

平成23年11月21日

厚生労働大臣
小宮山 洋子 様

厚生労働省がん対策推進協議会会長
門田 守人

平成24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

平成24年度診療報酬改定に向けた検討については、中央社会保険医療協議会（中医協）において取りまとめられる内容を踏まえて行われることとなります。今般、がん対策推進協議会において、「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～」及びがん対策推進協議会委員からの意見を踏まえ、がん対策を推進するために評価すべき事項について別添のとおり取りまとめましたので、平成24年度診療報酬改定に向け検討並びに配慮するよう要望いたします。

(別添)

1. がん対策全般

(1) がん医療の質の評価

① 施策の必要性

がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を評価する指標に対して、診療報酬での対応が十分でなく、がん医療の各分野の向上に資する質の評価が適切に行われていない。

② 施策の概要

二次医療圏域における医療機関のがん治療のプロセスやがん治療施設としてのストラクチャーについて第三者評価を受けている施設を診療報酬により評価する。さらに、プロセス指標やアウトカム指標に関する情報（クリニカル・インディケータ）を収集・分析し、がん医療の比較、評価及び住民への公開を行う第三者的な組織としてのインフォメーションセンター／ベンチマーキングセンターを設置することについて、診療報酬にて新たに評価する考え方を取り入れる。

2. がん計画の進捗・評価

(1) がん医療の質の見える化

① 施策の必要性

がん医療の質のいわゆる「見える化（可視化）」が十分でなく、がん医療の質に対する評価も十分でないことに加え、診療報酬体系においても、医療機関が「見える化」へ向けた努力が評価されないため、インセンティブが働かない。

② 施策の概要

がん診療連携拠点病院等において、がん医療の各分野（がんの診断から治療、経過観察、緩和医療、終末期医療の各分野）の質を、アウトカム指標の達成率によって診療報酬を加算もしくは減算することについて、新たに評価する考え方を検討する。

3. 放射線療法および化学療法の推進と、医療従事者の育成

(1) 放射線療法の推進

① 施策の必要性

放射線療法の推進にあたっては、放射線治療の専門医（例：放射線腫瘍学会認定医）、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士

及び放射線品質管理士の配置の必要性がかねてより指摘されている。また放射線療法における照射計画の策定、ファントム模型による照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、放射性物質の適切な管理についても、適切な評価がされていない。

② 施策の概要

放射線治療の専門医、放射線治療を専門とする診療放射線技師、医学物理士又は放射線品質管理士を常勤で配置した場合に、配置した医療機関に対してその人数に応じて段階的に評価を行う。また、放射線療法における治療計画の策定、ファントム模型などによる照射線量の測定、小線源による組織内照射、治療後の管理、IMRT（強度変調放射線治療）などの高精度外部照射、アイソトープ内用療法、小線源治療などで使用する放射性物質の適切な管理についても、加算するなどの評価をする。

(2) 化学療法とチーム医療の推進

① 施策の必要性

腫瘍内科や血液内科など、化学療法に関わる専門医（例；臨床腫瘍学会によるがん薬物療法認定医）、専門・認定看護師、専門薬剤師によるチーム医療が、効果的かつ安全な治療に不可欠であるが、インセンティブに乏しく、レジメン委員会における化学療法のプロトコル管理についても十分な手当てがなされていない。

② 施策の概要

化学療法に関わる専門医や、専門・認定看護師、専門薬剤師を配置した場合に、配置した医療機関について、さらなる評価を行う。また、レジメン（投与計画）委員会における化学療法のプロトコル（治療計画）管理や取扱いに厳重な管理を要する製剤の処理について、新たに評価を行う。

(3) 入院および外来化学療法の推進

① 施策の必要性

外来化学療法と比べ、入院化学療法については十分な評価が行われていないとともに、また外来化学療法についても医療機関の負担の大きさに比してインセンティブが少なく、外来における患者ケアも不足している。

② 施策の概要

入院化学療法についても、十分な評価を行う。また、外来化学療法についても、外来化学療法加算を加えて評価するとともに、外来診療部門

に患者対応を行う看護師の専従配置について、さらなる評価を検討する。

(4) がんにおける診療項目の評価

① 施策の必要性

手術療法における手技の評価や、術中迅速病理検査の評価、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価、外来服薬指導への評価など、がん医療を支える種々の診療報酬上の評価が必要であるが、その重要性について評価が低い。

② 施策の概要

専門医が配置され、質の担保された診療部門での化学療法や、手術療法において専門性の高い手技を細分化して点数を加点することについて、新たに評価する。また術中迅速病理検査、遠隔病理診断の評価、カンサーボードにおけるカンファレンスに対する評価や外来服薬指導についても、がん医療を支える観点からさらなる評価をする。

(5) 高度医療

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

高度医療の実施医療機関の基準を全国で一律化し、要件に適合する医療機関においては、高度医療に関する患者負担を軽減し、高度医療申請に関しては診療報酬として加算、あるいは薬剤の保険外使用に関して適応とするだけでなく、副作用対策などについても評価する。

4. 緩和ケア

(1) 緩和ケア診療加算

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(2) 緩和ケア研修修了者の配置

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(3) 緩和ケア病棟入院料の引き上げ

① 施設の必要性

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。

② 施策の概要

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。

5. 在宅医療（在宅緩和ケア）

(1) 在宅医療の充実

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(2) 在宅医療ネットワークの構築

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(3) 医療と介護の連携

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(4) 大規模在宅緩和ケア診療所と医療従事者の育成

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

6. 診療ガイドラインの作成（標準治療の推進と普及）

(1) DPC データや臨床指標の開示

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(2) 診療ガイドラインの推進

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(3) セカンドオピニオンの推進

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

7. がん医療の安全性

(1) がん医療における事故防止対策

① 施策の必要性

がん医療は高いリスクを伴うものが多いため、インシデントやアクシデントの情報を収集して、診療体制の整備やマニュアルの整備などのシステムの改善や、モノの改善などによりがん医療の安全性を高めるために積極的に活用すべきである。

② 施策の概要

安全ながん治療の提供や医療事故防止のため、がん医療の安全に関する、警鐘的でありかつ全国的に共有すべきと考えられる事例を外部組織に報告し、公表している病院を評価する。

8. 医療機関の整備等（がん診療体制ネットワーク）

(1) 地域連携とその他の連携

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(2) がん診療体制の充実度に応じた評価

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(3) がん難民をなくすために努力している医療機関の評価

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

9. がん医療に関する相談支援および情報提供

(1) 相談支援センターの充実

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

(2) 相談支援センターと患者団体の連携

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

10. がん登録

(1) がん登録に関わる職員の配置

① 施策の必要性

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のにもかかわらず、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、他の医療従事者のがん登録に係る負担が及んでいる。

② 施策の概要

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。

(2) 地域・院内がん登録

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

1 1. がんの予防

(1) たばこ依存への治療と禁煙対策

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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。

1 2. がん研究

(1) 高度医療への対応

① 施策の必要性

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。

② 施策の概要

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、研究の現状が見える化（可視化）する。

1 3. 疾病別（がんの種類別）の対策

(1) 小児がんと希少がん

① 施策の必要性

小児がんや希少がんなど、患者数の少ないがんについての医療機関のインセンティブが乏しく、医療機関は恒常的に赤字での診療を余儀なくされており、医療機関内での不採算部門としての閉鎖など、診療内容に影響が出る懸念がある。

② 施策の概要

小児がん専門施設・診療科や都道府県拠点病院などにおいては、小児がんや診断の困難な希少がん（例：褐色細胞腫、成人 T 細胞白血病）の診断・治療、当該医療機関や診療科での専門医による中央診断システム、調剤に要する手間、子どものための遊戯スペースなどを設置し、チャイルドライフスペシャリストなどで対応している社会サポートに対して、さらなる加算をする。

(2) 長期生存者のフォローアップ

① 施策の必要性

がんの治療成績の向上に伴い、長期生存者が増加しているが、そのフォローアップに伴う医療機関へのインセンティブが乏しく、特に小児がんの長期生存者については、小児がん専門施設・診療科や成人の診療科でのフォローアップが不足している。

② 施策の概要

がんの長期生存者に対するメンタルケアなど、積極的にフォローアップを行っていることを診療報酬で評価するとともに、特に小児がんについては、小児がん登録に協力している医療機関や成人の診療科での小児がんのフォローアップに対して加算するなど、新しい考え方を取り入れる。

(3) リンパ浮腫

① 施策の必要性

リンパ浮腫指導管理料は、対象疾患は子宮、前立腺、乳腺の悪性腫瘍などに限られ、また入院治療に限られているが、他の悪性腫瘍に対する治療や放射線治療によって、リンパ節が切除またはリンパ管が細くなって発症する患者や、外来治療中に発症する患者も多く、リンパ浮腫の病態や治療に即した対応となっていない。

② 施策の概要

リンパ浮腫指導管理料について、子宮、前立腺、乳腺など一部の悪性

腫瘍や治療に対して入院中 1 回の算定に限られているが、対象疾患を悪性腫瘍全般に拡大し、放射線治療後の患者にも適用するなど、対象疾患と算定回数を拡大するとともに、外来においても評価する。

(4) 小児がん（特に放射線治療について）

① 施策の必要性

小児がんの症例は少ないことに加えて、放射線治療は、言い聞かせや静脈麻酔による鎮静が必要であり、成人に比べて数倍の時間と人手を要すること、また対象が小さい上に晩期合併症のリスクが高いため、より制度の高い器機や技術が必要だが、保険診療においてそれに見合った診療報酬となっておらず、小児は最新の放射線治療から排除される傾向にある。

② 施策の概要

小児がんの放射線治療について、年間症例数が少ないことに鑑みて、年間 100 例を超えなくても、診療報酬点数が 7 割に目減りしないよう、必要な治療件数等、診療報酬の見直しを行う。

さらに、小児がんの放射線治療を適切に実施できるようにするため、保険診療報酬上の加算を検討する。