十分					
			⑪<その他国会等で問われることが多い指標>									
			⑫<上記指標のほか現状把握の取組>									
			項目		内容			実施予定時期				
現場の声を聞く		特になし										
有識者の声を聞く		特になし										
独自の調査をする		特になし										
その他		特になし										
評価予定表					備考							
19		20		21		22		23				
実績		モニ総合		モニ		実績		-				
⑬<アフターサービス室による調査希望について>												
件名		概要			調査報告希望時期(※調査期間は2~3ヶ月程度)							
⑭<評価書に対する有識者からの意見等の聴取予定について>												
特になし												

政策評価体系上の位置付、通し番号		1-4-1-(1)				
事業評価シート						
予算事業名	研究所運営事業	事業開始年度	平成16年度			
担当部局・課室名 作成責任者	医政局政策医療課 (課長 池永敏康)					
根拠法令 (具体的な条文 (○条○項など) も記載)	厚生労働省設置法 (平成11年法律第97号) 第3条第1項					
関係する通知、計画等						
予算体系	(項)政策医療推進費 (大事項)国立がんセンターに必要な経費、国立循環器病センターに必要な経費、国立精神・神経センターに必要な経費、国立国際医療センターに必要な経費、国立成育医療センターに必要な経費、国立長寿医療センターに必要な経費 (目)職員基本給、職員諸手当、超過勤務手当、非常勤職員手当、諸謝金、職員旅費、赴任手当、委員等旅費、庁費、自動車重量税					
実施方法	■直接実施					
	□業務委託等 (委託先等:)					
	□補助金 [直接・間接] (補助先: 実施主体:)					
	□貸付 (貸付先:) □その他 ()					
支出先が 独法、公益法人等 の場合	役員総数 (官庁08/役員数)	/	常勤役員数 / 非常勤役員数 /			
	職員総数	内、官庁08	役員報酬総額			
	積立金等の額	内訳	今後の活用計画			
事業/制度概要	目的 (何のために)	政策医療の開発・確立を図るため				
	対象 (誰/何を対象に)	各ナショナルセンターに設置している研究所				
	事業/制度内容 (手段、手法など)	各ナショナルセンターに設置している研究所において、特定の疾患の調査及び研究を行う。				
コスト	平成22年度予算額		人件費			
	事業費	- 百万円	}	職員構成	概算人件費 (平均給与×従事職員数)	従事職員数
	人件費	- 百万円		担当正職員	- 千円	- 人
	総計	- 百万円		臨時職員他	- 千円	- 人
予算額推移等 (財源内訳/ 単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額			
	H19(決算額)					
	H19(決算上の不用額)					
	H20(決算額)					
	H20(決算上の不用額)					
	H21(予算(補正込))	15,909				
	H21(決算見込)					
H22予算	-					
平成22年度 予算 (補助金の場合は負担割合等も)	-					

事業評価シート						
予算事業名		研究所運営事業		事業開始年度		平成16年度
担当部局・課室名 作成責任者		医政局政策医療課 (課長 池永敏康)				
事業/制度の 必要性		ナショナルセンターの研究所では、高度な医療を開発・確立するために研究開発の推進に取り組んでおり、研究所運営事業により研究基盤の整備されるため				
他省庁、自治体、民間 等における類似事業						
他省庁、自治体、民間 等との連携・役割分担						
アウト プット	活動実績	【指標】 国立高度専門医療センターの職員の発表論文数(掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的学術雑誌に掲載された科学論文)(前年度以上/毎年度) ※ 政策中目標に係る指標1と同じ。	単位	H19年度実績 3,073 【103.8%】	H20年度実績 3,145 【102.3%】	H21年度実績 3,783 【120.3%】
	予算執行率			%		
アウト カム	達成目標 (指標・達成水準/ 達成時期) 実績	【指標】(達成水準/達成時期)	単位	H19年度実績 【達成率】	H20年度実績 【達成率】	H21年度実績 【達成率】
事業/制度の 自己評価 (アウトカム指標の分 析、適宜アウトプット 指標に書及)		国立高度専門医療研究センターにおける発表論文数は毎年増加しており、特に平成21年度は大幅に増加し、3500件以上の論文を発表している。このことから、研究成果を活かすための一環として、論文という形で発表していくことを通じて、政策医療の開発に寄与していると評価できる。 (効果を図るアウトカム指標を設けていないため、本事業の効果はアウトプット指標の推移より評価している。)				
今後 の方向 性	見直しの方向性 (より効率的・効 果的な事業とする 観点から) (担当部局案)	平成22年4月をもって独立行政法人化したため、国としての本事業は廃止することとなった。				
	平成23年度予算の 方針(担当部局案)	(見直しの上) (見直しをせず)	廃止 増額 現状維持	現状維持	減額	
比較参考値 (諸外国での類似事業 の例など)						
特記事項 (事業/制度の沿革、こ れまでの予算の削減に 向けた取組み、目標達 成のための関連事業等)						

政策評価体系上の位置付、通し番号		1-4-1-(2)	
事業評価シート			
予算事業名	治験推進事業	事業開始年度	平成16年度
担当部局・課室名 作成責任者	医政局政策医療課(課長 池永敏康)		
根拠法令(具体的な条文(○条○項など)も記載)	厚生労働省設置法(平成11年法律第97号)第3条第1項		
関係する通知、計画等			
予算体系	(項) 医療技術開発等研究費 (大事項) 医療技術開発等研究に必要な経費 (目) 医療技術開発等研究費		
実施方法	■直接実施		
	□業務委託等(委託先等:)		
	□補助金[直接・間接]、(補助先:) 実施主体:)		
	□貸付(貸付先:) □その他()		
支出先が 独法・公益法人等 の場合	役員総数 (官庁OB/役員数)	/	常勤役員数 / 非常勤役員数 / 監事等 /
	職員総数	内、官庁OB	役員報酬総額 官庁OB役員報酬総額
	積立金等の額	内訳	今後の活用計画
事業/ 制度概要	目的 (何のために)	政策医療の開発・確立を図るため	
	対象 (誰/何を対象に)	各ナショナルセンターに設置している研究所	
	事業/制度内容 (手段、手法など)	各ナショナルセンターにおける高度な医療環境を活用し、民間企業等から治験の受託を推進する。	
コスト	平成22年度予算額		人件費
	事業費	- 百万円	職員構成
	人件費	- 百万円	概算人件費 (平均給与×従事職員数)
	総計	- 百万円	従事職員数
			担当正職員 - 千円 - 人
			臨時職員他 - 千円 - 人
予算額推移等 (財源内訳/ 単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額
	H19(決算額)	6,785	
	H19(決算上の不用額)	144	
	H20(決算額)	6,915	
	H20(決算上の不用額)	1	
	H21(予算(補正込))	7,449	
	H21(決算見込)	7,428	
H22予算	-		
平成22年度 予算 (補助金の場合は負担 割合等も)			

事業評価シート						
予算事業名		治験推進事業	事業開始年度	平成16年度		
担当部局・課室名 作成責任者		医政局政策医療課(課長 池永敏康)				
事業/制度の 必要性		治験による新規医薬品の開発により、最先端の医療を提供するため				
他省庁、自治体、民間 等における類似事業						
他省庁、自治体、民間 等との連携・役割分担						
アウトプット	活動実績	【指標】 国立高度専門医療センターの職員の発表論文数(掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的科学雑誌に掲載された科学論文)(前年度以上/毎年度) ※ 政策中目標に係る指標1 と同じ。	単位	H19年度実績 3,073 【103.8%】	H20年度実績 3,145 【102.3%】	H21年度実績 3,783 【120.3%】
	予算執行率	%				
アウトカム	達成目標 (指標・達成水準/ 達成時期) 実績	【指標】(達成水準/達成時期)	単位	H19年度実績 【達成率】	H20年度実績 【達成率】	H21年度実績 【達成率】
事業/制度の 自己評価 (アウトカム指標の分析、適宜アウトプット指標に言及)		国立高度専門医療研究センターにおける発表論文数は毎年増加しており、特に平成21年度は大幅に増加し、3500件以上の論文を発表している。このことから、研究成果を活かすための一環として、論文という形で発表していくことを通じて、政策医療の開発に寄与していると評価できる。 (効果を図るアウトカム指標を設けていないため、本事業の効果はアウトプット指標の推移より評価している。)				
今後の方向性	見直しの方向性 (より効率的・効果的な事業とする観点から) (担当部局案)	平成22年4月をもって独立行政法人化したため、国としての本事業は廃止することとなった。				
	平成23年度予算の方針(担当部局案)	(見直しの上) (見直しをせず)	廃止 増額 現状維持	現状維持	減額	
比較参考値 (諸外国での類似事業の例など)						
特記事項 (事業/制度の沿革、これまでの予算の削減に向けた取組み、目標達成のための関連事業等)						

政策評価体系上の位置付、通し番号		1-4-1-(3)			
事業評価シート					
予算事業名	大型研究事業	事業開始年度	平成16年度		
担当部局・課室名 作成責任者	医政局政策医療課 (課長 池永敏康)				
根拠法令 (具体的な条文 (〇条〇項など) も記載)	厚生労働省設置法 (平成11年法律第97号) 第3条第1項				
関係する通知、計画等					
予算体系	(項)政策医療推進費 (大事項)国立がんセンターに必要な経費、国立循環器病センターに必要な経費、国立精神・神経センターに必要な経費、国立国際医療センターに必要な経費、国立成育医療センターに必要な経費、国立長寿医療センターに必要な経費 (目)がん研究助成金、循環器病研究委託費、精神・神経疾患研究委託費、国際医療協力研究委託費、成育医療研究委託費、長寿医療研究委託費				
実施方法	■直接実施				
	□業務委託等 (委託先等:)				
	□補助金 [直接・間接] (補助先: 実施主体:)				
	□貸付 (貸付先:) □その他 ()				
支出先が 独法、公益法人等 の場合	役員総数 (官庁OB/役員数)	/	常勤役員数 / 非常勤役員数 /		
	職員総数	内、官庁OB	役員報酬総額		
	積立金等の額	内訳	今後の活用計画		
事業/制度概要	目的 (何のために)	政策医療の開発・確立を図るため			
	対象 (誰/何を対象に)	各ナショナルセンターに設置している研究所			
	事業/制度内容 (手段、手法など)	がん、循環器病、精神・神経疾患、国際医療協力、成育医療、長寿医療の各分野において研究事業を行う。			
コスト	平成22年度予算額		人件費		
	事業費	- 百万円	職員構成	概算人件費 (平均給与×従事職員数)	従事職員数
	人件費	- 百万円	担当正職員	- 千円	- 人
	総計	- 百万円	臨時職員他	- 千円	- 人
予算額推移等 (財源内訳/ 単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額:		
	H19(決算額)	4,024			
	H19(決算上の不用額)	0			
	H20(決算額)	4,018			
	H20(決算上の不用額)	6			
	H21(予算(補正込))	6,124			
	H21(決算見込)	6,123			
H22予算	-				
平成22年度 予算 (補助金の場合は負担割合等も)					

事業評価シート

予算事業名		大型研究事業	事業開始年度	平成16年度		
担当部局・課室名 作成責任者		医政局政策医療課（課長 池永敏康）				
事業/制度の 必要性		ナショナルセンターでは、高度な医療を開発・確立するために研究開発の推進に取り組んでおり、研究事業そのものが政策医療の開発・確立につながるため				
他省庁、自治体、民間 等における類似事業						
他省庁、自治体、民間 等との連携・役割分担						
アウト プット	活動実績	【指標】 国立高度専門医療センターの職員の発表論文数（掲載に専門家による審査が必要となる国際的に評価される専門的学術雑誌に掲載された科学論文）（前年度以上/毎年度） ※ 政策中目標に係る指標1 と同じ。	単位	H19年度実績 3,073 【103.8%】	H20年度実績 3,145 【102.3%】	H21年度実績 3,783 【120.3%】
	予算執行率			%		
アウト カム	達成目標 （指標・達成水準/ 達成時期） 実績	【指標】（達成水準/達成時期）	単位	H19年度実績 【達成率】	H20年度実績 【達成率】	H21年度実績 【達成率】
事業/制度の 自己評価 （アウトカム指標の分 析、適宜アウトプット 指標に言及）		国立高度専門医療研究センターにおける発表論文数は毎年増加しており、特に平成21年度は大幅に増加し、3500件以上の論文を発表している。このことから、研究成果を活かすための一環として、論文という形で発表していくことを通じて、政策医療の開発に寄与していると評価できる。 （効果を図るアウトカム指標を設けていないため、本事業の効果はアウトプット指標の推移より評価している。）				
今後 の 方 向 性	見直しの方向性 （より効率的・効 果的な事業とする 観点から） （担当部局案）	平成22年4月をもって独立行政法人化したため、国としての本事業は廃止することとなった。				
	平成23年度予算の 方針（担当部局案）	（見直しの上） （見直しをせず）	廃止 増額 現状維持	現状維持	減額	
比較参考値 （諸外国での類似事業 の例など）						
特記事項 （事業/制度の沿革、こ れまでの予算の削減に 向けた取組み、目標達 成のための関連事業等）						

事業評価シート									
予算事業名		各種研修事業			事業開始年度		平成16年度		
担当部局・課室名 作成責任者		医政局政策医療課 (課長 池永敏康)							
根拠法令 (具体的な条文 (○条○項など) も記載)		厚生労働省設置法 (平成11年法律第97号) 第3条第1項							
関係する通知、計画等									
予算体系		(項)政策医療推進費 (大事項)国立がんセンターに必要な経費、国立循環器病センターに必要な経費、国立精神・神経センターに必要な経費、国立国際医療センターに必要な経費、国立成育医療センターに必要な経費、国立長寿医療センターに必要な経費 (目)非常勤職員手当							
実施方法		<input type="checkbox"/> 直接実施 <input type="checkbox"/> 業務委託等 (委託先等:) <input type="checkbox"/> 補助金 [直接・間接] (補助先: 実施主体:) <input type="checkbox"/> 貸付 (貸付先:) <input type="checkbox"/> その他 ()							
支出先が 独法、公益法人等 の場合	役員総数 (官庁OB/役員数)	/	常勤役員数	/	非常勤役員数	/	監事等	/	
	職員総数		内、官庁OB		役員報酬総額		官庁OB役員 報酬総額		
	積立金等の額		内訳		今後の 活用計画				
事業/ 制度概要	目的 (何のために)	政策医療の均てん化を図るため							
	対象 (誰/何を対象に)	レジデント研修、受託研修や地域の医療従事者							
	事業/制度内容 (手段、手法など)	レジデント研修、受託研修や地域の医療従事者を対象とした研修等を通じて人材育成し、医療の均てん化を進めていく。							
コスト	平成22年度予算額		人件費						
	事業費	- 百万円	}	職員構成	概算人件費 (平均給与×従事 職員数)	従事職員数			
	人件費	- 百万円		担当正職員	- 千円	-	人		
	総計	- 百万円		臨時職員他	- 千円	-	人		
予算額推移等 (財源内訳/ 単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額						
	H19(決算額)								
	H19(決算上の不用額)								
	H20(決算額)								
	H20(決算上の不用額)								
	H21(予算(補正込))	4,326							
	H21(決算見込)								
H22予算	-								
平成22年度 予算 (補助金の場合は負担 割合等も)	-								

事業評価シート						
予算事業名	各種研修事業		事業開始年度	平成16年度		
担当部局・課室名 作成責任者	医政局政策医療課 (課長 池永敏康)					
事業/制度の 必要性	政策医療を担うナショナルセンターにおいて、地方の中核的な医療機関との連携を図るとともに、医療従事者等に対する研修を行うことで、政策医療の向上、均てん化につながるため。					
他省庁、自治体、民間 等における類似事業						
他省庁、自治体、民間 等との連携・役割分担						
アウトプット	活動実績	【指標】 国立高度専門医療センターのホームページへの年間アクセス数（前年度以上/毎年度）※施策中目標に係る指標2と同じ。	単位	H19年度実績 26,196,683 【142.9%】	H20年度実績 36,830,123 【140.6%】	H21年度実績 49,589,087 【134.6%】
	予算執行率		%			
アウトカム	達成目標 (指標・達成水準/ 達成時期) 実績	【指標】 (達成水準/達成時期)	単位	H19年度実績 【達成率】	H20年度実績 【達成率】	H21年度実績 【達成率】
	事業/制度の 自己評価 (アウトカム指標の分 析、適宜アウトプット 指標に書及)	ホームページアクセス数については毎年大幅に増加しており、医療従事者向け情報発信をホームページの活用により行うことで、効果的に政策医療の向上、均てん化に寄与していると評価できる。 (効果を図るアウトカム指標を設けていないため、本事業の効果はアウトプット指標の推移より評価している。)				
今後の 方向性	見直しの方向性 (より効率的・効果 的な事業とする 観点から) (担当部局案)	平成22年4月をもって独立行政法人化したため、国としての本事業は廃止することとなった。				
	平成23年度予算の 方針(担当部局案)	(見直しの上) (見直しをせず)	<input checked="" type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 増額 <input type="checkbox"/> 現状維持	現状維持	減額	
	比較参考値 (諸外国での類似事業 の例など)					
	特記事項 (事業/制度の沿革、こ れまでの予算の削減に 向けた取組み、目標達 成のための関連事業等)					

事業評価シート

予算事業名	政策医療に関する情報発信事業について	事業開始年度	平成16年度						
担当部局・課室名 作成責任者	医政局政策医療課 (課長 池永敏康)								
根拠法令 (具体的な条文 (○条○項など) も記載)	厚生労働省設置法 (平成11年法律第97号) 第3条第1項								
関係する通知、計画等									
予算体系	(項)政策医療推進費 (大事項)国立高度専門医療センターの管理事務に必要な経費、国立がんセンターに必要な経費、国立循環器病センターに必要な経費、国立国際医療センターに必要な経費 (目)庁費								
実施方法	■直接実施								
	□業務委託等 (委託先等:)								
	□補助金 [直接・間接] (補助先: 実施主体:)								
	□貸付 (貸付先:) □その他 ()								
支出先が 独法・公益法人等 の場合	役員総数 (官庁08/役員数)	/	常勤役員数	/	非常勤役員数	/	監事等	/	
	職員総数		内、官庁08		役員報酬総額		官庁08役員報酬総額		
	積立金等の額		内訳		今後の活用計画				
事業/ 制度概要	目的 (何のために)	政策医療の均てん化を図るため							
	対象 (誰/何を対象に)	全国の中核医療機関や (独) 国立病院機構をはじめとする医療機関等							
	事業/制度内容 (手段・手法など)	各国立高度専門医療センターが各分野において全国の中核医療機関や (独) 国立病院機構をはじめとする医療機関等に情報発信する。							
コスト	平成22年度予算額			人件費					
	事業費	-	百万円	}	職員構成	概算人件費 (平均給与×従事職員数)	従事職員数		
	人件費	-	百万円		担当正職員	-	千円	-	人
	総計	-	百万円		臨時職員他	-	千円	-	人
予算額推移等 (財源内訳/ 単位百万円)	年度	総額	地方公共団体の裏負担がある場合、概算の総額						
	H19(決算額)								
	H19(決算上の不用額)								
	H20(決算額)								
	H20(決算上の不用額)								
	H21(予算(補正込))	548							
	H21(決算見込)								
H22予算	-								
平成22年度 予算 (補助金の場合は負担割合等も)	-								

事業評価シート

予算事業名	政策医療に関する情報発信事業について	事業開始年度	平成16年度			
担当部局・課室名 作成責任者	医政局政策医療課（課長 池永敏康）					
事業/制度の 必要性	ナショナルセンターより政策医療に関する情報発信を行うことで、効果的に政策医療の均てん化を実施できるため。					
他省庁、自治体、民間 等における類似事業						
他省庁、自治体、民間 等との連携・役割分担						
アウトプット	活動実績	【指標】 国立高度専門医療センターのホームページへの年間アクセス数（前年度以上/毎年度）※施策中目標に係る指標2と同じ。	単位	H19年度実績 26,196,683 【142.9%】	H20年度実績 36,830,123 【140.6%】	H21年度実績 49,589,087 【134.6%】
	予算執行率		%			
アウトカム	達成目標 (指標、達成水準/ 達成時期) 実績	【指標】（達成水準/達成時期）	単位	H19年度実績 【達成率】	H20年度実績 【達成率】	H21年度実績 【達成率】
	事業/制度の 自己評価 (アウトカム指標の分 析。適宜アウトプット 指標に言及)	ホームページアクセス数については毎年大幅に増加しており、国民・医療従事者向け情報発信をホームページの活用により行うことで、効果的に政策医療の向上、均てん化に寄与していると評価できる。 (効果を図るアウトカム指標を設けていないため、本事業の効果はアウトプット指標の推移より評価している。)				
今後の 方向性	見直しの方向性 (より効率的・効 果的な事業とする 観点から) (担当部局案)	平成22年4月をもって独立行政法人化したため、国としての本事業は廃止することとなった。				
	平成23年度予算の 方針(担当部局案)	(見直しの上) (見直しをせず)	廃止 増額 現状維持	現状維持	減額	
	比較参考値 (諸外国での類似事業 の例など)					
	特記事項 (事業/制度の沿革、こ れまでの予算の削減に 向けた取組み、目標達 成のための関連事業等)					

がん検診実施体制強化モデル事業

平成22年8月

健康局総務課がん対策推進室(鈴木健彦室長) [主担当]

1. 施策体系上の位置づけ

評価対象事業は下図の網掛け部分に位置付けられる。

基本目標 IX 高齢者ができる限り自立し、生きがいを持ち、安心して暮らせる社会づくりを推進すること			
施策大目標 分野	1	2	3
	老後生活の経済的自立の基礎となる所得保障の充実を図ること	高齢者の雇用就業を促進すること	高齢者の健康づくり・生きがいづくりを推進するとともに、介護保険制度の適切な運営等を通じて、介護を必要とする高齢者への支援を図ること

施策中目標

1	高齢者の介護予防・健康づくりを推進するとともに、生きがいづくり及び社会参加を推進すること
---	--

2. 現状・問題分析

(1) 事前評価実施時における現状・問題分析 (平成18年度)

①現状分析

「地域保健・老人保健事業報告」(厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室)によると、平成16年度のがん検診の受診率は、胃がんで12.9%、肺がんで23.2%、大腸がんで17.9%、子宮がんで13.6%、乳がんで11.3%と、同年度の基本健康診査の受診率である44.4%より低い結果であった。また、精検受診率(がん検診の結果、精密検査が必要であると判定された者のうち、実際に精密検査を受診したことが確認された者の割合)は、100%を目指すべきところ、現状では、胃がんで74.1%、肺がんで70.2%、大腸がんで54.1%、子宮がんで62.5%、乳がんで78.8%にとどまっている。

②問題点

要精検者を特定しても、その後の精密検査の受診に結びついていない者が多数おり、効果的・効率的ながん患者の発見に結びついていないという問題がある。

③問題分析

精検受診率が低い背景には、がん検診受診者に対する市町村のフォローアップ体制が十分でないこと、がん検診受診率、要精検率等の評価指標を踏まえた事業評価が市町村において十分に行われてこなかったこと等が考えられ、がん検診をより効果的・効率的に運営するためには、これらの改善を目指した積極的な取組が必要である。

④事業の必要性

モデル市町村において、要精検者に対する状況把握や受診勧奨など、がん検診受診後のフォローアップ等の精度管理に係る事業を適切に行うことにより、精検受診率が向上し、結果としてがん患者の早期発見・早期治療につながり、がんに起因する死亡数を減少させることが可能となる。

(2) 事後評価実施時（現状）における現状・問題分析

①現状分析

直近（平成19年度）のがん検診の受診率は、胃がんで11.8%、肺がんで21.6%、大腸がんで18.8%、子宮がんで18.8%、乳がんで14.2%と、女性特有のがんについては事前評価実施時よりも若干上昇している状況にある。

また、平成20年度のがん年齢調整死亡率（75歳未満）（単位：人口10万人対）は87.2となっており、事前評価実施時（平成17年度）の92.4から漸減傾向にある。

②問題点

特になし

③問題分析

特になし

④事業の必要性

平成20年度限りで廃止

3. 事業の内容

(1) 実施主体

市町村

(2) 概要

がんの早期発見・早期治療に向けた効果的な手法について評価・検討するために、特定の市町村をモデル市町村として選定し、以下のがん検診受診後のフォローアップ等の精度管理に係る事業に対し、国が補助を行う。

○がん検診受診後のフォローアップ等の精度管理に係る事業

・要精検者の状況把握及び医療機関への受診勧奨

- ・当該市町村における受診率、要精検率、陽性反応適中度等の指標の検証
- ・精度管理のための検討会の設置及び本事業の効果の分析・評価
- ・以上についてのデータ管理等

(3) 目標

精検受診率、がん発見率、がん発見数、早期がん割合の各指標の改善

(4) 予算

会計区分：一般会計

平成23年度予算要求（拡充に係る分）：なし（平成20年度限り）

がん検診実施体制強化モデル事業全体に係る予算の推移：

H19	H20	H21	H22	H23
55	58	-	-	

4. 事前評価の概要（必要性、有効性、効率性）

(1) 必要性の評価

■行政関与の必要性の有無（主に官民の役割分担の観点から）・・・有

（理由）

がん対策基本法により、国は、がんの予防、診断、治療等に係る技術の向上等を謳った基本理念にのっとり、がん対策を総合的に策定し、実施する責務がある。また、地方公共団体は、同基本理念にのっとり、がん対策に関し、国との連携を図りつつ、自主的かつ主体的に、その地域の特性に応じた施策を策定し、実施する責務がある。（がん対策基本法では、上記のような国及び地方公共団体の責務のほか、医療保険者、国民及び医師等の責務についても明らかにしている。）

以上より、本事業については、一定の公益性がある。

■国で行う必要性の有無（主に国と地方の役割分担の観点から）・・・有

（理由）

がん対策基本法では、がん対策に関し、国及び地方公共団体のそれぞれの責務を明らかにしている。

また、がん検診事業は、平成10年度に一般財源化されているが、がん検診受診後のフォローアップや事業評価など、地方公共団体単独、とりわけ市町村単独では解決できない課題については、国が支援を行う必要がある。

■民営化や外部委託の可否・・・可

（理由）

個人情報保護には十分な配慮が必要であるが、本事業について、がん検診事業者等に委託することは可能である。

■緊要性の有無・・・有

(理由)

がん対策基本法が成立したことに対応して、速やかに措置を講ずる必要がある。

(2) 有効性の評価

■政策効果が発現する経路

要精検者に対する状況把握及び受診勧奨、精度管理など→精検受診率の向上→がん患者の早期発見、早期治療→がんに起因する死亡数の減少→モデル市町村における取組の全国展開。

■これまで達成された効果、今後見込まれる効果

がん検診受診後のフォローアップ等の精度管理に係る事業をモデル市町村において適切に実施することにより、精検受診率や精密検査の精度が向上し、当該市町村におけるがんに起因する死亡数の減少が期待される。当該市町村における取組は、全国展開のモデルとなりうる。

■政策の有効性の評価に特に留意が必要な事項

特になし。

(3) 効率性の評価

■手段の適正性

本事業は、がん検診受診後のフォローアップや事業評価など、地方公共団体単独、とりわけ市町村単独では解決できない課題について、国が側面から支援を行うものであり、効率的で適正な手段である。

■費用と効果の関係に関する評価

がん検診受診者をフォローアップすることにより、精検受診率が向上すれば、がん検診によるがん発見率が向上し、結果としてがんに起因する死亡率を減少させることが可能となり、経済的効果が見込まれる。

また、がん検診の精度管理を行うことにより、より適切ながん検診の運営が可能となり、がん検診にかかる費用の効率化に資するものである。

■他の類似事業（他省庁分を含む）がある場合の重複の有無・・・無

5. 事後評価の内容（必要性、有効性、効率性）

(1) 有効性の評価

①政策効果が発現する仕組み（投入→活動→結果→成果）

受診勧奨など→がん検診受診率の向上→がん患者の早期発見、早期治療→がんに起因する死亡数の減少→モデル市町村における取組の全国展開。

②有効性の評価

がん検診受診後のフォローアップ等の精度管理に係る事業をモデル市町村において適切に実施することにより、精密検査の精度が向上した。

③事後評価において特に留意が必要な事項

特になし

(2) 効率性の評価

①効率性の評価

■手段の適正性

本事業は、がん検診受診後のフォローアップや事業評価など、地方公共団体単独、とりわけ市町村単独では解決できない課題について、国が側面から支援を行うものであり、効率的で適正な手段であった。

■費用と効果の関係に関する評価

がん検診受診者のフォローアップにより、がん検診によるがん発見率の向上に繋がった。
また、がん検診の精度管理による適切ながん検診の運営が可能となり、がん検診にかかる費用の効率化に繋がった。

■他の類似事業（他省庁分を含む）がある場合の重複の有無・・・無

②事後評価において特に留意が必要な事項

特になし

(3) その他（公平性、優先性等評価すべき視点があれば記載）

特になし

(4) 政策等への反映の方向性

平成20年度限り

6. 評価指標等

指標と目標値（達成水準／達成時期）						
アウトカム指標		H17	H18	H19	H20	H21
1	胃がん検診受診率	12.4	12.1	11.8		
達成率						
2	肺がん検診受診率	22.3	22.4	21.6		
達成率						
3	大腸がん検診受診率	18.1	18.6	18.8		
達成率						
4	子宮がん検診受診率	18.9	18.6	18.8		
達成率						
5	乳がん検診受診率	17.6	12.9	14.2		
達成率						
6	がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の減少（単位：人口10万人対） （20％／平成28年度）かつ （前年度同程度／毎年度）	92.4	90.0	88.5	87.2	集計中
達成率		102.6%	102.6%	101.7%	101.5%	—%
【調査名・資料出所、備考等】						
<ul style="list-style-type: none"> 指標1～5：地域保健・老人保健事業報告 指標6：がん対策推進基本計画の全体目標との整合性を図り、高齢化の影響を取り除いた精度の高い指標とするため、「75歳未満」としている。 <p>また、本指標は、厚生労働省の人口動態統計に基づき、がん対策情報センターにおいて算出したもの。平成21年度の数値は現在集計中であり、平成22年9月頃に公表予定。</p>						

7. 特記事項

(1) 国会による決議等（総理答弁及び附帯決議等含む）の該当

① 有・無

② 具体的記載

「がん対策基本法に対する附帯決議」（平成18年6月15日参議院厚生労働委員会）の第十七項において、予防・早期発見体制の充実については、がんの早期発見のための知識や予防法の普及を図ること。また、最新の知見に基づき有効性が高いと認められるがん検診を地域における検診の項目に位置づけること。

(2) 各種計画等政府決定等の該当

① 有・無

② 具体的記載

がん対策推進基本計画（平成19年6月15日閣議決定）において、「がん検診の受診率について、欧米諸国に比べて低いことも踏まえ、効果的・効率的な受診間隔や重点的に受診勧奨すべき対象者を考慮しつつ、5年以内に、50%以上（乳がん検診、大腸がん検診等）とすることを目標とする。」との記載がある。

(3) 審議会の指摘

① 有・ 無

② 具体的内容

(4) 研究会の有無

① 有・ 無

② 研究会において具体的に指摘された主な内容

(5) 総務省による行政評価・監視及び認定関連活動等の該当

① 有・ 無

② 具体的状況

(6) 会計検査院による指摘

① 有・無

② 具体的内容

(7) その他

特になし

